

Isabel Alves Costa

**QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE COM FERIDA  
CRÓNICA NOS MEMBROS INFERIORES**





Isabel Alves Costa

## **QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE COM FERIDA CRÓNICA NOS MEMBROS INFERIORES**

Relatório final realizado no âmbito do 3º curso de mestrado, para  
candidatura ao grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor João Carvalho Duarte

Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral





“Sobreviver não basta, viver é que é preciso”

*Fernando de Pádua*



## **AGRADECIMENTOS**

**Ao professor Dr. João Duarte e professora Dr.<sup>a</sup> Odete Amaral,**

pela competência, ajuda, disponibilidade e incansável apoio, quer científico quer pessoal...

**Aos meus filhotes Guilherme e Rodrigo,** pelos abraços apertados e mimos diários...

**Ao Nelson,** pela cumplicidade, AMOR, apoio incondicional e luta diária...

**Aos meus pais, irmãos, sogros e cunhada** pelo apoio, carinho e estímulo....

**Aos colegas de curso, João Valente e Fernando Micaelo,** pela amizade, carinho, divertimento e proteção ao longo deste percurso académico...

**A todos os colegas de serviço e amigos, em especial à enfermeira Otília Barata e enfermeira Ana Serrano,** pela ajuda, carinho e apoio constantes...as verdadeiras amigas...

**A todos os chefes, responsáveis de serviço e colegas** que contribuíram para a recolha de dados, pela disponibilidade do seu tempo tão precioso...

**A todos os doentes e familiares** que partilharam as suas vidas e contribuíram para a melhoria da excelência do cuidar na área das feridas crónicas...

**A todos, um grande obrigado, sem vocês esta realidade não seria possível.**

Isabel



## RESUMO

**Enquadramento:** A ferida crónica é considerada um problema significativo para o doente, família e sistema de saúde, com repercussões na qualidade de vida (QV) do doente.

**Objetivos:** Avaliar a QV do doente com ferida crónica nos membros inferiores e identificar as variáveis sociodemográficas, familiares e clínicas que a influenciam.

**Métodos:** Estudo analítico, transversal, realizado numa amostra não probabilística com 149 doentes com ferida crónica nos membros inferiores. O questionário elaborado inclui variáveis sociodemográficas, escala de “Gijón”, escala de Apgar familiar, caracterização clínica, índice de Katz, escala da dor e Esquema Cardiff de Impacto na Ferida.

**Resultados:** Amostra maioritariamente do sexo masculino (69,8%), com idade média (71,34±12,482 anos), com níveis intermédios de QV (49,0%), destacando-se a dimensão “bem-estar” com valores negativos (36,00%). A idade, estado civil, situação profissional, funcionalidade familiar, dor, tipologia da ferida e exercício físico associaram-se com a dimensão “bem-estar”. O nível de escolaridade, IMC, capacidade funcional, dor, hábitos alcoólicos, exercício físico e o local de realização do penso relacionaram-se com a dimensão “sintomas físicos e vida diária”; a zona de residência, IMC, capacidade funcional, dor, hábitos alcoólicos, exercício físico e local de realização do penso interferiram com a dimensão “vida social”. As variáveis dor e tempo de duração da ferida são variáveis preditoras negativas da dimensão “bem-estar”; a dor e a capacidade funcional predizem inversamente a dimensão “sintomas físicos e vida diária”; a dor, capacidade funcional, risco social e tempo de demora para a execução do penso são preditoras negativas para a dimensão “vida social”.

**Conclusão:** O bem-estar representa a área subjetiva da QV, apresentando valores negativos preocupantes que se repercutem às restantes dimensões da QV e QV geral. Reconhecer a ferida crónica, a sua principal causa, sintomatologia associada, complicações, implicações pessoais/familiares e nos serviços de saúde são reflexões necessárias para a implementação de medidas preventivas e curativas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Qualidade de Vida, Doença Crónica, Ferimentos e Lesões, Extremidade Inferior.



## **ABSTRACT**

**Framework:** A chronic wound is considered a significant problem for the patient, family and health systems with impact in quality of life (QOL) of the patient.

**Objectives:** Evaluate QOL of patients with chronic wounds in lower limbs and to identify the socio-demographic, family and clinical variables that influence it.

**Methods:** Analytical cross-sectional study, using a non-probabilistic sampling method in 149 patients with chronic wounds of the lower limbs. It was developed a questionnaire, which includes: socio-demographics variables, scale of "Gijon", Apgar score family, clinical characterization, Katz index, pain scale and Cardiff Wound Impact Schedule.

**Results:** Sample mostly male (69.8%), mean age ( $71.34 \pm 12.482$  years), obtained intermediate values for QOL (49.0%) with emphasis on the dimension "wellbeing" with negative values (36.00%). It was found that age, marital status, employment status, family functionality, pain, wound type and physical exercise have influenced the dimension "wellbeing"; educational level, BMI, functional capacity, pain, alcohol habits, physical exercise and the place of the dressing are being, are related to dimension "physical symptoms and daily life"; the area of residence, BMI, functional capacity, pain, alcohol consumption, physical exercise and the place of the dressing are being, interfered with dimension "social life". Negative predictors of dimension "wellbeing" are: pain and duration of wound; the variables, pain and the functional capacity predict inversely the dimension "physical symptoms and daily life"; pain, the functional capacity, social risk and the time required for dressing changes are predictors negative for the dimension "social life".

**Conclusion:** The wellbeing is the subjective domain of QOL, presenting troubling negative values with a significant impact on all dimensions of QOL and overall QOL. Recognizing the chronic wound, the main cause, associated symptomatology, complications, family/ personal implications and health services, are necessary reflections for the implementation of preventive and curative measures.

**KEYWORDS:** Quality of life, Chronic Disease, Wounds and Injuries, Lower Extremity



## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>

### **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

<b>CAPITULO 1 - QUALIDADE DE VIDA .....</b>	<b>29</b>
1.1 - QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE .....	31
<b>CAPITULO 2 - FERIDA CRÓNICA NOS MEMBROS INFERIORES .....</b>	<b>39</b>
<b>CAPITULO 3 - MULTIDIMENSIONALIDADE DA FERIDA CRÓNICA.....</b>	<b>49</b>
3.1- DOMÍNIO FÍSICO.....	49
3.2 - DOMÍNIO PSICOSSOCIAL .....	58
3.3 - DOMÍNIO CULTURAL/ESPIRITUAL .....	70
<b>CAPITULO 4 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE.....</b>	<b>73</b>

### **PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPIRICA**

<b>CAPITULO 1 - METODOLOGIA .....</b>	<b>77</b>
1.1 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	77
1.2 - PARTICIPANTES.....	82
<b>1.2.1 - Caracterização Sociodemográfica da amostra em estudo.....</b>	<b>84</b>
1.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	94
<b>1.3.1 - Formato do instrumento de recolha de dados .....</b>	<b>94</b>
1.4 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS NA RECOLHA DE DADOS.....	113
1.5 - ANÁLISE DE DADOS.....	116
<b>CAPITULO 2 – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>123</b>

2.1 - ANÁLISE DESCRITIVA .....	123
<b>2.1.1 - Caracterização Sociofamiliar.....</b>	<b>123</b>
2.2 - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA EM ESTUDO .....	129
2.5 - ESQUEMA CARDIFF DE IMPACTO DA FERIDA.....	142
2.2 - ANÁLISE INFERENCIAL .....	166
<b>CAPÍTULO 3 - DISCUSSÃO.....</b>	<b>189</b>
3.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA .....	189
3.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	192
<b>3.2.1 - Variáveis sociodemográficas/familiares e QV .....</b>	<b>193</b>
<b>3.2.2 - As variáveis clínicas e a QV .....</b>	<b>204</b>
<b>CAPITULO 4 - CONCLUSÃO.....</b>	<b>215</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>223</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>235</b>
<b>ANEXO A - Parecer favorável do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco .....</b>	<b>237</b>
<b>ANEXO B - Pedido de autorização/concessão para o Esquema Cardiff de Impacto na Ferida .....</b>	<b>241</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>245</b>
<b>APÊNDICE A - Instruções de preenchimento do instrumento de recolha de dados, enviado aos colegas dos serviços de apoio permanente.....</b>	<b>247</b>
<b>APÊNDICE B - Consentimento informado .....</b>	<b>251</b>
<b>APÊNDICE C - Instrumento de recolha de dados aplicado.....</b>	<b>255</b>
<b>APÊNDICE D - Valores considerados para o item situação económica da escala de “Gijon” .....</b>	<b>263</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
<b>Tabela 1</b> - Dados estatísticos da amostra em função do género e da origem do doente.....	84
<b>Tabela 2</b> - Dados estatísticos referentes à idade em função do género .....	85
<b>Tabela 3</b> - Dados estatísticos entre o género e os diferentes grupos etários.....	86
<b>Tabela 4</b> – Dados estatísticos entre o género e o IMC .....	92
<b>Tabela 5</b> – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género .....	93
<b>Tabela 6</b> - Dados estatísticos da escala de avaliação sociofamiliar de Gijón.....	126
<b>Tabela 7</b> - Dados estatísticos referentes à avaliação da escala de Gijón e género.....	127
<b>Tabela 8</b> - Dados estatísticos entre o género e risco social.....	127
<b>Tabela 9</b> - Dados estatísticos da escala de Apgar Familiar em função do género.....	128
<b>Tabela 10</b> – Caracterização da funcionalidade familiar em função do género.....	129
<b>Tabela 11</b> - Dados estatísticos do tempo da ferida em relação ao género. ....	130
<b>Tabela 12</b> - Dados estatísticos do tempo total despendido para realização do penso em relação ao género.....	132
<b>Tabela 13</b> - Caracterização clínica da amostra em relação ao género. ....	133
<b>Tabela 14</b> - Caracterização dos hábitos tabágicos em relação ao género. ....	134
<b>Tabela 15</b> – Dados estatísticos entre os hábitos tabágicos e o género.....	134
<b>Tabela 16</b> – Caracterização dos hábitos alcoólicos em função do género.....	135
<b>Tabela 17</b> - Caracterização do exercício físico em função do género.....	135
<b>Tabela 18</b> - Capacidade funcional dos doentes em função do género.....	138
<b>Tabela 19</b> – Caracterização dos diferentes níveis de capacidade funcional em função do género. ....	139
<b>Tabela 20</b> - Dados estatísticos da capacidade funcional em relação ao género.....	139
<b>Tabela 21</b> - Dados estatísticos da dor em relação ao género. ....	140
<b>Tabela 22</b> - Classificação qualitativa da dor em função do género. ....	141
<b>Tabela 23</b> - Viver só ou acompanhado e o género.....	142
<b>Tabela 24</b> - Frequência da presença da família e amigos em relação ao género.....	143
<b>Tabela 25</b> - Dados estatísticos relativos às dimensões da QV.....	144
<b>Tabela 26</b> - Dados estatísticos das dimensões da QV em função do género.....	145

<b>Tabela 27</b> – Dados estatísticos referentes á QV atual e QV geral.....	148
<b>Tabela 28</b> - Teste binomial entre doentes com melhor/pior QV atual/geral .....	149
<b>Tabela 29</b> - Caracterização da QV atual e QV geral. ....	149
<b>Tabela 30</b> – Caracterização da QV atual e geral e género.....	150
<b>Tabela 31</b> - Caracterização da QV atual em função das variáveis sociodemográficas e familiares.....	154
<b>Tabela 32</b> – Caracterização da QV geral em função das variáveis sociodemográficas e familiares.....	157
<b>Tabela 33</b> – Caracterização da QV atual em função da etiologia da ferida. ....	158
<b>Tabela 34</b> - Caracterização da QV atual em função das variáveis clínicas.....	161
<b>Tabela 35</b> – Caracterização da QV geral em função da etiologia da ferida. ....	162
<b>Tabela 36</b> - Caracterização da QV geral em função das variáveis clínicas.....	165
<b>Tabela 37</b> - Teste <i>U Mann-Whitney</i> entre as dimensões da QV e género. ....	167
<b>Tabela 38</b> - Teste <i>U Mann-Whitney</i> entre as dimensões da QV e grupo etário. ....	167
<b>Tabela 39</b> - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre as dimensões da QV e local de residência.....	168
<b>Tabela 40</b> - Teste <i>U Mann-Whitney</i> entre as dimensões da QV e estado civil.....	168
<b>Tabela 41</b> - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre as dimensões da QV e nível de escolaridade.....	169
<b>Tabela 42</b> - Teste <i>U Mann-Whitney</i> entre as dimensões da QV e situação profissional. .	170
<b>Tabela 43</b> - Análise de variância a um fator entre as dimensões da QV e IMC.....	171
<b>Tabela 44</b> - Teste <i>U Mann-Whitney</i> entre as diferentes dimensões da QV e o risco social. ....	171
<b>Tabela 45</b> - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre as dimensões da QV e funcionalidade familiar. .	172
<b>Tabela 46</b> - Teste t entre as dimensões da QV e etiologia da ferida. ....	173
<b>Tabela 47</b> – Análise de variância entre a duração da ferida e QV .....	174
<b>Tabela 48</b> - Teste <i>U Mann-Whitney</i> entre as dimensões da QV e consumo de tabaco. ...	175
<b>Tabela 49</b> - Teste <i>U Mann-Whitney</i> entre as dimensões da QV e consumo de bebidas alcoólicas.....	175
<b>Tabela 50</b> - Teste <i>U Mann-Whitney</i> entre as dimensões da QV e exercício físico. ....	176
<b>Tabela 51</b> - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre as dimensões da QV e capacidade funcional. ...	178
<b>Tabela 52</b> - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre as dimensões da QV e dor. ....	178
<b>Tabela 53</b> - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre as dimensões da QV e local de realização do penso.....	176
<b>Tabela 54</b> - Teste <i>U Mann-Whitney</i> entre as dimensões da QV e tempo total para o tratamento da ferida.....	177
<b>Tabela 55</b> - Correlação de <i>Pearson</i> entre a dimensão “bem-estar” e as variáveis independentes.....	179

<b>Tabela 56</b> - Correlação de <i>Pearson</i> entre a “dimensão sintomas físicos e vida diária” e as variáveis independentes.....	182
<b>Tabela 57</b> - Correlação de <i>Pearson</i> entre a dimensão “vida social” e as variáveis independentes .....	184



## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
<b>Quadro 1</b> - Operacionalização das variáveis sociodemográficas.....	98
<b>Quadro 2</b> - Classificação da escala de Apgar Familiar.....	100
<b>Quadro 3</b> - Consistência interna da escala de Apgar Familiar.....	101
<b>Quadro 4</b> - Operacionalização das variáveis clínicas.....	102
<b>Quadro 5</b> - Consistência interna do índice de Katz.....	105
<b>Quadro 6</b> - Índice de fiabilidade do índice de Katz pelo método das metades.....	105
<b>Quadro 7</b> - Classificação qualitativa da escala numérica da dor.....	106
<b>Quadro 8</b> - Consistência interna da dimensão bem-estar.....	109
<b>Quadro 9</b> - Índice de fiabilidade pelo método das metades da dimensão bem-estar.....	110
<b>Quadro 10</b> - Consistência interna da dimensão sintomas físicos e vida diária.....	111
<b>Quadro 11</b> - Índice de fiabilidade pelo método das metades da dimensão sintomas físicos e vida diária.....	111
<b>Quadro 12</b> - Consistência interna da dimensão vida social.....	112
<b>Quadro 13</b> - Índice de fiabilidade pelo método das metades da dimensão vida social.....	113
<b>Quadro 14</b> - Interferência dos sintomas físicos e de vida diária nos doentes com ferida crónica.....	147
<b>Quadro 15</b> - Regressão múltipla entre a dimensão do “bem-estar” e as variáveis independentes.....	181
<b>Quadro 16</b> - Regressão múltipla entre a dimensão “sintomas físicos e vida diária” e as variáveis independentes.....	183
<b>Quadro 17</b> - Regressão múltipla entre a dimensão “vida social” e as variáveis independentes.....	185



## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1</b> - Representação esquemática da possível relação entre as variáveis do estudo (desenho de Investigação). .....	82
<b>Figura 2</b> - Síntese das relações entre as variáveis independentes e a dimensão “bem-estar” da QV.....	181
<b>Figura 3</b> - Síntese das relações entre as variáveis independentes e a dimensão “sintomas físicos e vida diária” da QV.....	183
<b>Figura 4</b> - Síntese das relações entre as variáveis independentes e a dimensão vida social da QV.....	186



## **SIGLAS**

**ANOVA** – Análise de Variância a um Fator

**AT** - Amplitude Total

**AVDs** – Atividades de Vida Diária

**B** – Teste Binominal

**C** – Coeficiente de Contingência

**CDE** – Código Deontológico dos Enfermeiros

**cf** - Conforme

**CONUEI** – Consenso Nacional Sobre Úlceras da Extremidade Inferior

**CV** – Coeficiente de Variação

**CWIS** – *Cardiff Wound Impact Schedule*

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**Dp** – Desvio Padrão

**EP** – Erro Padrão

**GNEAUPP** - Grupo Nacional para o Estudo e Aconselhamento em Úlceras de Pressão e Feridas Crónicas

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**K** - Kurtose

**K/S** – *Kolmogorov-Smirnov*

**M** - Média

**Md** - Mediana

**MRLM** – Modelo de Regressão Linear Múltipla

**MRLS** – Modelo de Regressão Linear Simples

**N** – Dimensão da População

**n** – Dimensão amostral

**NHP** – *Nottingham Health Profile*

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OM** – Ordenação Média

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**p** – Significância estatística

**QV** – Qualidade de Vida

**QVRS** – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

**r** – Coeficiente de Correlação de Pearson

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

**RIMAS** – Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde

**SAM** - Sistema de Apoio Médico

**SK** - *Skewness*

**SONHO** – Sistema Integrado de Informação Hospitalar

**SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciency*

**ULSCB** – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

**UMW** – *U Man-Whitney*

**VIF** – *Variance Inflation Factor*

**WHOQOL** – *World Health Organization Instrument of Evaluate Quality of Life*

**X<sup>2</sup>** – Qui-quadrado

**α** - *Alpha de Cronbach*

**%VE** - Percentagem de variância explicada

## INTRODUÇÃO

A evolução científica e a sofisticação tecnológica no domínio da saúde contribuem em grande escala para o envelhecimento da população e para o aumento da esperança de vida.

Dados provisórios divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) sobre a mortalidade no período 2009/2011 mostram que o valor da esperança média de vida à nascença subiu ligeiramente (0,26% desde 2008/10), foi estimado em 79,45 anos para ambos os sexos, sendo de 76,47 para os homens e de 82,43 para as mulheres (INE, 2012).

A esperança de vida nem sempre é sinonima de qualidade de vida (QV). À medida que envelhecemos o nosso organismo perde lentamente algumas das suas capacidades, originando o aparecimento consecutivo e exponencial de doenças crónicas.

A doença crónica é multifatorial e multidimensional, surge em qualquer idade, originando o aumento significativo do grau de dependência e uma espiral de crescimento de custos associados aos cuidados de saúde (Albuquerque & Alves, 2011; Ministério da Saúde - Direção geral da saúde, 2012). A ferida crónica sobrevém como uma das complicações que lhe está associada sendo considerada um problema significativo para os sistemas de saúde em todo o mundo, não só pelos elevados custos associados aos tratamentos, mas pelas repercussões nas várias dimensões da vida do indivíduo (Briggs, 2010; González-Consuegra & Verdú, 2010; Albuquerque & Alves, 2011; International Consensus, 2012; Ousey, 2012).

Nos países industrializados, cerca de 1-1,5% da população já enfrentou um problema com feridas (Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010).

Viver com uma ferida crónica implica alterações físicas, emocionais, psicológicas e sociais, tornando-se um obstáculo não só para o doente e família, como para a equipa de cuidados que a maioria das vezes não está desperta para compreender a dimensão e interferência negativa deste tipo de lesões na QV, tornando-se um desafio na nossa prática de cuidados (Lucas, Martins, & Robazzi, 2008; Gonzalez, et al., 2011; International Consensus, 2012).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010) considera a doença crónica e a promoção da qualidade de vida, uma área e temática prioritária de investigação em enfermagem.

A QV é uma preocupação constante de toda a sociedade e tem definições e expectativas diferentes para os diferentes grupos sociais. Cada indivíduo vive em contextos físicos, sociais e humanos distintos e é detentor de vivências e projetos de vida únicos sendo a saúde o termo comum a todos eles (Fleck, 2008).

São vários os estudos qualitativos, quantitativos e revisões sistemáticas focalizados na QV, no tratamento de feridas e atualmente na interligação da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) e a presença da ferida crónica.

Os autores Albuquerque & Alves (2011) na análise da produção bibliográfica sobre QV de doentes com feridas crónicas no Brasil, entre 2000 a 2009, verificaram que 62,5% destas publicações eram efetuadas por enfermeiros e 37,5% pela área médica, o que demonstra a nossa preocupação pela temática.

Em Portugal, foi efetuado um estudo por Gaspar, Costa, Costa, Fierro, & Rodrigues (2010) com casos clínicos virtuais e simulador de decisão, centrado em doentes com feridas crónicas recorrendo a uma amostra de 78 enfermeiros com diferentes níveis de formação. Este estudo teve como objetivo averiguar a relação entre os custos das feridas crónicas e a experiência e formação dos enfermeiros. Dos resultados obtidos, verificou-se que os custos dos tratamentos são mais elevados entre os profissionais sem formação específica na área. Estes custos, por sua vez tendem a diminuir à medida que as horas de formação aumentam. Os autores do estudo constataram ainda que as horas de formação têm maior impacto que o tempo de experiência profissional, na redução de custos.

Perante esta realidade torna-se essencial a formação contínua dos enfermeiros e a aquisição de competências específicas na área, procurando acompanhar a evolução da ciência, das novas tecnologias e tratamentos, para fazer face às exigências dos doentes e sociedade, colaborando para cuidados de excelência.

A autora exerce funções de enfermeira num serviço de cirurgia num hospital da beira interior e diariamente contacta com este tipo de doentes. Doentes que passam grande parte da sua vida em tratamentos contínuos e esperam do profissional de saúde disponibilidade, qualidade, de forma continua e ao mesmo tempo atualizada. Baseado nesta realidade e na experiência diária surgiu a pertinência do estudo, a escolha do tema e o problema a

investigar surgindo a dúvida e questão central de qual será a qualidade de vida dos doentes com feridas crónicas nos membros inferiores?

Assim, o objetivo geral deste relatório consistiu em avaliar a qualidade de vida dos doentes com feridas crónicas nos membros inferiores.

O presente relatório foi organizado em duas partes centrais. A primeira parte descreve o quadro de referência que irá suportar toda a investigação, centrando-se nos conceitos de QV/QVRS, ferida crónica e sua interferência multidimensional e por último os instrumentos de avaliação da QVRS. Ela permite justificar o tema escolhido, delimitar o problema de investigação e principalmente “fornece uma base de comparação e interpretação dos resultados” (Fortin, 2009, p. 87) dando sentido aos meios e métodos selecionados e utilizados bem como aos resultados obtidos (Coutinho, 2013).

A segunda parte irá descrever todo o percurso metodológico efetuado para encontrar resposta para o tema e questão central da investigação e inclui o tipo de estudo, questões e objetivos de investigação, descrição dos participantes e principais variáveis em estudo bem como o instrumento de recolha de dados aplicado. Este capítulo abrange ainda os procedimentos formais e éticos executados e a análise descritiva e inferencial dos dados recolhidos. Termina com a discussão dos resultados e principais conclusões.

Findamos a investigação com a descrição da bibliografia consultada e referenciada ao longo do relatório assim como anexos e apêndices que resultaram da sua elaboração.

O presente estudo torna-se fundamental para o aumento da proximidade e relação entre o enfermeiro e o doente com ferida crónica nos membros inferiores, sendo uma oportunidade para reconhecer necessidades e implementar estratégias e cuidados específicos individualizados, visando a melhoria dos cuidados prestados. Não podemos esquecer que o conceito de QVRS é um indicador importante na avaliação dos cuidados de saúde e melhoria do estado de saúde das populações.

Os autores González-Consuegra & Verdú (2010, p. 131) referem que “La atención sanitaria, en la actualidad, se centra en la calidad o el valor del tiempo de vida y no sólo en la cantidad de vida”<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> - Atualmente, os cuidados de saúde centram-se na qualidade ou valor do tempo de vida e não apenas na quantidade de vida.



**PARTE I**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## CAPITULO 1 - QUALIDADE DE VIDA

A questão da qualidade está associada à própria existência humana e à procura constante da melhor vida possível, inserida nos melhores contextos e ao menor custo.

Inicialmente o termo QV e bem-estar estavam associados a “boa vida”, avaliados pela quantidade de bens materiais conseguidos, como o carro, a casa, um bom emprego entre outros. Após a 2ª guerra mundial adquiria novos significados como resultado do progresso tecnológico e de melhores expectativas de vida na reorganização das sociedades. Novos indicadores surgiam e permitiam a comparação entre regiões e populações, atribuindo melhor QV às populações economicamente mais favorecidas. Surgiam as desigualdades económicas e sociais, nomeadamente nas condições de vida e acesso a bens essenciais. Questões como a segurança pessoal, confiança no governo e a solidariedade familiar degradavam-se. Nesta época, não havia referência à presença de doenças ou disfunções associadas ao conceito de QV (Fleck, 2008; Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010; Almeida, Gutierrez, & Marques, 2012; Campos M. O., et al., 2013).

Com o passar dos anos estes indicadores tornaram-se escassos para a avaliação concreta da QV dos indivíduos. As desigualdades sociais e económicas não eram motivo para perceção de piores níveis de QV. Novos indicadores foram surgindo e a QV não era apenas o resultado de indicadores objetivos e mensuráveis (trabalho, lazer, condições de saúde, oportunidades) mas também o resultado da avaliação subjetiva do indivíduo sobre a sua própria vida onde conceitos como felicidade, liberdade e bem-estar adquiriam importância (Fleck, 2008; Canavarro, 2010; Almeida, Gutierrez, & Marques, 2012).

O **modelo da satisfação** e o **modelo funcionalista** foram dois grandes grupos de modelos teóricos de QV, importantes para a sua concetualização e mensuração. (Fleck, 2008).

O **modelo da satisfação** foi desenvolvido por Dinner (1984) a partir do estudo psicológico e sociológico de conceitos como a felicidade e bem-estar. Neste modelo a QV surge associada à satisfação do indivíduo em domínios que são considerados importantes para ele. É um modelo subjetivo, dependente das expectativas e realizações individuais, bem como do ambiente sociocultural onde está inserido. Este modelo lembra que a mensuração

da QV deverá ser centrada na avaliação individual tendo presente a transculturalidade que o distingue (Fleck, 2008).

O **modelo funcionalista** defende que uma boa QV implica que o indivíduo desempenhe satisfatoriamente as suas funções básicas, bem como o seu papel social. Neste modelo a doença é um problema e a saúde o bem mais precioso. Este modelo é um dos utilizados quando se pretende avaliar a QVRS (Fleck, 2008).

A QV tornou-se assim num conceito abrangente e complexo que inclui múltiplos conceitos e facetas, objetivos e subjetivos, tais como a habitação, o lazer, o emprego e os hábitos de vida ou seja inclui fatores ambientais, físicos, sociais e outros com os quais o indivíduo, doente ou saudável, interage e se relaciona e que colaboram para uma perceção positiva ou negativa do bem-estar individual (Fleck, 2008; Almeida, Gutierrez, & Marques, 2012; Furtado, 2012; Price & Krasner, 2012).

### **O conceito e o modelo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde**

A área do saber em QV mantém-se em contínua construção. São vários os conceitos, modelos e instrumentos de avaliação da QV consequência de diferentes ciências e abordagens originando instrumentos de avaliação “sem qualquer base científica” (Canavarro, 2010, p. 15). A multiplicidade de instrumentos de medida baseados em conceitos distintos de QV dificulta a comparação de resultados de diferentes estudos e realizados em diferentes países (Alves, 2011).

Tendo em conta a evolução e a multidisciplinidade de conceitos, fundamentais para o enriquecimento do seu constructo, em 1995 o grupo WHOQOL (*World Health Organization instrument to evaluate quality of life*), da Organização Mundial de Saúde (OMS) referenciado por Fleck, definiu o termo QV como “a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação às suas, expectativas, seus padrões e suas preocupações” (Fleck, 2008, p. 25). Este conceito foi o resultado do consenso internacional, valorizando as diferentes perspetivas transculturais. Contempla as concepções de subjetividade da vida do indivíduo bem como a multidimensionalidade ao incorporar 4 dimensões básicas: a dimensão física, psicológica, social e ambiental. Demonstra a presença de bipolaridade ou seja, dimensões positivas e negativas resultantes da perceção, das crenças e experiências de vida, dando origem a um instrumento de recolha de dados que pode ser utilizado em vários locais do mundo (Fleck, 2008; Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010).

A QV é assim um conceito holístico, abstrato, sublime e de difícil mensuração. Engloba vários significados e reflete os diferentes contextos de vida, conhecimentos, experiências, crenças e valores, bem como as diferentes expectativas individuais e coletivas (Almeida, Gutierrez, & Marques, 2012).

“Qualidade de vida não se esgota nas condições objetivas de que dispõem os indivíduos, tampouco no tempo de vida que estes possam ter, mas no significado que dão a essas condições e à maneira com que vivem” (Almeida, Gutierrez, & Marques, 2012, p. 19)

É um conceito pessoal, facilmente mutável pois depende dos diferentes momentos e situações da vida, onde variáveis socioeconómicas (idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, profissão) conflituam com variáveis psicológicas e culturais (personalidade, autoestima, liberdade, apoio familiar). A avaliação da QV nunca poderá ser igual para todos os indivíduos, pois cada avaliação irá reproduzir a experiência individual, ao longo da sua vida, no ambiente e contexto onde se encontra inserido.

### 1.1 - QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

A introdução do conceito de qualidade de vida associada à mensuração de indicadores na área da saúde surgiu a partir da década de 1970, associada à melhoria das condições de vida, ao decréscimo das doenças infecciosas, ao aumento da esperança de vida e da doença crónica. No passado, o principal objetivo dos tratamentos era a cura, vivia-se a vida com a preocupação com a doença, imperando o modelo biomédico. Hoje perante o flagelo da doença crónica torna-se fundamental reconhecer que a cura não é possível, centrando a preocupação no valor individual da vida e na sua qualidade, modelo holístico (Fleck, 2008; Furtado, 2012).

O conceito de QV adotou assim contornos mais específicos e abrangentes, associados à promoção da saúde e à prevenção da doença crónica. “A saúde passa a ser entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (Carta de Ottawa, 1986, p. 2). Tão importante como avaliar a doença do doente é avaliar o impacto desta nos diferentes domínios da sua vida foi a conclusão de uma revisão sistemática de literatura elaborada por Furtado com o objetivo de conhecer o impacto das úlceras de pressão na QVRS, (Furtado, 2012).

Para a definição de QV na área da saúde são vários os conceitos que o intercedem, uns de origem biológica e funcional como, o estado de saúde, estado funcional e incapacidade; outros de origem social e psicológica como, o estado de bem-estar, satisfação e felicidade; outros de origem económica (Fleck, 2008) e outros ainda de origem espiritual (Canavarro, 2010).

Considerando o **estado de saúde**, sem dúvida que o conceito de “qualidade de vida é mais abrangente do que estado de saúde” (Fleck, 2008, p. 22).

Relembrando a definição de saúde da OMS (1948) esta é considerada “um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (Power, 2008, p. 49). Esta definição tornou-se fundamental e o ponto de partida para uma visão global e otimista da saúde e do estado de saúde e para a conceitualização de qualidade de vida na saúde, fornecendo informação sobre os domínios considerados importantes para a sua avaliação, incluindo a saúde e o bem-estar como domínios essenciais desta (Power, 2008).

A definição de saúde da OMS determinou que as atividades de promoção da saúde deixassem de ser “dirigidas apenas ao controlo de sintomas, à diminuição da mortalidade ou ao aumento da esperança de vida, passando a contemplar igualmente, o bem-estar e a QV dos indivíduos” (Canavarro, 2010, p. 5).

Para alguns autores a definição de saúde foi considerada utópica e irrealista, pois seria impossível conseguir simultaneamente o “completo bem-estar” em todas as dimensões da vida (física, psicológica e social). A nossa vida diária implica momentos de instabilidade em qualquer uma das dimensões repercutindo-se inevitavelmente às restantes comprometendo o bem-estar (Campos A. D., 2011; Ribeiro I. L., 2011).

A QV engloba assim fatores internos, relacionados com a própria saúde do indivíduo (física, emocional e mental) bem como fatores externos referentes ao ambiente que o rodeia que não estão relacionados à sua saúde, mas poderão influenciá-la negativamente (baixo rendimento, falta de liberdade e más condições ambientais).

A presença de uma doença “afecta de forma significativa pelo menos três aspectos da vida: o biológico o social e o psicológico, os quais juntos ou de forma isolada vão afectar a qualidade de vida.” (Furtado, 2012, p. 88).

A saúde será então a consequência das experiências vividas, dos estilos de vida adotados, da exposição ambiental e da disponibilidade dos cuidados de saúde. O estado de saúde e a QV, nas pessoas idosas e/ou com doença crónica estará associada à sua perceção e capacidade em manter autonomia e a independência nos diferentes domínios, considerados como valores sociais fundamentais (Direção Geral da Saúde, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, 2006; Campos M. O., et al., 2013).

Saúde e QV são assim termos interrelacionados e complementares, a saúde colabora para a melhoria da QV e esta por sua vez é indispensável para que a pessoa e a sociedade possam gozar saúde. A saúde é então um dos domínios fundamentais da QV (Fleck, 2008) e o estado de saúde, um indicador importante da avaliação subjetiva do indivíduo sobre a sua saúde, elemento fundamental na caracterização não só da saúde mas também do bem-estar e da QV das populações (Oliveira D. G., 2009; Almeida, Gutierrez, & Marques, 2012).

A carta de Ottawa afirma que “a saúde é um dos maiores recursos para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida” (Carta de Ottawa , 1986, p. 2).

Mas, o que será que nos distingue e nos faz agir e olhar de forma diferente perante situações idênticas?

Na assembleia mundial de saúde de 1991, a OMS e o seu grupo de trabalho, declararam que a **espiritualidade, religião e crenças pessoais** eram variáveis indispensáveis na saúde e QV.

Emergiu assim a necessidade de corrigir e incluir uma dimensão espiritual no conceito de saúde definido pela OMS em 1948, passando esta a ser definida como “um estado dinâmico completo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença” OMS (1998) citada por (Panzini, Rocha, Bandeira, & Flek, 2008, p. 94). A declaração universal sobre bioética e direitos humanos reafirmou também que “a identidade da pessoa tem dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais” (Comissão Nacional da UNESCO, 2005, p. 5). O grupo de peritos de consenso internacional concordou com a dimensão espiritual como a quarta dimensão da QV associada às crenças pessoais e culturais e aos próprios valores individuais (International Consensus, 2012).

A espiritualidade é um importante domínio a considerar na avaliação da QV. No Brasil, um estudo qualitativo realizado com 5 doentes com feridas crónicas com pelo menos 1 ano de permanência ativa, concluiu que a espiritualidade permite distinguir as diferentes estratégias interiores e individuais utilizadas para eliminar as limitações e incapacidades do dia-a-dia permitindo “lutar” pela vida, pela saúde levando os doentes a procurar usufruir qualidade no tempo que ainda têm para viver (Lara, Júnior, Pinto, Vieira, & Wichr, 2011) opinião também partilhada por (Ribeiro I. L., 2011).

Relativamente ao **estado funcional**, o seu comprometimento está habitualmente relacionado com a dificuldade e incapacidade no desempenho de papéis sociais/familiares ou atividades básicas do dia-a-dia (Fleck, 2008).

Na realidade, a presença de uma ferida crónica provoca alterações na imagem corporal, dor física e emocional associada à presença de edema, odor e de exsudado abundante, que se repercute na QV dos doentes e nos diferentes domínios. A sua presença impede, tal como qualquer outra doença crónica, que os indivíduos atinjam o seu potencial, limitando o futuro e contribuindo para o aumento de custos em termos humanos, sociais e económicos (OE, 2010; Furtado, 2012; International Consensus, 2012).

As medidas de **bem-estar** implicam a avaliação e a satisfação pessoal com as diversas dimensões da vida. Elas referem-se ao equilíbrio emocional, à autoestima, às perceções e avaliações individuais, incluindo descrições de sensações agradáveis ou desagradáveis e avaliações globais de saúde (Fleck, 2008).

A QV não é simplesmente sinónimo de bem-estar, deverá incluir outras abordagens relacionadas ou não com a saúde (Power, 2008).

O bem-estar não é um conceito estático, nem significa ausência de inquietude, ele é um conceito abstrato e subjetivo que influencia os domínios físicos e psicológicos da vida. Ele depende de todo o contexto onde o indivíduo se integra e interrelaciona na busca constante do equilíbrio (Quartilho, 2010; Zamberland, Calvetti, Deisvaldi, & De Siquiera, 2010; Furtado, 2012; White, 2013).

O conceito de bem-estar é resumido por Quartilho (2010, p. 62) à “opinião do indivíduo sobre o modo como se sente” tendo em conta os seus objetivos, expectativas e valores pessoais. O mesmo autor referenciando Eid & Larsen (2008) relembra que as pessoas felizes são “mais sociais, altruístas, activas, gostam mais de si próprias e dos outros, têm

sistemas imunitários eficientes e evidenciam melhores aptidões na resolução de conflitos” (Quartilho, 2010, p. 63).

Um estudo misto realizado no Brasil com 15 pacientes com feridas crónicas nos membros inferiores concluiu que independentemente da etiologia da ferida, da sua duração e dos cuidados prestados, o bem-estar e o progresso dos resultados só serão conseguidos com a colaboração e integração do doente, família ou cuidador no centro de toda a equipa multidisciplinar (Lucas, Martins, & Robazzi, 2008). Esta realidade é atualmente referenciada como fundamental no cuidado e tratamento ao doente com ferida crónica pelo *International Consensus* (2012).

Não esquecendo ou desvalorizando a **componente económica**, também esta tem um grande impacto na QV individual e de toda a sociedade.

Os bens materiais serão mais ou menos importantes para o indivíduo consoante a sua classe social, cultura de valores e a importância que lhes é atribuída (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008; International Consensus, 2012), não esquecendo que o emprego é um fator natural e essencial de aquisição de rendimentos permitindo e facilitando as escolhas na vida dos trabalhadores (Lucas, Martins, & Robazzi, 2008; Quartilho, 2010).

Nem sempre as sociedades mais ricas são as sociedades mais felizes e com melhores índices de bem-estar e QV. O que estas sociedades usufruem é de maior facilidade e acesso aos serviços de saúde, diminuição das taxas de mortalidade e aumento da esperança de vida. Os indivíduos que valorizam mais o aspecto material da vida em detrimento das relações familiares ou sociais são geralmente mais insatisfeitos (Quartilho, 2010).

De qualquer forma não podemos esquecer que o absentismo, o desemprego e o baixo nível económico relacionado com a duração, recorrência e elevados custos da ferida crónica (Herberger, et al., 2011), contribuem para a desigualdade na acessibilidade a recursos básicos (alimentação, higiene, habitação) que permitem condições de vida aceitáveis, a sobrevivência, bem-estar e QV (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008; OE, 2010; Lara, Júnior, Pinto, Vieira, & Wichr, 2011). O baixo nível económico coloca em questão alguns dos princípios fundamentais da bioética como o da equidade, solidariedade e justiça social (Comissão Nacional da UNESCO, 2005; Relatório Anual da Saúde, 2008; Quartilho, 2010).

“Improving health and wellbeing in increasingly thought to be linked to economic and social benefits”<sup>2</sup> OMS (2010) citada pelo *International Consensus* (2012, p. 1).

Apesar da importância e da interligação destes conceitos, não existe uma definição concreta sobre QVRS. Em todos eles, a saúde surge como domínio central e verifica-se uma relação íntima entre aspetos objetivos e subjetivos da vida do indivíduo que a completam. A QV integra assim a QVRS juntamente com os determinantes internos (individuais) e os determinantes externos (sociais e culturais) indissociáveis entre si. Não é diretamente mensurável, ela é o resultado da avaliação subjetiva e multidimensional do indivíduo.

Os termos QV e QVRS são muitas vezes e erradamente utilizados como sinónimos (Power, 2008).

A QVRS foi definida por Patrick e colaboradores (1973) referenciados por Fleck (2008, p. 22) como “a capacidade de um indivíduo desempenhar as AVDs, considerando a sua idade e papel social” a sua incapacidade estará associada a menor QV. Posteriormente Patrick e Erikson (1993) citados por Fleck (2008, p. 22) reformularam a sua definição inicial considerando a QVRS como o “valor atribuído à duração da vida modificado por lesões, estados funcionais, perceções e oportunidades sociais que são influenciadas pela doença, dano, tratamento ou políticas de saúde” ou seja, impera a subjetividade da vida associada à doença e aos apoios disponíveis. A presença de uma doença não é considerada limitadora nem sinónimo de ausência de QV. Indivíduos com limitações funcionais graves, podem apresentar níveis elevados de QV associados a apoios sociais e familiares ou até mesmo pela sua perspetiva de vida, otimismo e espiritualidade sendo uma crítica ao modelo funcionalista da QV.

“A espiritualidade modifica a realidade, capacitando a pessoa e atribuindo significação à circunstância” (Ribeiro I. L., 2011, p. 324).

Dois significados são destacados por Canavarro (2010) referenciando Pais Ribeiro (1994) para a QVRS, um geral e um específico. O geral, em que a definição de QVRS é o resultado das doenças, sintomas e tratamentos na QV do indivíduo. O específico, que será o impacto ou limitações de uma doença específica na QV do doente.

---

<sup>2</sup> - Melhorar a saúde e o bem-estar é fundamental e está associado a benefícios económicos e sociais.

A QVRS é definida por Van Korlaar e colaboradores (2003), referenciados por Moffatt (2008, p. 10) como “*las consecuencias funcionales de una enfermedad y su consiguiente tratamiento en um paciente tal y como este lo percibe*”<sup>3</sup>.

A QV tornou-se assim o objetivo principal dos serviços de saúde (Price & Krasner, 2012). Ela permite avaliar os resultados das intervenções do sistema de saúde, monitorizar os sintomas e a evolução da doença, os resultados dos procedimentos e mensura os aspetos (objetivos e subjetivos) relacionados com as dimensões da funcionalidade física, psicológica, social e o bem-estar dos indivíduos. A QV é o resultado da autoavaliação do indivíduo sobre a satisfação com a própria vida. (Baharestani, 2006; Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, 2013).

A opinião de cada pessoa sobre o seu estado de saúde é um dos importantes indicadores recomendados pelo Ministério da Saúde (2004) para a avaliação do estado de saúde e QV das populações. (Furtado, 2012; Price & Krasner, 2012; Campos M. O., et al., 2013).

Apesar dos cuidados globais aos doentes com feridas crónicas, incluem o apoio (físico e psíquico), acompanhamento e responsabilidade de toda a equipa multidisciplinar, os enfermeiros, elementos ativos do sistema de saúde, cumprindo com o Código Deontológico (artigo 82º, alínea c) “assumem o dever de participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” em todos os momentos do ciclo vital do ser humano (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 3).

Um estudo exploratório, realizado com uma amostra de 153 enfermeiros a frequentar uma pós-graduação na escola superior de saúde do Porto, teve como objetivo verificar de que forma é que os profissionais utilizavam o critério QV na tomada de decisões éticas e no contacto diário com os seus doentes. O estudo concluiu que o conceito de QV era utilizado por 72,8% dos enfermeiros na prática de cuidados, verificando-se que 99,3% dos enfermeiros invocava este conceito, seguidos pelos médicos (58,2%), pela família (54,9%) e pelo doente (50,3%). O estudo demonstrou ainda que na tomada de decisão, 84,2% dos enfermeiros valorizavam a opinião e vontade do doente (Ribeiro, et al., 2011) considerando-o assim como o centro dos cuidados, promovendo a sua QV e a qualidade dos cuidados prestados.

---

<sup>3</sup> - As consequências funcionais de uma doença e seu tratamento num paciente, tal como ele o entende.

Um estudo comparativo entre um programa domiciliário direcionado para a QV dos doentes com feridas crónicas e seus tratamentos e uma revisão de outros estudos de QV e doenças crónicas elaborado em 2010 no Canadá concluiu que, o impacto das feridas crónicas na QV do doente era semelhante ao impacto das outras doenças crónicas considerando fundamental a valorização e avaliação da QV neste tipo de doentes para obter melhorias nos resultados e ganhos em saúde (Hurd, 2013).

Concluimos que, saúde, bem-estar e QV não são sinónimos. A qualidade de vida é um termo pessoal, bastante abrangente que inclui todos os aspetos da vida do indivíduo, objetivos e subjetivos e em diferentes momentos. A QVRS engloba, para além da saúde física, a perceção do indivíduo sobre a sua vida (bem-estar) bem como os fatores psicológicos, económicos, sociais e espirituais associados. A avaliação da QVRS é centrada no indivíduo, numa perspetiva holística e na sua experiência de vida. A saúde é apenas um dos seus domínios. A sua mensuração deve incluir dimensões positivas e negativas relacionadas com os quatro domínios básicos: o estado funcional, sintomas associados à doença e/ou tratamento e o funcionamento psicológico e social. É importante que cada um de nós procure uma boa qualidade frente às dificuldades e limitações individuais.

O enfermeiro, na sua prática diária, deverá centrar as suas funções no doente e nas suas capacidades, respeitando-o como um todo, adequando os seus cuidados às suas necessidades, expectativas e crenças, com o melhor desempenho possível, assumindo o papel de educador e mediador, proporcionando informações e conhecimentos aos doentes e famílias, capacitando-os e facilitando a adesão ao tratamento, promovendo a melhoria da autonomia, bem-estar e QV. Não podemos esquecer que um dos principais objetivos dos cuidados de saúde é a melhoria da QV dos doentes, sendo esta uma importante medida de desfecho da saúde. Ter QV é encontrar um equilíbrio na multidimensionalidade da vida.

## **CAPITULO 2 - FERIDA CRÓNICA NOS MEMBROS INFERIORES**

“Uma ferida pode não ser apenas uma lesão física, mas algo que dói sem necessariamente precisar de estímulos sensoriais, uma marca, uma perda irreparável ou uma doença incurável” (Lucas, Martins, & Robazzi, 2008, p. 44).

Ao longo das últimas cinco décadas é notório o aumento progressivo pelo interesse e investigação na área das feridas. Há vinte anos atrás Lindholm (1993) e os seus colaboradores citados por White (2013), efetuaram o primeiro estudo de que há registo, sobre a QV do doente com ferida crónica nos membros inferiores utilizando o *Nothigam Health Profile* (NHP) como instrumento de recolha de dados.

A ferida crónica tornou-se uma preocupação constante de toda a sociedade, não só para os profissionais de saúde, como para as indústrias farmacêuticas e sistemas de saúde, associada aos tratamentos contínuos, dispendiosos e prolongados e às consequências inevitáveis nas diferentes dimensões da vida do doente/família e inevitavelmente na sua QV (Mestre, Rodrigues, & Cardoso, 2012).

A ferida é definida “como uma interrupção da integridade e das funções do tecido do corpo” (Baharestani, 2006, p. 4).

Após um estudo intensivo em diferentes fontes de dados, Queen (2010) referenciado por Soriano & Pérez (2011, p. 10), concluiu que “a nível mundial existem uns 400 milhões de pessoas com feridas de diferente etiologia e, destas aproximadamente uns 20 milhões são feridas crónicas”.

As feridas, independentemente da sua etiologia podem ser classificadas em agudas ou crónicas dependendo do tempo necessário para a sua cicatrização. Uma ferida aguda é uma ferida que cicatriza de forma organizada e rápida sem complicações associadas, com eventual restabelecimento da integridade anatómica e funcional, respeitando as diferentes fases da cicatrização (Dealey, 2008).

As feridas crónicas são consideradas feridas que “difícilmente progridem através de uma sequência de reparação normal, ordeira e atempada ou feridas que passam através do processo de reparação sem restabelecimento anatómico e funcional” (Jones, Bale, &

Harding, 2006, p. 71), esta definição foi proposta em 1992, por Lazarus e utilizada pela Wound Healing Society, é a definição atualmente aceita e utilizada pelos autores Gottrup, Apelqvist, & Price (2010) após um estudo baseado na melhor evidência possível na área da ferida crônica.

Existem outras definições para ferida crônica que inclui o tempo de cicatrização, como um fator determinante na sua definição.

A maioria dos estudos consultados por Gottrup, Apelqvist, & Price (2010), referem que a ferida crônica é definida como uma lesão que não cicatriza entre as 4-6 semanas desde a primeira observação com terapêutica corretamente dirigida, opinião também partilhada por (Justiniano, 2010; Cruz, Baudrier, & Azevedo, 2011; Gonzalez, et al., 2011), apesar de muitas permanecerem ativas durante meses e anos (Chamanga, 2010). O mesmo grupo de autores lembra que este parâmetro, por si só, não identifica a cronicidade ou a dificuldade de cicatrização, pois existem fatores fisiológicos e ambientais ou intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, que determinam o tempo de cicatrização, realidade também partilhada por Soriano & Pérez (2011).

Os autores lembram, que mais importante que conhecer o tempo da ferida é identificar a sua verdadeira etiologia, para que controlando ou eliminando os fatores que lhe estão associados, o tratamento apropriado seja iniciado o mais precoce possível (Briggs, 2010; Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010)...“o tempo de duração das feridas é inversamente proporcional à probabilidade de cura” (Cruz, Baudrier, & Azevedo, 2011, p. 384), associado à presença de um leito da ferida atrofico e saturado dos apósitos utilizados ao longo dos anos de tratamentos (Garcia, et al., 2012), não esquecendo que as úlceras venosas e neuropáticas apresentam elevadas taxas de recidivas (Gonzalez, et al., 2011).

Uma revisão da literatura centrada na úlcera da perna concluiu que cerca de dois terços dos doentes com úlceras dos membros inferiores cicatrizadas, terá pelo menos uma recorrência na sua vida (Morris & Sander, 2007) o que exige um acompanhamento minucioso e personalizado mesmo após a sua cicatrização.

Outra revisão da literatura direcionada para a QV e ferida crônica, concluiu que independentemente da etiologia da úlcera do membro inferior, a sua cicatrização total é lenta e difícil e apresenta recidivas frequentes (González-Consuegra & Verdú, 2010).

Úlceras, úlceras crônicas, feridas complexas e feridas de difícil cicatrização são alguns termos utilizados e referenciados ao longo da literatura sobre lesões crônicas na pele.

O Consenso Nacional sobre Úlceras da Extremidade Inferior (CONUEI) afirma, que muitos autores utilizam erradamente o termo “úlceras crônicas”, (Cruz, Baudrier, & Azevedo, 2011; Gonzalez, et al., 2011; Lara, Júnior, Pinto, Vieira, & Wichr, 2011; Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, 2013), uma vez que a palavra úlcera por si só é sinónimo de cronicidade, devendo utilizar-se úlcera ou ferida crônica na abordagem de “una lesión en la extremidad inferior, espontánea o accidental, cuya etiología pueda referirse a un proceso patológico sistémico o de la extremidad y que no cicatriza en el intervalo temporal esperado”<sup>4</sup> (Documento de consenso C.O.N.U.E.I, 2009, p. 9).

A maioria das feridas crônicas, atualmente definidas por feridas complexas (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008; Dealey, 2008; Lara, Júnior, Pinto, Vieira, & Wichr, 2011), ou feridas que não cicatrizam (Briggs, 2010; Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010), surgem em qualquer idade, sendo mais frequentes em indivíduos mais idosos (Pina, Kátia, Franks, & Moffat, 2004; Documento de consenso C.O.N.U.E.I, 2009; Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010; Soriano & Pérez, 2011; Cruz, Baudrier, & Azevedo, 2011; Trostrup, Bjarnsholt, Kirketerp-Moller, Hoiby, & Moser, 2013), e devem ser distinguidas das feridas que foram mal diagnosticadas, negligenciadas ou não tratadas (Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010).

As feridas crônicas são normalmente feridas com perda total da espessura da pele, que cicatrizam por segunda intenção, dependentes de fatores endógenos e exógenos, caracterizadas por fases inflamatórias prolongadas, consideradas colonizadas ou contaminadas e associadas à presença de fatores de risco e comorbilidades, como a idade avançada, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, desnutrição, tabagismo, doença vascular, aterosclerose, doença cardíaca, insuficiência arterial e venosa, ou secundárias a fármacos e forças de pressão e fricção com influência negativa na cicatrização, (Jones, Bale, & Harding, 2006; Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008; Documento de consenso C.O.N.U.E.I, 2009; Eagle, 2009; Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010; Soriano & Pérez, 2011; Cruz, Baudrier, & Azevedo, 2011; Gonzalez, et al., 2011; Trostrup, Bjarnsholt, Kirketerp-Moller, Hoiby, & Moser, 2013).

---

<sup>4</sup> - A lesão no membro inferior, acidental ou espontânea, cuja etiologia pode estar relacionada com um processo de doença sistémico ou do membro, que não cura no intervalo de tempo esperado.

“No debemos olvidar que en un tercio de los casos de úlceras crónicas existe más de una causa responsable”<sup>5</sup> (Gonzalez, et al., 2011, p. 93). Um estudo de coorte elaborado em três províncias canadianas com 735 adultos com úlceras venosas e úlceras mistas nos membros inferiores confirmou que quase um terço dos portadores de feridas crónicas tinham mais de três comorbilidades associadas (Harrison, VanDenKerkhof, Hopman, & Carley, 2013).

Outra investigação efetuada em Hamburgo, com 530 pacientes com úlceras nos membros inferiores, demonstrou que as principais comorbilidades encontradas foram: a hipertensão (50%), obesidade (24%), doença coronária (24%) e diabetes (22%) (Herberger K. , et al., 2011).

Alguns autores lembram que os principais fatores de risco das feridas crónicas nos membros inferiores são a insuficiência venosa, a doença arterial e a neuropatia diabética, responsáveis pelas úlceras venosas, úlceras arteriais/isquémicas e pé diabético respetivamente, não esquecendo as úlceras por pressão associadas não só às forças de pressão e fricção, mas também aos fatores de risco mencionados (Documento de consenso C.O.N.U.E.I, 2009; Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010; Cruz, Baudrier, & Azevedo, 2011). A CONUEI lembra que existem ainda as úlceras mistas, um termo que deverá ser evitado e só deve ser utilizado quando não for possível o diagnóstico etiológico único (Documento de consenso C.O.N.U.E.I, 2009).

Apesar de raros, existem ainda outros fatores precipitantes de feridas crónicas como os traumatismos físicos, vasculites, doenças metabólicas, tumores, alterações da coagulação e outros, não esquecendo que qualquer ferida poderá evoluir para a cronicidade (Cruz, Baudrier, & Azevedo, 2011).

Em Portugal, na região de Lisboa, com o intuito de identificar a prevalência das úlceras de perna, foi elaborado um estudo com 263 doentes com feridas crónicas nos membros inferiores. O estudo concluiu que a sua prevalência é muito semelhante entre o sexo masculino e feminino sendo de 1.3 e 1.46/1000 habitantes respetivamente, ou seja que aproximadamente 14.000 doentes irão apresentar uma ferida crónica nos membros inferiores em qualquer fase da sua vida, numa prevalência total de 1.41/1000 habitantes. O mesmo estudo constatou, que as úlceras dos membros inferiores podem surgir em qualquer idade, sendo mais frequente em indivíduos com idades superiores aos 80 anos. Quanto á

---

<sup>5</sup> - Não devemos esquecer que, em um terço dos casos de úlceras crónicas há mais de uma causa associada.

etiologia verificou-se que apenas 67% da amostra em estudo é que conhecia a verdadeira etiologia da úlcera da perna. Destes, 80% eram de origem venosa, 5% arteriais e 15% mistas, não havendo referência a outro tipo de feridas crónicas (Pina, Kátia, Franks, & Moffat, 2004). Outros autores relacionaram a presença da ferida crónica a indivíduos com idades superiores a 60 anos (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008).

Os últimos dados divulgados pelo CONUEI e resultantes da melhor evidência disponível, referem uma prevalência da ferida crónica nos membros inferiores de 0,10 a 0,30%, com uma incidência de 3 a 5/1000 habitantes/ano. Em idades superiores a 65 anos a prevalência e a incidência duplicam. Quanto à etiologia a CONUEI refere que cerca 75 a 80% são de origem venosa, 0,2 a 2% de origem arterial, e 15 a 25% de origem neuropática (Documento de consenso C.O.N.U.E.I, 2009). Na Espanha, em 2002 o grupo nacional para o estudo e aconselhamento em úlceras de pressão e feridas crónicas (GNEAUPP) elaborou um estudo epidemiológico sobre a prevalência de úlceras de perna e verificou que as feridas de origem venosa predominam mais no sexo feminino enquanto as feridas de origem arterial no sexo masculino (Gonzalez, et al., 2011).

A sintomatologia associada à presença da ferida crónica é multidimensional provocando impacto negativo no bem-estar físico, psíquico, social, espiritual e económico do doente e sua família realidade referenciada no estudo de caso de Leonard & Vuolo (2009) ao descreverem o dia-a-dia de uma enfermeira com uma ferida crónica há 10 meses, no estudo de Lara, Júnior, Pinto, Vieira, & Wichr (2011), no estudo misto de Justino (2011) realizado com 40 utentes com diferentes tipos de ferida crónica nos membros inferiores e atualmente divulgada pelo *International Consensus* (2012).

Um estudo qualitativo realizado nos Açores com 10 doentes com úlcera venosa, com pelo menos 3 meses de evolução concluiu que a vida do doente/família é vivida em função da ferida. Aspectos como a alteração da imagem corporal, o repouso necessário, os tempos intermináveis de espera e tratamentos constantes bem como a presença de sintomas (dor física e emocional), o edema, o cheiro fétido e o exsudado abundante, foram referenciados como fatores que afetaram negativamente a QV num turbilhão de sintomas, relacionados com a própria ferida e com o doente, em que uns deram lugar a outros e juntos colaboraram para o isolamento social e para a diminuição da QV (Sousa, 2009) realidade também referenciada pelo *International Consensus* (2012) e pela autora Ousey (2012) no

seu prefácio de abertura de uma conferência realizada em Londres, sobre a atualidade na abordagem da ferida crónica.

As úlceras nos membros inferiores provocam dor, problemas emocionais, tais como ansiedade, depressão, stresse e conseqüente isolamento social o que irá influenciar todo o processo de cicatrização. Estes fatores psicossociais não são só conseqüência da ferida crónica mas também fatores que contribuem para a sua cronicidade e possíveis complicações com influência negativa na QV (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008).

O impacto da ferida crónica na QV será abordado mais pormenorizadamente no capítulo multidimensionalidade da ferida crónica.

O cuidado com feridas é uma das atividades diárias do profissional de enfermagem, nos três níveis de cuidados, primários, secundários e terciários. Cerca de 50% do seu tempo é passado a executar tratamentos a doentes com feridas crónicas nos membros inferiores (Morris & Sander, 2007). O tratamento exige conhecimentos e cuidados baseados na melhor evidência possível (Ousey, 2012). Uma revisão da literatura dirigida para os efeitos da úlcera venosa na QV dos doentes concluiu que o tratamento deverá ser integral, centrado no doente, incluindo a sua família/cuidador e contexto onde ambos estão inseridos (Maddox, 2012) opinião já partilhada anteriormente por Briggs (2010) e concluída no estudo de Lucas, Martins, & Robazzi, (2008).

O tratamento à ferida crónica é complexo e multidisciplinar, deverá abranger o conhecimento global e intensivo do doente, com exame físico, psicológico e emocional detalhado. Para que o tratamento sistémico e local possa ser iniciado o mais precoce possível e em colaboração com o doente, é fundamental a determinação da etiologia e avaliação da ferida, incluindo os fatores intrínsecos e extrínsecos que poderão condicionar o seu aparecimento ou a sua cicatrização (Justiniano, 2010; Cook, 2012; International Consensus, 2012).

Esta forma de atuação é centrada no “modelo de abordagem/gestão de feridas crónicas” de Papoola (2000), referenciado por Sousa (2009). Este modelo valoriza a abordagem holística e multidimensional no tratamento da pessoa com ferida crónica e considera o contexto ambiental essencial na identificação dos fatores que intrefere no processo de cicatrização. Este ambiente integra o ambiente físico, psíquico, económico, político e espiritual onde se integram os diferentes fatores de risco, cada um com mesmo nível de importância no processo cicatricial.

Assim “El proceso de la cicatrización es el resultado de una interacción compleja entre los factores del paciente y la herida, el tratamiento empleado y las habilidades y conocimientos de los profesionales sanitarios”<sup>6</sup> (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008, p. 8).

Os autores de um estudo elaborado com quatro grupos diferentes de doentes com ferida crónica, concluíram que os profissionais não são iguais. Muitas vezes a prioridade do enfermeiro no tratamento das feridas crónicas é diferente da prioridade do doente. Enquanto o doente pretende conforto, os enfermeiros pretendem a cura. Os mesmos autores lembram que existem profissionais, ainda que em pequena minoria, que culpabilizam o doente pelo insucesso dos tratamentos, rotulando-os. Existem outro grupo de profissionais, que apesar de quererem colaborar não conseguem por ausência de recursos suficientes, quer pessoais quer materiais (Morgan e Moffat (2008) referenciado por Briggs (2010)).

Para o tratamento eficaz é importante não discriminar nem rotular os doentes. A comunicação é a base do tratamento. Mais importante que tratar a ferida é gerir e controlar os seus sintomas e promover e otimizar o bem-estar do doente (Briggs, 2010; International Consensus, 2012; White, 2013) e é nesta realidade que se devem centrar os cuidados dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

As principais complicações associadas à presença da ferida crónica, são a dor agudizada, septicémia, hospitalizações prolongadas e em casos especiais possíveis amputações (Trostrup, Bjarnsholt, Kirketerp-Moller, Hoiby, & Moser, 2013), associadas muitas vezes a tratamentos inadequados, lembra a autora Cook (2012) na sua revisão atual sobre o cuidado a feridas.

Em Portugal, de acordo com dados cedidos pelo relatório anual do observatório nacional da diabetes (2011), desde 2004 que se verifica uma diminuição no número de amputações major associadas a complicações da diabetes.

O tratamento de feridas é muito dispendioso. Os autores de uma revisão sistemática da literatura centrada nos custos psicológicos de viver com uma ferida crónica, lembram que não é fácil encontrar métodos adequados para contabilizar os gastos totais com a ferida crónica (Upton & Hender, 2012).

---

<sup>6</sup> - O processo de cicatrização é o resultado de uma interação complexa entre os fatores do paciente e da ferida, o tratamento executado e a experiência e conhecimentos dos profissionais de saúde.

Os fatores que apresentam correlação positiva com os elevados custos da ferida crónica na área saúde são: o tamanho da ferida, a duração do tratamento e a presença de pelo menos uma comorbilidade associada (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008).

Na Europa, as úlceras dos membros inferiores são responsáveis por 1,5 a 3% dos gastos, diretos e indiretos, com médias de dias de internamento entre os 29-44 dias (Documento de consenso C.O.N.U.E.I, 2009). “*in Europe the average cost per episode is €6,650 for leg ulcers and €10,000 for foot ulcers, which accounts for 2-4% of health-care budgets*”<sup>7</sup> (Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010, p. 239).

Em Portugal não existem dados objetivos e concretos sobre os gastos com este tipo de feridas (Justiniano, 2010; Mestre, Rodrigues, & Cardoso, 2012), no entanto, segundo dados do relatório anual da diabetes, sabe-se que só com a diabetes são gastos entre 7% a 8% da despesa em saúde. “ A diabetes em Portugal e em 2010 representou um custo direto estimado entre 1 150 – 1 350 milhões de euros (um acréscimo de 100 milhões de euros face ao ano transato) ” (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2011, p. 52).

A ferida crónica interfere de forma negativa, na vida do indivíduo. Os seus custos indiretos estão associados à disponibilidade para as tarefas do dia-a-dia, deslocação e tempos de espera para os tratamentos, absentismo laboral para além dos custos diretos relacionados com os próprios cuidados, tratamentos e complicações que em conjunto se irão repercutir ao nível económico e na QV individual e social. Com o absentismo e atestados prolongados observa-se baixa produtividade, com fracos resultados para as empresas e economia, um aumento da pobreza, para o indivíduo, família e comunidade e consequentemente piores níveis de QV (OE, 2010; Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2011; Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012; Hurd, 2013).

Para além dos custos diretos e contabilizáveis, Hurd (2013) relembra que a ferida crónica provoca impactos indiretos, não monetários, no bem-estar individual que não são contabilizados, mas considerados importantes para o sucesso dos cuidados à ferida e sua cicatrização. A autora referencia a revisão da literatura de Upton & Under (2012) onde afirmam que os indivíduos podem vivenciar experiências psicológicas negativas tais como

---

<sup>7</sup> - Na Europa, o custo médio por episódio é de €6,650 para úlceras de perna e de €10,000 para as úlceras do pé, que responde por 2-4% dos orçamentos de saúde.

“*stress; concern about physical symptoms; lack of self-worth and despair*”<sup>8</sup> (p. 107) que não são contabilizadas. Os mesmos autores estimam que os custos se situem entre os £40,5 milhões e os £85,5 milhões por ano.

Ao terminar este capítulo é importante lembrar que no final do primeiro fórum sobre “bem-estar do doente com ferida crónica” realizado na Austrália/Nova Zelândia (2013), quando os participantes foram questionados sobre se iriam integrar o bem-estar do indivíduo nos tratamentos diários do doente com ferida crónica, 93% disseram que sim (White, 2013) o que demonstrou o interesse de toda a comunidade (profissionais da saúde/ indústria farmacêutica e estado) nesta problemática.

Nos últimos anos, o interesse e o aumento dos conhecimentos específicos na área das feridas, tem colaborado para o acréscimo de resultados positivos no estado de saúde e na QV das populações (White, 2013).

---

<sup>8</sup> - Stresse; preocupação com sintomas físicos, a falta de autoestima e o desespero.



## **CAPITULO 3 - MULTIDIMENSIONALIDADE DA FERIDA CRÓNICA**

A saúde é um dos principais intervenientes na QV dos indivíduos. A relação entre saúde e QV depende da cultura e da sociedade em que o indivíduo está inserido.

Os fatores que interferem na aquisição e no atraso da cicatrização das feridas crónicas estão relacionados com o doente e suas comorbilidades, com a própria ferida, com os conhecimentos dos profissionais de saúde e com a disponibilidade de recursos dos sistemas de saúde.

Os objetivos no tratamento de feridas diferem entre os vários intervenientes no processo de cicatrização. Os profissionais de saúde centram o seu cuidado na ferida, na sua avaliação tendo como objetivo primordial a cicatrização. Os sistemas de saúde na procura da incidência e prevalência nas diferentes populações e as indústrias farmacêuticas em desenvolver apósitos adequados às diferentes características das feridas crónicas (International Consensus, 2012).

Como já foi referenciado ao longo do trabalho, as feridas crónicas originam implicações nas várias dimensões do ser humano, abrangendo aspetos de natureza física, psicológica, económica, social e espiritual influenciando de forma negativa a satisfação e a QV. O objetivo central do doente é alívio de sintomas e o conforto (Briggs, 2010; International Consensus, 2012). Mais importante que conhecer os fatores que interferem no processo de cicatrização das feridas crónicas, é conhecer de que forma a presença da ferida crónica interfere na vida e nos diferentes domínios da QV do indivíduo.

### **3.1- DOMÍNIO FÍSICO**

Independentemente da idade, o bem-estar físico está normalmente associado à capacidade individual para a realização das atividades básicas de vida diária como, tomar banho, vestir, comer, dormir, andar, trabalhar e sentir-se útil na sociedade (International Consensus, 2012). Alterações da função física costumam ser sinal de alerta no que diz respeito à saúde.

Portugal é o segundo país da união europeia “com as mais elevadas taxas da população idosa com limitações nas atividades de vida diária” (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012, p. 82).

Independentemente da etiologia da ferida são vários os fatores relacionados com a presença da ferida crónica, que interferem no bem-estar físico individual. Os fatores diretos, relacionados com a própria ferida, como a localização, tamanho, profundidade e duração e os indiretos relacionados com as diferentes características da ferida como seja, a dor, a presença do penso, o exsudado, o cheiro, o edema associado à infeção, que interferem diretamente nas atividades de vida e na QV dos doentes, limitando-os (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008; International Consensus, 2012).

Um estudo qualitativo efetuado na região de Alenquer, com uma amostra de 12 doentes com úlcera de perna, concluiu que a presença do penso/ligadura foi considerada incomoda e com consequências negativas a nível pessoal e social associada à dificuldade em tomar banho, escolher e usar o vestuário e calçado mais adequado (Pires, 2012).

Um estudo quantitativo, efetuado na região do algarve com 58 doentes com ferida crónica nos membros inferiores, concluiu que quanto maior a independência funcional maior o nível de autoestima (Lino, 2013).

### **Sinais e Sintomas Associados á Presença da Ferida Crónica**

Numa revisão da literatura de 20 estudos qualitativos sobre as melhores evidências para a prática sobre QV e ferida crónica, as autoras mencionaram como principais sintomas físicos a insónia, a dor, o cheiro, o prurido, o exsudado e a infeção de repetição (Price & Krasner, 2012). Um estudo quantitativo realizado em Inglaterra com 196 doentes com úlceras nos membros inferiores, para além dos sintomas já referidos anteriormente acrescentam a dificuldade em tomar banho, a imobilidade e a presença do penso com intreferença negativa na QV (Fagervik-Morton & Price, 2009).

O estudo qualitativo de Sousa concluiu que a presença da ferida interferiu nas atividades básicas de vida diária, “como a locomoção, a execução das actividades domésticas, a realização dos hábitos de higiene pessoal, a capacidade de dormir e repousar” (Sousa, 2009, p. 187) realidade também referida pelos participantes do estudo de Lucas, Martins, & Robazzi, (2008) e de Pires (2012).

Uma revisão sistemática da literatura sobre a QVRS em doentes com úlceras por pressão, concluiu que a sua presença diminuiu radicalmente a mobilidade, limitando o doente a uma cama ou cadeira de rodas (Gorecki, et al., 2010).

Mais de metade (58%) dos participantes do estudo de Harrison, VanDenKerkhof, Hopman, & Carley (2013), referiram dificuldade na realização das suas atividades habituais, sobressaindo a dificuldade em se vestir e a limitação da mobilidade associada à presença da ferida crónica.

È extremamente importante o controlo de sintomas em qualquer tipo de ferida crónica, nomeadamente a dor, o exsudado e o odor, sintomas mais recordados no estudo de caso de Leonard & Vuolo (2009) e referidos por Maddox (2012), associados à relutância de estar em público. A sua presença, não controlada irá afetar negativamente o indivíduo no seu todo, aumentando a probabilidade da ferida não cicatrizar (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008).

### **Dor**

A dor limita os indivíduos e é o principal motivo de procura de cuidados de saúde nomeadamente de cuidados médicos. A sua presença “está associada a depressão, diminuição da socialização e da capacidade funcional, alterações do sono e da marcha, síndrome de imobilidade, maior consumo de serviços e aumento dos custos em saúde” (Direção Geral da Saúde, 2010, p. 9).

De todos os sintomas associados à presença da ferida crónica, a dor é o mais comum e emergente (Gorecki, et al., 2010; Maddox, 2012). Um estudo qualitativo efetuado a 6 participantes numa região do Brasil abordou o cotidiano do indivíduo com ferida crónica e a sua saúde mental e concluiu que a dor é um dos sintomas mais importantes referenciados por dois participantes, não só a dor física associada á lesão mas também a dor emocional associada à cronicidade da ferida (Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon, 2011).

Um estudo transversal realizado na região metropolitana de Hamburgo, com 502 doentes com feridas crónicas nos membros inferiores demonstrou que a presença da dor comprometia negativamente a QV (Herberger K. , et al., 2011), por sua vez 85% dos participantes do estudo de Harrison, VanDenKerkhof, Hopman, & Carley, (2013) referiram

dor, destes só metade é que estava medicada com analgesia. Após a cicatrização da ferida puderam constatar que um terço dos participantes ainda referiam dor moderada a grave.

A dor tal como a QV, é uma sensação subjetiva, pessoal e multidimensional realidade referenciada na revisão da literatura sobre a relação entre o stresse e a cicatrização da ferida de Solowiej, Manson, & Upton, (2010) partilhada pelo *Department of Health* (2010) e referida no estudo de Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon, (2011). A sua interferência negativa depende do indivíduo e suas características pessoais, do contexto onde está inserido, das experiências anteriores, das crenças e valores e afeta negativamente os quatro domínios centrais da QV (Direção Geral da Saúde, 2008) realidade também partilhada atualmente pelos autores de uma revisão da literatura sobre o stresse psicológico e a dor na abordagem da ferida (Upton & Solowiej, 2010).

O doente com ferida crónica nos membros inferiores pode mencionar dois tipos de dor, importantes serem conhecidos, compreendidos e inseridos na nossa prática de cuidados. A dor nociceptiva e a dor neuropática.

A dor nociceptiva é a dor provocada pela lesão em si e maceração dos tecidos peri lesionais. Ela pode ser aguda ou persistente e é o resultado da resposta que os recetores sensoriais transmitem ao sistema nervoso central (European Wound Manegement Association, 2002).

A dor neuropática resulta da destruição nervosa que por sua vez promove uma transmissão anormal da dor ao sistema nervoso central. Ela é normalmente uma dor persistente, resistente a analgesia comum e pode manter-se mesmo após a cicatrização da ferida, podendo ter fases de agudização sem motivo aparente (European Wound Manegement Association, 2002).

São vários os estudos qualitativos e quantitativos, revisões sistemáticas centradas no estudo da dor, nas feridas crónicas e sua relação com as várias dimensões da vida e da QV.

Um estudo com 6 doentes com úlcera de perna, elaborado por Mudge, Spanou, & Price (2008) teve por objetivo proporcionar um diálogo sobre os efeitos da dor nas suas vidas. A totalidade dos doentes relataram que a dor estava sempre presente. Uns mencionaram dor constante e persistente e outros dor forte que surgia inesperadamente de dia ou de noite. De referir que todo o grupo concordou que a presença da ferida e a dor afetaram negativamente a QV alterando as suas vidas de forma irreversível, provocando

dificuldades na higiene diária, alterações na mobilidade, privação do sono, ansiedade, stresse e isolamento social, resultados idênticos aos estudos (Sousa, 2009; Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon, 2011), também referenciados numa revisão sistemática da literatura sobre a dor na ferida crónica por Duncan & Brooks (2009), no estudo qualitativo com 8 doentes, no Brasil centrado na perceção da sexualidade em portadores de feridas crónicas (Souza & Matos, 2010), no estudo qualitativo, elaborado no Brasil com 8 doentes com ferida crónica submetidos a tratamento com oxigenioterapia hiperbárica (Silva, 2010), por Maddox (2012, p. 43) na sua revisão sistemática da literatura sobre o tema na qual afirma que “ *Pain is one of the main symptoms referred to in quality of life studies exploring individuals’ experiences of living with a venous leg ulcer*”<sup>9</sup> e mais recentemente no estudo quantitativo com 66 doentes com úlcera venosa, elaborado por Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes (2013) na nossa região (Covilhã).

Alguns estudos lembram que a intensidade da dor pode aumentar à noite e até com alterações meteorológicas e que a sua presença irá influenciar negativamente o padrão normal do sono e consequentemente todas as dimensões da QV (Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010) conclusão idêntica ao estudo qualitativo com 8 doentes com úlceras de perna de Green J., Jester, McKinlay, & Pooler (2013). Outros autores corroboram com esta realidade concluindo que “...a dor física leva à insónia” (Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon, 2011, p. 694) sendo que a carência de sono provoca “...deterioração do estado geral e diminuição das defesas imunológicas do doente” (Justiniano, 2010, p. 71) influenciando negativamente o processo de cicatrização.

Os investigadores, Lucas, Martins, & Robazzi (2008) verificaram que a dor interferia negativamente na QV, nomeadamente na capacidade de manutenção das atividades laborais.

A dor nos portadores de feridas crónicas nos membros inferiores pode estar relacionada com a própria etiologia da ferida, a fase de cicatrização, ao tratamento ou a possíveis complicações (European Wound Management Association, 2002; Department of Health, 2010).

A etiologia das feridas crónicas interfere na intensidade subjetiva da dor, foi a conclusão de um estudo efetuado no Brasil com 76 doentes com úlcera de perna. Os autores do

---

<sup>9</sup> - A dor é um dos principais sintomas referidos nos estudos de QV, incluindo as experiências de vida dos indivíduos com úlcera venosa da perna.

estudo verificaram que a dor não estava relacionada com o tamanho da lesão, mas sim com a etiologia desta encontrando-se uma associação estatisticamente significativa entre a intensidade da dor durante os tratamentos e o tipo de úlcera. Os autores aferiram que, 50% dos doentes com úlceras arteriais referiram dor forte e a pior dor alguma vez sentida, sendo a úlcera diabética, relacionada com a neuropatia, a ferida crónica com menos dor referida (Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira, 2012) facto já referenciado pela *European Wound Management Association* (2002), e pela *International Best Practice Guidelines* (2013), que afirmam que as úlceras arteriais/isquémicas são consideradas as mais dolorosas de todas pela insuficiência arterial presente. Esta realidade foi também verificada nos estudos realizados por Herberger K. , et al., (2011) e Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison, (2013).

Sendo a ferida crónica uma ferida que normalmente apresenta fases inflamatórias prolongadas (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008; Trostrup, Bjarnsholt, Kirketerp-Moller, Hoiby, & Moser, 2013) , a dor é um dos sintomas presentes, relacionada com a sensibilidade aumentada (European Wound Management Association, 2002).

A dor relacionada com a mudança do penso e com os tratamentos com a ferida (limpeza e desbridamento) é considerada “...*the most painful experiences associated with wounds*”<sup>10</sup>, Price (2008) citada por Solowiej, Manson, & Upton (2009, p. 357) em concordância com a (European Wound Management Association, 2002; Sousa, 2009; Pires, 2012). Alguns autores verificaram que a limpeza da ferida é considerada o ato mais doloroso (Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira, 2012).

Todos os participantes do estudo de Mudge, Spanou, & Price (2008) consideraram que a dor da mudança dos pensos está muitas vezes dependente do tempo de espera, associada à antecipação da dor e ao próprio tratamento com terapia compressiva, quando necessária. Para os participantes do estudo o tempo de espera contribuía para o aumento da ansiedade, stresse e dor, sendo considerada uma das piores experiências referidas. Mesmo com análgia instituída, o medo surgia, de que o tempo de espera fosse o tempo do seu efeito, conclusões idênticas referenciadas na revisão de estudos de Solowiej, Manson, & Upton, (2010).

---

<sup>10</sup> - As experiências mais dolorosas associada a feridas.

A QVRS do doente com ferida crónica nos membros inferiores, depende não só do tempo de espera, mas também do tempo dispendido para a realização dos tratamentos. No estudo de Herberger K., et al. (2011) verificou-se que o tempo dispendido para os tratamentos interfere nas atividades do quotidiano sendo causador de stresse. Os autores concluíram que quanto maior o tempo dispendido para os tratamentos piores índices de QVRS.

As complicações das feridas crónicas estão relacionadas com infeções de repetição que agudizam a dor, o edema e o exsudado (European Wound Management Association, 2002; Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008; International Best Practice Guidelines, 2013).

A infeção da ferida foi considerada a complicação que os doentes mais temem, pois sabem que está associada ao aumento da dor (Mudge, Spanou, & Price, 2008). A sua presença culmina muitas vezes em hospitalização, associada a tratamentos prolongados e a possíveis amputações (Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010; Trostrup, Bjarnsholt, Kirketerp-Moller, Hoiby, & Moser, 2013), provocando no doente sentimentos de ansiedade e depressão (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008).

Na procura da melhor evidência possível, Price & Krasner (2012) lembram que a maioria dos estudos com doentes portadores de pé diabético demonstraram que a vida é vivida sempre com sentimentos de medo, não só da infeção mas também pelo terror e stresse de uma possível amputação. As autoras referem que a dor neste tipo de doentes é muitas vezes subestimada pelos profissionais de saúde facto já referido anteriormente por Sousa (2009).

Todos sabemos que qualquer que seja a ferida esta será sempre acompanhada de dor (European Wound Management Association, 2002). Uma dor não resolvida poderá afetar negativamente a cicatrização e a QV do doente (Department of Health, 2010). A dor não controlada é incapacitante, limitando o indivíduo em todas as atividades da sua vida. Perante a ferida que se prolonga no tempo, com tratamentos e dor continua, é primordial que o enfermeiro na promoção da boa prática clínica, detenha conhecimentos dos vários fatores humanos que interferem na sensação da dor bem como conhecer a sua fisiologia. É importante que inclua a sua avaliação e o apoio psicológico antes e durante a realização dos tratamentos, para que possa modificar atitudes, selecionar novos apósitos e contribuir para a redução da dor e das experiências negativas (Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira, 2012; Lino, 2013). Mais uma vez o cuidado multidisciplinar é fundamental, para que se possam manter bons níveis de analgesia de acordo com o prescrito ou segundo os

protocolos da CONUEI contribuindo para a melhoria da QV, considerada um dos objetivos gerais do plano nacional de controlo da dor (Direção Geral da Saúde, 2008).

### **Exsudado e Odor**

Depois da dor, o exsudado e o odor são dois dos sintomas mais manifestados e referenciados em estudos de úlceras nos membros inferiores e que interferem no bem-estar físico, psicológico e social (Moffatt, Vowden, Price, & Vowden, 2008; Green & Jester, 2009; Solowiej, Manson, & Upton, 2009; Sousa, 2009; Herberger K. , et al., 2011; Lara, Júnior, Pinto, Vieira, & Wichr, 2011; Maddox, 2012; Price & Krasner, 2012).

O exsudado de uma ferida é normalmente um líquido incolor e inodoro presente na fase inflamatória do processo de cicatrização. Ele é constituído por nutrientes essenciais e fatores de crescimento necessários e fundamentais para a cicatrização das feridas. A sua quantidade diminui progressivamente à medida que a ferida evolui favoravelmente (Wounds UK, 2012; Wounds UK Best Practice Statement, 2013).

Na ferida crónica a quantidade de exsudado depende de vários fatores e está normalmente associada à fase inflamatória prolongada que a caracteriza. Este exsudado tem uma composição bioquímica diferente, encontrando-se saturado de substâncias prejudiciais para o leito da ferida. Quantidades elevadas de exsudado ou alterações da sua composição podem provocar atraso na cicatrização e aumentar o tamanho da ferida, pelos efeitos “corrosivos” no próprio leito da ferida e tecido peri-lesional (Justiniano, 2010; Romanelli, Vowden, & Weir, 2010; Bianchi, 2012; Hampton & Verrall, 2013; Wounds UK Best Practice Statement, 2013).

A sua avaliação durante a execução do penso é fundamental para a prevenção de possíveis complicações. Alteração na quantidade, coloração, consistência, cheiro, associado ao agravamento da dor, pode ser indicativo de infeção da ferida e deve ser investigado (Moffatt, Vowden, Price, & Vowden, 2008; Romanelli, Vowden, & Weir, 2010; Jones J. , 2013).

Para o doente com ferida crónica, exsudado em excesso será sinónimo de repasse do penso e mau odor provocando sentimentos de stresse, desconforto, repugnância, ansiedade, diminuição da autoestima, isolamento social e efeitos devastadores na QV. Grande quantidade de exsudado irá resultar no aumento da frequência de mudança dos pensos e de custos sociais e humanos associados (Moffatt, Vowden, Price, & Vowden, 2008; Green &

Jester, 2009; Gorecki, et al., 2010; Romanelli, Vowden, & Weir, 2010; International Consensus, 2012; Maddox, 2012; Salomé, Blanes, & Ferreira, 2012; Wounds UK, 2012; Wounds UK Best Practice Statement, 2013).

*“Too much exudate, and/or its composition can delay or prevent wound healing, affecting patients’ physical and psychological wellbeing, while placing increased demands on healthcare resources”*<sup>11</sup> (Wounds UK Best Practice Statement, 2013, p. 3).

Uma revisão da literatura centrada nas características das úlceras venosas e as alterações emocionais nos doentes, referiram o odor e o exsudado associado à úlcera venosa, como alguns dos sintomas referidos e com impacto emocional negativo (Walbum, Weinman, Scott, & Kavita, 2012) opinião partilhada pelos participantes dos estudos de (Sousa, 2009; Lara, Júnior, Pinto, Vieira, & Wichr, 2011; Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, 2013), considerados responsáveis pelo isolamento social pelos autores (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008; Direção Geral da Saúde, 2010) e referidos como limitadores no desenvolvimento das atividades sexuais por Souza & Matos (2010).

A presença do odor lembra constantemente a presença da ferida (International Consensus, 2012) provocando alterações psicológicas negativas nomeadamente a diminuição da autoestima (Eagle, 2009; Leonard & Vuolo, 2009; Lara, Júnior, Pinto, Vieira, & Wichr, 2011; Pires, 2012).

Os investigadores Green & Jester (2009), lembram que a presença do penso, a dificuldade em tomar banho, o exsudado em excesso e o odor são os sintomas negativos mais significativos para as pessoas que trabalham e possuem vida social ativa. Referenciam ainda o estudo misto de Jones (2008) em que se verificou uma correlação positiva entre a presença de exsudado e odor com a depressão e ansiedade, estudo este incluído por Maddox (2012) na sua revisão sistemática.

Para além da dor, também o exsudado e o odor relacionados com a ferida crónica, provocam sentimentos de angustia, ansiedade e depressão e um impacto negativo nas várias dimensões da QV, nomeadamente na dimensão psicológica e social, comprometendo o processo de cicatrização da ferida (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008; Upton & Solowiej, 2010; Lara, Júnior, Pinto, Vieira, & Wichr, 2011; Walbum, Weinman, Scott, & Kavita, 2012).

---

<sup>11</sup> - O excesso de exsudado, e/ou alteração da sua composição pode atrasar ou impedir a cicatrização das feridas, afetando o bem-estar físico e psicológico dos pacientes, bem como aumenta os gastos com a saúde.

A presença da ferida crónica promove a alteração da autoimagem e perda da autoestima levando o indivíduo a isolar-se do mundo que o rodeia, condicionando a capacidade de desempenho dos diferentes papéis sociais, (Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon, 2011; International Consensus, 2012; Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, 2013; Wounds UK Best Practice Statement, 2013).

Gerir feridas exsudativas é mais um desafio diário do enfermeiro e exige uma avaliação correta do doente, da ferida e dos recursos existentes, por forma a utilizar o tratamento mais eficaz na gestão do mesmo.

Um controlo eficaz do exsudado ajuda a melhorar o odor (Moffatt, Vowden, Price, & Vowden, 2008).

Não podemos deixar de lembrar que o odor nem sempre é sinal de infeção, a sua presença pode estar relacionada com o aposito utilizado. Se o odor for considerado a causa de alterações do bem-estar do doente então o tratamento deverá ser modificado tendo em conta a individualidade e a QV deste (Hampton & Verrall, 2013).

São os pequenos promenores que fazem a diferença. Conhecer o doente e a sua realidade é fundamental para o sucesso do tratamento e elevar os níveis de QV.

*“Effective exudate management is fundamental to successful outcomes for the patient, healthcare professional and the healthcare organization”*<sup>12</sup> (White, 2013, p. 19).

### 3.2 - DOMÍNIO PSICOSSOCIAL

No doente com ferida crónica, o bem-estar psicológico implica capacidades cognitivas inalteradas e ausência de sentimentos negativos. O bem-estar social é definido como a capacidade do indivíduo participar e se relacionar com a família, amigos, no local de trabalho e em toda a sociedade (International Consensus, 2012).

O impacto psicossocial da ferida crónica na QV do doente depende de vários fatores. Os mais importantes a referir são: a idade, o sexo, a classe social, a etiologia da ferida, o estado nutricional, a personalidade, as experiências prévias, os apoios sociais e dos

---

<sup>12</sup> - A gestão eficaz de exsudado é fundamental para obtenção de resultados positivos tanto para o paciente, como para o profissional de saúde, bem como para a organização de saúde.

sintomas mais significativos e já referidos anteriormente como, a presença de dor, odor e exsudado (Baharestani, 2006; Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison, 2013).

Os investigadores Herberger K., et al. (2011), não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre alguns fatores sociodemográficos (idade, sexo, situação familiar, local de residência, escolaridade) e a QV.

A idade e o sexo, têm evidenciado fracas associações com a QV. O emprego, o nível de rendimentos, a rede social e variáveis psicológicas como a autoestima e autocontrolo apresentam fortes associações com a QV (Canavarro, 2010).

### **Idade**

A ausência de saúde e incapacidade aumentam com a idade (Oliveira D. G., 2009; Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison, 2013) assim como a QVRS (González-Consuegra & Verdú, 2010) conclusões referenciadas no estudo quantitativo de Andrade & Martins (2011) realizado em Tondela, com 210 idosos, centrado na funcionalidade familiar e QV.

O processo de envelhecimento por si só origina alterações a nível da pele, tecidos e vasos sanguíneos tornando-os mais suscetíveis a lesões e com maior dificuldade no processo de cicatrização (Dealey, 2008). Sabemos que a idade avançada (mais de 60 anos) é um dos fatores físicos inerentes ao indivíduo relacionados com a cronicidade das feridas (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008) e presente em todos os indivíduos dos estudos consultados.

De acordo com o relatório sobre o envelhecimento da população, a QVRS difere para os diferentes grupos etários e objetivos de vida de cada um. Para indivíduos do grupo etário entre 65-74 anos os seus problemas de saúde interferem com a evolução do seu estatuto social, para indivíduos com idades superiores a 75 anos a sua QV está relacionada com a doença e sua consequência no plano funcional, como seja a dependência de outro (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012; Lino, 2013).

Um estudo quantitativo realizado no Brasil com 648 indivíduos, com o objetivo de avaliar a QV e a sua associação com os fatores de risco para as doenças crónicas concluiu que, os indivíduos com idades inferiores a 65 apresentaram piores resultados no domínio funcional e dor e indivíduos com idades superiores a 65 anos para além do domínio funcional apresentaram piores níveis de QV também na vitalidade (Campos M. O., et al., 2013).

A investigadora Lino (2013), não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre a idade dos doentes e a sua autoestima, verificando que o grupo mais jovem apresentou maior número de emoções negativas. Por sua vez as autoras Salomé, Blanes, & Ferreira (2012) na avaliação dos sintomas depressivos em 60 indivíduos com úlcera venosa no estado de São Paulo, verificaram maior predomínio de estados depressivos nas pessoas mais idosas.

No estudo de Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison (2013), os autores observaram que os indivíduos mais novos, apresentavam níveis mais elevados de dor, quando comparados com indivíduos mais idosos e sem comorbilidades associadas. Segundo os autores esta realidade pode estar associada às expetativas de vida dos mais novos.

### **Género**

Na investigação de Saraiva, Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes (2013) não se encontraram relações estatisticamente significativas entre as variáveis género e idade e o impacto físico e emocional de viver com uma úlcera venosa. Os autores Herberger K., et al. (2011), também não encontraram relação significativa entre o género e a QVRS.

Nas suas conclusões Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison (2013) verificaram que as mulheres apresentavam níveis mais elevados de dor e diminuição da função física e mental mas, apesar do grande tamanho da amostra estes resultados não foram estatisticamente significativos nem se relacionaram com a idade. Os autores levantaram a hipótese desta dor estar relacionada com a atividade física/laboral, social/familiar das mulheres, mas o instrumento de recolha de dados não permitiu obter resposta. Os mesmos autores referenciaram os estudos de Lindholm (1993) e de Franks & Moffatt (1998) que tinham concluído que a ferida crónica provocava maior impacto no sexo masculino. No estudo de Campos M. O., et al. (2013) verificaram-se níveis inferiores de QV para o género feminino em quase todos os domínios da QV. Os autores Salomé, Blanes, & Ferreira (2012), também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre estados depressivos e o género, apesar de ser o género feminino com maior intensidade de sintomas depressivos.

Os investigadores Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon (2011), verificaram que a presença da ferida crónica era responsável pelo deficit do autocuidado nas mulheres e limitação da mobilidade nos homens. Nas mulheres a presença da ferida impedia o uso de

vestuário feminino, colocando em risco a sua aparência sendo causa de sofrimento. Por sua vez nos homens, a presença da ferida limitava-os fisicamente, impedindo-os de sair de casa e de praticarem hábitos normais de lazer.

Uma revisão da literatura referencia estudos com grupos de mulheres onde a presença da ferida exigia a necessidade de modificar hábitos de vestuário, colocando em causa o seu estilo e feminilidade (Green & Jester, 2009) conclusões idênticas no estudo qualitativo de Silva (2010) na revisão da literatura de Maddox (2012) e na abordagem de Souza & Matos (2010) onde estas mudanças conduziram à diminuição da autoestima e isolamento social. Neste estudo para além da dor física, era visível nos depoimentos a dor emocional e com intrefereência negativa em todas as dimensões da QV.

A presença da ferida crónica pode causar medo e repulsa entre os casais e diminuir o contacto sexual entre eles. Sintomas como a dor e o odor, assim como a presença do penso, são os principais intreferentes (Moffatt, Vowden, Price, & Vowden, 2008) conclusões idênticas referenciadas no estudo de Souza & Matos (2010).

### **Estado civil**

O estudo sobre os determinantes do estado de saúde português, revelou que as mulheres casadas referem melhores estados de saúde que as solteiras. Os homens por sua vez apresentam valores muito semelhantes não se verificando grandes diferenças percentuais (Oliveira D. G., 2009).

Quando comparado o estado civil com a QV, Andrade & Martins (2011) inferiram não haver relação estatisticamente significativa entre a QV e o estado civil, casado. Por sua vez um estudo quantitativo efetuado no Lumiar por Martins, Rodrigues, & Mesquita (2012) com o objetivo de avaliar a QV do doente com ferida crónica, concluiu que os indivíduos casados apresentavam maiores índices de QV resultado semelhante no estudo de Saraiva, Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes (2013).

Segundo Quartilho (2010), quando se comparam indivíduos casados e solteiros verifica-se que as pessoas com relações afetivas mais duradouras tendem a ser mais felizes.

Noutro estudo as autoras encontraram uma predominância de doentes separados, mas os sintomas depressivos estavam presentes tanto nos solteiros como nos casados, como nos separados (Salomé, Blanes, & Ferreira, 2012).

## **Etiologia e tempo da ferida**

Quanto mais tempo a ferida demorar a cicatrizar maior é o impacto na vida e QV do doente (Vowden P. , 2011).

Apesar de não se encontrarem atualmente grande número de estudos que comparem a QV entre doentes com diferentes etiologias de úlceras nos membros inferiores, pensamos ser importante referenciar que Lino (2013), verificou que os doentes com úlcera arterial apresentavam maior capacidade funcional, quando comparados com os doentes com úlcera venosa já que o tratamento destes implicava terapia compressiva, considerada incomoda e dolorosa.

No estudo de Herberger K., et al. (2011), verificou-se não haver relação entre o tempo da ferida e os níveis de QV. No entanto concluiu-se que feridas de maiores dimensões resultam em piores níveis de QV e as úlceras de origem arterial e mista assim como as vasculites foram as etiologias associadas a menor QV.

Na investigação de Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison (2013), os autores não encontraram relação entre a intensidade da dor e o tamanho ou profundidade da úlcera, sendo a úlcera arterial considerada a mais dolorosa, como já referimos anteriormente. O mesmo estudo verificou ainda uma relação positiva entre a intensidade da dor e piores níveis de QV no domínio físico e mental.

Outro estudo também concluiu não haver relação entre o tempo da ferida e os níveis de auto-estima. Indivíduos com feridas crónicas há pelo menos 23 meses, apresentaram níveis elevados de autoestima (Lino, 2013), resultado idêntico referido por Baranosky & Ayello (2006) ao citarem estudos de Price & Harding (1996) onde indivíduos com ferida há mais de 24 meses apresentaram níveis mais elevados de saúde que indivíduos com ferida recente.

Em Espanha (2005) um estudo sobre QVRS, concluiu que as doenças e limitações dos últimos 12 meses diminuem mais a QV do que a presença da ferida crónica. Isto porque, segundo o estudo, as pessoas ainda não se adaptaram à sua nova condição (González-Consuegra & Verdú, 2010).

Outros estudos concluíram que a presença da ferida crónica promove a capacidade dos indivíduos se adaptarem e aumentarem as suas habilidades e estratégias, conseguindo

assumir a sua independência nas atividades da sua vida e os seus próprios tratamentos. (Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon, 2011; Lino, 2013).

### **Classe social**

A investigação realizada por Oliveira D.G. (2009, p. 22) concluiu que “os homens e as mulheres analfabetos são os indivíduos que se declaram mais de muito má ou má saúde”. A mesma investigação constatou ainda que os indivíduos com rendimentos mais elevados referiam melhores estados de saúde.

Os participantes do estudo de Justino (2011) apresentaram um nível económico razoável e atribuíram uma classificação intermédia à QV geral.

O relatório anual do observatório nacional da diabetes (2011) afirmou que quanto maior o nível educacional menor a prevalência de diabetes, por sua vez a CONUEI (2009) afirmou que o baixo nível socioeconómico é um dos fatores de risco de pé diabético.

Um estudo elaborado por Pereira (2009), na região de Matosinhos, sobre a relevância das condições sociodemográficas e económicas na QV de 78 indivíduos com úlcera de perna de etiologia venosa, demonstrou uma relação entre a existência da ferida, condições sociodemográficas e económicas desfavoráveis e baixos índices de socialização. O mesmo estudo concluiu que 17,9% da amostra encontrava-se em situação de desemprego/reforma diretamente relacionada com a presença da ferida. Esta realidade não interferiu com a perceção da QVRS e satisfação com a vida no geral, atingindo estes indicadores níveis positivos. Por sua vez Pires (2012), verificou que as limitações motoras associada à ferida crónica provocaram a procura da reforma antecipada, com graves consequências socioeconómicas resultado idêntico ao de Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon (2011) e referido pelo *International Best Practice Guidelines*, na abordagem ao doente com pé diabético (2013).

O *International Consensus* (2012) lembra que a presença da ferida crónica provoca um aumento da carga emocional e financeira do doente e toda a família. As pessoas que não podem trabalhar pela presença da ferida, sentem que perdem o seu papel social e familiar, provocado pelas dificuldades económicas daí decorrentes.

O estudo efetuado em Espanha (2005) referenciado por González-Consuegra & Verdú (2010) demonstrou que a QVRS melhora à medida que o nível de estudos também aumenta. Este facto pode estar associado a melhores condições de vida em geral, assim

como à facilidade de acesso à informação e tratamentos preventivos e curativos realidade também referida em Portugal pela Ordem dos Enfermeiros (2010).

Vários autores lembram que os profissionais de saúde devem ter em conta o nível socioeconómico dos portadores de feridas crónicas, pois este pode ser um fator preditivo do atraso da cicatrização. Acrescentam ainda que, ficou demonstrado que as úlceras venosas surgem em pessoas com poucos estudos associado a um aumento do tempo de cicatrização e a recidivas frequentes, influenciando a atividade laboral e o seu nível económico (Moffatt, Vowden, Price, & Vowden, 2008; Justiniano, 2010; OE, 2010).

O fator económico foi referido como fundamental para uma boa QV pelos doentes do estudo de Lucas, Martins, & Robazzi (2008).

Segundo a OE (2010, p. 17) “...não há uma relação clara entre a riqueza económica de um país e a saúde de toda a população.... As doenças crónicas e os respetivos fatores de risco estão intimamente relacionadas com a pobreza e contribuem para a mesma...”. O autor Quartilho (2010, p. 91) acrescenta “quanto mais alto o estatuto social mais e melhor se vive”.

## **Nutrição**

As alterações nutricionais presentes nos indivíduos com feridas são sempre considerados fatores de risco para a sua cronicidade. Podem ser predisponentes ou consequência da ferida.

Sabemos que a obesidade é considerada um fator de risco para ferida crónica, pela dislipidémia e aterosclerose que lhe está associada e pelo risco de desenvolvimento de doença vascular periférica e diabetes, responsáveis pelas úlceras venosas/isquémicas e pé diabético respetivamente. A presença de tecido adiposo, menos vascularizado, também impede o aporte necessário de oxigénio e nutrientes ao leito da ferida, retardando o processo cicatricial (Soriano & Pérez, 2011). Os autores Pinzur et al (2005) referenciados por McIntosh (2009) encontraram uma forte correlação entre deformidades do pé, diabetes e obesidade mórbida.

A obesidade está associada a capacidades funcionais diminuídas e a alterações negativas na perceção de QV e do estado de saúde. O aumento do índice de massa corporal (IMC) provoca diminuição proporcional da QV (Campos M. O., et al., 2013).

A obesidade poderá estar associada a problemas genéticos, dificuldades económicas, alimentação rica em gorduras e lípidos e até pela imobilidade. A *International Consensus* (2012) relembra que a imobilidade causada pela presença da ferida crónica poderá resultar em obesidade e atraso da cicatrização, assim como os estados depressivos e falta de apetite, consequência da ferida crónica, poderão causar desnutrição e magreza extrema.

De acordo com Soriano & Pérez (2011) os doentes com excesso de peso ou com magreza extrema estão mais predispostos a úlceras por pressão e os suplementos nutricionais são fundamentais para a sua cicatrização, conclusões partilhadas pelos autores Gottrup, Apelqvist, & Price, (2010). Relativamente a estudos com indivíduos com feridas crónicas nos membros inferiores os autores Soriano & Pérez (2011, p. 12) afirmam que “ os dados epidemiológicos e a evidência das intervenções neste tipo de feridas são menos sólidas”.

Os estudos com doentes com pé diabético têm revelado que um bom controlo glicémico é importante para a evolução cicatricial das úlceras (Moffatt, Vowden, Price, & Vowden, 2008; Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010), mas não há evidências suficientes que comprovem que este é essencial para a cicatrização total (Soriano & Pérez, 2011).

No caso das úlceras arteriais ou venosas não será o estado nutricional a promover a evolução da ferida, mas a melhoria da insuficiência arterial/venosa associada (Moffatt, Vowden, Price, & Vowden, 2008; Soriano & Pérez, 2011).

Concluindo, a obesidade está associada a baixos índices de QV e é um dos fatores de risco das feridas crónicas. Ela poderá decorrer da imobilidade ou estado depressivo consequência da ferida crónica. Não existem evidências que os suplementos alimentares possam contribuir para a cicatrização das úlceras venosas/isquémicas ou do pé diabético. Estudos com alto nível de evidência referem que os suplementos são fundamentais para a cicatrização das úlceras por pressão.

### **Personalidade e experiências anteriores**

São vários os sentimentos negativos relacionados com a presença da ferida e que afetam psicologicamente o indivíduo e se repercutem a nível social tais como: “*stresse; concern about physical symptoms; lack of self-worth and despair*”<sup>13</sup> (Upton & Hender, 2012, p. 107).

---

<sup>13</sup> - Stresse; preocupação com sintomas físicos, falta de autoestima e desespero.

O stresse é considerado uma consequência às alterações físicas e emocionais do corpo humano. A dor pode contribuir para o stresse, medo, ansiedade e depressão e estas últimas podem contribuir para a dor, atraso da cicatrização e alterações multidimensionais da QV (Solowiej, Manson, & Upton, 2009).

O stresse a ansiedade e a depressão provocam alterações da função imunitária do doente com repercussões negativas na cicatrização da ferida (Moffatt, Vowden, Price, & Vowden, 2008; Justiniano, 2010; International Consensus, 2012).

Ansiedade, depressão e vergonha foram os sentimentos referidos pelos participantes do estudo de Walbum, Weinman, Scott, & Kavita (2012) ao explorarem as características da úlcera venosa que contribuem para alterações emocionais. A ansiedade ou depressão moderada foram referidos por um terço dos participantes do estudo de Harrison, VanDenKerkhof, Hopman, & Carley (2013), sentimentos que foram diminuindo à medida que a ferida foi melhorando.

Os autores Moffatt, Vowden, Price, & Vowden (2008), lembram que se desconhece se a depressão é o resultado da ferida crónica ou consequência dos sintomas que lhe estão associados e interrelacionados facto também referido pelo *International Consensus* (2012). A ansiedade e inquietação por se considerarem um peso para a sua família e cuidadores foram os sentimentos mais referenciados na revisão da literatura de Gorecki, et al. (2010).

A alteração da autoimagem provocada pela presença do penso estimulou sentimentos de tristeza e desorientação que culminou em isolamento social (Pires, 2012). Exclusão social, dias perdidos de trabalho e perda de privacidade foram descritos na revisão de Maddox (2012) como as mudanças com que os doentes com ferida crónica aprenderam a viver. A dor, cheiro fétido e o exsudado abundante, foram os sintomas mais referidos e responsáveis pela relutância de estar em público. O mesmo estudo referiu ainda, que não se verificou diferença nos níveis de ansiedade entre doentes com úlcera venosa e a população em geral, apesar dos doentes com úlcera venosa apresentarem uma tendência para níveis de depressão mais elevados.

Ansiedade, desanimo e depressão foram os sentimentos referidos pelos doentes com ferida crónica do estudo de Lara, Júnior, Pinto, Vieira, & Wichr (2011).

Sentimentos de vergonha e constrangimento que culminaram em isolamento social foram referidos pelos participantes do estudo de Souza & Matos (2010) aos quais se acrescentam

a tristeza, a revolta, a frustração, alteração da imagem corporal, diminuição da autoestima e impotência referidos pelos participantes do estudo de Sousa (2009).

Os estudos de Green & Rebecca, (2009) e Solowiej, Manson, & Upton (2009) acrescentam que as alterações do sono associadas à presença da ferida, provocam aumento do cansaço e falta de energia durante o dia, promovendo o isolamento profissional e social, sentimentos já referenciados anteriormente por Moffatt, Vowden, Price, & Vowden (2008).

Os principais sintomas psicológicos encontrados por Salomé, Blanes, & Ferreira (2012) foram a tristeza, a distorção da imagem corporal, autodepressão, diminuição da libido e retração social.

O *International Consensus* (2012) menciona a ansiedade/depressão, o medo, a imagem corporal alterada, a diminuição da autoestima, a frustração e ira, a vergonha e a culpa como os principais sentimentos relacionados com a presença da ferida e que se repercutem a todas as dimensões da QV, sentimentos idênticos referidos pelos participantes do estudo de Silva (2010).

O impacto negativo das experiências anteriores, associadas à dor da mudança dos pensamentos e ao tempo de espera, foram associados a sentimentos de medo, ansiedade, stress e dor (Mudge, Spanou, & Price, 2008; Solowiej, Manson, & Upton, 2009; Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira, 2012; Pires, 2012).

De acordo com Lino (2013, p. 77) apesar dos indivíduos em estudo apresentarem níveis elevados de dor, esta não interferiu com a autoestima dos doentes, lembrando que “a pessoa com baixa autoestima encontra-se pouco disponível para os outros e aquilo que lhe apresentam, têm uma baixa valorização pessoal, tendem ao isolamento social”.

A presença da ferida crónica associada a tratamentos e recidivas frequentes, influencia o estado emocional, sendo difícil para o indivíduo manter uma perspetiva otimista e de esperança na cura foi a conclusão a que chegaram os autores Mudge, Spanou, & Price, (2008).

Dos estudos revistos e referenciados na revisão da literatura de Price & Krasner (2012) a presença da ferida crónica, independentemente da etiologia da mesma, provoca sentimentos de constrangimento, vergonha, medo, diminuição da autoimagem e autoestima, raiva, depressão e perda de identidade.

## **Apoios sociais**

A família é definida, como “um conjunto em interação dos seus membros e com outras famílias; é um sistema com sinergias variáveis que responde às necessidades e funções básicas dos seus membros” (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012, p. 43).

O cuidado e o apoio familiar têm uma importância especial para os doentes com feridas crónicas conclusão a que chegaram Lucas, Martins, & Robazzi (2008) e afirmada pelo *International Consensus* (2012).

O bom relacionamento familiar irá funcionar como suporte e incentivo para o indivíduo aceitar e lutar contra a doença. A presença da família no centro dos cuidados à ferida crónica promove a estabilidade psicológica, emocional e espiritual dos doentes, essenciais para o bem-estar individual e para a perceção pessoal de uma boa QV (Andrade & Martins, 2011; Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon, 2011; Martins, Rodrigues, & Mesquita, 2012; Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, 2013). “O idoso procura encontrar apoio na família, na vizinhança, nos amigos e nas instituições e a sua qualidade de vida depende das respostas que conseguir obter” (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012, p. 36). Indivíduos integrados em famílias altamente funcionais apresentam níveis moderados de QV, foi uma das conclusões do estudo de Martins, Rodrigues, & Mesquita (2012), e do estudo de Andrade & Martins (2011).

Os autores Saraiva, Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes (2013), verificaram não haver relação entre viver só ou acompanhado, nem com a frequência de contacto com a família/amigos e a QV.

Segundo dados do relatório sobre o envelhecimento da população em Portugal só 2% da população com 65 e mais anos não tem contato com amigos, situando-se entre os cinco países com maiores relações de amizade (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

Os participantes do estudo de Harrison, VanDenKerkhof, Hopman, & Carley (2013), apesar das limitações impostas pela presença da ferida crónica, mantiveram a sua independência sem procurarem apoios.

Conseguir uma rede de apoio que inclua a família, amigos, profissionais de saúde e cuidados adequados foi considerado positivo e benéfico por todos os participantes do estudo de Mudge, Spanou, & Price (2008) apesar da maioria dos participantes admitir não partilhar os seus sentimentos com as pessoas que os rodeiam. Noutro estudo a presença ou

ausência de suporte familiar, não afetou o nível de autoestima dos doentes com ferida crónica, apesar de a maioria usufruir do suporte familiar como principal apoio social (Lino, 2013). A mesma autora verificou, que os indivíduos com apoio de amigos e vizinhos apresentaram níveis de mobilidade e capacidade superior aos que apresentaram apoio familiar.

O apoio e carinho das pessoas próximas e queridas dos indivíduos com ferida crónica foram consideradas importantes no estudo de Sousa & Matos (2010) para aceitação das limitações daí decorrentes, nomeadamente a nível sexual.

Mencionando estudos de doentes com úlceras de perna, os autores Moffatt, Vowden, Price, & Vowden (2008) verificaram que os doentes com redes sociais mais abrangentes apresentaram maior probabilidade da ferida cicatrizar. Os autores concluíram que os amigos e familiares eram apoios sociais importantes, pois colaboravam na manutenção do conforto do doente, ajudando-o a manter uma atitude positiva, auxiliando nas atividades de vida diária. Os mesmos autores referiram que muitos pacientes adaptam-se à sua ferida pela facilidade de acesso a novas terapêuticas que os ajudam a prosseguir com a sua vida normalmente.

Num estudo não publicado, elaborado por Fagervik-Morton & Price (2009) verificou-se que os planos de cuidados prestados à ferida pelos profissionais de saúde eram importantes para as estratégias de aceitação do problema pelo doente. As autoras verificaram que os doentes que se resignaram à sua ferida, eram os menos cumpridores e pensavam não precisar da ajuda de ninguém para controlar os sintomas da ferida. Por outro lado, os doentes que confiavam nos profissionais de saúde achavam que eram valorizados e tratados como pessoas, cumpriam o tratamento e lidavam melhor com a ferida.

Em algumas situações verifica-se que indivíduos com limitações sociais e familiares ou mais dependentes, procuram o apoio e o bem-estar junto dos profissionais de saúde, tornando-se dependentes destes (International Consensus, 2012).

A relação entre o enfermeiro e o doente com ferida crónica é fundamental para o tratamento e cicatrização da ferida, conclusão de Green & Jester (2009). Sentimentos de respeito, confiança, empatia e conforto são definidos pelos participantes como fundamentais para o tratamento. Compreender o que se faz e porque se faz é referido como fundamental para reduzir sentimentos de stresse e impotência, conclusões idênticas referidas na revisão da literatura de Price & Krasner (2012). Os investigadores Herberger

K., et al. (2011), verificaram que a maioria dos indivíduos da amostra em estudo apresentava elevada satisfação com os cuidados prestados às suas feridas o que se repercutiu em melhores índices de QV. No estudo de Sousa (2009), o apoio dos profissionais de saúde, o seu profissionalismo e competência, a família direta e o recurso ao divino foram as estruturas de suporte e apoio às quais os doentes com úlceras venosas recorreram e classificaram como positivas na vida e no tratamento da ferida crónica.

No Reino Unido, Austrália e muito recentemente na Alemanha, foi desenvolvido um projeto social que engloba associações específicas para tratamento de doentes com feridas crónicas nos membros inferiores conhecidas como “*Leg Club Model*”. Estes “clubes da perna” têm uma equipa médica e de enfermagem especializada em feridas para o atendimento diário e é ainda constituída por podologia, fisioterapia, terapia nutricional, representantes da indústria farmacêutica e farmácia. Estes clubes promovem a empatia e apoio informal aos seus doentes e familiares, fomentando a interação social durante os tratamentos (ClarK, 2010; Kaiser, 2012). Da comparação entre os indivíduos que são tratados nestas associações e os indivíduos que recebem tratamento no domicílio verificou-se que os primeiros apresentavam aumento da autoestima e motivação assim como melhoria na cicatrização da úlcera e dor, associados a melhores índices de QV (ClarK, 2010).

### 3.3 - DOMÍNIO CULTURAL/ESPIRITUAL

A espiritualidade é algo pessoal e está diretamente relacionada com os valores, significado e importância que cada um atribui à sua vida. A religião está relacionada com o transcendente, com a prática de celebrações e rituais que levam os indivíduos a acreditar e seguir determinados comportamentos na vida (Panzini, Rocha, Bandeira, & Flek, 2008; Ribeiro I. L., 2011).

A *International Consensus* (2012) afirma que existem poucas informações sobre a influência dos aspetos culturais/espirituais na ferida crónica. Sabe-se que a forma como as pessoas aceitam a sua ferida depende muito das expectativas de vida, do nível de conhecimento na área da saúde, das habilitações literárias, das crenças e da cultura onde o indivíduo se encontra inserido. A autora Lino (2013, p. 73) concluiu que “Os preconceitos socioculturais afetam o indivíduo, refletindo-se na sua autoestima”.

Como referido anteriormente, Sousa (2009) identifica a família como uma das principais estruturas de suporte psicológico nos doentes com ferida crónica, referindo que alguns dos participantes cuja ferida se prolonga há mais tempo, desesperam e associam a ferida a um “castigo de Deus” por outro lado o autor verificou que a “esperança da cura surge como uma entidade sempre presente no íntimo de cada pessoa” (Sousa, 2009, p. 192) resultado idêntico ao estudo de Pires (2012) que refere que os seus participantes aceitam a ferida como um problema para o “resto da vida”, sem no entanto perderem a fé que a ferida um dia poderá cicatrizar.

A maioria dos participantes do estudo qualitativo de Souza & Matos (2010) referem a fé e a devoção a Deus como um dos suportes necessários para enfrentarem as mudanças ocorridas a nível sexual.

“A religiosidade é uma fonte de apoio” concluem os autores Lara, Júnior, Pinto, Vieira, & Wichr, (2011, p. 474). Na opinião de Quartilho (2010, p. 118) “as pessoas precisam de amor, de trabalho e, talvez de uma relação com o transcendente”.

A espiritualidade e a prática da religião permitem acreditar que a cura é possível. A ligação com Deus e a fé que nele depositam permitem o alívio do sofrimento e são fundamentais para a manutenção de pensamentos positivos e de esperança na cura (Sousa, 2009).

Concluimos, que a perceção subjetiva da QVRS nos doentes com feridas crónicas nos membros inferiores depende de indicadores sociodemográficos, que incluem o sexo, a idade, o estado civil, o local de residência; de indicadores socioeconómicos, que envolvem o nível de escolaridade, o rendimento e a ocupação e por fim de indicadores gerais de saúde, que incluem a doença crónica, o seu impacto nas diferentes dimensões da vida (Oliveira D. G., 2009).



## **CAPITULO 4 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE**

Os instrumentos de mensuração da QVRS mantêm as características dos instrumentos de avaliação global da QV (subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade), embora a ênfase seja colocada na doença, sintomas e sua influência na vida da pessoa. Estes instrumentos podem ser divididos em dois grupos, os genéricos e os específicos (Campos & Neto, 2008; Furtado, 2012; International Consensus, 2012; Weissman, et al., 2013).

Os instrumentos genéricos são utilizados para mensurar o estado de saúde da população em geral, independentemente da presença de um problema de saúde ou de uma doença específica. São os instrumentos mais utilizados nos estudos epidemiológicos. Este tipo de instrumentos permite a comparação de diferentes doentes com diferentes doenças e a sua incapacidade e em diferentes populações, e têm a desvantagem de não serem sensíveis para sintomas específicos de determinada doença. São instrumentos com grande importância para os políticos pois dão origem a indicadores, perfis de saúde e medidas de utilidade (Campos & Neto, 2008; Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010; Serra, 2010; Furtado, 2012). A título de exemplo referimos os mais utilizados, Perfil de saúde de Nottingham, EuroQol-5 e o SF-36 (International Consensus, 2012).

Os instrumentos específicos foram desenvolvidos para avaliar de forma individual e específica uma determinada patologia e tratamentos. Incidem essencialmente nos sintomas conhecidos de determinada doença ou problema, com efeito negativo no doente, permitindo comparar indivíduos com doenças idênticas e os resultados de determinados tratamentos. Têm a desvantagem de não poderem ser utilizados na comparação de diferentes doenças. São de grande utilidade para os doentes e clínicos. De referir o questionário para úlceras venosas de *Charing Cross*, o esquema Cardiff de impacto nas feridas (CWIS) e a avaliação da QV de Friburgo (Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010; Furtado, 2012; International Consensus, 2012).

A *International Consensus* (2012) lembra que estes dois tipos de instrumentos fornecem informação quantitativa, não nos informam sobre o que as pessoas pensam ou sentem variáveis também importantes e fundamentais para a avaliação da QV.

Os instrumentos mais utilizados são o inquérito que inclui o questionário e a entrevista que podem ser aplicados face a face pelo entrevistador ou autoadministrados (Coutinho, 2013). Ao selecionarmos um instrumento de avaliação da QVRS deveremos atender às suas características básicas de reprodutibilidade, validade e sensibilidade de forma a obter resultados fidedignos (Campos & Neto, 2008; Coutinho, 2013).

Para o presente estudo foi selecionado o instrumento específico de colheita de dados direcionado para o doente com ferida crónica nos membros inferiores. Optou-se pelo esquema Cardiff de impacto na ferida (CWIS), validado para a população portuguesa por Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado (2007). Este instrumento será devidamente descrito no capítulo direcionado para os instrumentos de colheita de dados.

Os autores Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison (2013), concluíram que o instrumento SF-12 utilizado, deixou sem resposta algumas hipóteses que não puderam ser testadas. Nas suas conclusões lembram a importância do uso de instrumentos específicos na área em estudo, atendendo ao tema e aos objetivos da investigação.

Uma revisão da literatura, efetuada recentemente com o objetivo de analisar qual o melhor instrumento de avaliação da QVRS (NHP ou o CWIS) em doentes com feridas crónicas nos membros inferiores, concluiu que dependendo da questão de investigação e do tema a abordar assim será a opção, lembrando a importância da utilização isolada do CWIS ou a sua interligação com outros instrumentos, que permitam avaliar outros promotores, enriquecendo a investigação (Weissman, et al., 2013).

O CWIS é um instrumento específico de avaliação da QV em doentes com feridas crónicas nos membros inferior afirmam Price & Krasner (2012) e Weissman, et al (2013). Este instrumento de colheita de dados foi recomendado como medida de resultado válida em doentes com pé diabético, apesar da existência de outros instrumentos específicos na área (International Best Practice Guidelines, 2013).

Terminamos o capítulo lembrando Serra (2010, p. 50) que refere que o conceito de QVRS foi fundamental para a avaliação do doente de forma holística, e afirma que “no processo de cura deixou de ser suficiente aspirar apenas à remoção de sintomas. Começou a ser necessário ter igualmente em conta o bem-estar físico, mental e social do indivíduo”.

**PARTE II**  
**INVESTIGAÇÃO EMPIRICA**



## **CAPITULO 1 - METODOLOGIA**

Na fase conceptual do nosso trabalho foi definido o tema, a sua pertinência, o principal objetivo de investigação e descritos os conceitos bem como os estudos atuais e pertinentes que permitem compreender e situar o problema em estudo.

A fase metodológica irá expressar os objetivos e questões de investigação resultantes do quadro teórico, assim como as estratégias e métodos adotados que irão permitir a aquisição de informações precisas, objetivas e passivas de interpretação, para obtenção de resposta ao tema e à principal questão de investigação (Fortin, 2009). Nesta fase iremos também definir qual o desenho de investigação escolhido e utilizado para o desenvolvimento da presente investigação e inclui o meio onde o estudo foi efetuado, a amostra selecionada, o tipo de estudo, as variáveis, os instrumentos de recolha de dados utilizados e a descrição dos métodos utilizados para o tratamento de dados.

### **1.1 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

A relação entre saúde e QV, tal como temos vindo a referir, inclui as condições de vida da população, associada aos programas públicos aplicados (esfera objetiva), as opções de vida individuais (esfera subjetiva) e depende ainda da interpretação, da perceção e expectativas de vida do indivíduo (Almeida, Gutierrez, & Marques, 2012).

Uma investigação intitulada “os municípios e a qualidade de vida”, efetuada na região da beira interior, por Manso, Matos, & Gonçalves (2012), pretendeu mensurar o bem-estar e a QV nos 308 municípios portugueses. Utilizando os dados disponibilizados pelo INE (2010) e recorrendo a um grande número de variáveis, tanto quantitativas como qualitativas focadas nas condições económicas, sociais e materiais das populações o estudo localizou Castelo Branco no 102º lugar dos municípios com melhor QV.

Atendendo à definição de QV da OMS apraz-nos lembrar que os resultados apresentados são insuficientes para descrever e classificar a real QV de toda a população, pois outros determinantes e variáveis com papel preponderante na avaliação global da QV,

nomeadamente a cultura, as expetativas e experiências de vida de cada indivíduo não foram avaliadas.

Sabemos que a QV é um conceito subjetivo, individual e importante na vida de qualquer cidadão. Cada um terá a sua definição relacionada com os conceitos que mais valoriza. Se para uns QV significa a abundância de dinheiro e bens materiais, para outros a saúde é o bem mais precioso e central da sua avaliação.

Na área da saúde a QV difere entre pessoas com diferentes graus de dependência, sendo a sua avaliação centrada em diferentes realidades. Verifica-se que doentes completamente dependentes nas suas atividades de vida diária referem altos níveis de QV quando comparados com doentes com pequenas limitações e com baixos níveis de QV.

Da experiência diária e da apresentação e descrição do tema no quadro teórico de referência, constatamos que viver com uma ferida crónica, provoca impacto negativo na vida física, psíquica, social e espiritual dos doentes. A sua presença associada a baixos níveis de QV irá depender da importância que lhe é atribuída, à presença de sinais e sintomas limitantes, às características pessoais, aos apoios sociais presentes bem como ao contexto onde os doentes se encontram inseridos.

Trabalhar com doentes com feridas crónicas, torna-se muitas vezes desgastante e desmotivante pela “impossibilidade” de cicatrização rápida e pela incompreensão do seu impacto nas várias dimensões da vida do doente. Associado ao desespero destes doentes surge muitas vezes o desespero das famílias que não compreendem o porquê da não cura, culpando-nos ou muitas vezes culpando o doente pela sua cronicidade.

Verifica-se que se alguns doentes olham a ferida como o “fim” outros aceitam-na e “convivem” com ela olhando-a como algo que é seu, não deixando a vida parar e tentando a todo o custo encontrar o seu verdadeiro valor.

Estes doentes passam a maior parte da sua vida em instituições de saúde, para realizar tratamentos ou pelas complicações da ferida, associadas a internamentos e antibioterapia prolongados. Questões como o isolamento, diminuição da autoestima do autoconceito e o afastamento social e familiar colocam-nos a questão de qual será a QV destes doentes que passam a viver para a ferida e em função dela.

A vivência com ferida crónica é assim um problema de grandes dimensões não só para o doente como para a família e sociedade de onde fazemos parte como cidadãos e como

profissionais de saúde. São elevados os custos que lhe estão associados. É importante a intervenção e evolução dos tratamentos assim como a compreensão e intervenção bio-psico-social nesta problemática, muitas vezes colocada de parte.

A pertinência da presente investigação surge assim como o resultado da nossa experiência diária com doentes internados por ferida crónica nos membros inferiores.

Após levantamento de dados através dos programas informáticos “SONHO” e “SAM” verificamos que só no ano de 2012 estiveram internados no serviço de cirurgia geral do hospital Amato Lusitano 43 doentes com ferida crónica nos membros inferiores, com uma média de idades de  $76,00 \pm 8,33$  anos. A principal etiologia da ferida crónica foi o pé diabético com 79% dos casos, seguido do pé isquémico com os restantes 21%. Estes doentes apresentaram uma média de dias de internamento de  $43,68 \pm 36,15$  dias, incluindo como valor máximo, 156 dias de internamento no ano e valor mínimo dois dias de internamento. Perante os números e a realidade de que após a alta estes doentes mantêm a ferida ativa surgiu a nossa inquietação, qual será a QV dos doentes com ferida crónica nos membros inferiores?

Assim, o presente trabalho de investigação irá ser realizado com os doentes com ferida crónica nos membros inferiores da área abrangente da unidade local de saúde de Castelo Branco (ULSCB).

A ULSCB (2013) engloba as unidades de prestação de cuidados de Castelo Branco (que inclui o hospital Amato Lusitano e dois centros de saúde), de Vila Velha de Rodão, Proença, Sertã, Vila de Rei, Oleiros, Idanha-a-Nova e Penamacor, abrangendo um total de cerca de 120.000 habitantes.

Dos estudos dirigidos atualmente para a área da ferida crónica uns encontram-se direcionados para a epidemiologia, outros para os tratamentos mais eficazes e outros ainda para a área da QV. Na nossa região, beira interior, foi elaborado um estudo quantitativo com 66 doentes, descritivo-correlacional e transversal, direcionado para a QV do doente com úlcera venosa na área abrangente da Covilhã e Fundão por Saraiva, Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes (2013).

Como este tipo de estudos não permite generalizações e na nossa área de atuação nada tinha sido efetuado, achamos pertinente a escolha do tema. O presente estudo não modificou a realidade da QV destes doentes mas a sua avaliação será uma ferramenta

fundamental permitindo avaliar o estado de saúde subjetivo dos indivíduos com ferida crónica nos membros inferiores e intervir futuramente junto destas populações.

O enfermeiro, elemento ativo da equipa de saúde, deverá estar preparado não só para o tratamento atualizado da ferida mas para o tratamento multidimensional do doente. Aspetos como a comunicação, empatia e a escuta ativa são fundamentais para que possamos identificar necessidades e implementar estratégias e cuidados específicos tendo como objetivos a melhoria dos cuidados prestados e a QV destes doentes.

Após conhecido o quadro teórico que apoia a presente investigação, não foram formuladas hipóteses de investigação, pois a base teórica consultada apresenta resultados disparos para situações similares o que nos impede de afirmar soluções para o problema a investigar (Fortin, 2009; Coutinho, 2013).

Assim, foram elaboradas as seguintes **questões de investigação** consideradas pertinentes e que vão orientar o presente estudo.

- Qual a QV dos doentes com ferida crónica nos membros inferiores?
- Quais as variáveis sociodemográficas, familiares e clínicas que se relacionam com a QV dos doentes com ferida crónica nos membros inferiores?

Tendo em conta as questões definidas consideramos como **objetivo geral** da presente investigação - avaliar a qualidade de vida dos doentes com ferida crónica nos membros inferiores.

Após definido o objetivo geral foram definidos os seguintes **objetivos específicos**:

- Identificar qual o domínio da QV mais afetado pela presença da ferida.
- Identificar as variáveis sociodemográficas, familiares e clínicas que influenciam a QV dos doentes com ferida crónica nos membros inferiores.

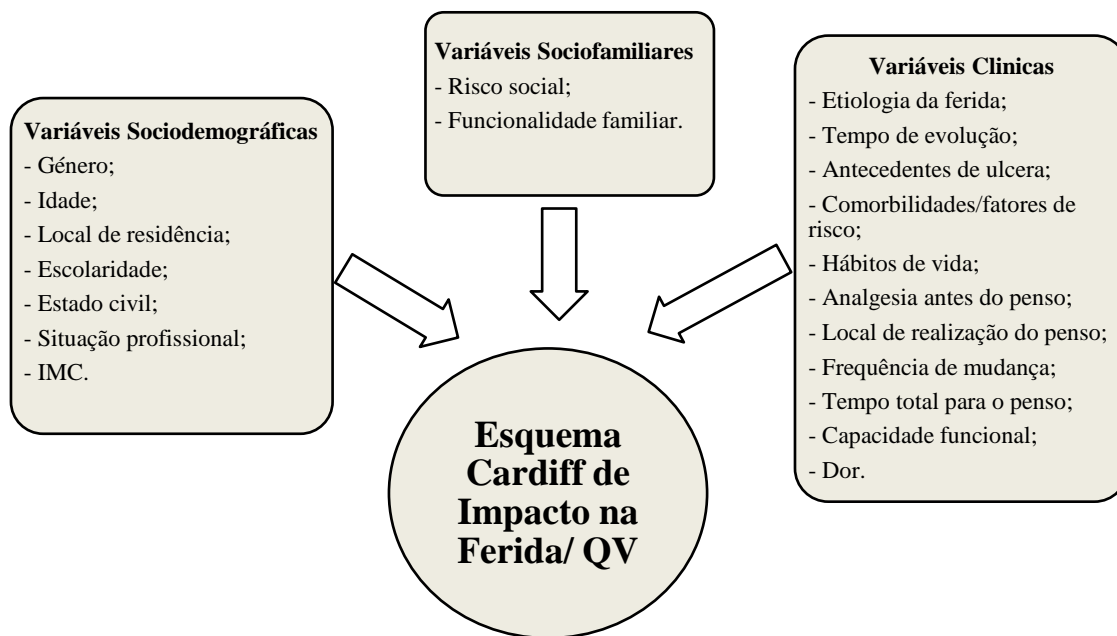
O tema da presente investigação, o problema e questões levantadas bem como os objetivos definidos levaram-nos a enveredar por um estudo de natureza **quantitativa, descritivo-correlacional, não experimental**, permitindo utilizar dados numéricos para adquirir informações, descrição independente sobre conceitos ou variáveis, verificação de relações entre as principais variáveis em estudo bem como a comparação de grupos, sem manipulação possível das variáveis (Fortin, 2009; Coutinho, 2013).

Quanto à classificação segundo o alcance temporal, é um **estudo transversal**, pois permite a comparação de um ou mais grupos de indivíduos, num só momento temporal, em relação a um facto comum, presente no momento da investigação (Fortin, 2009; Coutinho, 2013), no nosso estudo será a presença da ferida crónica nos membros inferiores.

O tipo de investigação seleccionado exige que a recolha de dados seja efetuada no terreno, com os participantes do estudo, contendo vantagens e limitações para o investigador.

As principais vantagens referidas por Fortin (2009) e Coutinho (2013) são a objetividade, economia, facilidade de organização e fornecimento de dados diretos e utilizáveis de todo o grupo estudado. Para Coutinho (2013, p. 313) a investigação descritivo-correlacional “embora não tão rigorosa, permite o estudo das variáveis em situações muito mais próximas da realidade social” sendo uma ajuda preciosa quando se pretende procurar novas respostas para situações crónicas. Como limitações salientam-se as mais importantes: o tempo necessário para a recolha de dados, a dificuldade do investigador manter atitude neutra e distancia do sujeito a investigar, pois preocupa-se com alguns pormenores; as correlações frágeis entre variáveis o que compromete a relevância do estudo; o resultado obtido não passível de generalizações pois referem-se apenas ao grupo de doentes estudados e podem não se repetir noutra grupo semelhante, sendo que estes resultados não são prova de uma relação causa-efeito entre as variáveis em estudo (Fortin, 2009; Coutinho, 2013).

Atendendo às características da investigação, foi elaborada uma representação esquemática (cf. figura 1) do tipo de relação que se pretende estabelecer entre as principais variáveis em estudo.



**Figura 1** - Representação esquemática da possível relação entre as variáveis do estudo (desenho de Investigação).

## 1.2 - PARTICIPANTES

Os participantes do presente estudo, são o conjunto de doentes que apresentam uma característica comum (ferida crónica nos membros inferiores), aos quais o investigador teve acesso e recolheu dados (Coutinho, 2013). Estes doentes irão constituir a amostra do estudo e pretendem representar todos os indivíduos com ferida crónica nos membros inferiores da área abrangente da ULSCB.

Tendo em conta o problema a investigar, QV do doente com ferida crónica nos membros inferiores, a seleção da amostra ou a técnica de amostragem utilizada foi a amostragem não probabilística por escolha racional (Fortin, 2009), ou criterial (Coutinho, 2013).

Esta técnica de amostragem consistiu em procurar o máximo de indivíduos ou doentes com ferida crónica nos membros inferiores, na área de influência da ULSCB, acessíveis ao investigador e que aceitaram participar no estudo.

O total da amostra foi calculado tendo em conta os objetivos e a natureza do estudo (quantitativo), a homogeneidade da população (população acessível muito heterogénea) e o número de variáveis em estudo, sendo necessária uma amostra suficientemente grande para resultados significativos. Os autores Polit e Beck (2004) referenciados por Fortin (2009)

referem que por cada variável em estudo deverá haver entre 20-30 indivíduos, por sua vez Coutinho (2013) lembra que mais importante que o total da amostra é a sua qualidade e seleção.

Considerámos elegíveis para participar no estudo todos os indivíduos de ambos os géneros, com idades superiores a 18 anos, com ferida crónica ativa nos membros inferiores e com capacidades cognitivas e intelectuais para responder às questões do instrumento de recolha de dados aplicado. Lembramos que o termo crónico incide na ferida com pelo menos 6 semanas de evolução (segundo os autores já referenciados no quadro de referência) (Justiniano, 2010; Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010; Cruz, Baudrier, & Azevedo, 2011; Gonzalez, et al., 2011). Foram ainda incluídos os doentes com ferida crónica e com limitações cognitivas ou sensoriais, sendo o questionário respondido pelo familiar ou cuidador formal.

Foram excluídos os doentes com alterações mentais e os doentes cujas feridas crónicas resultassem de úlceras por pressão, pois poderiam levar a diferentes resultados, atendendo aos autores consultados. A autora Lino (2013) verificou no seu estudo, que a maioria dos doentes com úlceras por pressão apresentava elevados níveis de dependência funcional, associados a outras patologias de base e diferentes comorbilidades, concluindo que a sua QV já se encontrava comprometida antes do aparecimento da ferida crónica, realidade já referenciada por Price & Krasner (2012). A autora verificou ainda que o estado de consciência destes doentes e défice cognitivo impedia-os de dar respostas adequadas e corretas. Um estudo realizado por Gorecki et al (2010) concluiu que 44% dos doentes com úlceras de pressão apresentavam défices cognitivos e 27% não eram capazes de preencher um questionário de avaliação da QV.

Não conhecendo o total de doentes com ferida crónica na área abrangente da ULSCB, procuramos conseguir o maior número possível de participantes já que quanto maior a amostra maior a sua representatividade e menor o erro amostral (Fortin, 2009). Assim, foi solicitada colaboração aos serviços de apoio permanente de Proença, Idanha-a-Nova, Sertão e Oleiros, também eles integrados na ULSCB a quem foram entregues 60 questionários, 15 para cada serviço.

Conseguiram-se no total 157 questionários (43 provenientes dos serviços de apoio e os restantes 114 aplicados por nós). Dos 43 questionários recebidos, foram eliminados 8 (5,09%) por apresentarem domínios do CWIS por preencher. A amostra final ficou

constituída por 149 doentes com feridas crónicas nos membros inferiores, de diferentes etiologias que voluntariamente aceitaram participar no estudo.

Dos 149 doentes que constituem a amostra, 17,4% (n=26) foram abordados em regime de internamento e os restantes 82,6% (n=123) em regime de ambulatório.

### 1.2.1 - Caracterização Sociodemográfica da amostra em estudo

#### Género, idade e local de abordagem do doente

Do total da amostra, a maioria dos doentes são do género masculino (69,8%; n=104), sendo que 12,8% (n=19) representam doentes internados e 57% (n=85) doentes em ambulatório.

Os doentes do género feminino encontram-se presentes mas com menor representatividade, sendo abordados no internamento 4,7% (n=7) da amostra e 25,5% (n=38) no ambulatório num total de 30,02% (n=45) casos.

Para verificarmos se existe dependência entre as variáveis nominais género e origem do doente, foi aplicado o teste *qui-quadrado*, em tabela de 2x2 admitindo duas categorias para cada variável. Dos valores de teste obtidos e dos valores dos resíduos ajustados para cada grupo, concluímos que não existe relação entre as variáveis confirmando a sua independência e ausência de relação ( $X^2=0,161$ ;  $p=0,689$ ).

**Tabela 1** - Dados estatísticos da amostra em função do género e da origem do doente.

Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Origem do doente</b>	<b>(104)</b>	<b>(69,8)</b>	<b>(45)</b>	<b>(30,2)</b>	<b>(149)</b>	<b>(100,0)</b>		
• Internado	19	12,8	7	4,7	26	17,4	0,4	-0,4
• N/internado	85	57	38	25,5	123	82,6	-0,4	0,4

Relativamente à distribuição dos doentes por idade e considerando 65 anos a idade legal de velhice no nosso país, verificamos a presença de uma amostra envelhecida com uma média de idade de  $71,34 \pm 12,482$  anos, localizando-se a amostra entre os 29 e os 93 anos de idade.

Para conhecer a totalidade da amostra relativamente à normalidade e em relação à idade, foi aplicado o teste de aderência à normalidade (*Kolmogorov-Smirnov* - K/S), e considerando ( $p < 0,05$ ), concluímos que estamos perante uma distribuição não normal de

assimetria negativa ou enviesada à direita, mesocúrtica, com uma dispersão média, mostrando uma predominância de doentes com idades mais elevadas na amostra em estudo, ou seja superiores a 73,00 anos (cf. tabela 2).

Da avaliação da amostra por idade e género verificámos que os doentes do género feminino são em média mais velhos ( $73,31 \pm 11,634$  anos) com uma amplitude total de 49 anos, com 44 anos de idade mínima e 93 anos de idade máxima, apresentando uma dispersão média perto dos 15% ( $CV=15,86\%$ ), dispersão também confirmada pela presença da média, da média a 5% e da mediana no intervalo de confiança de 95% da média (Pestana & Gageiro, 2008). É uma distribuição normal, após aplicação do teste de normalidade de (*Kolmogorov-Smirnov* - K/S) para ( $p>0,05$ ) mesocúrtica e simétrica (cf. tabela 2).

Os doentes do género masculino apresentam uma média de idades ligeiramente inferior ( $70,49 \pm 12,792$  anos) com uma amplitude total de 63 anos para a qual contribuem a idade mínima de 29 anos e máxima de 92 anos, com uma dispersão média de 18,14%. É uma distribuição não normal, com curva mesocúrtica de assimetria negativa, com maior número de doentes com idades mais elevadas.

Aplicado o teste *U Mann-Whitney* entre a idade e o género, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos ( $UMW=2087,0$ ;  $p=0,295$ ) apesar de se observarem maior número de doentes com idades mais elevadas na amostra feminina (*Mean Rank* =80,62).

**Tabela 2** - Dados estatísticos referentes à idade em função do género

<b>Idade</b>									
<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>M</b>	<b>Dp</b>	<b>CV(%)</b>	<b>SK/erro</b>	<b>K/erro</b>	<b>K/S</b>
<b>Masculino</b>	104	29	92	70,49	12,792	18,14	-3,00	0,569	0,042
<b>Feminino</b>	45	44	93	73,31	11,634	15,86	-1,42	0,309	0,200
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>29</b>	<b>93</b>	<b>71,34</b>	<b>12,486</b>	<b>17,49</b>	<b>-3,38</b>	<b>0,76</b>	<b>0,014</b>

Uma vez que estamos perante uma distribuição não normal e pretendemos trabalhar com grupos homogêneos, reagrupámos os doentes tendo em conta as suas frequências absolutas. Para tal e tendo em conta as subdivisões do estado adulto propostas por Beatty e Wolf em 1996 citadas por Simões (2006), agrupamos os doentes em jovens idosos (65-74

anos), idosos médios (75-84 anos) e em muito idosos (85 ou mais anos), os doentes com idade inferior a 65 anos foram agrupados na categoria de adultos.

Após o reagrupamento das idades dos doentes em função do género, verificamos que a maior percentagem de doentes para ambos os géneros se encontra no grupo dos jovens idosos com 32,9% (n=49), sendo 21,5% (n=32) do género masculino e 11,4% (n=17) do género feminino. O grupo com menor percentagem de doentes é o grupo dos muito idosos com apenas 15,4% (n=23), apresentando a menor percentagem de doentes do género masculino 9,4% (n=14). O grupo dos adultos e dos idosos médios apresentam frequências absolutas e percentagens idênticas para o género masculino (19,5%; n=29) e próximas para o género feminino (5,4%; n=8 vs. 7,4%; n=11), sendo o grupo dos adultos o que apresenta menor percentagem de doentes do género feminino (cf. tabela 3).

Após aplicação do teste *qui-quadrado* para a totalidade da amostra, podemos verificar que as diferenças entre os grupos de idades e o sexo não são significativas ( $X^2=2,770$ ;  $p=0,429$ ), não existindo relação entre as variáveis em estudo, conclusão também confirmada pelos resíduos ajustados.

**Tabela 3** - Dados estatísticos entre o género e os diferentes grupos etários

Grupo etário	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
	(104)	(69,8)	(45)	(30,2)	(149)	(100,0)		
<b>Adulto</b> (<65 anos)	29	19,5	8	5,4	37	24,8	1,3	-1,3
<b>Jovens idosos</b> (>65<74 anos)	32	21,5	17	11,4	49	32,9	-0,8	0,8
<b>Idosos médios</b> (>75<84 anos)	29	19,5	11	7,4	40	26,8	0,4	-0,4
<b>Muito idosos</b> (>85 anos)	14	9,4	9	6,0	23	15,4	-1,0	1,0

No intuito de verificar se existem diferenças significativas entre o grupo dos adultos e dos idosos, reagrupámos os doentes, considerando todos os doentes com idade superior ou igual a 65 anos como idosos, representando a grande maioria da amostra com 75,2% (n=112) e os de idade inferior a 65, como adultos, representando 24,8% (n=37) da amostra.

Aplicado teste *qui-quadrado* entre os grupos (adulto e idoso) ( $X^2=1,719$ ;  $p=0,190$ ) também neles não se verificaram diferenças significativas, inferindo que ambas as variáveis em estudo não se relacionam, consideradas assim independentes (cf. tabela 5).

### **Local de Residência**

Da análise da tabela 5 averiguámos que os doentes da amostra, independentemente do género, vivem maioritariamente na aldeia (55,7%; n=88), seguindo-se a cidade com (26,8%; n=40) e por último a vila (17,4%; n=26). No interesse de avaliarmos as diferenças entre o local de residência e o género verificamos que ambos os grupos são independentes não havendo relação entre ambos ( $X^2=0,233$ ;  $p=0,890$ ).

### **Estado Civil**

Analisando o estado civil da amostra em estudo e em relação ao género, concluímos que a maioria dos doentes é casada (63,8%; n=95), incluindo a maioria dos doentes do género masculino e feminino com (49%; n=73 e 14,8%; n=22) respetivamente, verificando-se diferenças significativas para o género masculino justificadas pelos valores dos resíduos ajustados.

O segundo grupo mais representativo e com diferenças significativas para o género feminino (14,1%; n=21) são os viúvos com 22,8% (n=34), contendo apenas 8,7% (n=13) de doentes do género masculino, segue-se o grupo dos solteiros com 9,4% (n=14) do total da amostra. A minoria e em igual circunstância, são divorciados e/ou vivem em união de facto com 2,0% respetivamente, sendo os doentes destes dois grupos do género masculino.

Apesar da significância para o grupo dos doentes casados e viúvos, os grupos em análise não são homogêneos pelo que reconfiguramos as variáveis com o intuito de podermos verificar a existência de relação entre elas. Assim foram criados apenas dois grupos, o grupo dos doentes com companheiro e o grupo dos doentes sem companheiro.

Da análise, verificou-se que 34,2% (n=51) da amostra vive sem companheiro, com diferenças significativas para o género feminino e a maioria da amostra vive com companheiro (65,8%; n=98), com diferenças significativas para o género masculino, justificadas pelos valores do teste do *qui-quadrado* e pelos resíduos ajustados em cada grupo em análise ( $X^2=8,163$ ;  $p=0,004$ ). Assim, concluímos que existe relação entre o estado civil e o género (cf. tabela 5).

### **Habilitações Literárias**

Relativamente às habilitações literárias da amostra verificamos que a maioria da amostra e para ambos os géneros (53,7%; n=80) possui o 1º ciclo distribuídos por 38,3% (n=57) para o género masculino e de 15,4% (n=23) para o género feminino. Sabem ler e escrever 24

doentes (16,1%) e apenas 1,3% (n=2) da amostra terminou o ensino superior. O grupo dos doentes analfabetos (12,1%; n=18) apresenta diferenças estatísticas significativas para o género feminino (6,7%; n=10) reveladas pelos valores dos resíduos ajustados.

Perante a presença de grupos não homogéneos procedemos á recodificação da variável habilitações literárias em 3 grupos. O grupo dos analfabetos, dos detentores do 1º ao 3º ciclo e os doentes com o ensino secundário/ensino superior.

Da análise dos resultados, verificamos que a maioria da amostra (65,8%; n=98) é detentora de estudos localizados entre o 1º e o 3º ciclo, seguido do grupo dos analfabetos com 28,2% (n=42). Minoritariamente aparece o grupo dos indivíduos com estudos do ensino secundário/superior apenas com 6% (n=9) do total amostral. Confirmadas pelos valores residuais, mantêm-se as diferenças percentuais significativas para o grupo dos analfabetos e para o género feminino. Para a restante distribuição não são visíveis diferenças significativas ( $X^2=4,482$ ;  $p=0,106$ ), confirmando-se que as variáveis são independentes (cf. tabela 5).

### **Situação Profissional**

Atendendo que estamos perante uma amostra envelhecida, com predomínio de idades superiores a 65 anos, a maioria dos doentes da nossa amostra encontram-se na situação de reforma com 85,9% (n=128), sendo superior no género masculino (59,1% vs. 26,8%).

Da totalidade da amostra, apenas 10,1% se encontra na situação de emprego, também superior no género masculino (8,1% vs. 2,0%). Na situação de desemprego e de reforma/desemprego aparece a minoria amostral com apenas 2,0% (n=3) dos doentes do estudo, com apenas 2 doentes do género masculino e 1 doente do género feminino respetivamente em cada grupo.

Atendendo à não homogeneidade de grupos a variável foi recodificada e foram constituídos apenas dois grupos; os que se encontram na situação ativa, que incluíram os doentes na situação de desemprego e de passagem à reforma constituindo 14,1 % (n=21) da amostra e os que se encontram na situação de reforma ou não ativos constituindo os já referidos anteriormente 85,9% (n=128) da amostra total.

Aplicado teste *qui-quadrado* entre as variáveis em estudo ( $X^2=0,474$ ;  $p=0,491$ ) verificamos que não existem diferenças significativas, ou seja que as variáveis são independentes (cf. tabela 5).

## Peso

Antes da interpretação dos resultados obtidos da amostra em estudo, achamos conveniente apresentar uma breve explicação dos procedimentos efetuados para resultados fidedignos.

A avaliação do peso e da altura foi efetuada com auxílio de uma balança digital, de marca comercial “SECA” modelo 797 com coluna mecânica incorporada, disponível nos diferentes locais de recolha de dados e devidamente calibrada, segundo informação que nos foi cedida pelos responsáveis de serviço. A balança permitiu a leitura do peso até um máximo de 150Kg.

A técnica de pesagem foi efetuada em ambiente reservado. Não foram retiradas peças de vestuário pois a época de recolha de dados coincidiu com o verão, altura em que as roupas usadas são normalmente leves, apenas foram retirados os sapatos ou objetos pessoais, como as carteiras que de alguma forma iriam alterar o peso. No doente com peso superior a 150kg foi considerada a avaliação registada na ficha clínica individual.

Sabendo que a presença do penso poderia influenciar o peso total, associada ao exsudado por vezes abundante e ao tamanho e espessura do mesmo. Sempre que possível os doentes foram pesados após a sua realização, mas nem sempre foi exequível pelo risco de prolongar o tempo para o questionário e o tempo despendido para a realização do penso.

A avaliação do peso e da altura permitiram a obtenção do índice de massa corporal ( $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ ) e classificar os doentes em diferentes escalões tendo em conta a classificação do índice de massa corporal da OMS (2004) aqui transcrita.

Classificação	Baixo peso	Varição normal	Pré-obesidade	Obesidade
Escalões de IMC	(<18,5 kg/m <sup>2</sup> )	(>18,5<24,9 kg/m <sup>2</sup> )	(>25,0<29,9 kg/m <sup>2</sup> )	(>30 kg/m <sup>2</sup> )

Fonte: Organização Mundial de Saúde (2004).

Relativamente à nossa amostra e ao peso corporal, concluímos que o peso da totalidade dos doentes oscilou entre os 45kg e os 190kg com uma média de peso de (79,132 ± 16,957 kg) e uma amplitude total de 145kg.

Os doentes do género masculino são, em média, mais pesados (80,1001±7,869kg) contribuindo para este valor o indivíduo da amostra com peso mais reduzido (45kg) e o indivíduo com peso mais elevado (190kg). Os doentes do género feminino apresentam

valores médios de  $(76,895 \pm 14,574 \text{kg})$  contribuindo para este valor o peso mínimo de 54,40kg e o peso máximo de 112kg.

A distribuição feminina apresenta valores próximos entre a média ( $M=76,895$ ), média aparada a 5% ( $5\% \text{trim}=76,184$ ) e de mediana ( $Md=76,000$ ), contidos nos intervalos de confiança a 95% da média demonstrando uma dispersão média, confirmada pelo coeficiente de variação de 18,95%. Quanto à simetria caracteriza-se por ser assimétrica positiva ou enviesada à esquerda, significando um predomínio de pesos mais baixos, com uma distribuição com curva mais achatada ou platicúrtica.

A distribuição masculina também apresenta uma dispersão média ( $CV=22,30\%$ ), semelhante á amostra total leptocúrtica, assimétrica positiva com grande enviesamento para a esquerda, com predomínio de doentes com peso mais próximo do valor mínimo. Nestes casos e segundo Pestana & Gageiro (2008) a média aparada a 5% é a medida mais adequada para representar a tendência central da distribuição informando-nos que o peso médio dos doentes do género masculino é ( $5\% \text{trim}=78,842 \text{ kg}$ ).

O teste de aderência à normalidade (*Kolmogorov-Smirnov* - K/S) para cada subamostra e amostra na totalidade, demonstra que estas não têm uma distribuição normal, atendendo a ( $p < 0,05$ ).

Após a aplicação do teste *U Mann-Whitney* entre o peso e o género concluímos que as duas variáveis são consideradas independentes, ( $UMW=2052,5$ ;  $p=0,234$ ).

### **Altura**

Relativamente à variável altura, presenciamos uma amostra com uma média de  $1,65 \pm 0,085$  metros sendo a altura mínima de 1,45metros e a altura máxima de 1,95metros.

Distribuindo a amostra relativamente ao género, verificamos o predomínio de doentes mais altos no género masculino com uma média de  $1,68 \pm 0,080$  metros contendo o sujeito mais alto da amostra com 1,95metros. O género feminino apresenta uma média de altura de  $1,59 \pm 0,063$  metros contendo o doente mais baixo da amostra com 1,45 metros. Apesar das diferenças, ambas as amostras são mesocúrticas, simétricas e com fraca dispersão de valores.

O teste de (*Kolmogorov-Smirnov* - K/S) para ( $p < 0,05$ ) entre as duas distribuições demonstra que a distribuição feminina é uma distribuição normal ao contrário da masculina que não é normal.

Perante os resultados e a igualdade de valores para a média, a mediana e a média aparada a 5% =1,65metros para a amostra total, poderíamos afirmar que a nossa distribuição é simétrica e não enviesada (Pestana & Gageiro, 2008), mas tendo em conta os valores de simetria verificamos que a amostra total é assimétrica positiva, ligeiramente enviesada á esquerda, com predomínio de doentes com alturas mais próximas do limite inferior. É uma amostra com uma curva mesocúrtica e de fraca dispersão. O teste de (*Kolmogorov-Smirnov* - K/S) demonstra uma distribuição normal, ( $p>0,05$ ).

Procurando verificar se as diferenças observadas entre os dois grupos são significativas foi aplicado o teste *U Mann-Whitney* que confirmou existirem diferenças muito significativas entre a altura e o género dos doentes em estudo (UMW=886,5;  $p=0,000$ ).

### **Índice de massa corporal**

O IMC resultou da conjugação das variáveis peso e altura dos doentes da amostra, situando-se entre os  $17,36\text{kg/m}^2$  de mínimo e os  $58,00\text{kg/m}^2$  de máximo com uma média amostral de  $28,78\pm 5,431\text{kg/m}^2$ , localizando os doentes da amostra em pré-obesidade, de acordo com os escalões do IMC da OMS.

Analisando os valores do IMC relativamente ao género, verificamos que é o género feminino que apresenta valores mais elevados, com uma média de  $30,148\pm 4,965\text{kg/m}^2$  encontrando-se no grupo de obesidade. Esta distribuição é novamente uma distribuição normal, mesocúrtica, com uma dispersão média e simétrica (cf. tabela 4).

A distribuição masculina apresenta os doentes com o IMC mais baixo ( $17,36\text{kg/m}^2$ ) e os doentes com o IMC mais elevado de  $58,00\text{kg/m}^2$  com uma média de  $28,198\pm 5,54\text{kg/m}^2$ . Este grupo assim como a amostra total apresentam uma distribuição não normal, de dispersão média, leptocúrtica ou com curva mais elevada, assimétrica positiva com um grande enviesamento para a esquerda, com predomínio de doentes com o IMC perto dos  $17,36\text{kg/m}^2$  ou seja de valores considerados normais. Perante esta realidade e lembrando Pestana & Gageiro (2008), a média aparada a 5% será o valor mais correto para representar a tendência central da distribuição masculina (5% trim= $27,815\text{kg/m}^2$ ) e da amostra total (5% trim= $28,480\text{kg/m}^2$ ).

**Tabela 4** – Dados estatísticos entre o género e o IMC

IMC									
Género	N	Min.	Max.	M	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro	K/S
Masculino	104	17,36	58,00	27,81*	5,54	19,65	7,86	15,48	0,003
Feminino	45	21,25	40,00	30,14	4,96	17,09	1,14	- 0,84	0,200
Total	149	17,36	58,00	28,48*	5,43	18,86	7,09	11,97	0,005

\*valor de 5%trim

Tendo em conta os valores de IMC procuramos saber de que forma este se encontra distribuído pelos diferentes géneros e de acordo com os diferentes escalões de classificação da OMS.

Dos resultados apresentados na tabela 5, podemos observar que 38,9% (n=58) da amostra se situa no grupo com excesso de peso representados pela maioria dos doentes do género masculino (42,3%; n=44). O grupo com menor número de doentes é o grupo do baixo peso com apenas 1 doente (0,7%) do género masculino. A obesidade aparece como a mais prevalente no género feminino e com diferenças significativas (14,1%; n=21 vs. 20,8%; n=31) tendo em conta os resíduos ajustados.

Aplicando o teste *qui-quadrado* de verificação de relação entre as variáveis género e os diferentes escalões de IMC, verificamos que não existem diferenças significativas ou seja que não há relação entre as variáveis em análise ( $X^2=4,274$ ;  $p=0,233$ ) mas os valores residuais permitem-nos inferir que existem diferenças significativas no grupo dos doentes femininos obesos (cf. tabela 5).

Procedendo-se à recodificação da variável IMC em dois grupos: o grupo em risco de obesidade, que inclui os doentes com excesso de peso e obesos, e o grupo sem risco de obesidade, que inclui os doentes com peso normal, verificamos que a maioria da amostra em estudo se encontra em risco de obesidade com 74,5% (n=111) e apenas 25,5% (n=38) se encontra no grupo dos doentes sem risco de obesidade. Diferenças estas sem significância estatística, não havendo relação entre as variáveis ( $X^2=0,365$ ;  $p=0,542$ ) (cf. tabela 5).

**Tabela 5** – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Variável	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n (104)	% (69,8)	n (45)	% (30,2)	n (149)	% (100,0)	Masc.	Fem.
<b>Grupo Etário</b>								
Adultos (<65anos)	29	19,5	8	5,4	37	24,8	1,3	-1,3
Idosos (≥65 anos)	75	50,3	37	24,8	112	75,2	-1,3	1,3
<b>Estado Civil</b>								
Sem companheiro	28	18,8	23	15,4	51	34,2	-2,9	<b>2,9</b>
Com companheiro	76	51,0	22	14,8	98	65,8	<b>2,9</b>	-2,9
<b>Local de Residência</b>								
Aldeia	58	38,9	25	16,8	83	55,7	0,0	0,0
Vila	19	12,8	7	4,7	26	17,4	0,4	-0,4
Cidade	27	18,1	13	8,7	40	26,8	-0,4	0,4
<b>Habilitações literárias</b>								
Analfabetos	24	16,1	18	12,1	42	28,2	-2,1	<b>2,1</b>
1º ao 3ºciclo	73	49,0	25	16,8	98	65,8	1,7	-1,7
Secundário/superior	7	4,7	2	1,3	9	6,0	0,5	-0,5
<b>Situação profissional</b>								
Ativo	16	10,7	5	3,4	21	14,1	0,7	-0,7
Não ativo	88	59,1	40	26,6	128	85,9	-0,7	0,7
<b>IMC</b>								
Baixo peso	1	0,7	-	-	1	0,7	0,7	-0,7
Variação normal	28	18,8	10	6,7	38	25,5	0,6	-0,6
Pré-obesidade	44	29,5	14	9,4	58	38,9	1,3	-1,3
Obesidade	31	20,8	21	14,1	52	34,9	-2,0	<b>2,0</b>
Sem risco de obesidade	28	18,8	10	6,7	38	25,5	0,6	-0,6
Em risco de obesidade	76	51,0	35	23,5	111	74,5	-0,6	0,6

### Sintetizando:

- A amostra é constituída por 149 doentes sendo a grande maioria do género masculino 69,8% (n=104);
- É uma amostra envelhecida prevalecendo o grupo dos idosos, com uma idade média de  $71,34 \pm 12,482$ anos, localizando-se a amostra entre os 29 e os 93 anos de idade;
- A aldeia surge como o local de residência com a maior percentagem de doentes do estudo (55,7%), seguida da cidade (26,8%) e da vila com 17,4%;
- A maioria dos doentes do estudo (65,8%) vive com o companheiro, com diferenças significativas para o género masculino e 34,2% vive sem companheiro, com diferenças significativas para o género feminino;
- A maioria dos doentes apresenta habilitações literárias entre o 1º e o 3º ciclo (65,8%) destacando-se a baixa percentagem detentores de estudos entre o ensino secundário e o superior com apenas 6,0% do total amostral. O grupo dos doentes analfabetos (28,2%) apresenta diferenças significativas para o género feminino;

- Tendo em conta a amostra envelhecida, a maioria dos doentes já se encontra em situação de reforma ou não ativo (85,9%);

- A maioria da amostra encontra-se em risco de obesidade com 74,5% (n=111), onde se destaca o género feminino e com diferenças significativas, no escalão obesidade;

Concluindo, podemos afirmar que a amostra em estudo incide maioritariamente em doentes do género masculino, idosos, reformados, detentores de estudos básicos, habitando com os companheiros na aldeia e em risco de obesidade.

### 1.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A escolha do instrumento de recolha de dados baseou-se no tipo e nível de investigação, no quadro teórico, nas variáveis em estudo e nos instrumentos disponíveis tendo em conta a particularidade da amostra a estudar (Fortin, 2009).

Pretendeu-se que o processo de recolha de dados utilizasse instrumentos válidos e fiáveis para assim se obterem evidências consistentes e não contraditórias às questões de investigação levantadas (Coutinho, 2013) centradas na QV do doente com ferida crónica nos membros inferiores.

No presente estudo optou-se pelo questionário-entrevista (Fortin, 2009) ou inquérito-entrevista (Coutinho, 2013), aplicado face a face por nós ou pelos colegas a quem foi pedida colaboração.

Esta forma de recolha de dados permitiu um maior número de questionários com respostas completas, já que a presença do entrevistador permitiu tirar dúvidas, adaptar e clarificar questões. Como inconveniente ou limitação emergiu um período de recolha de dados longo, de 3 meses (julho, agosto e setembro) para conseguirmos o maior número possível de participantes no estudo.

#### 1.3.1 - Formato do instrumento de recolha de dados

Atendendo ao quadro teórico e às variáveis que interferem na QV do doente com ferida crónica, o instrumento elaborado foi dividido em 7 partes, direcionadas para as possíveis respostas às questões de investigação levantadas.

Como o estudo em questão aborda conceitos abstratos, característicos da investigação social, foram associados atributos para que estes possam tomar a forma de variáveis e para que possam ser mensurados, requisito essencial para a qualidade da investigação (Coutinho, 2013).

O presente estudo quantitativo permitiu a classificação das variáveis em independentes e dependentes. Quanto à sua medição podem ser classificadas em qualitativas (dictómicas ou politómicas) ou quantitativas (discretas ou contínuas) (Fortin, 2009; Coutinho, 2013).

Como variável dependente foi definida a QV que será a variável a mensurar e que se irá modificar ao longo do estudo, tendo em conta o doente e as características que lhe são inerentes ou seja das variáveis independentes.

Foram definidas como variáveis independentes, as características sociodemográficas e profissionais, as características sociofamiliares que irão incluir o risco social e a funcionalidade familiar; as características clínicas que irão incluir a capacidade funcional do sujeito e a dor e as diferentes dimensões da QV que irão integrar o “bem-estar”, os “sintomas físicos e vida diária” e a “vida social”, todas elas fundamentais para obtermos diferentes valores de QV.

Para avaliação do risco social foi selecionada a **escala de “Gijon”**, para a avaliação da funcionalidade familiar foi selecionada a **escala de Apgar Familiar**, para a avaliação da capacidade funcional selecionou-se o **índice de Katz**, para a avaliação da dor recorreu-se à **escala numérica** e para avaliação da QV optou-se pelo **esquema Cardiff de impacto na ferida**.

Foi apenas pedida autorização para a aplicação do CWIS, (ANEXO B) já que as restantes escalas se encontram traduzidas e validadas para a população portuguesa e com publicações em diversas referências bibliográficas.

Neste subcapítulo iremos proceder à descrição de cada uma das escalas selecionadas com avaliação das suas propriedades psicométricas (validade e fiabilidade) para as escalas que consideramos mais influentes na avaliação a que se destinavam.

### **Validade e fiabilidade de um instrumento**

Para Coutinho (2013), a **validade e a fiabilidade** de um instrumento são essenciais para a qualidade (avaliar o que se pretende) e reprodutibilidade (resultados idênticos com amostras e em lugares distintos) do estudo.

O autor Duarte (2011) lembra que os estudos de fiabilidade avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna (homogeneidade dos itens) de um instrumento, ou seja permite conhecer o grau de coerência entre as respostas dos doentes a cada item do instrumento aplicado. Os seus resultados irão permitir confiar, com exatidão na informação obtida.

São seis os tipos de coeficientes utilizados para o cálculo da fidelidade de um instrumento. Tendo em conta os instrumentos selecionados deverá ser o investigador a selecionar o que melhor se irá adaptar (Coutinho, 2013). Para o presente estudo selecionamos para avaliação da fidelidade (consistência interna), o coeficiente de *Alpha de Cronbach* e o coeficiente de bipartição do teste (*split-half*).

- *Alpha de Cronbach* é o coeficiente utilizado para avaliar a consistência interna de instrumentos que contenham escalas de tipo *likert* ou *rating*. Ele é a única medida possível quando um teste único é aplicado uma única vez e procura avaliar “em que grau a variância geral dos resultados da prova se associa ao somatório da variância item a item” Almeida & Freire (1997) citado por Coutinho (2013, p. 123).

Para Pestana & Gageiro (2008), estudar a consistência interna exige conhecer:

- a média, desvio padrão e correlação de cada item que integra o fator;
- a relação inter itens e o fator, tendo em conta o coeficiente de correlação, o coeficiente de determinação de cada item com os restantes, do efeito de cada item na média, na variância e no *Alpha de Cronbach* geral.

O valor do *Alpha de Cronbach* varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo da unidade, maior a consistência interna. A sua classificação para Pestana & Gageiro (2008, p. 528) varia:

**Muito boa** – *alpha* >0,9

**Boa** – *alpha* entre 0,8 e 0,9

**Razoável** – *alpha* entre 0,7 e 0,8

**Fraca** – *alpha* entre 0,6 e 0,7

**Inadmissível** – *alpha* <0,6

A interpretação do valor de *Alpha de Cronbach* para Coutinho (2013) exige alguma atenção, pois valores moderados de  $\alpha$  não significa verdadeiramente baixa consistência interna, mas apenas ausência de homogeneidade de alguns dos itens, que serão importantes retirar para melhorar a fidelidade da escala.

- **Coefficiente de Bipartição do teste (*split-half*)** é o teste adequado para escalas com respostas tipo *likert* ou *rating* (Coutinho, 2013). Este coeficiente divide a escala em duas partes iguais, com igual número de itens. Ele permite conhecer e examinar as correlações de cada parte e entre as duas partes, isto é comprovar se uma metade da escala é tão forte a analisar o constructo como a outra.

Relativamente à **validade** de um instrumento de medida, ela diz respeito à qualidade do instrumento de recolha de dados selecionado, ou seja que mede o que realmente pretendemos medir (Fortin, 2009; Coutinho, 2013).

Existem vários tipos de validade de um instrumento de medida, mas os autores consultados (Fortin, 2009; Duarte J. C., 2011; Coutinho, 2013) fazem referência a três: de conteúdo, de critério e de constructo. A validade dos diferentes instrumentos não foi avaliada aceitando a validade efetuada pelos autores originais e pelos autores da sua validação em Portugal.

A autora (Coutinho, 2013) lembra que apesar dos instrumentos utilizados já se encontrarem corretamente validados para a nossa população, os indicadores de fiabilidade e de validade devem ser sempre calculados e apresentados já que um determinado instrumento pode ser válido e fiável para determinado grupo de indivíduos e para outro não. A mesma autora lembra ainda que apesar dos resultados obtidos, não devemos rejeitar o instrumento, devemos ter sempre em conta a heterogeneidade das amostras e as características do próprio instrumento.

Após a explicação dos procedimentos a realizar nas escalas selecionadas, passamos de seguida à descrição pormenorizada do instrumento aplicado.

## **Parte I - Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos doentes do estudo**

A primeira parte incide em sete questões que irão permitir a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra em estudo e incidem no **género, idade, local de residência, escolaridade, estado civil, situação profissional** e ainda o **peso e altura** já descritas no capítulo anterior (cf. quadro 1).

**Quadro 1** – Operacionalização das variáveis sociodemográficas.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	
<b>Atributos</b>	<b>Categorias</b>
<b>Género</b>	Masculino/feminino.
<b>Idade</b>	Anos.
<b>Local de residência</b>	Aldeia/ vila /cidade.
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto/ sabe ler e escrever/ 1º ciclo do ensino básico/ 2º ciclo do ensino básico/ 3º ciclo do ensino básico/ ensino secundário/ ensino superior.
<b>Estado civil</b>	Solteiro/ união de facto/ casado/ divorciado-separado/viúvo.
<b>Situação profissional</b>	Ativo – profissão correspondente. Reformado/ desempregado/ reforma-desemprego.
<b>Peso/altura</b>	Kg/metros.

## **Parte II e III – Caracterização Sociofamiliar**

A segunda e terceira parte encontram-se integradas na caracterização sociofamiliar da amostra e incluem as variáveis de risco social e funcionalidade familiar, avaliadas pela aplicação da escala de “Gijón” e escala de Apgar Familiar.

### **Escala de “Gijón” de avaliação sociofamiliar no idoso**

A escala de “Gijón” foi uma das escalas selecionada para avaliação sociofamiliar. Consiste numa escala de rastreio que pretende medir a função social do indivíduo de forma constante. A escala de “Gijón” teve a sua origem em Espanha por Gonzalez et al (1999) cit. por Mourão (2008) e aparece sempre associada a outras escalas. Ela faz parte da avaliação multidimensional do idoso. Em Portugal, a sua validação foi efetuada por Mourão em 2008 e surgiu pela necessidade de uma avaliação social menos morosa e válida já que as diferentes escalas existentes, apesar da sua fiabilidade e validade, eram consideradas instrumentos extensos e complexos na sua aplicação (Mourão, 2008).

No presente estudo, optamos pela escala de “Gijón” pela facilidade da sua aplicação e pela associação da cronicidade da ferida a indivíduos em risco social elevado. Este risco social engloba para além dos baixos níveis económicos, défice habitacional e fraco apoio familiar e social, (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008; International Consensus, 2012) itens integrados nesta escala.

### **Operacionalização das variáveis de avaliação sociofamiliar**

A escala de “Gijón” integra 5 itens principais, cada um com 5 respostas múltiplas. Os itens principais centram-se na situação familiar, situação económica, habitação, relações sociais

e os apoios de rede social. As respostas múltiplas são cotadas/operacionalizadas de 1 a 5 pontos, de acordo com as afirmações presentes em cada item principal e de acordo com a situação real do indivíduo; um (1) será a situação ideal e cinco (5) a situação de maior risco. O resultado final deriva do somatório das pontuações de cada item; cinco (5) será o mínimo da pontuação e corresponde à situação mais positiva e vinte e cinco (25) será o máximo da pontuação e corresponde à situação mais negativa.

Inicialmente a escala permitia três escalões de risco social mas após a validação para a população portuguesa por Mourão, esta passou a ter apenas dois escalões possíveis, atendendo aos pontos de corte da sua validação (Mourão, 2008). De uma forma global, se a soma da pontuação de todas as dimensões for menor que treze (13) pontos o risco social é normal ou baixo se for superior ou igual a treze (13) pontos existe um risco social intermédio ou elevado (Mourão, 2008).

### **Parte III - Escala de Apgar Familiar**

A escala de Apgar Familiar de Smilkstein (1978) (versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988) foi selecionada pela necessidade de mensurar a forma como o indivíduo percebe e avalia a sua satisfação relativamente à ajuda, disponibilidade e colaboração da sua família num determinado momento (Andrade & Martins, 2011).

A variável funcionalidade familiar encontra-se inserida no conjunto das variáveis sociofamiliares e foi uma das variáveis consideradas importantes no estudo de Lino (2013) que constatou, que o apoio e o suporte familiar/prestador de cuidados interferiram positivamente no processo de cicatrização da ferida, tanto a nível físico como psicológico. No nosso estudo foi uma das variáveis consideradas importantes pelos doentes no momento do pré-teste.

A escala de Apgar Familiar teve a sua origem em Washington, com Smilkstein. O seu nome Apgar Familiar surgiu pela facilidade de memorização e familiaridade do termo pelos profissionais de saúde (Smilkstein, 1978).

È uma escala fácil e de rápida aplicação. A sigla APGAR corresponde às iniciais das cinco questões/variáveis que a escala pretende mensurar.

- **A** de **Adaptação** (*adaptability*) **intrafamiliar**, baseada na procura e utilização de recursos dentro e fora da família, sempre que surge um problema tendo como finalidade a sua resolução.
- **P** de **Participação/comunicação** (*partnertship*), associada à forma como se faz a partilha de assuntos importantes e se solucionam problemas juntos.
- **G** de **Crescimento** (*growth*), a todos os níveis, física, psíquica e social, assumindo novos papéis e funções com respeito às decisões de todos os membros.
- **A** de **Afeto** (*affection*), aceitando de forma empática as alterações emocionais, mantendo uma relação de cumplicidade entre todos.
- **R** de **Resolução/dedicação** (*resolve*) satisfação com o tempo despendido para e com a família, na partilha de bens e do espaço físico (Smilkstein, 1978; Andrade & Martins, 2011).

### **Operacionalização das variáveis da avaliação da funcionalidade familiar**

Cada uma destas cinco variáveis é avaliada por uma pergunta simples com três tipos de resposta possível “quase sempre”, “algumas vezes” e “quase nunca” pontuada/operacionalizada por 2, 1, 0 respetivamente.

O total da escala resulta da soma das diferentes pontuações obtidas em cada questão variando de zero (0) a dez (10) pontos, permitindo classificar o tipo de relação familiar (quadro2).

**Quadro 2** – Classificação da escala de Apgar Familiar.

<b>Pontuação Total</b>	<b>Classificação</b>
<b>7 - 10</b> Pontos	Família <b>altamente funcional</b>
<b>4 - 6</b> Pontos	Família <b>com disfunção leve</b>
<b>0 - 3</b> Pontos	Família com <b>disfunção severa</b>

Fonte: Andrade e Martins (2011)

A presente escala foi selecionada com o propósito de avaliar a possível relação entre os níveis de QV e a funcionalidade familiar em indivíduos com ferida crónica nos membros inferiores, já que existem evidências de que indivíduos com fracas relações sociais e familiares referem níveis inferiores de QV (Moffatt, Vowden, Price, & Vowden, 2008;

Mudge, Spanou, & Price, 2008; Souza & Matos, 2010; Andrade & Martins, 2011; Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon, 2011; International Consensus, 2012; Martins, Rodrigues, & Mesquita, 2012).

### **Estudo psicométrico da escala de Apgar Familiar**

Avaliando a consistência interna da escala de Apgar Familiar, podemos observar da análise das médias para cada questão bem como os respectivos desvios e a sua correlação, pouca variabilidade de valores o que nos leva desde logo a afirmar que este instrumento apresenta poucos erros de medida, sendo considerado um instrumento com homogeneidade de itens e com capacidade de avaliar o que realmente se pretende (cf. quadro 3).

Analisando os resultados numéricos, apuramos que de uma forma global a escala apresenta médias e desvios padrão com poucas oscilações e um elevado *Alpha de Cronbach* (0,909) com valores que variam entre um mínimo de 0,871 (item 2) e um máximo de 0,938 (item 5) demonstrando uma consistência interna muito boa (cf. quadro 3). Da análise específica de cada item, podemos verificar que é apenas o item 5 o que pior se correlaciona com os outros itens e com o total da escala, apresentando um valor de coeficiente de correlação item total corrigido de  $r = 0,561$ . Se esta questão/item fosse eliminada o *Alpha de Cronbach* deixaria de ser 0,909 para passar a ser 0,938 (cf. quadro 3).

**Quadro 3** – Consistência interna da escala de Apgar Familiar.

Itens da Escala de Apgar Familiar	M	Dp	Correlação item-total	$\alpha$ (sem item)
1- Adaptação.	1,52	0,703	0,815	0,880
2- Participação/comunicação.	1,52	0,703	0,861	0,871
3 - Crescimento.	1,45	0,748	0,805	0,882
4 - Afeto.	1,51	0,703	0,857	0,872
5 - Resolução/dedicação.	1,17	0,825	0,561	0,938
<b>Coefficiente de <i>Alpha de Cronbach</i> global</b>				0,909

### **Parte IV – Caracterização Clínica**

A quarta parte inclui a caracterização clínica da amostra e recai na **etiologia da ferida, tempo de evolução, antecedentes de ulceração** bem como as principais **comorbilidades e fatores de risco** associados à presença ou cronicidade da ferida crónica, **os hábitos de**

**vida, o local de realização do penso, a frequência, a analgesia e o tempo total** despendido para a realização do penso (cf. quadro 4).

Foram associadas outras variáveis clínicas fundamentais e influentes na QV que são a **incapacidade funcional**, avaliada pelo índice de Katz e a **dor** avaliada pela escala numérica da dor.

**Quadro 4** – Operacionalização das variáveis clínicas.

Variáveis clínicas							
Atributos	Categorias						
<b>Etiologia da ferida</b>	Atendendo à classificação da CONUEI.						
<b>Tempo de evolução</b>	Semanas.						
<b>Antecedentes de ulceração</b>	Sim/ não.						
<b>Comorbilidades/fatores de risco</b>	Diabetes/obesidade/ antecedentes tabágicos/ hipertensão arterial/ doença cardíaca/ vasculopatia periférica/ doença maligna/ depressão/ stresse/ dislipidémia.						
<b>Hábitos de vida</b>	<table border="1"> <tr> <td><b>Fuma</b></td> <td>Sim - nº de cigarros por dia/ não.</td> </tr> <tr> <td><b>Ingestão de bebidas alcoólicas</b></td> <td>Sim - ocasionalmente/as refeições/várias vezes ao dia/ não.</td> </tr> <tr> <td><b>Prática de exercício físico</b></td> <td>Sim - diariamente/3xs por semana/&lt;3xs por semana/ não.</td> </tr> </table>	<b>Fuma</b>	Sim - nº de cigarros por dia/ não.	<b>Ingestão de bebidas alcoólicas</b>	Sim - ocasionalmente/as refeições/várias vezes ao dia/ não.	<b>Prática de exercício físico</b>	Sim - diariamente/3xs por semana/<3xs por semana/ não.
<b>Fuma</b>	Sim - nº de cigarros por dia/ não.						
<b>Ingestão de bebidas alcoólicas</b>	Sim - ocasionalmente/as refeições/várias vezes ao dia/ não.						
<b>Prática de exercício físico</b>	Sim - diariamente/3xs por semana/<3xs por semana/ não.						
<b>Analgesia antes do penso</b>	Sim/ não.						
<b>Local de realização do penso</b>	Centro de saúde/ hospital/ extensão do centro de saúde/ domicílio.						
<b>Frequência de mudança do penso</b>	Diária/ dias alternados/ 2xs por semana/1x por semana/ outra.						
<b>Tempo total para realizar penso</b>	Minutos.						

### **Parte V – Escala de atividades de vida diária – Índice de Katz**

O índice de independência nas atividades de vida diária, ou índice de Katz incide sobre a capacidade funcional dos doentes na realização das diferentes atividades de vida diária. Foi desenvolvido por Sidney Katz em 1963 e tem sido utilizado em várias partes do mundo, com diferentes versões. Em Portugal desconhece-se o autor da sua validação original, sabe-se que é utilizado em grande número de estudos com pessoas idosas e com doença crónica (Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007).

Sabemos que a doença crónica afeta o indivíduo de forma progressiva limitando-o e comprometendo a QV. Durante os seus estudos, Katz constatou que a perda da capacidade funcional ocorria com uma determinada sequência, verificando que a função mais difícil de

ser conseguida em criança era a primeira a ser perdida durante a doença e a última a ser conseguida durante a reabilitação (Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007).

O índice de Katz surgiu como um instrumento fundamental para a avaliação funcional do doente, procurando conhecer de que forma a doença crónica afeta o indivíduo, família e sociedade permitindo o desenvolvimento de planos de cuidados eficazes e adequados a cada doente (Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007).

No nosso estudo este instrumento foi selecionado para dar resposta ao objetivo do estudo direcionado para a caracterização dos doentes quanto ao seu nível de capacidade funcional e conhecer de que forma a incapacidade presente interferiu na sua QV. Tal como a escala de Gijón e a escala de Apgar Familiar, o índice de Katz não deve ser utilizado como instrumento único, este deverá ser associado a outros instrumentos, importantes na caracterização dos doentes do estudo.

### **Operacionalização das variáveis da avaliação da capacidade funcional**

O Índice de Katz permite avaliar de forma dicotómica o grau de independência/dependência funcional do indivíduo em seis atividades básicas de vida diária que incluem o banho, vestir-se, ir à sanita, mobilização, continência de esfíncteres e alimentação (Consejería de Salud, 2013; Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007).

Das diversas versões utilizadas e referenciadas na revisão sistemática da literatura de Duarte, Andrade, & Lebrão (2007) optamos pela versão mais atual e mais utilizada em gerontologia.

Os itens são classificados de duas formas. Primeiro, consideramos os itens individualmente atribuindo zero (0) se a atividade é realizada de forma independente e um (1) se a atividade se realiza com ajuda ou não se realiza. Zero (0) é o valor mínimo e corresponde à independência do indivíduo e seis (6) é o valor máximo e corresponde à dependência total do indivíduo. Posteriormente e tendo em conta os oito níveis possíveis, de acordo com a incapacidade em cada atividade:

- A. Independente para todas as atividades;
- B. Independente para todas as atividades menos uma;
- C. Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional;
- D. Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional;

**E.** Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir à casa de banho e mais uma adicional;

**F.** Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir à casa de banho, transferência e mais uma adicional;

**G.** Dependente para todas as atividades.

**Outro-** Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E ou F.

agrupamos os itens em três categorias para obtenção de diferentes graus de independência.

Assim tendo em conta a *Consejería de Salud*, (2013) classificamos a incapacidade:

**Nível A-B** corresponde a 0-1 ponto = **incapacidade leve ou ausência de incapacidade.**

**Nível C-D** corresponde a 2-3 pontos = **incapacidade moderada.**

**Nível E-G** corresponde 4-6 pontos = **incapacidade severa.**

### **Estudo psicométrico do índice de Katz**

Analisando as principais características psicométricas do índice de katz, nomeadamente a fiabilidade do instrumento (consistência interna), o quadro 5 mostra-nos os valores estatísticos (médias e desvios padrão) as correlações e valores de *alpha* obtidas entre cada item e o valor global.

Analisando os valores médios para cada item da escala, verificamos pequenas diferenças e de ordem decrescente entre os 6 itens. O valor médio mais elevado encontra-se no item 1 com  $(0,43 \pm 0,497)$  sendo o item com menor dispersão de resultados ou seja maior homogeneidade de respostas. Os itens com menores valores médios e com menores desvios padrões são os itens 5 e 6 com  $(0,12 \pm 0,325)$  e  $(0,09 \pm 0,293)$  respetivamente, sendo os itens com maior dispersão de dados e maior variabilidade de respostas (cf. quadro 5).

Pela análise dos resultados do *Alpha de Cronbach* para os diferentes itens do índice de Katz se cada um fosse eliminado, verificamos uma oscilação entre  $\alpha=0,849$  para o item 2 e  $\alpha=0,891$  para o item 6 sendo este item considerado o mais problemático, mas que ao ser retirado não iria modificar o valor global do  $\alpha=0,891$  demonstrando uma boa consistência interna (cf. quadro 5).

**Quadro 5** - Consistência interna do índice de Katz.

Itens do índice de Katz	M	Dp	Correlação item-total	$\alpha$ (sem item)
<b>1- Banho.</b>	0,43	0,497	0,669	0,884
<b>2- Vestir-se.</b>	0,30	0,461	0,841	0,849
<b>3 - Utilizar a sanita.</b>	0,21	0,407	0,799	0,857
<b>4 - Mobilização.</b>	0,20	0,402	0,782	0,860
<b>5 - Continência de esfínteres.</b>	0,12	0,327	0,645	0,882
<b>6 – Alimentar-se.</b>	0,09	0,293	0,580	0,891
<b>Coefficiente de Alpha de Cronbach global</b>				<b>0,891</b>

Na análise psicométrica do índice de Katz foi também utilizado o índice de fiabilidade pelo método da bipartição do teste (coeficiente *Split-half*) obtendo-se valores de *Alpha Cronbach* inferiores aos obtidos para a globalidade da escala (cf. quadro 6).

Da presente análise facilmente verificamos valores de  $\alpha$  mais fracos para as duas metades do que para a amostra global, sendo a segunda metade a que apresenta valores ligeiramente mais distantes. A primeira metade da escala é assim mais consistente na avaliação do estado de independência dos doentes do estudo, encontrando-se muito próxima do valor global de *alpha*.

**Quadro 6** - Índice de fiabilidade do índice de Katz pelo método das metades.

<b>Coefficiente de Split-half</b>	<b>Primeira metade</b> - (item 1-3)	0,865
	<b>Segunda metade</b> - (item 4-6)	0,773
<b>Coefficiente de Alpha de Cronbach global</b>		<b>0,891</b>

## **Parte VI - Escala numérica da Dor**

A dor é uma experiência multidimensional, normalmente associada a lesão tecidual ou potencial. É considerada por muitos como o pior sintoma associado à ferida crónica. A forma como é descrita depende não só das diferentes situações patológicas associadas como também das diferentes experiências pessoais. Ela é considerada pela Direção Geral da Saúde (DGS), como o 5º sinal vital necessitando de ser avaliada e registada (Direção Geral da Saúde, 2010).

Na tentativa de conhecer de que forma a presença da dor interfere na QV dos doentes com feridas crónicas nos membros inferiores, optamos pela aplicação da escala numérica da dor proposta pela DGS em 2003.

### **Operacionalização da variável dor**

A escala numérica da dor é representada em forma de régua, dividida em onze espaços iguais e numerada de 0 (zero) a 10 (dez). O valor a que corresponde a dor sentida deverá ser transmitido sempre pelo doente, zero (0) equivale a ausência de dor e 10 (dez) a dor máxima alguma vez sentida. A classificação numérica da dor deverá ser sempre registada. No registo escrito a escala numérica irá corresponder a 5 níveis de dor que são coincidentes com a avaliação qualitativa da dor de acordo com as orientações da DGS (2003) e conforme o quadro 7.

**Quadro 7** – Classificação qualitativa da escala numérica da dor

<b>Escala numérica da dor</b>	<b>Classificação qualitativa da dor</b>
<b>0</b>	<b>Sem dor</b>
<b>1-2</b>	<b>Dor ligeira</b>
<b>3-5</b>	<b>Dor moderada</b>
<b>6-8</b>	<b>Dor intensa</b>
<b>9-10</b>	<b>Dor máxima</b>

### **Parte VII - Esquema Cardiff de Impacto na Ferida**

O esquema Cardiff de impacto da ferida (CWIS) é o instrumento específico de recolha de dados que nos irá permitir avaliar a QV dos doentes com ferida crónica nos membros inferiores, principal objetivo do presente estudo. O CWIS foi inicialmente desenvolvido por Patrícia Price e Keith Harding (2004), professoras da universidade de Gales e ligadas à unidade de investigação e tratamento de feridas da faculdade de medicina desta mesma universidade (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007).

O seu interesse pelo desenvolvimento de uma escala direcionada para a ferida crónica nos membros inferiores surgiu pela ausência de um instrumento cujo foco fosse a ferida crónica independentemente da sua etiologia. Os doentes incluídos para participar na construção e validação do questionário inicial apresentavam como principal tipologia de ferida crónica a úlcera de perna e pé diabético (Price & Harding, 2004). No nosso país o

CWIS foi validado por Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado (2007), com 59 doentes com úlceras de perna. No Reino Unido o CWIS foi correlacionado com o SF-36 (Price & Harding, 2004) e em Portugal com o SF-6D e com bons resultados (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007).

O CWIS tem como principal objetivo avaliar o impacto da ferida crónica nas diferentes dimensões da QV e “QV geral” do doente adulto ou idoso e deverá ser aplicado pelo profissional de saúde. O questionário inicia-se com algumas questões referentes aos dados pessoais, estado da ferida, situação familiar, seguida das diferentes dimensões da QV, terminando com as 2 questões referentes á QV em geral (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007).

As dimensões avaliadas pelo CWIS incluem dimensões objetivas e subjetivas, necessárias num instrumento de recolha de dados centrado na QV, num total de 45 questões. As dimensões avaliadas são o “bem-estar” com 7 questões, os “sintomas físicos e de vida diária” com 24 questões no total (12 referentes aos sintomas reais presentes e 12 à forma como estes perturbam os doentes) e a “vida social” com 14 questões (7 referentes ao fator social real e 7 como as suas alterações perturbam o doente).

### **Operacionalização do esquema Cardiff de impacto na ferida**

Cada uma das questões das dimensões do CWIS é avaliada numa escala de likert de 1 até 5. Na dimensão do “bem-estar” correspondem as respostas (discordo plenamente; discordo; não tenho a certeza; concordo; concordo plenamente), nas dimensões dos “sintomas físicos e de vida diária” e “vida social” as respostas correspondentes são (nunca/não se aplica; raramente; às vezes; frequentemente; sempre).

Após informação cedida e posteriormente corrigida, pelo repositório de instrumentos de medição e avaliação em saúde (RIMAS) em cada dimensão os itens deverão ser introduzidos de forma inversa ou seja de 5-1 com exceção do item 3 da dimensão “bem-estar”.

A pontuação da dimensão do “bem-estar” é calculada somando-se os 7 itens da escala. As pontuações para as dimensões dos ‘sintomas físicos e vida diária’ e ‘vida social’ são calculadas adicionando as pontuações objetivas com as pontuações subjetivas.

As pontuações finais serão então transformadas numa escala de 0 a 100 usando as fórmulas ('pontuação obtida'-'menor pontuação possível')/('amplitude possível')\*100, com os

seguintes valores para ‘menor pontuação possível’ e ‘amplitude possível’: “sintomas físicos vida diária” (24,96); “vida social” (14,56); “bem-estar” (7,28). Na avaliação final zero (0) irá corresponder a piores níveis de percepção de QV e cem (100) melhores percepções de QV.

As duas últimas questões referentes á percepção de QV em geral são cotadas de zero (0) a dez (10), sendo 0 ausência de QV e 10 a melhor QV possível. A primeira questão refere-se à QV na semana passada a qual designamos por “QV atual” e a segunda é referente à satisfação com a QV no geral a qual designamos por “QV geral”. Os autores que validaram a escala para a população portuguesa dividiram estas duas últimas questões em três níveis: 0-3 pior QV, 4-6 QV intermédia e de 7-10 melhor QV (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007).

### **Estudo psicométrico das diferentes dimensões do esquema Cardiff**

Apesar dos bons resultados de fiabilidade; ( $\alpha=0,850$ ) para a dimensão “bem-estar”, ( $\alpha=0,956$ ) para a dimensão “sintomas físicos e vida diária” e ( $\alpha=0,946$ ) para a dimensão “vida social” (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007), o estudo psicométrico foi também efetuado, lembrando que os valores de fiabilidade diferem entre amostras distintas (Coutinho, 2013).

#### **- Dimensão “Bem-estar”**

Esta dimensão é constituída por 7 afirmações direcionadas para o impacto da ferida na vida normal e geral dos doentes.

Estas afirmações estão centradas na preocupação subjetiva com a própria ferida, o seu aspeto, o tempo de demora para a cicatrização e a sua recorrência. Esta dimensão engloba ainda uma afirmação direcionada para a preocupação com os efeitos da ferida na vida da família e amigos e a “esperança de cura”, que atendendo ao quadro teórico de referência são duas das variáveis com implicações negativas na QV dos doentes com feridas crónicas nos membros inferiores.

Analisando a fiabilidade da dimensão do “bem-estar” do esquema Cardiff (consistência interna) o quadro 8 mostra-nos os valores estatísticos (médias e desvios padrão) as correlações e valores de *alpha* obtidos entre cada item e o valor global para a dimensão. Os

valores médios e respetivos desvios padrão para cada item da escala apresentam pequenas diferenças, sendo o valor médio mais baixo encontrado no item 6 (2,04±1,108), considerado o item com menor variabilidade de respostas.

Pela análise do resultado do *Alpha de Cronbach* total para a dimensão “bem-estar” ( $\alpha=0,655$ ) podemos afirmar que esta apresenta uma fraca consistência interna. No entanto a autora Coutinho (2013) lembra que valores baixos não são sinónimos de fraca consistência interna, mas sim ausência de homogeneidade de alguns dos itens. No nosso caso, o item 3 é o que se apresenta como o mais problemático com o valor mínimo de coeficiente de correlação item total ( $r=-0,044$ ) devendo ser eliminado já que o valor de *Alpha de Cronbach* aumentaria para  $\alpha=0,722$  passando esta dimensão a apresentar uma razoável consistência interna (cf. quadro 8). O item 1 é o que melhor representa esta dimensão apresentando o maior valor de correlação máxima entre itens  $r=0,582$ .

Os autores Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006), referem que valores de *Alfa de Cronbach* inferiores a 0,50 são aceitáveis e válidos para investigações no âmbito das ciências sociais, como é o caso da nossa investigação.

**Quadro 8 -** Consistência interna da dimensão bem-estar.

Itens da dimensão Bem-estar	M	Dp	Correlação item-total	$\alpha$ (sem item)
1 - Ando muito desanimado com a/s minha/s ferida/s.	2,23	1,221	0,582	0,551
2 - Ando desanimado com o tempo que está a levar para cicatrizar a ferida/s.	2,44	1,281	0,477	0,583
3 - Estou confiante que a/s ferida/s que tenho cicatrizarão.	3,73	1,119	-0,044	0,722
4 - Preocupo-me que possa vir a ter outra ferida no futuro.	2,36	1,321	0,407	0,606
5 - O aspeto da ferida é preocupante.	3,32	1,158	0,470	0,589
6 - Tenho medo de me magoar no local da ferida.	2,04	1,108	0,408	0,608
7 - Preocupo-me com os efeitos da ferida na minha família ou nos meus amigos.	2,41	1,289	0,293	0,642
Coeficiente de <i>Alpha de Cronbach</i> global				0,655

Utilizando o índice de fiabilidade pelo método da bipartição do teste (coeficiente *Split-half*) obtemos valores de *Alpha Cronbach* semelhantes para ambas as partes e inferiores aos obtidos para a globalidade da escala, não se verificando diferenças de consistência entre as duas metades da dimensão da escala (cf. quadro 9).

**Quadro 9** – Índice de fiabilidade pelo método das metades da dimensão bem-estar.

<b>Coefficiente de Split-half</b>	<b>Primeira metade</b> - (item 1- 4)	0,509
	<b>Segunda metade</b> - (item 5-7)	0,522
<b>Coefficiente de <i>Alpha de Cronbach</i> global</b>		<b>0,655</b>

### **- Dimensão “Sintomas Físicos e Vida Diária”**

Esta dimensão centra-se nos sintomas físicos e alterações nas atividades do dia-a-dia resultantes do impacto da ferida crónica na vida dos doentes. Os sintomas referenciados estão associados às principais características da ferida crónica e incluem o exsudado, a dor, o odor e incomodo pela presença do penso que por sua vez vão provocar dificuldade em dormir, em tomar banho e limitação física para as atividades dentro e fora de casa questões também abordadas. Esta dimensão inclui ainda pormenores importantes relacionados com a dificuldade em encontrar calçado apropriado, dificuldades económicas associadas á ferida bem como o tempo necessário para o seu tratamento.

No que respeita à consistência interna desta dimensão verificamos a presença de um *alpha de Cronbach* global de  $\alpha=0,831$  ou seja com boa consistência interna e pequena variabilidade de respostas (cf. quadro 10).

Da análise do quadro 10 aferimos pequenas diferenças entre os 24 itens. O valor médio mais elevado encontra-se no item 8 de ambas as avaliações com (4,13±1,285 vs. 4,49±0,994) sendo o item com o menor dispersão de resultados ou seja maior homogeneidade de respostas. Os itens com menores valores médios são os itens 3, 4 e 9 da avaliação subjetiva, e o item 2 e 9 da avaliação objetiva, sendo os itens com maior dispersão de dados e maior variabilidade de respostas.

Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que os itens 5, 8 e 11 são os que apresentam valores mínimos e os que pior se correlacionam com os outros itens e com o total da escala, apresentando um valor de coeficiente de correlação item total corrigido de  $r=0,299$ ;  $r=-0,037$  e  $r=0,178$  respetivamente. Se o item 8 fosse eliminado obteríamos um valor de alfa=0,840, ligeiramente superior ao  $\alpha$  global. O valor de correlação máxima foi obtido no item 6 e para ambas as avaliações ( $r=0,585/0,595$ ) sendo o item com maior representatividade desta dimensão (cf. quadro 10).

**Quadro 10** – Consistência interna da dimensão sintomas físicos e vida diária.

Itens da dimensão Sintomas Físicos e Vida Diária	Avaliação subjetiva				Avaliação objetiva			
	M	Dp	Correlação item-total	$\alpha$ (sem item)	M	Dp	Correlação item-total	$\alpha$ (sem item)
1 - Dormir mal.	3,39	1,281	0,420	0,823	3,51	1,243	0,382	0,825
2 - Dificuldades a tomar banho.	3,30	1,342	0,434	0,823	3,33	1,704	0,409	0,824
3 - Imobilidade em casa.	2,57	1,591	0,406	0,824	3,53	1,610	0,550	0,817
4 - Imobilidade fora de casa	2,50	1,550	0,428	0,823	3,47	1,614	0,566	0,816
5 - Deitar liquido (“babar”) da ferida.	3,59	1,329	0,299	0,828	3,98	1,280	0,279	0,829
6 - Dor na ferida.	<b>2,90</b>	<b>1,303</b>	<b>0,585</b>	<b>0,817</b>	<b>3,37</b>	<b>1,290</b>	<b>0,595</b>	<b>0,817</b>
7 - Incomodo devido à ligadura ou penso.	3,57	1,325	0,349	0,826	3,81	1,203	0,413	0,824
8 - Odor/cheiro desagradável da ferida.	4,13	1,285	-0,037	0,840	4,49	0,944	0,155	0,832
9 - Problemas com tarefas diárias.	2,39	1,441	0,442	0,822	3,20	1,713	0,510	0,819
10 - Dificuldade em encontrar calçado.	3,92	1,353	0,341	0,826	4,34	1,134	0,355	0,826
11 - Problemas c/ o tempo para tratar a ferida.	3,64	1,299	0,178	0,833	3,61	1,164	0,204	0,831
12 - Dificuldades económicas p/ causa da ferida.	3,99	1,421	0,307	0,828	4,19	1,311	0,337	0,827
<b>Coefficiente de Alpha de Cronbach global</b>				<b>0,831</b>				

Analisando a fiabilidade pelo método da bipartição do teste (coeficiente *Split-half*), concluímos que a segunda metade, correspondente à avaliação objetiva da dimensão, apresenta valores de *alpha de Cronbach* ligeiramente superiores à metade subjetiva, mas para ambas as metades os valores de alfa são inferiores ao total da escala (cf. quadro 11).

**Quadro 11** - Índice de fiabilidade pelo método das metades da dimensão sintomas físicos e vida diária.

Coefficiente de Split-half	Primeira metade - avaliação subjetiva (item 1- 12)	0,734
	Segunda metade - avaliação objetiva (item 1-12)	0,791
<b>Coefficiente de Alpha de Cronbach global</b>		<b>0,831</b>

### - Dimensão “Vida Social”

Esta é a última dimensão a ser abordada mas nem por isso a menos importante. Se a dimensão dos sintomas físicos se centra nas principais alterações da vida diária provocadas pela presença da ferida, esta dimensão vai abordar quais os seus efeitos na vida social e inclui pormenores importantes como evitar sair e divertir-se, contacto limitado com a família e amigos bem como sentir-se mais desconfiado com as pessoas à sua volta.

Ao analisar a consistência interna para a dimensão “vida social” observamos um valor de *alpha de Cronbach* global de  $\alpha=0,853$  para os 14 itens em análise, variando entre  $\alpha=0,831$  para o item 4 de ambas as avaliações e  $\alpha=0,862$  para o item 2 da avaliação objetiva, confirmando a boa homogeneidade de respostas da dimensão em análise. Observando os valores da média e respectivos desvios padrão, constatamos que os itens 2 e 7 são considerados os mais favoráveis com maiores valores médios e menor variabilidade de respostas para ambas as avaliações ( $M=4,48/1,305$  e  $M=4,45/1,001$ ), enquanto o item 1 e 4, da avaliação subjetiva são os menos favoráveis. Os itens 2 e 7, para ambas as avaliações, apresentam baixas correlações com os restantes itens da dimensão, verificando-se um pequeno aumento do valor de alfa global caso fossem retirados. O valor de correlação máxima foi obtido no item 4 e para ambas as avaliações ( $r=0,673/0,706$ ) sendo o item que melhor representa esta dimensão (cf. quadro 12).

**Quadro 12** - Consistência interna da dimensão vida social.

Itens da dimensão Vida Social	Avaliação objetiva				Avaliação subjetiva			
	M	Dp	Correlação item-total	$\alpha$ (sem item)	M	Dp	Correlação item-total	$\alpha$ (sem item)
1 - Dificuldade em sair e conviver.	2,96	1,655	0,662	0,832	2,58	1,360	0,626	0,836
2 - Confiar mais nos outros.	4,48	1,305	0,136	0,862	4,38	1,081	0,121	0,860
3 - A sua família/amigos serem superprotetores.	2,70	1,387	0,554	0,840	2,88	1,412	0,387	0,849
4 - Incapaz de gozar vida social normal.	<b>2,86</b>	<b>1,595</b>	<b>0,673</b>	<b>0,831</b>	<b>2,56</b>	<b>1,376</b>	<b>0,706</b>	<b>0,831</b>
5 - Contato limitado com a família ou amigos.	3,40	1,542	0,510	0,842	2,59	1,359	0,643	0,835
6 - Não sair devido a medo de magoar a ferida.	3,17	1,594	0,649	0,833	2,82	1,405	0,635	0,835
7 - Querer isolar-se das pessoas.	4,45	1,001	0,231	0,855	3,67	1,449	0,335	0,853
<b>Coefficiente de Alpha de Cronbach global</b>				<b>0,853</b>				

Aplicando o método da bipartição do teste (coeficiente *Split-half*) para avaliação da sua fiabilidade, constatamos pelo quadro 13, que a segunda metade da dimensão, que corresponde à avaliação objetiva, é a que apresenta valores de alfa mais próximos do valor global da dimensão, sendo a metade mais consistente na avaliação da vida social dos doentes do estudo ( $\alpha=0,803$ ).

**Quadro 13** - Índice de fiabilidade pelo método das metades da dimensão vida social.

<b>Coefficiente de Split-half</b>	<b>Primeira metade</b> - avaliação objetiva (item 1- 7)	0,799
	<b>Segunda metade</b> - avaliação subjetiva (item 1-7)	0,803
<b>Coefficiente de <i>Alpha de Cronbach</i> global</b>		<b>0,853</b>

Em conclusão, a presente escala vem ao encontro do impacto multidimensional da ferida crónica na vida dos doentes, abordando as principais variáveis intervenientes em cada dimensão estudada, permitindo medir o que na realidade queremos medir.

#### 1.4 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS NA RECOLHA DE DADOS

“Fazer investigação em saúde e em enfermagem implica, muitas vezes, estudar uma população constituída por indivíduos fragilizados física ou psicologicamente, de uma forma temporária ou permanente” (Nunes, 2013, p. 9).

Para conhecer quais os doentes com feridas crónicas nos membros inferiores ou seja, a população acessível, foi efetuado um levantamento dos locais onde se prestam cuidados a este tipo de doentes, limitado à área de influência da ULSCB. Foi solicitada autorização ao conselho de administração desta unidade de saúde e após consentimento (ANEXO A), obtivemos acesso aos doentes com ferida crónica nos membros inferiores inscritos na consulta externa, na consulta de diabetes, internados nos diferentes serviços do hospital e seguidos nos dois centros de saúde de Castelo Branco. Após a elaboração e seleção do instrumento de recolha de dados, este foi pré testado junto de dez doentes com ferida crónica nos membros inferiores internados no serviço onde exercemos funções.

O instrumento de recolha de dados apesar de poder ser preenchido pelo doente foi sempre aplicado por nós pela dificuldade encontrada na interpretação de algumas questões e pela própria subjetividade do tema, havendo necessidade de reformular questões, de pequenas explicações e de abordar a definição de QV em muitas situações.

Do pré teste, verificou-se que apesar do tempo da ferida e das implicações negativas na vida diária, estes indivíduos referiam níveis de QV superiores ou iguais a seis. Associados a estas observações e após consulta bibliográfica, a família e os cuidadores formais surgiram como elo de apoio e valorização da QV, havendo necessidade de acrescentar o índice de Apgar Familiar ao instrumento inicial, importante para obter resposta á questão

de investigação direcionada para a relação entre as variáveis familiares e a QV dos doentes com ferida crónica nos membros inferiores

O instrumento de recolha de dados selecionado foi o questionário-entrevista (Fortin, 2009) ou inquérito-entrevista (Coutinho, 2013), aplicado face a face, o que obrigou a um período de recolha de dados mais longo, cerca de 3 meses (julho, agosto e setembro). Para conseguir maior número de participantes e uma amostra mais representativa, foi solicitada colaboração aos serviços de apoio permanente de Proença, Idanha-a-Nova, Sertão e Oleiros, também eles integrados na ULSCB aos quais foram entregues 60 questionários, 15 por cada serviço.

Nos locais onde o instrumento foi aplicado por colegas, este fez-se acompanhar por um documento com as instruções de preenchimento e o nosso contacto (APENDICE A) para garantir que todos os elementos o aplicavam da mesma forma e no caso de dúvidas estas pudessem ser esclarecidas (Fortin, 2009). Os instrumentos de recolha de dados foram entregues e recolhidos pessoalmente, após consentimento obtido por contacto telefónico com os colegas responsáveis pelas diferentes unidades. Durante o período de recolha de dados (meses de julho e agosto) foi efetuado contacto semanal para acompanhamento das possíveis dificuldades na aplicação do instrumento.

Apesar de ser um método considerado dispendioso, moroso e que exige treino do investigador, este tem como vantagem uma maior adesão, menor número de respostas não respondidas e incompreendidas (Fortin, 2009).

Nos locais onde aplicamos os questionários pessoalmente, os doentes foram inicialmente abordados pelos colegas de serviço, no sentido de darem a conhecer o estudo e obterem o primeiro consentimento antes da nossa presença física. Como os doentes estavam inscritos, facilmente se obteve acesso aos planos de cuidados e dias de tratamento.

Obtido o primeiro consentimento, estes doentes foram abordados nos dias dos tratamentos e só após o esclarecimento do estudo e da sua respetiva autorização assinada (APENDICE B). A autora Nunes (2013) designa este procedimento ético como o “duplo consentimento” importante quando a investigação se centra na abordagem de doentes com patologias específicas.

Os questionários foram aplicados consoante a disponibilidade de escala. A sua aplicação nunca interferiu com a nossa prestação de cuidados no serviço onde exercemos funções.

Cada aplicação representava uma demora de cerca de 35 minutos e muitas vezes prolongado até 90 minutos, não se conseguindo aplicar mais de 5 questionários por dia. A realidade é que muitos destes doentes necessitam de atenção e mais do que as simples respostas ao questionário também era custoso lembrar as dificuldades dos seus dias com a ferida, tornando-se uma situação desgastante para ambos, pois o apoio emocional e a empatia eram uma constante necessária. Para conseguirmos respostas mais fidedignas era importante a confiança mútua que sempre se tentou manter.

Nos centros de saúde passamos horas de espera, pois os doentes não tinham hora marcada para a realização dos pensos e por vezes faltavam, o que nos dificultava a recolha.

Dos 157 questionários aplicados, 114 (72,61%) foram aplicados por nós e os restantes 43 (27,38%) pelos colegas das extensões e serviços de apoio permanente, integrados na ULSCB. Destes 43 foram eliminados 8 por se encontrarem incompletos no seu preenchimento.

Durante a realização da presente investigação foram cumpridos e aplicados os artigos e princípios éticos presentes no nosso código deontológico e que norteiam a nossa atuação. O código deontológico dos enfermeiros (CDE) e o regulamento do exercício profissional de Enfermagem (REPE) integram a investigação como um direito e um dever do enfermeiro, os quais incluem os princípios éticos e deontológicos a cumprir (Ordem dos Enfermeiros, 2009) e dos quais salientamos:

(artigo 78º, nº 1) - Refere o princípio geral da "defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana" (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 2). Durante a investigação salvaguardou-se a liberdade dos doentes participarem, dando prioridade aos seus interesses e aos cuidados que lhes iam ser prestados, lembrando sempre que podiam recusar e abandonar o estudo a qualquer momento (Nunes, 2013);

(artigo 78, nº 3, alínea b) - Reflete nos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros de "respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes" (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 2), prevalecendo os princípios éticos da não maleficência e da beneficência;

(artigo 84º, alínea b) - Lembra o direito à informação, "respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado" (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 4). Na aplicação do instrumento de recolha de dados foram explicados os objetivos e os benefícios da participação no estudo, assinado o consentimento informado (APENDICE

B), lembrando sempre ao doente os seus direitos, incluindo o de não participar ou de abandonar a participação;

(artigo 85, alínea d) - Lembra o dever do sigilo profissional, "...manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados" (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 4). É um dos deveres fundamentais importantes para a relação com o indivíduo em estudo. Os doentes foram informados que os instrumentos de recolha de dados não continham a sua identificação sendo posteriormente codificados;

(artigo 86º) - O dever do respeito pela intimidade, garantindo a proteção de todos os domínios da vida privada do indivíduo e família em estudo (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 4). Sempre que possível, o instrumento de recolha de dados foi aplicado em sala reservada, respeitando a intimidade e privacidade dos doentes.

## 1.5 - ANÁLISE DE DADOS

Terminada a recolha de dados, reunimos os questionários por forma a proceder à primeira análise e eliminar os que se encontravam incompletos procedendo à sua codificação. Dos 157 (100%) questionários recebidos foram eliminados 8 (5,09%) por apresentarem essencialmente domínios do CWIS por preencher.

Para análise dos dados obtidos recorreremos ao programa informático *SPSS* (versão 21,0), que nos permitiu organizar e trabalhar os dados e obter resultados/informação através do uso da estatística descritiva e inferencial. Inicialmente procedeu-se à análise univariada onde cada variável foi tratada e explorada isoladamente. Posteriormente passámos à análise bivariada que permitiu estabelecer relações entre duas variáveis. Terminámos com a análise multivariada, recorrendo ao modelo de regressões. Todo o tratamento estatístico foi apresentado em forma de quadros e tabelas, mantendo a sequência do instrumento de recolha de dados, facilitando a sua leitura e interpretação.

A **estatística descritiva** permitiu descrever a amostra, atendendo à quantidade, tipo de dados recolhidos e níveis de medida das variáveis. Ela possibilitou conhecer a amostra quanto à forma e estrutura da distribuição bem como à sua dispersão (Coutinho, 2013) através do cálculo das frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central ou de localização como médias, media aparada a 5% e mediana, medidas de variabilidade ou

dispersão como desvio padrão, amplitude de variação e coeficiente de variação, assim como as medidas de assimetria e achatamento. A média aparada a 5%, (estatística robusta de localização) foi utilizada nas situações em que as distribuições se apresentavam muito assimétricas (Pestana & Gageiro, 2008).

A utilização do coeficiente de variação (CV) segundo Pestana & Gageiro (2008) permitiu-nos comparar a variabilidade de duas distribuições. Ele obteve-se através do quociente entre o desvio padrão e a média amostral, multiplicado por 100. Dependendo do valor total do CV ele permite inferir: dispersão fraca se  $CV < 15\%$ , dispersão média se  $15\% < CV \leq 30\%$  e dispersão elevada se  $CV > 30\%$ .

A medida de assimetria, *Skewness* (SK) obteve-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -1,96 e 1,96 a distribuição é simétrica. Se SK/EP for inferior a -1,96 diz-se que a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita, aproximando-se as medidas de tendência central do valor máximo da distribuição. Se SK/EP for superior a +1,96 a distribuição é assimétrica positiva, com enviesamento à esquerda situando-se as medidas de tendência central próximas do valor mínimo da distribuição (Pestana & Gageiro, 2008). Para os autores uma distribuição diz-se simétrica ou não enviesada quando as medidas de tendência central (média, moda e mediana) têm o mesmo valor.

As medidas de achatamento, *kurtose* (K) indicam a intensidade das frequências em torno de um ponto central. O seu resultado obteve-se através do quociente entre (K) e o erro padrão (EP). Assim se K/EP oscilar entre -1,96 e 1,96 a distribuição diz-se mesocúrtica, se K/EP for inferior a -1,96 a distribuição é platicúrtica, ou relativamente plana, se K/EP for superior a +1,96 a distribuição é leptocúrtica ou relativamente alta (Pestana & Gageiro, 2008).

Os autores Pestana & Gageiro (2008) consideram a distribuição normal uma distribuição importante pois permite a aplicação de vários testes estatísticos. Na nossa investigação, os testes de aderência à normalidade *Kolmogorov-Smirnov* (KS), *Skewness* e *Kurtosis* foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Para a verificação da existência de relação, análise bivariada, entre as diferentes variáveis qualitativas em estudo (nominais, ordinais), recorreremos ao teste de **independência do Qui-quadrado** ( $X^2$ ) e **resíduos ajustados estandardizados**. O teste de independência do *Qui-quadrado* informa-nos se existe ou não relação entre as variáveis. A sua aplicação

pressupõe que “nenhuma célula da tabela tenha frequências esperadas inferior 1 e que não mais de 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades” (Pestana & Gageiro, 2008, p. 131). Os resíduos ajustados indicam-nos em que grupos se situam essas diferenças, só podem ser utilizados quando o total da coluna ou o total da linha forem superiores a 8. Os autores consultados consideram que para uma probabilidade igual a 0,05, há relação entre as variáveis quando os resíduos se situam fora do intervalo de -1,96 e 1,96. Os resíduos ajustados são os mais utilizados, pois muitas vezes os tamanhos das subamostras não permitem a aplicação do teste de *Qui-quadrado*. Valores elevados dos resíduos indiciam dependência entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2008; Duarte J. C., 2011).

Após descrição da amostra em estudo recorreremos à **estatística inferencial** que permitiu extrapolar e comparar os dados conseguidos, para outras situações idênticas, através da estatística paramétrica e não paramétrica (Duarte J. C., 2011; Coutinho, 2013).

Para aplicação da estatística paramétrica são exigidos os seguintes requisitos:

- a escala de medida da variável tem de ser no mínimo intervalar;
- a distribuição dos dados aproxima-se da normalidade;
- homogeneidade de variâncias;
- independência de observações (Pestana & Gageiro, 2008; Coutinho, 2013).

Para conhecer a normalidade da distribuição das variáveis em estudo, recorreremos ao teste não paramétrico de aderência à normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S). Na opinião de Pestana & Gageiro, (2008, p. 119) “não se rejeita a normalidade a 5% quando o nível de significância (sig.) deste teste é superior a 0,05.”

Na análise estatística de acordo com Pestana & Gageiro (2008), utilizámos os seguintes valores de significância:

- diferença estatística significativa:  $p < 0,05$
- diferença estatística bastante significativa:  $p < 0,01$
- diferença estatística altamente significativa:  $p < 0,001$
- diferença estatística não significativa:  $p \geq 0,05$  n.s.

Recorreremos à estatística não paramétrica, menos potente que a anterior, sempre que as condições acima mencionadas não foram observadas, ou seja:

- a escala de medida da variável era de natureza nominal ou ordinal;

- a forma da distribuição da população era desconhecida (grupos não homogêneos, ou seja o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor era superior a 1,6);
- amostras pequenas ( $< 30$ );
- a existência de valores extremos nos dados que nos levou a considerar a mediana mais representativa do que a média (amostras de dispersão elevada, heterogêneas ) (Pestana & Gageiro, 2008; Fortin, 2009).

Atendendo aos testes não paramétricos e paramétricos existentes, passamos a descrever os mais utilizados na nossa investigação:

**Teste *U Mann-Whitney (UMW)*:** é um teste não paramétrico, alternativo ao teste t para amostras independentes. Ele permite a comparação do centro de localização de dois grupos de doentes diferentes, como forma de procurar diferenças entre eles. Trabalha com ordenações médias. Utiliza-se quando há violação da normalidade, em grupos pequenos e em variáveis de nível ordinal (Pestana & Gageiro, 2008).

**Teste *Kruskal-Wallis*:** é uma alternativa não paramétrica ao teste *One-Way Anova*. É aplicado a variáveis de nível ordinal, quando não se verificam os pressupostos dos testes paramétricos. Permite verificar se as distribuições (em três ou mais amostras independentes) têm o mesmo parâmetro de localização. Tal como o teste anterior trabalha com ordenações médias (Pestana & Gageiro, 2008).

**Teste da binomial** foi aplicado em variáveis qualitativas dicotómicas. Este teste é um teste de proporções e permite a comparação do número de elementos de ambas as categorias (Pestana & Gageiro, 2008).

**Teste de aderência do *Qui-quadrado* ( $X^2$ )** – teste não paramétrico utilizado para o estudo de relação entre variáveis nominais. “Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo” (Pestana & Gageiro, 2008, p. 437). Se não se verificarem diferenças entre os valores observados e esperados o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário consideramos as variáveis dependentes. Tal como já foi referido anteriormente, quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96 para  $p=0.05$  e são mais potentes que a probabilidade do teste.

Para conhecermos de que forma as variáveis nominais se encontram associadas ou a intensidade da sua relação, recorreu-se ao **coeficiente de contingência**, baseado nas estatísticas do *Qui-quadrado*. As medidas de associação variam entre 0 e 1. Quanto mais próximo da unidade maior a associação entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2008; Coutinho, 2013).

**Teste t de Student** – é um teste paramétrico que permite a comparação das médias amostrais de “uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e se desconhecem as respetivas variâncias populacionais” (Pestana & Gageiro, 2008, p. 231). Sempre que as condições para a aplicação deste teste, já referidas anteriormente, não foram observadas recorreu-se ao teste não paramétrico **U-Mann-Whitney (UMW)** (Pestana & Gageiro, 2008; Duarte J. C., 2011).

**Análise de variância a um fator (One-Way Anova)** – é um teste paramétrico (extensão do teste t de Student) que permite comparar médias entre uma ou mais variáveis de natureza quantitativa (variável dependente) com uma variável nominal de três ou mais grupos (variável independente). Ele permite comparar mais de dois grupos em estudo, analisa o efeito de um fator na variável dependente, testando se as médias da variável dependente em cada categoria do fator são ou não iguais entre si (Pestana & Gageiro, 2008; Duarte J. C., 2011).

Verificando-se a existência de diferenças com significância estatística entre os grupos em estudo, recorreremos habitualmente aos testes *Post hoc (Tukey)* que nos permitiram localizar as diferenças nos grupos (Pestana & Gageiro, 2008).

**Regressão**- é um modelo estatístico que foi utilizado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente) a partir de uma ou mais variáveis importantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes) informando sobre as margens de erro dessas previsões. Este modelo permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

O modelo de regressão pode ser dividido em **modelo de regressão linear simples (MRLS)** quando comparamos apenas uma variável dependente e uma independente, e em **modelo de regressão linear múltipla (MRLM)**, quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre as duas variáveis é usada para prever a variável dependente ou seja,

quanto maior for a correlação entre a variável dependente e independente melhor a previsão e quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Este tipo de teste origina correlações de *Pearson*. Os autores Pestana & Gageiro (2008) sugerem que utilizemos os valores de  $r$  que por convenção:

- $r < 0,2$  – associação muito baixa
- $0,2 \geq r \leq 0,39$  – associação baixa
- $0,4 \geq r \leq 0,69$  – associação moderada
- $0,7 \geq r \leq 0,89$  – associação alta
- $0,9 \geq r \leq 1$  – associação muito alta.

Concluído o capítulo da metodologia, passamos à apresentação dos resultados obtidos, mantendo uma sequência lógica com o instrumento de recolha de dados elaborado.



## **CAPITULO 2 – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

O presente capítulo encontra-se organizado em duas partes. Na primeira parte iremos apresentar a análise descritiva e na segunda a análise inferencial dos dados por forma a responder às questões de investigação. A apresentação dos resultados será efetuada com o apoio de quadros e tabelas e seguirá a sequência das questões de investigação formuladas que coincidem com as diferentes escalas utilizadas ao longo do instrumento de recolha de dados (Coutinho, 2013).

### **2.1 - ANÁLISE DESCRITIVA**

Este subcapítulo irá centrar-se na transformação dos dados obtidos através do instrumento de recolha, em informação útil. A estatística descritiva utilizada irá ao encontro das variáveis a estudar e das diferentes escalas utilizadas. Ela irá transmitir a forma e a estrutura da distribuição, a sua dispersão e simetria e principais diferenças entre os grupos em estudo.

Dando continuidade à descrição da amostra, iremos apresentar a caracterização sociofamiliar e clínica dos doentes em estudo e a descrição das dimensões da QV do doente com ferida crónica nos membros inferiores.

#### **2.1.1 - Caracterização Sociofamiliar**

A avaliação sociofamiliar do idoso resulta da aplicação da escala de “Gijón” e da escala de Apgar Familiar.

A escala de “Gijón” incide na **situação familiar, situação económica, habitação, relações sociais, apoio de rede social** e irá permitir identificar os doentes que se encontram em risco social para posteriormente conhecermos a sua influência na QV.

##### **Situação familiar**

Analisando o primeiro item referente à situação familiar e em relação ao género, verificamos que 38,9% dos doentes “vive com a família, sem dependência física/psíquica”, incluindo 27,5% (n=41) dos doentes do género masculino e 11,4% (n=17) do género

feminino. “Vivem com o cônjuge de similar idade” 27,5% (n=41), “vivem com a família/cônjuge com algum grau de dependência” 16,1% (n=24) e em menor percentagem mas com valores totais idênticos surgem 8,7% dos doentes que referem “viver sozinhos mas com filhos próximos” e “viver sozinho e sem filhos”. A análise dos valores residuais permite afirmar que existem diferenças significativas para o género feminino e no grupo dos que vivem sozinhos mas têm filhos próximos (cf. tabela 6).

**Situação económica** (valores considerados para cada escalão (APENDICE D).

No presente estudo 34,2% (n=51) dos doentes apresentam uma situação económica localizada “desde o salário mínimo até à pensão do sistema contributivo”. O género masculino distingue-se com diferenças significativas no escalão localizado “de 2 salários mínimos até um salário mínimo” com 20,1%. No escalão mais elevado, “mais de 2 salários mínimos”, encontram-se apenas 12,8% da amostra e no escalão mais baixo 2,0%, referentes ao género masculino, assumem “não ter rendimentos”. Diferenças não significativas atendendo ao valor do teste ( $X^2=7,541$ ;  $p=0,110$ ) (cf. tabela 6).

### **Habitação**

A maioria dos doentes em estudo refere “viver numa habitação adequada às necessidades” (51,0%; n=76), segue-se o grupo dos doentes que refere “viver em habitação com algumas barreiras arquitetónicas” nomeadamente com existência de escadaria, banheira entre outras (47,0%; n=70) destacando-se o género feminino com maior número de doentes (16,8%; n=25). A restante percentagem situou-se na “habitação com humidade e fracas condições de higiene” (1,3%; n=2) e na “habitação inadequada” assumida por um doente do género feminino, representando 0,7% (n=1) da amostra final. Não se obtiveram respostas para o item, ausência de elevador e telefone (cf. tabela 6).

### **Relações sociais**

No que diz respeito às relações sociais 47,7% (n=71) dos doentes referem “manter relações sociais”, 23,5% (n=35) referem “manter relações sociais só com a família e com os vizinhos” e 18,8% (n=28) “mantêm relações sociais só com a família ou vizinhos”. De salientar que apenas 2,7% (n=4) dos doentes do estudo e do género masculino, referem “não sair de casa nem receber visitas” (cf. tabela 6).

### **Apoio de rede social**

Apesar da amostra envelhecida, 47,0% (n=70) refere “não ter apoio social”, 32,9% (n=49) assumem ter “apoio familiar ou de vizinhos” e 8,7% (n=13) “dependem do voluntariado social e/ou de ajuda domiciliária”. “Aguardam entrada numa instituição geriátrica” 2,0% (n=2) e já “possuem cuidados permanentes” 9,4% (n=14) (cf. tabela 6).

**Tabela 6 - Dados estatísticos da escala de avaliação sociofamiliar de Gijón.**

Itens da escala de Gijón	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	M.	F.
	(104)	(69,8)	(45)	(30,2)	(149)	(100,0)				
<b>Situação familiar</b>										
Vive com a família, sem dependência física/psíquica.	41	27,5	17	11,4	58	38,9	0,2	-0,2		
Vive com o cônjuge de similar idade.	32	21,5	9	6,0	41	27,5	1,4	-1,4		
Vive com a família e/ou cônjuge com algum grau de dependência.	18	12,1	6	4,0	24	16,1	0,6	-0,6		
Vive sozinho mas tem filhos próximos.	3	2,0	10	6,7	13	8,7	-3,8	<b>3,8</b>		
Vive sozinho sem filhos.	10	6,7	3	2,0	13	8,7	0,6	-0,6		
<b>Situação económica</b>										
Mais de 2 salários mínimos.	11	7,4	8	5,4	19	12,8	-1,2	1,2		
De 2 salários mínimos até 1 salário mínimo.	30	20,1	6	4,0	36	24,2	<b>2,0</b>	-2,0		
Desde o salário mínimo até à pensão do sistema contributivo.	36	24,2	15	10,1	51	34,2	0,2	-0,2		
Desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social.	24	16,1	16	10,7	40	26,8	-1,6	1,6		
Sem rendimentos ou inferiores aos anteriormente apresentados.	3	2,0	-	-	3	2,0	1,2	-1,2		
<b>Habitação</b>										
Adequada às necessidades.	57	38,3	19	12,8	76	51,0	1,4	-1,4		
Barreiras arquitetónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação.	45	30,2	25	16,8	70	47	-1,4	1,4		
Humidade, fracas condições de higiene, equipamentos inadequados.	2	1,3	-	-	2	1,3	0,9	-0,9		
Ausência de elevador, telefone.	-	-	-	-	-	-	-	-		
Habitação inadequada (barracas, em ruínas, ausência de equipamentos mínimos).	-	-	1	1,5	1	0,7	-1,5	1,5		
<b>Relações sociais</b>										
Relações sociais.	53	35,6	18	12,1	71	47,7	1,2	-1,2		
Relações sociais só com a família e com os vizinhos.	22	14,8	13	8,7	35	23,5	-1,0	1,0		
Relações sociais só com a família e/ou vizinhos.	17	11,4	11	7,4	28	18,8	-1,2	1,2		
Não sai do domicílio, mas recebe visitas.	8	5,4	3	2,0	11	7,4	0,2	-0,2		
Não sai do domicílio, nem recebe visitas.	4	2,7	-	-	4	2,7	1,3	1,3		
<b>Apoio de rede social</b>										
Com apoio familiar ou de vizinhos.	33	22,1	16	10,7	49	32,9	-0,5	0,5		
Voluntariado social, ajuda domiciliária.	10	6,7	3	2,0	13	8,7	0,6	-0,6		
Não tem apoio.	50	33,6	20	13,4	70	47,0	0,4	-0,4		
Pendente no ingresso de uma instituição geriátrica.	2	1,3	1	0,7	3	2,0	-0,1	0,1		
Tem cuidados permanentes.	9	6,0	5	3,4	14	9,4	-0,5	0,5		

Avaliando de forma global a escala de “Gijon” concluímos que a média de avaliação sociofamiliar é de  $10,94 \pm 5,28$  próxima da média da distribuição feminina ( $11,35 \pm 2,49$ ) e masculina ( $10,76 \pm 2,19$ ) ambas situando-se em risco social normal ou baixo (cf. tabela 7).

Aplicado teste de avaliação da normalidade para a totalidade da amostra e para as distribuições feminina e masculina verificamos que não apresentam uma distribuição normal. Tanto a amostra total como a distribuição feminina são simétricas, com uma dispersão média e leptocúrticas. A distribuição masculina é em tudo idêntica à exceção da curva de curtose considerada normal ou mesocúrtica, diferenças sem significância estatística após análise do teste (UMW=20108,5;  $p=0,332$ ) (cf. tabela 7).

**Tabela 7** - Dados estatísticos referentes à avaliação da escala de Gijón e género.

Escala de Gijón Género	N	Min.	Max.	M	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro	K/S
Masculino	104	6,00	17,00	10,71	2,19	20,44	1,57	1,53	0,000
Feminino	45	7,00	18,00	11,35	2,49	21,93	2,16	0,49	0,009
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>6,00</b>	<b>18,00</b>	<b>10,94</b>	<b>2,29</b>	<b>20,99</b>	<b>2,76</b>	<b>1,71</b>	<b>0,000</b>

Da análise do risco social, verificamos que a maioria dos doentes independentemente do género se encontram em situação de risco social normal ou baixo 79,9% (n=119) e apenas 20,1% (n=30) apresentam risco social elevado, diferenças sem significância estatística ( $X^2=0,745$ ;  $p=0,388$ ).

**Tabela 8** - Dados estatísticos entre o género e risco social.

Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Risco social</b>	<b>(104)</b>	<b>(69,8)</b>	<b>(45)</b>	<b>(30,2)</b>	<b>(149)</b>	<b>(100,0)</b>		
Normal ou baixo	85	57,0	34	22,8	119	79,9	0,9	-0,9
Elevado	19	12,8	11	7,4	30	20,1	-0,9	0,9

### Funcionalidade Familiar

Para o total da amostra observamos uma média  $7,17 \pm 3,16$ , contendo doentes inseridos em famílias com disfunção severa (mínimo=0) e doentes com a pontuação máxima da escala (máxima=10) inseridos em famílias altamente funcionais.

Avaliando a funcionalidade familiar para ambos os géneros, verificamos que o género feminino apresenta uma média ligeiramente superior ( $7,37 \pm 2,90$ ) ao género masculino ( $7,08 \pm 3,27$ ). Ambas as distribuições apresentam os máximos e mínimos nos valores extremos da escala (10) e (0) respetivamente, idênticos aos da amostra total (cf. tabela 9).

Analisando a distribuição total e para ambos os géneros, relativamente á normalidade das distribuições verificamos que estamos perante distribuições não normais tendo em conta os resultados do teste (*Kolmogorov-Smirnov K-S*) com  $p < 0,05$ . Avaliando a dispersão, simetria e curva de curtose verificamos que tanto para a amostra total como para cada uma das distribuições, estamos perante uma amostra com uma dispersão elevada com coeficientes de variação superiores a 30%, assimétricas negativas, com enviesamento para a direita, contendo maior número de doentes com valores mais perto do valor máximo ou seja, integrados em famílias altamente funcionais. Quanto às curvas de curtose a distribuição total assim como a distribuição masculina e feminina apresentam uma curva mesocúrtica (cf. Tabela 9).

Aplicado teste *U Mann-Whitney* entre os grupos, verificamos que as diferenças existentes não são significativas (UMW=2336,5;  $p=0,988$ ).

**Tabela 9** - Dados estatísticos da escala de Apgar Familiar em função do género.

<b>Apgar Familiar</b>									
<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>M</b>	<b>Dp</b>	<b>CV(%)</b>	<b>SK/erro</b>	<b>K/erro</b>	<b>K/S</b>
<b>Masculino</b>	104	0,00	10,00	7,08	3,27	46,18	-4,03	-0,60	0,000
<b>Feminino</b>	45	0,00	10,00	7,37	2,90	39,34	-3,47	1,01	0,000
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>0,0</b>	<b>10,00</b>	<b>7,17</b>	<b>3,16</b>	<b>44,07</b>	<b>-5,15</b>	<b>-0,27</b>	<b>0,000</b>

Tendo em conta os resultados da escala, podemos verificar que a maioria dos doentes (67,1%) estão inseridos em famílias altamente funcionais, 18,1% em famílias com disfunção leve e 14,8% em famílias com disfunção severa (cf. tabela 10).

Procurando diferenças entre grupos, concluímos pela significância do teste *qui-quadrado* que estas não existem ( $X^2=0,739$ ;  $p=0,691$ ) confirmando a sua independência.

**Tabela 10** – Caracterização da funcionalidade familiar em função do género.

Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Funcionalidade familiar	(104)	(69,8)	(45)	(30,2)	(149)	(100,0)		
Disfunção severa	17	11,4	5	3,4	22	14,8	0,8	-0,8
Disfunção leve	18	12,1	9	6,0	27	18,1	-0,4	0,4
Altamente funcional	69	46,3	31	20,8	100	67,1	-0,3	0,3

## 2.2 - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA EM ESTUDO

Atendendo às principais variáveis clínicas definidas para o presente estudo, a tabela 13 apresenta os valores obtidos em função do género dos doentes da amostra.

### Etiologia da ferida

De acordo com a tipologia das feridas crónicas nos membros inferiores e com diagnóstico médico confirmado no processo clínico dos doentes, verificamos que a úlcera venosa (40,3%; n=60) e o pé diabético (31,5%; n=47) são o tipo de feridas crónicas mais prevalentes. A ferida traumática surge em terceiro lugar com 18,1% (n=27) seguido do pé isquémico com 4% da amostra (n=6) a úlcera mista (2,7%; n=4), vasculite (1,3%; n=2) e com apenas 0,7% (n=1) surgem o sarcoma, mutação genética e úlcera arterial (cf. tabela 13).

### Tempo de duração da ferida

No presente estudo observamos que o tempo de duração da ferida varia entre as 6 semanas e as 2880 semanas, que corresponde a 60 anos de permanência ativa, com uma média de 255,14±475,70 semanas. Após estratificação por género atestamos que a média de tempo de duração da ferida é maior nos homens (280,87±499,75 vs. 198,68±413,95). O teste de aderência à normalidade para ambos os géneros e para a totalidade da amostra (*Kolmogorov-Smirnov* - K/S) demonstra-nos uma distribuição não normal ( $p < 0,05$ ), leptocúrtica ou com uma curva elevada, assimétrica positiva com grande enviesamento para a esquerda com prevalência de doentes mais próximos do tempo mínimo da ferida. Já os coeficientes de variação indiciam uma dispersão elevada face ao tempo médio das feridas encontradas (cf. tabela 11).

As diferenças observadas entre os dois grupos são estatisticamente significativas (UMW=1827,00;  $p=0,034$ ) verificando-se relação de dependência entre o género e o tempo de duração da ferida, sendo o género masculino o que apresenta maior tempo com ferida ativa.

**Tabela 11** - Dados estatísticos do tempo da ferida em relação ao género.

Tempo da ferida Género	N	Min.	Max.	M	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro	K/S
Masculino	104	6,00	2880	280,87	499,75	177,92	12,02	19,18	0,000
Feminino	45	6,00	2112	198,68	413,95	211,53	9,44	17,06	0,000
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>6,00</b>	<b>2880</b>	<b>255,14</b>	<b>475,70</b>	<b>186,44</b>	<b>14,87</b>	<b>24,19</b>	<b>0,000</b>

Face à grande assimetria e dispersão amostral, efetuamos uma recodificação da variável na tentativa de formar grupos homogéneos. Foram formados 4 grupos o primeiro com os doentes com tempo de duração da ferida  $\leq$  a 16 semanas, o segundo entre as 17-48 semanas, o terceiro entre as 49-208 semanas e por último  $\geq$  209 semanas. Da análise dos grupos verificamos que maioria dos doentes do género feminino se situa no primeiro e segundo grupo com (10,1%; n=15) e (9,4%; n=14) respetivamente. A distribuição masculina por sua vez apresenta valores mais elevados no segundo e terceiro grupo (18,1%; n=27) e (19,5%; n=29) ou seja com maior tendência para feridas de difícil cicatrização, confirmadas anteriormente. De referir que o grupo com menor percentagem de doentes é o terceiro grupo com apenas 22,8% (n=34) seguido do primeiro com 24,8% (n=37) (cf. tabela 13). O teste *qui-quadrado* revelou não existir relação significativa entre o tempo da ferida e o género da amostra ( $X^2=4,569$ ;  $p=0,206$ ).

### **Antecedentes de ulceração**

Dos doentes em estudo verificamos que a maioria 67,1% (n=100) apresentou episódios anteriores de feridas crónicas nos membros inferiores sendo 47,7% do género masculino e 19,5% do género feminino (cf. tabela 13), sem diferenças significativas ( $X^2=0,208$ ;  $p=0,648$ ).

### **Analgesia antes da realização do penso**

Na amostra em estudo a maioria dos doentes (69,1%; n=103) refere não ingerir analgésico antes da execução do penso, independentemente de sentir ou não dor. Ingerem analgésico antes do penso 30,9% (n=46) com 23,5% do género masculino e 7,4% do género feminino, (cf. tabela 13) no entanto estas diferenças não são significativas, considerando as variáveis independentes ( $X^2=1,248$ ;  $p=0,264$ ).

### **Local de realização do penso**

O hospital é o local mais utilizado pelos doentes em estudo para realização dos tratamentos à ferida (49,7%; n=74), segue-se o centro de saúde com 27,5% (n=41), o domicílio com

13,4% (n=20) e por fim a extensão do centro de saúde com 9,4% (n=14) (cf. tabela 13), diferenças sem significância estatística ( $X^2=0,397$ ;  $p=0,941$ ).

### **Frequência de mudança do penso**

Na frequência de mudança do penso, averiguamos que 40,3% dos doentes substituem o penso 2 vezes por semana e a minoria diariamente 5,4%. Em dias alternados e uma vez por semana surgem (28,2%; n=42) e (26,2%; n=39) respetivamente, (cf. tabela 13) diferenças não significativas quando aplicado teste *qui-quadrado* entre o género e a frequência de mudança do penso ( $X^2=3,132$ ;  $p=0,372$ ).

### **Tempo total despendido para a realização do penso**

Na presente investigação verificamos que os doentes necessitam de uma média de  $85,44 \pm 69,61$  minutos/dia para realizarem o tratamento à sua ferida. Este tempo inclui a hora a que saem de casa e a hora a que voltam a entrar e depende dos diversos locais para a realização do penso que vai desde os 15 minutos de mínimo para os 360 minutos de máximo com um intervalo de variação de 354 minutos. Analisada a diferença entre o tempo total despendido e o género, verificamos que o género masculino tem uma média de tempo de espera ligeiramente superior ( $86,68 \pm 69,45$  vs.  $82,56 \pm 70,67$ ) e uma amplitude total (AT) também superior (AT=345 vs. AT=220).

Analisada a amostra quanto á normalidade e para ambos os géneros, verificamos que é uma amostra não normal, assimétrica positiva, muito enviesada para a esquerda com predomínio de doentes com tempo de demora mais perto dos valores mínimos da amostra sendo o valor da média aparada a 5% ( $5\%trm=79,63$ ) o valor mais correto para representar o centro de ambas as distribuições (Pestana & Gageiro, 2008). Quanto à dispersão, tanto a amostra total como a distribuição masculina apresentam uma dispersão elevada com curva acentuada ou leptocúrtica. A distribuição feminina também apresenta uma elevada dispersão mas com uma curva mais normalizada ou mesocúrtica, como podemos observar pelos valores da tabela 12.

Dada a grande assimetria amostral, decidimos dividir a amostra pela mediana da distribuição (Md=60,00). Obtivemos dois grupos, um com uma demora inferior a 60 minutos com 63,1% (n=94) e que inclui a grande maioria dos doentes do género feminino (20,8%; n=31) e outro com uma demora superior a 60 minutos com 36,9% (n=55) (cf.

tabela 13). Apesar dos resultados, não se observaram diferenças significativas nos grupos em análise ( $X^2=0,932$ ;  $p=0,334$ ).

**Tabela 12** - Dados estatísticos do tempo total despendido para realização do penso em relação ao género.

Tempo total p/ penso Género	N	Min.	Max.	M	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro	K/S
Masculino	104	15	360	80,64*	69,459	80,13	5,72	3,52	0,000
Feminino	45	20	240	77,28	70,675	85,60	3,69	0,66	0,000
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>15</b>	<b>360</b>	<b>79,63*</b>	<b>69,615</b>	<b>81,47</b>	<b>6,66</b>	<b>3,07</b>	<b>0,000</b>

\*valor de 5%trim

### Fatores de risco

Os principais fatores de risco referenciados pela maioria dos doentes foram a vasculopatia periférica (70,5%;  $n=105$ ), hipertensão arterial (60,4%;  $n=90$ ) e diabetes (51%;  $n=76$ ). Outros fatores de risco foram ainda referenciados, como os antecedentes tabágicos (38,3%), obesidade (28,2%), doença cardíaca (26,2%), depressão e dislipidemia com (14,8%), stresse (2,7%) e outras patologias com 20,1% (cf. tabela 13).

Enquanto a hipertensão arterial é o fator de risco mais mencionado pelos doentes do género feminino (21,5%) a vasculopatia periférica é o fator de risco mais referido pelos doentes do género masculino (51,0%). De referir, que o género masculino apresentou valores elevados nos antecedentes tabágicos (35,6%;  $n=53$ ) e com diferenças bastante significativas (cf. tabela 13).

De todos os fatores de risco referenciados e após aplicação do teste *qui-quadrado* verificamos que a diabetes ( $X^2=4,515$ ;  $p=0,034$ ) e os antecedentes tabágicos ( $X^2=23,538$ ;  $p=0,000$ ) apresentam diferenças significativas para os homens.

**Tabela 13** - Caracterização clínica da amostra em relação ao género.

Variável	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n (104)	% (69,8)	n (45)	% (30,2)	n (149)	% (100,0)	Masc.	Fem.
<b>Tempo da ferida</b>								
≤16 semanas	22	14,8	15	10,1	37	24,8	-1,6	1,6
17-48 semanas	26	17,4	14	9,4	40	26,8	-0,8	0,8
49-208 semanas	27	18,1	7	4,7	34	22,8	1,4	-1,4
≥209 semanas	29	19,5	9	6,0	38	25,5	1,0	-1,0
<b>Etiologia da ferida</b>								
Pé diabético	37	24,8	10	6,7	47	31,5	1,6	-1,6
Pé isquémico	6	4,0	0	0,0	6	4,0	1,6	-1,6
Úlcera venosa	41	27,5	19	12,8	60	40,3	-0,3	0,3
Úlcera arterial	-	-	1	0,7	1	0,7	-1,5	1,5
Mutação genética	1	0,7	-	-	1	0,7	0,7	-0,7
Vasculite	-	-	2	1,3	2	1,3	-2,2	2,2
Ferida traumática	17	11,4	10	6,7	27	18,1	-0,9	0,9
Sarcoma da coxa	-	-	1	0,7	1	0,7	-1,5	1,5
Úlcera mista	2	1,3	2	1,3	4	2,7	-0,9	0,9
<b>Antecedentes de ulceração</b>								
Sim	71	47,7	29	19,5	100	67,1	0,5	-0,5
Não	33	22,1	16	10,7	49	32,9	-0,5	0,5
<b>Analgesia antes do penso</b>								
Sim	35	23,5	11	7,4	46	30,9	1,1	-1,1
Não	69	46,3	34	22,8	103	69,1	-1,1	1,1
<b>Local de realização do penso</b>								
Centro de saúde	28	18,8	13	8,7	41	27,5	-0,2	0,2
Hospital	53	35,6	21	14,1	74	49,7	0,5	-0,5
Extensão do centro de saúde	10	6,7	4	2,7	14	9,4	0,1	-0,1
Domicílio	13	8,7	7	4,7	20	13,4	-0,5	0,5
<b>Frequência mudança do penso</b>								
Diária	4	2,7	4	2,7	8	5,4	-1,3	1,3
Dias alternados	27	18,1	15	10,1	42	28,2	-0,9	0,9
Duas vezes por semana	43	28,9	17	11,4	60	40,3	0,4	-0,4
Uma vez por semana	30	20,1	9	6,0	39	26,2	1,1	-1,1
<b>Tempo total para o penso</b>								
≤60 minutos	63	42,3	31	20,8	94	63,1	-1,0	1,0
>60 minutos	41	27,5	14	9,4	55	36,9	1,0	-1,0
<b>Fatores de risco</b>								
Diabetes	59	39,6	17	11,4	76	51,0	<b>2,1</b>	-2,1
Obesidade	26	17,4	16	10,7	42	28,2	-1,3	1,3
Antecedentes tabágicos	53	35,6	4	2,7	57	38,3	<b>4,9</b>	-4,9
Hipertensão arterial	58	38,9	32	21,5	90	60,4	-1,8	1,8
Doença cardíaca	27	18,1	12	8,1	39	26,2	-0,1	0,1
Vasculopatia periférica	76	51,0	29	19,5	105	70,5	1,1	-1,1
Doença maligna	1	0,7	3	2,0	4	2,7	-2,0	2,0
Depressão	17	11,4	5	3,4	22	14,8	0,8	-0,8
Stresse	2	1,3	2	1,3	4	2,7	-0,9	0,9
Dislipidémia	19	12,8	3	2,0	22	14,8	1,8	-1,8
Outros	25	16,8	5	3,4	30	20,1	1,8	-1,8

## Hábitos de vida

Os hábitos de vida dos doentes foram incluídos nas variáveis clínicas, uma vez que influenciam os estados de saúde. Pelas suas particularidades não serão incluídos na mesma tabela das restantes variáveis, sendo analisados separadamente.

## Hábitos tabágicos

Os antecedentes tabágicos foi um dos fatores de risco identificados em 38,3% da amostra, sendo 35,6% do género masculino e com diferenças significativas. Detetamos que 10,7% dos doentes ainda mantêm hábitos tabágicos (10,1% homens e 0,7% mulheres), diferenças com significância estatística ( $X^2=4,878$ ;  $p=0,027$ ).

**Tabela 14** - Caracterização dos hábitos tabágicos em relação ao género.

Hábitos tabágicos	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n (104)	% (69,8)	n (45)	% (30,2)	n (149)	% (100,0)	Masc.	Fem.
Sim	15	10,1	1	0,7	16	10,7	2,2	-2,2
Não	89	59,7	44	29,5	133	89,3	-2,2	2,2

Reportando-nos para o número de cigarros fumados por dia verificamos que em média os doentes fumam  $14,19 \pm 7,05$  cigarros (mínimo de 2 cigarros e um máximo de 20 cigarros) (cf. tabela 15).

Analisando a distribuição quanto á sua normalidade, achatamento, dispersão e simetria verificamos que tanto para a distribuição masculina como para a distribuição da amostra total, estamos perante distribuições não normais, com curvas platicúrticas, de dispersão elevada e assimétricas negativas com o predomínio de doentes que fumam mais de 14,19 cigarros por dia, perto do máximo da distribuição (20 cigarros).

**Tabela 15** – Dados estatísticos entre os hábitos tabágicos e o género.

Hábitos tabágicos Género	N	Min.	Max.	M	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro	K/S
Masculino	104	2	20	14,48*	7,21	51,02	-1,08	-1,33	0,000
Feminino	45	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	149	2	20	14,19*	7,05	50,81	-0,90	-1,41	0,000

\*valor de 5% trim

## Hábitos alcoólicos

Mencionaram ingerir bebidas alcoólicas 34,9% (n=52) dos doentes, 34,2% (n=51) do género masculino e 0,7% (n=1) do género feminino. O grupo que refere não ingerir bebidas alcoólicas é sobretudo do género feminino (97,8% vs. 29,5%). As diferenças

percentuais encontradas são bastante significativas ( $X^2=30,301$ ;  $p=0,000$ ), confirmando a dependência das variáveis. Deslindando os valores residuais constatamos que são os homens que ingerem mais bebidas alcoólicas e com diferenças significativas (cf. tabela 16).

Observando em ambos os gêneros a frequência de ingestão das bebidas alcoólicas, verificamos que a maioria dos doentes ingere bebidas alcoólicas apenas às refeições (50,0%;  $n=26$ ), sendo 48,1% ( $n=25$ ) para o gênero masculino e 1,9% ( $n=1$ ) para o gênero feminino. Do grupo masculino 30,8% mencionou consumir “ocasionalmente” e 19,2% referiu beber “várias vezes ao dia” (cf. tabela16).

**Tabela 16** – Caracterização dos hábitos alcoólicos em função do gênero.

Hábitos alcoólicos	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Sim	51	34,2	1	0,7	52	34,9	5,5	-5,5
Não	53	35,6	44	29,5	97	65,1	-5,5	5,5
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>69,8</b>	<b>45</b>	<b>30,2</b>	<b>149</b>	<b>100,0</b>		
<b>Frequência de ingestão</b>								
Ocasionalmente	16	30,8	-	-	16	30,8	0,7	-0,7
Refeições	25	48,1	1	1,9	26	50,0	-1,0	1,0
Várias vezes ao dia	10	19,2	-	-	10	19,2	0,5	-0,5
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>98,1</b>	<b>1</b>	<b>1,9</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>		

### Exercício físico

Relativamente ao exercício físico apenas 15,4% refere praticar exercício físico, sendo 12,8% do gênero masculino e 2,7% do gênero feminino, resultados sem significância estatística ( $X^2=2,117$ ;  $p=0,146$ ). Dos 23 doentes que praticam exercício físico 56,5% referem praticar “diariamente” 14,4% “três vezes por semana” e 26,1% “menos de três vezes por semana” (cf. tabela17).

**Tabela 17** - Caracterização do exercício físico em função do gênero.

Exercício físico	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Sim	19	12,8	4	2,7	23	15,4	1,5	-1,5
Não	85	57,0	41	27,5	126	84,6	-1,5	1,5
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>69,8</b>	<b>45</b>	<b>30,2</b>	<b>149</b>	<b>100,0</b>		
<b>Frequência do exercício físico</b>								
Diariamente	12	52,2	1	4,3	13	56,5	1,4	-1,4
3 vezes semana	3	13,0	1	4,3	4	17,4	-0,4	0,4
<3 vezes semana	4	17,4	2	8,7	6	26,1	-1,2	1,2
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>82,6</b>	<b>4</b>	<b>17,4</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>		

## **Capacidade Funcional**

Para avaliarmos a capacidade funcional do doente com ferida crónica nos membros inferiores, recorreremos, como já foi referido ao índice de Katz. Este instrumento permite-nos conhecer o grau de dependência dos doentes do estudo, podendo estar ou não relacionado com a presença da ferida crónica. Antes de conhecermos os resultados gerais da escala consideramos pertinente conhecer as características funcionais dos doentes para cada item ou para cada atividade de vida diária.

### **Banho**

No total da amostra 57,0% (n=85) dos doentes não necessitam de ajuda para o banho diário, 16,1% (n=24) necessitam de ajuda parcial e 26,8% (n=40) necessitam de ajuda total (cf. tabela 18). Diferenças sem significância estatística entre os géneros ( $X^2=0,407$ ;  $p=0,816$ ).

### **Vestir**

Na atividade vestir verificamos que a maioria dos doentes não necessita de ajuda (69,8%; n=104), 8,7% (n=13) necessita de ajuda parcial onde apenas 1,3% dos doentes são do género feminino e 7,4% do género masculino. Com necessidade de ajuda total encontramos 21,5% (n=32) da amostra, sendo 16,1% do género masculino e 5,4% do género feminino. Realidade sem diferenças significativas ( $X^2=2,355$ ;  $p=0,308$ ) (cf. tabela 18).

### **Utilizar a sanita**

À medida que avançamos na escala, tal como Katz referia a independência tem tendência a ir aumentando. No presente item verificamos que 79,2% (n=118) dos doentes não necessitam de ajuda para ir à sanita; 12,8% necessita de uma ajuda parcial e 8,1% refere necessitar de ajuda total (cf. tabela 18). Diferenças sem significância estatística ( $X^2=3,680$ ;  $p=0,151$ ), confirmando a independência das variáveis.

### **Mobilização**

Na mobilidade, verificamos que 3,4% dos doentes do género masculino necessitam de ajuda total e 3,4% do género feminino necessitam de ajuda parcial. Assim, a maioria dos doentes não necessita de ajuda na mobilização (79,9%; n=119) onde 53% (n=79) são

doentes do género masculino e 26,8% (n=40) do género feminino. Os resíduos ajustados não nos valorizam as diferenças (cf. tabela 18).

### **Continência de esfíncteres**

Também neste item podemos verificar que são apenas os homens que referem necessitar de ajuda total ou com ausência de controlo de esfíncteres (4,7%; n=7), com 60,4% a mencionarem não necessitar de ajuda. No género feminino, 27,5% referiram não necessitar de ajuda e 2,7% de ajuda parcial no controlo dos esfíncteres. Diferenças que não foram possíveis de avaliar pela falta de homogeneidade dos grupos (cf. tabela 18).

### **Alimentar-se**

O último item do índice de Katz refere-se à capacidade do indivíduo se alimentar sozinho, sendo para o autor a última necessidade que o indivíduo deixa de ter capacidade de satisfazer. Da análise da amostra, verificamos que 90,6% (n=135) dos doentes não necessitam de ajuda sendo 61,1% do género masculino e 29,5% do género feminino; 5,4% mencionaram necessitar de uma ajuda parcial e 4,0% dos doentes (na totalidade homens) referiram necessitar de uma ajuda total para se alimentarem. Valor com diferenças significativas demonstradas pelos valores dos resíduos ajustados para o género feminino e o item “sem ajuda” (cf. tabela 18).

**Tabela 18** - Capacidade funcional dos doentes em função do género.

Capacidade funcional	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n (104)	% (69,8)	n (45)	% (30,2)	n (149)	% (100,0)	Masc.	Fem.
<b>Banho</b>								
Sem ajuda	58	38,9	27	18,1	85	57,0	-0,5	0,5
Ajuda parcial	18	12,1	6	4,0	24	16,1	0,6	-0,6
Ajuda total	28	18,8	12	8,1	40	26,8	0,0	0,0
<b>Vestir</b>								
Sem ajuda	69	46,3	35	23,5	104	69,8	-1,4	1,4
Ajuda parcial	11	7,4	2	1,3	13	8,7	1,2	-1,2
Ajuda total	24	16,1	8	5,4	32	21,5	0,7	-0,7
<b>Utilizar a sanita</b>								
Sem ajuda	78	52,3	40	26,8	118	79,2	-1,9	1,9
Ajuda parcial	16	10,7	3	2,0	19	12,8	1,5	-1,5
Ajuda total	10	6,7	2	1,3	12	8,1	1,1	-1,1
<b>Mobilização</b>								
Sem ajuda	79	53,0	40	26,8	119	79,9	-1,8	1,8
Ajuda parcial	20	13,4	5	3,4	25	16,8	1,2	-1,2
Ajuda total	5	3,4	-	-	5	3,4	1,5	-1,5
<b>Continência de esfíncteres</b>								
Sem ajuda	90	60,4	41	27,5	131	87,9	-0,8	0,8
Ajuda parcial	7	4,7	4	2,7	11	7,4	-0,5	0,5
Ajuda total	7	4,7	-	-	7	4,7	1,8	-1,8
<b>Alimentar-se</b>								
Sem ajuda	91	61,1	44	29,5	135	90,6	-2,0	<b>2,0</b>
Ajuda parcial	7	4,7	1	0,7	8	5,4	1,1	-1,1
Ajuda total	6	4,0	-	-	6	4,0	1,6	-1,6

Tendo em conta os diferentes graus de independência propostos por Katz, a variável capacidade funcional foi codificada em três grupos, o primeiro que inclui os doentes com ausência de incapacidade, o segundo inclui os doentes com incapacidade moderada e o terceiro inclui os doentes com incapacidade severa.

Da análise efetuada verificamos que 69,1% (n=103) dos doentes apresenta ausência de incapacidade, ou seja é independente em todas as atividades de vida diária, incluindo 45,6% (n=68) do género masculino e 23,5% (n=35) do género feminino. Segue-se o grupo dos doentes com incapacidade severa (19,5%; n=29) e por último, o de incapacidade moderada (11,4%; n=17) (cf. tabela 19).

O teste *qui-quadrado* não demonstra diferenças significativas, o que significa que as variáveis são independentes ( $X^2=3,014$ ;  $p=0,222$ ).

**Tabela 19** – Caracterização dos diferentes níveis de capacidade funcional em função do género.

Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Capacidade funcional total	(104)	(69,8)	(45)	(30,2)	(149)	(100,0)		
Ausência de incapacidade	68	45,6	35	23,5	103	69,1	-1,5	1,5
Incapacidade moderada	12	8,1	5	3,4	17	11,4	0,1	-0,1
Incapacidade severa	24	16,1	5	3,4	29	19,5	1,7	-1,7

Avaliando a amostra na globalidade e as subamostras masculina e feminina relativamente à capacidade funcional dos doentes em estudo, verificamos que tanto a amostra total como a amostra masculina apresentam médias semelhantes de  $1,35 \pm 1,94$  e  $1,52 \pm 2,06$  respetivamente ou seja encontram-se no limite da ausência de incapacidade, contendo doentes que não necessitam de ajuda nas atividades de vida diária. A distribuição feminina apresenta uma média inferior a 1 ( $0,955 \pm 1,60$ ) ou seja localizada no grupo dos doentes com ausência de incapacidade.

Tanto a amostra total como as distribuições masculina e feminina não são distribuições normais ( $K/S=0,000$ ), apresentam doentes com um mínimo de 0 (ausência de incapacidade) e um máximo de 6 (incapacidade severa), todas elas com uma dispersão elevada, com uma grande assimetria positiva, apresentando a amostra total e a distribuição masculina curvas mesocúrticas e a distribuição feminina curva mais elevada que o normal ou leptocúrtica (cf. tabela 20). Aplicado teste *U Mann-Whitney* de análise de significância entre a capacidade funcional e o género concluímos que não existe relação entre as variáveis ( $UMW=2088,0$ ;  $p=0,249$ ).

**Tabela 20** - Dados estatísticos da capacidade funcional em relação ao género.

Capacidade funcional Género	N	Min.	Max.	M	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro	K/S
Masculino	104	0,0	6,00	1,52	2,06	135,52	4,22	-1,08	0,000
Feminino	45	0,0	6,00	0,95	1,60	167,53	5,43	4,12	0,000
Total	149	0,0	6,00	1,35	1,94	50,81	6,10	0,10	0,000

## Dor

Outra das variáveis clínicas avaliada e com influência na QV foi a dor. Independentemente da analgesia instituída, os doentes do estudo referenciaram uma dor cuja média se situa nos  $4,56 \pm 2,66$  ou seja uma dor qualitativamente classificada em dor moderada, contendo doentes com dor 1 (mínimo) e doentes referindo dor 10 (máximo) (cf. tabela 21).

Analisando a variável dor para os diferentes géneros, verificamos que a distribuição masculina refere uma média de dor ligeiramente inferior ( $4,35 \pm 2,75$  vs.  $5,07 \pm 2,41$ ) (cf. tabela 21). Quanto à distribuição, a amostra total e as subamostras masculina e feminina, não são distribuições normais, confirmado pelo valor da significância do teste de *Kolmogorov-Smirnov* com  $p < 0,05$ . Apesar de se apresentarem como distribuições simétricas, mostram uma dispersão de valores elevados, com curvas de curtose mais elevadas ou leptocúrticas para a distribuição masculina e amostra total e curva de curtose normal ou mesocúrtica para distribuição feminina que demonstra mais uma vez grande homogeneidade (cf. tabela 21).

Analisando a relação entre a variável dor e os diferentes géneros, verificamos que ambas as variáveis são consideradas independentes (UMW= 1942,5;  $p=0,098$ ).

**Tabela 21-** Dados estatísticos da dor em relação ao género.

Dor Género	N	Min.	Max.	M	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro	K/S
Masculino	104	1,00	10,00	4,35	2,75	63,21	1,56	-2,50	0,000
Feminino	45	1,00	9,00	5,07	2,41	47,53	-0,28	-1,64	0,020
Total	149	1,00	10,00	4,56	2,66	58,33	1,10	-3,11	0,000

Após conhecida a avaliação quantitativa da dor, transformamos os valores numéricos em escala qualitativa, preconizada pela DGS. Da análise qualitativa da dor, verificamos que todos os doentes da amostra referem dor, não se observando valores na classificação “sem dor” e uma pequena percentagem amostral de doentes localiza-se no grupo da “pior dor alguma vez referida” ou qualitativamente referida como “dor máxima” (8,1%;  $n=12$ ). Os restantes grupos apresentam valores totais “equilibrados”, sobressaindo o número de doentes do género masculino no grupo da “dor ligeira” (24,2% vs. 4,7%) e com diferenças significativas, demonstradas pelos valores dos resíduos ajustados (cf. tabela 22).

De referir que a maior percentagem de doentes do género feminino se situa no grupo da “dor intensa” (12,1%;  $n=18$ ) e “moderada” (11,4%;  $n=17$ ), apresentando valores de dor mais elevados que o género masculino, valores estes já referenciados anteriormente aquando da análise do valor da média da dor para ambos os grupos (cf. tabela 22).

Aplicado teste de *qui-quadrado*, este demonstra que as variáveis dor e género não se relacionam ( $X^2=6,627$ ;  $p=0,085$ ).

**Tabela 22** - Classificação qualitativa da dor em função do género.

Classificação qualitativa da dor	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n (104)	% (69,8)	n (45)	% (30,2)	n (149)	% (100,0)	Masc.	Fem.
Sem dor (0)	-	-	-	-	-	-	-	-
Dor ligeira (1-2)	36	24,2	7	4,7	43	28,9	2,4	-2,4
Dor moderada (3-5)	32	21,5	17	11,4	49	32,9	-0,8	0,8
Dor intensa (6-8)	27	18,1	18	12,1	45	30,2	-1,7	1,7
Dor máxima (9-10)	9	6,0	3	2,0	12	8,1	0,4	-0,4

**Em síntese:**

- A maioria dos doentes em estudo encontra-se em situação de risco social normal ou baixo (79,9%) e está inserida em famílias altamente funcionais (67,1%).
- A úlcera venosa (40,3%; n=60) e o pé diabético (31,5%; n=47) são o tipo de ferida crónica nos membros inferiores mais prevalente na amostra em estudo.
- O tempo de permanência ativa varia entre as 6 e as 2880 semanas (60 anos) com os doentes do género masculino a apresentarem valores de duração mais elevados e significativos, sobressaindo 67,1% da amostra com antecedentes de ulceração.
- O hospital é o local mais utilizado para a execução do tratamento das feridas (49,7%; n=74). A frequência de realização localiza-se em duas vezes por semana (40,3%; n=60) e com uma demora média de 85,44±69,61 minutos/dia.
- O principal fator de risco identificado foi a vasculopatia periférica (70,5%; n=105), seguida da hipertensão arterial (60,4%; n=90) e da diabetes (51%; n=76). Os antecedentes tabágicos e a diabetes foram os que se associaram com o género (superior nos homens).
- Relativamente aos hábitos de vida, 10,7% (n=16) assume que fuma uma média de 14,19 cigarros/dia e 34,2% dos homens admite ingerir bebidas alcoólicas preferencialmente às refeições (50,0%; n=26). Só 15,4% refere praticar exercício físico.
- A maioria da amostra (69,1%; n=103) apresenta ausência de incapacidade nas principais atividades de vida diária e nega ingerir analgesia.
- A dor é referida pela totalidade dos doentes em estudo. Com diferenças significativas surge o género masculino no grupo da dor ligeira (24,2%; n=36) encontrando-se a maioria dos doentes do género feminino no grupo da dor intensa e moderada com 12,1% e 11,4% respetivamente, mas sem diferenças significativas.

## 2.5 - ESQUEMA CARDIFF DE IMPACTO DA FERIDA

### Estado da ferida

Um dos critérios de inclusão dos doentes na amostra foi a presença de ferida ativa e com mais de 6 semanas de evolução, pelo que a resposta à primeira questão do esquema Cardiff apresenta 100% de respostas nos doentes com ferida não cicatrizada.

### Com quem vive

Relativamente á questão “com quem vive” verificou-se que a maioria dos doentes não vive sozinha (83,2%; n=124); sendo 61,1% do género masculino e 22,1% do género feminino, diferenças significativas para o género masculino confirmadas pelos resíduos ajustados. Podemos ainda constatar que apenas 16,8% (n=25) da amostra vive sozinha, destacando-se o género feminino com diferenças significativas no grupo confirmadas pelos valores residuais (cf. tabela 23).

O teste *qui-quadrado* confirma as diferenças verificadas pelos valores residuais ( $X^2=4,514$ ;  $p=0,034$ ), confirmando que as variáveis não são independentes existindo uma relação entre elas.

**Tabela 23** - Viver só ou acompanhado e o género.

Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Com quem vive	(104)	(69,8)	(45)	(30,2)	(149)	(100,0)		
Vive sozinha	13	8,7	12	8,1	25	16,8	-2,1	2,1
Vive acompanhada	91	61,1	33	22,1	124	83,2	2,1	-2,1

### Frequência com que está com a família e os amigos

Ao analisar esta questão verificamos que apenas 5,4% dos doentes referiu estar com a família só uma vez por mês e 4,7% menos do que uma vez por mês, pelo que procedemos à recodificação da variável formando dois grupos: o primeiro integrando os doentes que estão com a família e amigos uma vez por dia ou seja frequentemente e o segundo que inclui os doentes que estão com a família e amigos uma vez por semana ou menos, ou seja ocasionalmente (cf. tabela 24).

Da análise da tabela 24 verificamos que a maioria dos doentes está frequentemente com a família e amigos (81,9%; n=122), destacando-se o género masculino (60,4% vs. 21,5%)

com diferenças significativas. O teste *qui-quadrado* ( $X^2=5,038$ ;  $p=0,025$ ) confirma as diferenças estatisticamente significativas, confirmando que as variáveis se relacionam (cf. tabela 24).

**Tabela 24** - Frequência da presença da família e amigos em relação ao género.

Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Frequência da família e amigos</b>	<b>(104)</b>	<b>(69,8)</b>	<b>(45)</b>	<b>(30,2)</b>	<b>(149)</b>	<b>(100,0)</b>		
<b>Frequentemente</b>	90	60,4	32	21,5	122	81,9	2,2	-2,2
<b>Ocasionalmente</b>	14	9,4	13	8,7	27	18,1	-2,2	2,2

### **Dimensões da QV: “Bem-estar”, “Sintomas físicos e Vida diária” e “Vida social”**

Analisando os dados estatísticos da amostra relativamente à dimensão “**Bem-estar**” e atendendo a que valores mais próximos de 100 significam melhor perceção de QV, constatamos a presença de uma amostra com uma média de “bem-estar” de  $36,00 \pm 17,70\%$ , localizando-se a amostra entre os 7,14 de mínimo, ou seja com alterações negativas na dimensão e os 89,29 de máximo, ou seja com níveis de bem-estar próximos do melhor (cf. tabela 25).

Quanto á normalidade, esta dimensão apresenta uma amostra não normal, tendo em conta o valor da significância do teste (*Kolmogorov-Smirnov*  $p < 0,05$ ). Os valores de simetria revelam, só pela observação dos valores da média, mediana e média aparada a 5%, que estamos perante uma distribuição assimétrica. Esta realidade confirma-se pelo cálculo do seu valor, apresentando uma assimetria positiva com enviesamento à esquerda, com valores do bem-estar perto do valor mínimo da distribuição, ou seja mais próximo de piores níveis de QV. O coeficiente de variação demonstra uma dispersão elevada de valores, com uma curva de curtose mesocúrtica (cf. tabela 25).

No que concerne à dimensão “**Sintomas físicos e Vida diária**”, os dados recolhidos demonstram uma amostra com valores médios de  $63,27 \pm 15,51\%$ , demonstrando pouca influência da ferida crónica nesta dimensão. Contribuem para este valor 22,92 de valor mínimo e 100,00 de máximo com uma dispersão média de dados face aos valores obtidos. O teste de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*  $p > 0,05$ ) confirma a presença de uma distribuição normal nesta dimensão. Analisando a simetria e curtose verificamos a

presença de uma distribuição simétrica com uma curva de curtose mesocúrtica (cf. tabela 25).

Relativamente á dimensão “**Vida social**”, a amostra apresenta valores de média  $56,39 \pm 20,69\%$  incluindo indivíduos com 14,29 de mínimo e 85,71 de máximo, com uma dispersão elevada de dados (cf. tabela 25). O teste de (*Kolmogorov-Smirnov*  $p > 0,05$ ) demonstra uma amostra com distribuição normal, simétrica e mesocúrtica.

**Tabela 25** - Dados estatísticos relativos às dimensões da QV.

Dimensões	N	Min.	Max.	M	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro	K/S
Bem-estar	149	7,14	89,29	36,00	17,70	49,16	3,71	0,85	0,000
Sintomas físicos e vida diária	149	22,92	100,00	63,27	15,51	24,51	-0,44	-1,17	0,074
Vida social	149	14,29	100,00	56,39	20,69	36,69	1,14	-1,48	0,200

Analisando as diferentes dimensões em relação ao género verificamos que na dimensão “bem-estar”, se verifica uma média mais elevada para o género masculino  $37,50 \pm 19,17$  vs.  $32,52 \pm 13,28$ , contribuindo valores idênticos de mínimo (7,14) e superiores de máximo (89,29 vs. 60,71) quando comparado com o género feminino. Tal como para a distribuição total da dimensão “bem-estar”, ambas as distribuições são normais com (*Kolmogorov-Smirnov*  $p > 0,05$ ), assimétrica positiva para o género masculino e simétrica para o feminino, ambas mesocúrticas e com uma dispersão elevada de valores (cf. tabela 26).

Na dimensão “sintomas físicos e vida diária”, dimensão com valores mais elevados, verificamos que o género masculino mantém valores médios superiores ( $63,73 \pm 16,21$  vs.  $62,23 \pm 13,89$ ). A distribuição feminina apresenta-se normal com (*Kolmogorov-Smirnov*  $p > 0,05$ ) e a masculina não normal. Ambas as distribuições são simétricas e mesocúrticas com uma dispersão média de valores (cf. tabela 26).

Na dimensão “vida social”, obtivemos valores médios mais elevados para o género feminino com  $57,42 \pm 20,91$  vs.  $55,99 \pm 20,68$ . Ambas as distribuições são normais, atendendo ao valor da significância do teste de (*Kolmogorov-Smirnov*  $p > 0,05$ ), simétricas, mesocúrticas e com dispersão elevada de valores (cf. tabela 26)

**Tabela 26** - Dados estatísticos das dimensões da QV em função do género.

<b>Dimensões</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>M</b>	<b>Dp</b>	<b>CV(%)</b>	<b>SK/erro</b>	<b>K/erro</b>	<b>K/S</b>
<b>Bem-estar</b>									
Masculino	104	7,14	89,29	37,50	19,17	51,12	2,91	0,021	0,001
Feminino	45	7,14	60,71	32,53	13,28	40,82	0,57	-0,96	0,200
<b>Síntomas físicos e vida diária</b>									
Masculino	104	22,92	100,00	67,73	16,21	23,93	-0,65	-1,16	0,033
Feminino	45	34,38	90,63	62,23	13,89	22,32	0,21	-0,17	0,200
<b>Vida social</b>									
Masculino	104	14,29	100,00	55,94	20,68	36,96	1,04	-0,97	0,200
Feminino	45	14,29	98,21	57,42	20,91	36,41	0,52	-1,17	0,200

### **Principais “síntomas físicos e vida diária” relacionados com a presença da ferida crónica**

Para conhecer qual a proporção de doentes inseridos em cada um dos itens da dimensão dos sintomas físicos e de vida diária recorreremos ao teste binomial entre as variáveis. Para aplicação do teste, eliminamos os doentes cujos sintomas não se aplicavam, ou não estavam presentes no seu dia-a-dia (resposta=1). Foram considerados dois grupos o primeiro em que a presença da ferida interferia ligeira a moderadamente (respostas  $\leq 3$ ) e o segundo grupo a quem a ferida interferia bastante ou imenso (respostas  $> 3$ ). Aplicado teste binomial entre estes grupos e referente aos aspetos objetivos e subjetivos da dimensão “síntomas físicos e vida diária” do esquema Cardiff, ficamos a conhecer se as respostas obtidas são associadas ao acaso ou à presença da ferida através do nível de significância do teste.

Da avaliação subjetiva, observamos que à exceção da dificuldade em tomar banho, o odor desagradável, a dor na ferida, a dificuldade em encontrar calçado e as dificuldades económicas relacionadas com a ferida, todos os outros sintomas físicos e de vida diária se associaram com a presença de ferida crónica e a intensidade de manifestação desses sintomas (cf. quadro 14).

Subjetivamente e pela análise do quadro 14, o problema da vida diária mais manifestado como perturbador na vida do doente è o problema com as tarefas diárias - 77,0% dos doentes valoriza-o como interferindo “bastante a imenso” e com diferenças bastante significativas ( $p < 0,001$ ). Outros fatores que se apresentam como interferindo “bastante a imenso” com a vida dos doentes com ferida crónica foram a imobilidade em casa ( $p < 0,001$ ) e a imobilidade fora de casa ( $p < 0,001$ ). Por outro lado, os sintomas referidos superiormente como interferindo “ligeira a moderadamente” com a vida do doente com ferida crónica foram dormir mal (65,0% vs. 35,0%;  $p < 0,001$ ); deitar líquido da ferida

(63,0% vs. 37,0%;  $p=0,011$ ); incómodo da ligadura ou penso (62,0% vs. 38,0%;  $p=0,025$ ) e problemas com o tempo necessário para tratar a ferida (68,0% vs. 32,0%;  $p=0,001$ ). De referir que subjetivamente aspetos como o cheiro da ferida, dificuldades económicas associadas à sua presença e em encontrar calçado apropriado não se associaram significativamente (cf. quadro 14).

Objetivamente, e também pela análise do quadro 14, a dificuldade em tomar banho é o problema de vida diária mais manifestado com 72% dos doentes a valorizá-lo como interferindo “bastante a imenso” e com diferenças bastante significativas ( $p<0,001$ ). Outros fatores presentes nos doentes do estudo e com interferência “bastante a imenso” na sua vida são também os problemas com as tarefas diárias ( $p<0,001$ ) imobilidade fora de casa ( $p=0,005$ ) e imobilidade em casa ( $p=0,022$ ). Os sintomas mais referidos pelos doentes e com diferenças bastante significativas foram a dor (62,0% vs. 38,0%;  $p=0,016$ ), dormir mal (69,0% vs. 31,0%;  $p<0,001$ ), tempo necessário para tratar a ferida (73,0% vs. 27,0%;  $p<0,001$ ) e incomodo da ligadura ou penso (73,0% vs. 27,0%;  $p<0,001$ ) com a maior percentagem a referir a sua interferência de “ligeiro a moderado”. O odor surge como o sintoma menos manifestado ( $n=42$ ) e com diferenças significativas entre os grupos em questão, interferindo pouco na vida dos doentes (cf. quadro 14).

De salientar que “deitar líquido da ferida” apesar de influenciar subjetivamente a vida dos doentes da nossa amostra e com diferenças significativas entre os grupos ( $p=0,011$ ), este sintoma não apresenta essas mesmas diferenças significativas na parte objetiva demonstrando a sua independência.

Aspetos como a dificuldade em encontrar calçado apropriado e dificuldades económicas associadas à ferida são aspetos pouco valorizados pela amostra em estudo (quer objetiva quer subjetivamente) sem associação significativa.

**Quadro 14** – Interferência dos sintomas físicos e de vida diária nos doentes com ferida crónica

Sintomas físicos e vida diária	Subjetivo						Objetivo					
	Total	«3		>3		B (p)	Total	«3		>3		B (p)
		N	%	N	%			n	%	N	%	
Dormir mal	113	74	65,0	39	35,0	<b>0,001</b>	<b>102</b>	70	69,0	32	31,0	<b>0,000</b>
Dificuldade em tomar banho	114	63	55,0	51	45,0	0,303	82	23	28,0	59	72,0	<b>0,000</b>
Imobilidade em casa	117	30	26,0	87	74,0	<b>0,000</b>	77	28	36,0	49	64,0	<b>0,022</b>
Imobilidade fora de casa	<b>120</b>	28	23,0	92	77,0	<b>0,000</b>	80	27	34,0	53	66,0	<b>0,005</b>
Deitar líquido da ferida	98	62	63,0	36	37,0	<b>0,011</b>	71	44	62,0	27	38,0	0,057
Dor na ferida	<b>125</b>	63	50,0	62	50,0	1,000	<b>108</b>	67	62,0	41	38,0	<b>0,016</b>
Incómodo da ligadura ou penso	97	60	62,0	37	38,0	<b>0,025</b>	88	64	73,0	24	27,0	<b>0,000</b>
Odor desagradável ou cheiro a partir da ferida	56	32	57,0	24	43,0	0,350	42	32	76,0	10	24,0	<b>0,001</b>
Problemas com as tarefas diárias (ex. compras)	<b>126</b>	29	23,0	97	77,0	<b>0,000</b>	88	26	30,0	62	70,0	<b>0,000</b>
Dificuldades em encontrar calçado apropriado	70	39	56,0	31	44,0	0,403	47	30	64,0	17	36,0	0,079
Problemas com o tempo necessário para tratar a ferida	94	64	68,0	30	32,0	<b>0,001</b>	<b>100</b>	73	73,0	27	27,0	<b>0,000</b>
Dificuldades económicas por causa da ferida	59	28	47,0	31	53,0	0,795	48	25	52,0	23	48,0	0,885

**Sintetizando:**

- A totalidade dos doentes em estudo (n=100%) apresenta ferida ativa, com mais de 6 semanas de evolução;
- A maioria da amostra vive acompanhada (83,2%) e com diferenças significativas entre géneros;
- Verifica-se relação de dependência entre a frequência com que se está com a família e amigos e o género, destacando-se o género feminino com menor frequência de contacto com estes (18,1%);
- A dimensão da QV mais influenciada pela presença da ferida crónica é a dimensão “bem-estar” (M=36,00), “vida social” (M=56,39) e por fim “sintomas físicos e vida diária” (M=63,27);
- Na dimensão “sintomas físicos e vida diária” os problemas subjetivos mais perturbadores e com diferenças significativas são os problemas com as tarefas diárias e a imobilidade

fora e dentro de casa. Os problemas objetivos mais interferentes e associados à presença da ferida crónica são: a dificuldade em tomar banho, problemas com as tarefas diárias e a imobilidade fora e dentro de casa.

- Aspectos como o cheiro da ferida, dificuldades económicas associadas à ferida e encontrar calçado apropriado foram os sintomas menos valorizados quer objetiva quer subjetivamente.

### **Qualidade de vida atual e qualidade de vida geral**

Após análise das dimensões do CWIS, iremos analisar os dados referentes às duas últimas questões direcionadas para a QV em geral. Analisando as questões de uma forma global e para a totalidade da amostra verificamos que os doentes apresentaram uma média de  $5,20 \pm 2,07$  de “QV atual” e uma média de  $5,62 \pm 1,85$  de satisfação com a “QV geral”, situando-se qualitativamente e no geral, numa QV intermédia. Para ambas as questões, a amostra inclui doentes referindo valores de 1 (mínimo) a 10 (máximo) tanto para a “QV atual” como para a “QV geral”.

Analisando a amostra quanto à normalidade da sua distribuição, verificamos pelo valor do teste *Kolmogorov-Smirnov* ( $p < 0,05$ ) que estamos perante distribuições não normais. Para ambas as variáveis, as distribuições são simétricas, apresentam uma dispersão elevada, com curvas de curtose mesocúrticas (cf. tabela 27).

**Tabela 27** – Dados estatísticos referentes á QV atual e QV geral.

Variável	Min.	Max.	M	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro	K/S
QV atual	1,00	10,00	5,20	2,07	39,80	0,085	-1,73	0,000
QV geral	1,00	10,00	5,62	1,85	33,06	-1,41	-1,02	0,000

Na tentativa de avaliar se existem diferenças entre a proporção de doentes com “QV atual” e “QV geral”  $\leq 5$  e a proporção de doentes com “QV atual” e “QV geral”  $> 5$  foi aplicado teste binomial. Da avaliação dos resultados verificamos que a maioria dos doentes (58%) apresentam “QV atual”  $\leq 5$  e 42% apresentam “QV atual”  $> 5$ . Para a variável “QV geral” 47% referem QV  $\leq 5$  e 53% QV  $> 5$  (cf. tabela 28).

Após aplicação do teste verificamos que tanto para a distribuição da “QV atual” como para a distribuição da “QV geral”, os valores observados para os diferentes grupos se aproximam muito da frequência esperada (0,50). O nível de significância é de  $(p=0,071)$  para a distribuição da “QV atual” e de  $p=0,512$  para a distribuição da “QV geral”, não se verificando diferenças significativas (cf. tabela 28).

**Tabela 28-** Teste binomial entre doentes com melhor/pior QV atual/geral

Qualidade de vida	Pior ( $\leq 5$ )		Melhor ( $>5$ )		B (p)
	n	%	n	%	
<b>QV atual</b>	86	58,0	63	42,0	0,071
<b>QV geral</b>	70	47,0	79	53,0	0,512

Na tentativa de conhecer de que forma os doentes diferenciam a perceção da “QV atual” da “QV geral” cruzaram-se as variáveis já individualmente estudadas e pela análise da tabela 29 podemos concluir que 24,2% (n=36) dos doentes que percecionaram pior “QV atual” cerca de 8,7% (n=13) também percecionam piores níveis de “QV geral”, com diferenças significativas, confirmadas pelos valores dos resíduos ajustados. De 45,0% dos doentes que referiram valores de “QV atual” intermédia, 30,9% também referem “QV geral” com valores intermédios e com diferenças significativas, confirmadas pelos valores residuais. Do grupo de doentes que referiram melhores índices de “QV atual” (30,9%), 24,8% também mantêm melhores índices de “QV geral” e com diferenças significativas, confirmadas pelos valores residuais e pela significância do teste *qui-quadrado* aplicado ( $X^2=68,940$ ;  $p=0,000$ ) (cf. tabela 29).

Após análise do valor do coeficiente de contingência ( $C=0,562$ ) e tendo em conta que o seu limite inferior é 0 concluímos que existe uma relação média entre as variáveis em estudo.

**Tabela 29 -** Caracterização da QV atual e QV geral.

Qualidade de vida	Pior		Intermédia		Melhor		Total		Residuais		
	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3
Pior	13	8,7	20	13,4	3	2,0	36	24,2	<b>3,9</b>	0,9	-3,9
Intermédia	8	5,4	46	30,9	13	8,7	67	45,0	-1,1	<b>4,3</b>	-3,7
Melhor	2	1,3	7	4,7	37	24,8	46	30,9	-2,5	-5,5	<b>7,6</b>
<b>Total QV geral</b>	23	15,4	73	49,0	53	35,6	149	100,0			

## O género e qualidade de vida atual/geral

Após o cruzamento dos diferentes níveis de “QV atual” com o género, verificamos que 45% dos doentes se localiza nos níveis intermédios incluindo o maior número de doentes do género masculino (31,5%; n=47) e do género feminino (13,4%; n=20). O grupo com menor percentagem de doentes para ambos os géneros é o grupo dos doentes que refere pior QV (24,2%; n=36) que inclui 18,8% (n=28) do género masculino e 5,4% (n=8) do género feminino (cf. tabela 30). Aplicado teste *qui-quadrado* para um nível de significância de  $p < 0,05$ , podemos concluir que não existem diferenças significativas nos grupos em estudo ( $X^2=2,087$ ;  $p=0,352$ ).

Analisando a variável “QV geral” em função do género, concluímos que quase metade da amostra (49%; n=73) refere níveis de QV intermédia com a maioria dos doentes do género masculino (36,9% vs. 12,1%). Mais uma vez o grupo com menor número de doentes é o grupo que refere pior QV com apenas 15,4%. O grupo que refere melhores níveis de “QV geral” (35,6%; n=53) inclui a maioria dos doentes do género feminino (12,8%; n=19) (cf. tabela 30). Aplicado teste *qui-quadrado* ( $X^2=2,095$ ;  $p=0,351$ ), podemos inferir que não existem diferenças significativas nos grupos em estudo.

Tabela 30 – Caracterização da QV atual e geral e género.

Qualidade de vida	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Atual</b>								
Pior	28	18,8	8	5,4	36	24,2	1,2	-1,2
Intermédia	47	31,5	20	13,4	67	45,0	0,1	-0,1
Melhor	29	19,5	17	1,4	46	30,9	-1,2	1,2
<b>Geral</b>								
Pior	15	10,1	8	5,4	23	15,4	-0,5	0,5
Intermédia	55	36,9	18	12,1	73	49,0	1,4	-1,4
Melhor	34	22,8	19	12,8	53	35,6	-1,1	1,1
<b>Total</b>	104	69,8	45	30,2	149	100,0		

## Qualidade de vida atual e as variáveis sociodemográficas

### “QV atual” e idade

Atendendo aos principais grupos etários inseridos no presente estudo (adultos e idosos), fomos verificar se existe relação entre as idades dos doentes e os níveis de “QV atual” e “QV geral”.

Tendo em conta a “QV atual” dos doentes do estudo, verificamos que dos 75,2% (n=112) de idosos, 31,5% (n=47) referem níveis intermédios de QV e com similar percentagem (21,5%; n=32 vs. 22,1%; n=33) referem pior QV e melhor QV respetivamente, com diferenças significativas para o grupo dos idosos com pior QV justificadas pelos valores dos resíduos ajustados. No grupo dos adultos a maioria também refere valores de “QV atual” intermédia (13,4%; n=20), com uma pequena percentagem (2,7%) com piores níveis de “QV atual” (cf. tabela 31). Aplicado teste *qui-quadrado* entre as variáveis em estudo, concluímos que não existe relação sendo consideradas independentes ( $X^2=4,825$ ;  $p=0,090$ ).

### **“QV atual” e local de residência**

A maioria dos doentes do nosso estudo reside na aldeia (55,7%; n=83). Analisando os diferentes níveis de “QV atual” para os diferentes locais de residência, concluímos que os residentes da aldeia são os que referem piores níveis com 15,4% seguidos dos residentes na cidade (6,7%) e por fim na vila (2,0%). No grupo dos doentes com “QV atual” intermédia verificamos que os doentes residentes na vila e cidade apresentam percentagens semelhantes com 9,4% para a vila e 10,1% para a cidade, sendo o grupo dos doentes residentes na aldeia o que apresenta maior percentagem (25,5%). O grupo de doentes residentes na aldeia apresenta percentagens semelhantes para melhor QV e pior QV (14,8%) e a percentagem de doentes residentes na cidade e que referem melhores níveis de “QV atual” é idêntica ao número de doentes que referem níveis intermédios (10,1%) (cf. tabela 31). Diferenças sem significância estatística confirmada pelo valor de teste ( $X^2=4,323$ ;  $p=0,364$ ).

### **“QV atual” e estado civil**

Atendendo à recodificação da variável estado civil foram considerados apenas duas categorias. A categoria dos doentes que vivem sem companheiro e a categoria dos doentes que vivem com companheiro. Verificamos que os doentes sem companheiro não apresentam grande variação de percentagens em cada nível de “QV atual”; 9,4% referem piores níveis de QV, 12,8% valores de QV intermédia e 12,1% melhores níveis de “QV atual”. O grupo dos doentes com companheiro apresenta maiores percentagens na QV intermédia (32,2%) seguido de melhor QV (18,8%) (cf. tabela 31). Aplicado teste *qui-quadrado* ( $X^2=1,864$ ;  $p=0,394$ ) concluímos que não existe relação entre as variáveis.

### **“QV atual” e habilitações literárias**

Analisando os resultados obtidos verificamos que a maior percentagem de doentes 31,5% refere “QV atual” de nível intermédio e com estudos localizados entre o 1º e o 3º ciclo. O grupo dos analfabetos apresenta percentagens semelhantes nos diferentes níveis de “QV atual”, sendo que 8,1% mencionam piores níveis de “QV atual”, 11,4% QV intermédia e 8,7% melhor “QV atual”. Com apenas 6,0% da amostra total temos os doentes com estudos secundário/superior, onde a maioria do grupo (3,4%) refere melhor “QV atual” e apenas 0,7% percebe pior nível de “QV atual” (cf. tabela 31), diferenças não significativas ( $X^2=3,591$ ;  $p=0,464$ ).

### **“QV atual” e situação profissional**

A recodificação da variável situação profissional, permitiu a organização dos doentes em dois grupos o grupo em situação ativa e o grupo não ativo. O grupo dos doentes em situação ativa apresenta níveis de “QV atual” entre a intermédia (6,7%) e a melhor (4,7%). O grupo dos doentes não ativos profissionalmente também mantém a maior percentagem localizada no grupo da “QV atual” no nível intermédio (38,3%) e melhor (26,2%) (cf. tabela 31). Após aplicação do teste *qui-quadrado* concluímos que não existe diferença ou relação entre as variáveis em estudo ( $X^2=0,351$ ;  $p=0,839$ ).

### **“QV atual” e IMC**

Atendendo à reorganização da variável IMC em duas subamostras, com risco de obesidade e sem risco de obesidade, analisamos de que forma os doentes caracterizam a sua “QV atual”. Da análise das duas subamostras concluímos que a maioria dos doentes, localizados no grupo com melhor “QV atual”, se encontra em risco de obesidade (24,8% vs. 6,0%). No grupo com pior QV a maioria também se localiza nos doentes com risco de obesidade (16,8% vs. 7,4%) (cf. tabela 31), diferenças sem significância estatística ( $X^2=1,403$ ;  $p=0,249$ ).

### **“QV atual” e situação sociofamiliar**

A escala de “Gijon” de avaliação sociofamiliar permitiu distinguir os doentes em risco social normal ou baixo (79,9%) e em risco social elevado (20,1%). Atendendo aos resultados fomos averiguar como é que estes doentes classificam os seus níveis de “QV atual”. No grupo de pior “QV atual” verificamos uma percentagem superior de doentes em risco social normal ou baixo (20,1% vs. 4,0%). A maior percentagem de doentes mantém

níveis de QV intermédios com 13,4% em risco social elevado 31,5% em risco social normal, com diferenças significativas para o grupo com risco social elevado, confirmadas pelos resíduos ajustados. No grupo dos doentes com melhores níveis de “QV atual”, os resíduos ajustados demonstram diferenças significativas para o grupo com risco social normal onde se situam 28,2% dos doentes (cf. tabela 31).

Após aplicação do teste de verificação de relação entre as variáveis, ( $X^2=7,946$ ;  $p=0,019$ ), podemos concluir que estas não são independentes, confirmando-se uma relação fraca entre elas pelo valor de  $C=0,225$ .

### **“QV atual” e funcionalidade familiar**

Confrontando a variável funcionalidade familiar com os diferentes níveis de “QV atual” verificamos que dos 24,2% de doentes que referem pior QV, 13,4% pertencem a famílias altamente funcionais, 6,7% a famílias com disfunção leve e 4,0% a famílias com disfunção severa (cf. tabela 31).

No grupo dos doentes com QV intermédia, verifica-se que a maior percentagem (27,5%) se encontra inserido numa família altamente funcional, segue-se o grupo pertencente a famílias com disfunção leve (10,1%) e por fim o grupo dos doentes pertencentes a famílias com disfunção severa (7,4%). No grupo da melhor QV, 3,4% dos doentes pertencem a famílias com disfunção severa e 26,2% a famílias altamente funcionais (cf. tabela 31).

Analisando o resultado do teste *qui-quadrado* entre as duas variáveis ( $X^2=11,232$ ;  $p=0,024$ ) aferimos que existem diferenças significativas, confirmando que estas são dependentes e se influenciam. O coeficiente de contingência, confirma uma relação fraca entre os grupos em estudo ( $C=0,265$ ).

**Tabela 31** - Caracterização da QV atual em função das variáveis sociodemográficas e familiares.

Qualidade de vida atual	Pior		Intermédia		Melhor		Total		Residuais		
	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3
Variáveis	(36)	(24,2)	(67)	(45,0)	(46)	(30,9)	(149)	(100,0)			
<b>Grupo etário</b>											
Adulto	4	2,7	20	13,4	13	8,7	37	24,8	-2,2	1,3	0,6
Idoso	32	13,4	47	31,5	33	22,1	112	75,2	<b>2,2</b>	-1,3	-0,6
<b>Local de residência</b>											
Aldeia	23	15,4	38	25,5	22	14,8	83	55,7	1,1	0,2	-1,3
Vila	3	2,0	14	9,4	9	6,0	26	17,4	-1,7	1,0	0,5
Cidade	10	6,7	15	10,1	15	10,1	40	26,8	0,1	-1,1	1,1
<b>Estado civil</b>											
Sem companheiro	14	9,4	19	12,8	18	12,1	51	34,2	0,7	-1,4	0,8
Com companheiro	22	14,8	48	32,2	28	18,8	98	65,8	-0,7	1,4	-0,8
<b>Habilitações literárias</b>											
Analfabeto	12	8,1	17	11,4	13	8,7	42	28,2	0,8	-0,7	0,0
1º a 3º ciclo	23	15,4	47	31,5	28	18,8	98	65,8	-0,3	1,0	-0,8
Secundário/superior	1	0,7	3	2,0	5	3,4	9	6,0	-0,9	-0,7	1,7
<b>Situação profissional</b>											
Ativo	4	2,7	10	6,7	7	4,7	21	14,1	-0,6	0,3	0,3
Não ativo	32	21,5	57	38,3	39	26,2	128	85,9	0,6	-0,3	-0,3
<b>IMC</b>											
Sem risco	11	7,4	18	12,1	9	6,0	38	25,5	0,8	0,3	-1,1
Com risco	25	16,8	49	32,9	37	24,8	111	74,5	-0,8	-0,3	1,1
<b>Situação sociofamiliar</b>											
Risco normal/baixo	30	20,1	47	31,5	42	28,2	119	79,9	0,6	-2,7	<b>2,3</b>
Risco elevado	6	4,0	20	13,4	4	2,7	30	20,1	-0,6	<b>2,7</b>	-2,3
<b>Funcionalidade familiar</b>											
Disfunção severa	6	4,0	11	7,4	5	3,4	22	14,8	0,4	0,5	-0,9
Disfunção leve	10	6,7	15	10,1	2	1,3	27	18,1	1,7	1,2	-2,9
Altamente funcional	20	13,4	41	27,5	39	26,2	100	67,1	-1,7	-1,4	<b>3,1</b>

## Qualidade de vida geral e as variáveis sociodemográficas

### “QV geral” e grupo etário

Analisando os diferentes níveis de “QV geral” para os diferentes grupos etários, observámos que apenas 4,0% dos adultos e 11,4% dos idosos refere piores níveis de “QV geral”. Mais uma vez a “QV geral” é considerada intermédia pela maior percentagem dos doentes adultos (11,4%) e idosos (37,6%) (cf. tabela 32), diferenças não significativas confirmadas pelo valor de significância do *qui-quadrado* ( $X^2=0,184$ ;  $p=0,912$ ).

### “QV geral” e local de residência

Descrevendo de que forma a “QV geral” é influenciada pelo local de residência, concluímos que se mantem o nível de QV intermédio com a maior percentagem de doentes residentes na aldeia (26,8%), na vila (9,4%) e na cidade (12,8%). De uma maneira geral verifica-se uma diminuição da percentagem de doentes a referir piores níveis de “QV geral” com 9,4% para a aldeia, 1,3% para a vila e 4,7% para a cidade. (cf. tabela 32).

Realidade sem significância estatística para os diferentes níveis de QV e o local de residência ( $X^2=1,459$ ;  $p=0,834$ ).

#### **“QV geral” e estado civil**

Atendendo aos diferentes níveis de “QV geral” para os diferentes grupos, verificamos que a maioria dos doentes com companheiro (31,5%) e sem companheiro (17,4%) referem níveis intermédios de QV. Apenas uma pequena percentagem de doentes sem companheiro (5,4%) e com companheiro (10,1%) referem piores níveis de “QV geral” resultado inferior ao da “QV atual”. Diferenças sem significância estatística confirmada pelo valor de teste ( $X^2=0,175$ ;  $p=0,916$ ) (cf. tabela 32).

#### **“QV geral” e habilitações literárias**

Ao nível das habilitações literárias verificamos um aumento do número de doentes analfabetos no grupo da “QV geral” intermédia (16,8%;  $n=25$ ) e uma ligeira diminuição a referir piores níveis de “QV geral” (11,4%;  $n=17$ ). Relativamente ao nível de ensino, entre o 1º e 3º ciclo verificamos um ligeiro aumento na percentagem de doentes que refere melhores níveis de “QV geral” (24,2%). De referir que no grupo dos doentes com ensino secundário/superior não se verificaram grandes diferenças percentuais, uma vez que é o grupo com menor número de doentes (cf. tabela 32). Diferenças sem significância estatística confirmada pelo valor da significância do teste ( $X^2=3,530$ ;  $p=0,473$ ).

#### **“QV geral” e situação profissional**

Analisando a “QV geral” para os diferentes grupos concluímos que a grande maioria dos doentes profissionalmente não ativos, referem níveis intermédios de QV (43,6%;) e melhor QV (30,9%), apenas uma pequena minoria refere pior “QV geral” (11,4%;  $n=17$ ). Os doentes em situação ativa encontram-se com percentagens semelhantes para os diferentes níveis de “QV geral” com ligeiro aumento para o grupo com pior QV (4,0%) e pequena redução para o nível de QV intermédia (5,4%) quando comparado com o número de doentes em cada grupo e para a “QV atual”, diferenças não significativas atendendo ao valor de teste ( $X^2=3,359$ ;  $p=0,186$ ) (cf. tabela 32).

#### **“QV geral” e IMC**

Apesar do risco de obesidade presente em 74,5% dos doentes da amostra, verificamos que deste grupo, 34,9% referem “QV geral” intermédia, 28,2% melhor e 11,4% pior “QV geral”. Após aplicação do teste *qui-quadrado* entre as variáveis em estudo verificamos

ausência de relação ( $X^2=1,042$ ;  $p=0,469$ ), confirmando a independência das mesmas (cf. tabela 32).

#### **“QV geral” e situação sociofamiliar**

O grupo de doentes com risco social normal ou baixo e risco social elevado localizam-se maioritariamente em níveis intermédios de “QV geral” (34,2% vs. 14,8%) e melhor QV (31,5% vs. 4,0%). De salientar que no grupo da pior “QV geral” verificamos uma percentagem maior de doentes em risco social normal (14,1%) comparativamente com o grupo com risco social elevado (1,3%) (cf. tabela 32).

Diferenças estatisticamente significativas encontradas pelo valor de teste ( $X^2=8,974$ ;  $p=0,011$ ) e localizadas pelos resíduos ajustados no grupo dos doentes com risco social normal e com melhor QV e no grupo dos doentes com risco social elevado e com níveis intermédios de QV. Relação fraca entre os grupos confirmada pelo valor do coeficiente de contingência  $C=0,238$ .

#### **“QV geral” e funcionalidade familiar**

Relativamente às variáveis “QV geral” e funcionalidade familiar, constatamos que para as diferentes classificações da funcionalidade familiar, os resíduos ajustados demonstram-nos relação entre ambas e para os diferentes grupos. Para os doentes com pior “QV geral”, as diferenças significativas situam-se na família com disfunção leve (6,7%), para os doentes com QV intermédia as diferenças situam-se no grupo com disfunção familiar severa (10,1%) e nos doentes com melhor “QV geral”, as diferenças situam-se no grupo inserido em famílias altamente funcionais (30,9%) (cf. tabela 32).

Tanto o valor dos resíduos ajustados como o do ( $X^2=22,733$ ;  $p=0,000$ ), permite-nos inferir que as variáveis são dependentes influenciando-se mutuamente. Por sua vez o valor do coeficiente de contingência  $C=0,364$  demonstra uma fraca relação entre ambas.

**Tabela 32** – Caracterização da QV geral em função das variáveis sociodemográficas e familiares.

Qualidade de vida geral	Pior		Intermédia		Melhor		Total		Residuais		
	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3
Variáveis sociodemográficas	(23)	(15,4)	(73)	(49,0)	(53)	(35,6)	(149)	(100,0)			
<b>Grupo etário</b>											
Adulto	6	4,0	17	11,4	14	9,4	37	24,8	0,2	-0,4	0,3
Idoso	17	11,4	56	37,6	39	26,2	112	75,2	-0,2	0,4	-0,3
<b>Local de residência</b>											
Aldeia	14	9,4	40	26,8	29	19,5	83	55,7	0,5	-0,2	-0,2
Vila	2	1,3	14	9,4	10	6,7	26	17,4	-1,2	0,5	0,3
Cidade	7	4,7	19	12,8	14	9,4	40	26,8	0,4	-0,2	-0,1
<b>Estado civil</b>											
Sem companheiro	8	5,4	26	17,4	17	11,4	51	34,2	0,1	0,4	-0,4
Com companheiro	15	10,1	47	31,5	36	24,2	98	65,8	-0,1	-0,4	0,4
<b>Habilitações literárias</b>											
Analfabeto	4	8,1	25	11,4	13	8,7	42	28,2	-1,3	1,6	-0,7
1º a 3º ciclo	17	15,4	45	31,5	36	18,8	98	65,8	0,9	-1,0	0,4
Secundário/superior	2	0,7	3	2,0	4	3,4	9	6,0	0,6	-1,0	0,6
<b>Situação profissional</b>											
Ativo	6	4,0	8	5,4	7	4,7	21	14,1	1,8	-1,1	-0,2
Não ativo	17	11,4	65	43,6	46	30,9	128	85,9	-1,8	1,1	0,2
<b>IMC</b>											
Sem risco	6	4,0	21	14,1	11	7,4	38	25,5	0,1	0,9	-1,0
Com risco	17	11,4	52	34,9	42	28,2	111	74,5	-0,1	-0,9	1,0
<b>Situação sociofamiliar</b>											
Risco social normal/baixo	21	14,1	51	34,2	47	31,5	119	79,9	1,5	-3,0	<b>2,0</b>
Risco social elevado	2	1,3	22	14,8	6	4,0	30	20,1	-1,5	<b>3,0</b>	-2,0
<b>Funcionalidade familiar</b>											
Disfunção severa	2	1,3	15	10,1	5	3,4	22	14,8	-0,9	<b>2,0</b>	-1,4
Disfunção leve	10	6,7	15	10,1	2	1,3	27	18,1	<b>3,4</b>	0,8	-3,4
Altamente funcional	11	7,4	43	28,9	46	30,9	100	67,1	-2,1	-2,1	<b>3,8</b>

**Em síntese:**

- A maior percentagem dos doentes em estudo independentemente do género, localizam-se em níveis intermédios de QV atual (45,0%; n=67) e geral (49,0%; n=73) verificando-se relação significativa entre as duas variáveis em estudo e para os diferentes níveis de QV, sobressaindo o grupo dos idosos com piores níveis de QV atual e com diferenças significativas;
- Os doentes que referem níveis intermédios de QV atual e geral, são idosos, residem na aldeia, com companheiro, apresentam os estudos localizados entre o 1º e o 3º ciclo, profissionalmente inativos e em risco de obesidade;
- Verifica-se relação de dependência entre o risco social normal e baixo e melhores níveis de QV atual/geral e risco social elevado e piores níveis de QV atual/geral;
- A funcionalidade familiar é uma das variáveis com influência na QV atual/geral dos doentes em estudo.

## **Qualidade de vida atual e variáveis Clínicas**

### **“QV atual” e etiologia da ferida**

Atendendo a que a ferida crónica mais prevalente é a úlcera venosa (40,3%; n=60) e o pé diabético (31,5%; n=47), procuramos averiguar qual a sua relação com a variável “QV atual”. Pela análise da tabela 33 verificamos que nas subamostras em estudo, o maior número de doentes se localiza em níveis intermédios de QV com 17,8% (n=19) para o doente com pé diabético e 24,3% (n=26) para o doente com úlcera venosa. Para ambas as feridas crónicas e para os níveis de pior QV e melhor QV, verificam-se semelhanças no número de doentes. Para o grupo que refere pior QV (28,0%; n=30) temos 12,1% de doentes com pé diabético e 15,9% com úlcera venosa. Para o grupo com melhor QV (29,9% (n=32), 14,0% dos doentes têm pé diabético e 15,9% úlcera venosa. Dados sem diferenças significativas atendendo a ( $X^2=0,170$ ;  $p=0,775$ ).

**Tabela 33** – Caracterização da QV atual em função da etiologia da ferida.

Qualidade de vida atual	Pior		Intermédia		Melhor		Total		Residuais		
	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3
Etiologia da ferida	(30)	(28,0)	(45)	(42,1)	(32)	(29,9)	(107)	(100,0)			
Pé diabético	13	12,1	19	17,8	15	14,0	47	43,9	-0,1	-0,3	0,4
Úlcera venosa	17	15,9	26	24,3	17	15,9	60	56,1	0,1	0,3	-0,4

### **“QV atual” e antecedentes de ferida**

Apesar da maioria dos doentes apresentar antecedentes de ulceração, não se verificaram grandes diferenças entre os diferentes níveis de “QV atual”. De valorizar que apenas 5,4% dos doentes sem antecedentes de ulceração referem pior “QV atual” e 16,1% e 11,4% referem “QV atual” intermédia e melhor respetivamente, diferenças sem significância estatística ( $X^2=2,462$ ;  $p=0,179$ ) (cf. tabela 34).

### **“QV atual” e tempo de duração da ferida**

Dos três níveis de avaliação de QV, sobressai o grupo com maior número de doentes a referir níveis intermédios de QV, com valores semelhantes entre os diferentes grupos. O grupo com pior “QV atual” integra os doentes com ferida ativa entre as 49-208 semanas (9,4%) e com diferenças significativas confirmadas pelos valores dos resíduos ajustados. Os doentes que referem melhores níveis de “QV atual” situam-se nos grupos com menos tempo de ferida ativa ( $\leq 16$  semanas e entre as 17- 48 semanas) com 10,1% e 8,7% doentes

respetivamente e no grupo com maior tempo ( $\geq 209$  semanas) com 8,1%. Realidade sem significância estatística confirmada pelo teste ( $X^2=10,161$ ;  $p=0,078$ ) (cf. tabela 34).

#### **“QV atual” e hábitos tabágicos**

A grande maioria dos doentes do estudo nega atualmente hábitos tabágicos. Apenas 1,3% dos doentes que fumam e 22,8% dos doentes que não fumam referem pior índice de “QV atual”. Diferenças entre grupos sem significância estatística ( $X^2=1,978$ ;  $p=0,161$ ) (cf. tabela 34).

#### **“QV atual” e hábitos alcoólicos**

Na presente investigação verificamos que 34,9% ( $n=52$ ) dos doentes assume hábitos alcoólicos. Referem piores níveis de “QV atual” 6,7% dos doentes que ingerem bebidas alcoólicas e 17,4% dos que não ingerem. A significância do teste ( $X^2=2,419$ ;  $p=0,131$ ) demonstra que as variáveis não se relacionam (cf. tabela 34).

#### **“QV atual” e exercício físico**

A grande maioria da amostra não pratica exercício físico (84,6%;  $n=126$ ) e 38,3% referem QV atual intermédia, 24,8% melhor QV e 21,5% pior “QV atual”. Apenas 2,7% dos doentes que praticam exercício físico referem piores níveis de “QV atual”. Variáveis independentes, confirmado pelo valor da significância do teste ( $X^2=1,130$ ;  $p=0,290$ ) (cf. tabela 34).

#### **“QV atual” e analgesia instituída**

Do grupo de doentes que refere níveis de QV intermédios (45,0%) apenas 12,8% confirmam ingerir analgesia antes da realização do penso. No grupo que refere melhor QV (30,9%) apenas 7,4% menciona ingerir analgesia e no grupo com pior QV 10,7% afirmam ingerir analgesia, valores com diferenças significativas confirmadas pelos valores dos resíduos ajustados (cf. tabela 34). O valor da significância do teste ( $X^2=4,350$ ;  $p=0,053$ ) demonstra uma diferença marginal o que nos apraz afirmar que existe relação de dependência entre as variáveis em análise.

#### **“QV atual” e local de realização do penso**

Da análise da relação entre as variáveis em estudo, verificamos que no grupo com pior QV; 12,8% são doentes que executam o tratamento da ferida no hospital; 5,4% no domicílio; 3,4% no centro de saúde e 2,7% na extensão do centro de saúde. Na generalidade e para os

restantes locais de realização dos tratamentos à ferida, os doentes mantêm níveis intermédios e elevados de “QV atual” (cf. tabela 34). Aplicado teste *qui-quadrado* entre as variáveis em estudo, verificamos relação de dependência entre elas, confirmando que são explicativas ( $X^2=9,952$ ;  $p=0,015$ ).

### **“QV atual” e tempo necessário para a realização do penso**

Da análise da relação entre o tempo de demora para a execução do penso e a “QV atual”, verificamos que o número de doentes que refere pior QV é idêntico ao número de doentes que refere melhor QV (16,8%;  $n=25$ ), realidade sem significância estatística demonstrada pela aplicação do teste ( $X^2=2,326$ ;  $p=0,149$ ) (cf. tabela 34).

### **“QV atual” e capacidade funcional**

O nível de incapacidade dos doentes em estudo foi avaliado através da aplicação do índice de Katz e permitiu a caracterização dos sujeitos da amostra em ausência de incapacidade, incapacidade moderada e incapacidade severa.

Do grupo de doentes com incapacidade severa (19,5%); 9,4% referencia piores níveis de “QV atual” e com diferenças significativas confirmadas pelos resíduos ajustados, 7,4% refere níveis intermédios de QV e apenas 2,7% refere melhor “QV atual”. O grupo de doentes com incapacidade física moderada apresenta maior percentagem no grupo com QV intermédia com 6,7%, sendo que apenas 2,0% refere pior QV e 2,7% melhor “QV atual”. A maioria dos doentes do estudo apresenta ausência de incapacidade (69,1%;  $n=103$ ); 25,5% situados no melhor nível de “QV atual” e com diferenças significativas confirmadas pelos valores residuais, 30,9% referem níveis de QV intermédios e 12,8% apesar de não apresentarem limitações físicas, referem piores níveis de “QV atual” (cf. tabela 34).

Para toda a amostra e após os valores de significância do teste *qui-quadrado* ( $X^2=13,964$ ;  $p=0,007$ ) concluímos que as variáveis são dependentes e que se relacionam. Relação fraca confirmada pelo valor do coeficiente de contingência  $C=0,293$ .

### **“QV atual” e dor**

A variável dor ao ser recodificada foi resumida em quatro grupos principais, dor ligeira, dor moderada, dor intensa e dor máxima. De relembrar que todo o grupo referiu dor.

Avaliando a totalidade da amostra relativamente à variável dor, verificamos que a maioria dos doentes em estudo se localiza no grupo de “QV atual” intermédia e com dor intensa

com 15,4% (n=23), seguido do grupo com dor moderada e “QV atual” intermédia (14,1%; n=21). O grupo que refere dor máxima apresenta iguais percentagens para os três níveis de QV com 2,7% (n=4). O grupo de doentes com dor ligeira e que referem melhor “QV atual” (12,8%; n=19) apresenta diferenças significativas confirmadas pelos valores dos resíduos ajustados (cf. tabela 34). Os restantes grupos não apresentam diferenças com significância estatística, confirmada pelo valor do teste *qui-quadrado* ( $X^2=10,013$ ;  $p=0,124$ ).

**Tabela 34** - Caracterização da QV atual em função das variáveis clínicas

Qualidade de vida atual	Pior		Intermédia		Melhor		Total		Residuais		
	n (36)	% (24,2)	n (67)	% (45,0)	n (46)	% (30,9)	n (149)	% (100,0)	1	2	3
<b>Antecedentes de ulceração</b>											
Sim	28	18,8	43	28,9	29	19,5	100	67,1	1,6	-0,7	-0,7
Não	8	5,4	24	16,1	17	11,4	49	32,9	-1,6	0,7	0,7
<b>Tempo de duração da ferida</b>											
≤16semanas	4	2,7	18	12,1	15	10,1	37	24,8	-2,2	0,5	1,5
17-48semanas	9	6,0	18	12,1	13	8,7	40	26,8	-0,3	0,0	0,3
49-208semanas	14	9,4	14	9,4	6	4,0	34	22,8	<b>2,6</b>	-0,5	-1,9
≥209semanas	9	6,0	17	11,4	12	8,1	38	25,5	-0,1	0,0	0,1
<b>Hábitos Tabágicos</b>											
Sim	2	1,3	7	4,7	7	4,7	16	10,7	-1,2	-0,1	1,2
Não	34	22,8	60	40,3	39	26,2	133	89,3	1,2	0,1	-1,2
<b>Hábitos alcoólicos</b>											
Sim	10	6,7	22	14,8	20	13,4	52	34,9	-1,0	-0,5	1,5
Não	26	17,4	45	30,2	26	17,4	97	65,1	1,0	0,5	-1,5
<b>Exercício físico</b>											
Sim	4	2,7	10	6,7	9	6,0	23	15,4	-0,8	-0,2	0,9
Não	32	21,5	57	38,3	37	24,8	126	84,6	0,8	0,2	-0,9
<b>Analgesia instituída</b>											
Sim	16	10,7	19	12,8	11	7,4	46	30,9	<b>2,0</b>	-0,6	-1,2
Não	20	13,4	48	32,2	35	23,5	103	69,1	-2,0	0,6	1,2
<b>Local de realização do penso</b>											
Centro de saúde	5	3,4	21	14,1	15	10,1	41	27,5	-2,1	0,9	0,9
Hospital	19	12,8	32	21,5	23	15,4	74	49,7	0,4	-0,4	0,1
Extensão	4	2,7	4	6,0	6	13,0	14	9,4	0,4	-1,3	1,0
Domicílio	8	5,4	10	6,7	2	1,3	20	13,4	1,8	0,5	-2,2
<b>Tempo total p/ penso</b>											
≤60 min.	25	16,8	44	29,5	25	16,8	94	63,1	0,9	0,6	-1,5
>60 min.	11	7,4	23	15,4	21	14,1	55	36,9	-0,9	-0,6	1,5
<b>Capacidade funcional</b>											
Ausência	19	12,8	46	30,9	38	25,5	103	69,1	-2,4	-0,1	<b>2,4</b>
Moderada	3	2,0	10	6,7	4	2,7	17	11,4	-0,7	1,2	-0,7
Severa	14	9,4	11	7,4	4	2,7	29	19,5	<b>3,4</b>	-0,8	-2,2
<b>Dor</b>											
Ligeira	5	3,4	19	12,8	19	12,8	43	29,0	-2,3	-0,1	<b>2,2</b>
Moderada	13	8,7	21	14,1	15	10,1	49	32,9	0,5	-0,4	0,0
Intensa	14	9,4	23	15,4	8	5,4	45	30,2	1,3	0,4	-2,3
Máxima	4	2,7	4	2,7	4	2,7	12	8,1	0,8	-0,8	0,2

## **Qualidade de vida geral e variáveis clínicas**

### **“QV geral” e etiologia da ferida**

Coincidentemente o número de doentes que referem piores e melhores níveis de QV é idêntico para as duas subamostras (8,4%;n=9) e (17,8%;n=19) respetivamente, verificando-se melhores níveis de “QV geral” quando comparado com a “QV atual”, independentemente da etiologia da ferida. Realidade sem significância estatística confirmada pela probabilidade do teste ( $X^2=1,760$ ;  $p=0,736$ ) (cf. tabela 35).

**Tabela 35** – Caracterização da QV geral em função da etiologia da ferida.

Qualidade de vida geral	Pior		Intermédia		Melhor		Total		Residuais		
	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3
Etiologia da ferida	(30)	(28,0)	(45)	(42,1)	(32)	(29,9)	(107)	(100,0)			
Pé diabético	9	8,4	19	17,8	19	17,8	47	43,9	0,6	-1,3	0,9
Úlcera venosa	9	8,4	32	29,6	19	17,8	60	56,1	-0,6	1,3	-0,9

### **“QV geral” e antecedentes de ulceração**

Para a “QV geral”, verificamos uma pequena diminuição do número de doentes no grupo da pior QV e com história anterior de ferida (10,7%; n=16). De realçar o pequeno aumento no número de doentes que refere melhores níveis de “QV geral” e com antecedentes de ulceração (23,5%; n=35), quando comparados com a “QV atual”, realidade sem significância estatística ( $X^2=0,090$ ;  $p=0,774$ ) (cf. tabela 36).

### **“QV geral” e tempo de duração da ferida**

São poucos os doentes a referir piores níveis de “QV geral”, não se destacando nenhum dos grupos em estudo. Tal como para a “QV atual”, também os doentes com ferida ativa com menos tempo de evolução ( $\leq 16$  e  $17-48$  semanas) e os doentes com ferida ativa com mais tempo de permanência ( $\geq 209$  semanas), são os que referem melhores níveis de “QV geral” mas, sem diferenças significativas entre eles, confirmados pela significância do teste ( $X^2=6,321$ ;  $p=0,413$ ) (cf. tabela 36).

### **“QV geral” e hábitos tabágicos**

Para a “QV geral”, verifica-se uma pequena redução do número de doentes que referem piores níveis de QV, verificando-se um pequeno aumento para o grupo que nega os hábitos e refere melhores níveis de “QV geral” (30,9%; n=46) quando comparados com a “QV

atual”. Diferenças não significativas, confirmadas pela significância do teste ( $X^2=0,948$ ;  $p=0,764$ ) (cf. tabela 36).

#### **“QV geral” e hábitos alcoólicos**

Verificamos que para a “QV geral”, existem menor número de doentes a referir piores níveis de QV, quer no grupo dos que ingerem (4,0%;  $n=6$ ) quer no grupo dos que não ingerem (11,4%;  $n=17$ ) comparando com a variável “QV atual”. Estas variáveis não apresentam diferenças entre si quando analisada a significância do teste ( $X^2=0,990$ ;  $p=0,378$ ) (cf. tabela 36).

#### **“QV geral” e exercício físico**

Para as variáveis exercício físico e “QV geral” verificamos uma redução do número de doentes que referem piores níveis de QV, quer nos praticantes (2,0%) quer nos sedentários (13,4%), quando comparado com a “QV atual”, no entanto verificamos diferenças significativas e relação estatística, confirmada pelos valores dos resíduos ajustados, para o grupo que pratica exercício físico e que refere melhores níveis de “QV geral” (8,7%;  $n=13$ ). A significância do teste ( $X^2=5,369$ ;  $p=0,077$ ) confirma que para os restantes grupos as variáveis não se relacionam (cf. tabela 36).

#### **“QV geral” e analgesia instituída**

Na análise da possível relação entre a analgesia instituída e os índices de “QV geral”, verificamos aumento do número de doentes no grupo que ingere analgesia e que refere QV intermédia (17,4%) e no grupo da melhor QV (7,4%) quando comparado com a “QV atual”. No grupo dos doentes que negam analgesia antes da execução do penso (28,2%;  $n=42$ ), os resíduos ajustados mostram-nos diferenças significativas para o grupo que refere melhor QV (cf. tabela 36). Da análise da significância de teste este confirma que para os restantes grupos essa diferença não se verifica ( $X^2=4,047$ ;  $p=0,061$ ).

#### **“QV geral” e local de realização do penso**

Entre as variáveis “QV geral” e local de realização do penso apenas verificamos diferenças significativas para o domicílio e no grupo de doentes com níveis intermédios de QV (9,4%;  $n=14$ ) tendo em conta os valores dos resíduos ajustados (cf. tabela 36). O valor da significância do teste confirma que para os restantes grupos as diferenças não são significativas, ( $X^2=7,293$ ;  $p=0,182$ ) confirmando a independência das variáveis.

### **“QV geral” e tempo necessário para a realização do penso**

Relativamente à relação entre o tempo necessário para a realização do penso e os níveis de “QV geral”, observamos um aumento do número de doentes no grupo com melhor QV, independentemente do tempo de demora e quando comparado com a “QV atual”. O valor dos resíduos ajustados demonstra diferenças significativas para o grupo com uma demora  $\leq 60$  min. e com piores perceções de QV demonstrando a interligação das variáveis. O teste ( $X^2=9,533$ ;  $p=0,050$ ) confirma a relação explicativa entre as variáveis (cf. tabela 36).

### **“QV geral” e capacidade funcional**

Apesar da ausência de incapacidade referida por 69,1% ( $n=103$ ) dos doentes, 9,4% refere pior “QV geral”, 32,2% “QV geral” intermédia e 27,5% ( $n=41$ ) melhor “QV geral”. Do grupo de doentes com incapacidade moderada, apenas 1,3% refere piores níveis de “QV geral”, 4,7% “QV geral” intermédia e 5,4% melhores níveis de “QV geral”. Dos doentes com incapacidade severa 2,7% refere melhor nível de “QV geral”, 12,1% “QV geral” intermédia e apenas 4,7% piores níveis de “QV geral” (cf. tabela 36) realidades com significância estatística ( $X^2=8,159$ ;  $p=0,024$ ), confirmando que as variáveis são explicativas.

### **“QV geral” e dor**

Na avaliação da relação entre a “QV geral” e a presença de dor, verificamos que o grupo com pior QV apresenta 4,0% de doentes com dor ligeira, 5,4% com dor moderada, 4,7% com dor intensa e apenas 1,3% com dor máxima. O grupo da “QV geral” intermédia apresenta um aumento da percentagem de doentes com dor máxima (4,7%) quando comparado com a “QV atual”. O grupo com melhor QV apresenta a maior percentagem de doentes na dor ligeira (12,1%) seguido da dor moderada (11,4%), da dor intensa com (10,1%) e da dor máxima com apenas 2,0% (cf. tabela 36). Diferenças sem significância estatística confirmadas pelo valor da significância de teste ( $X^2=1,485$ ;  $p=0,960$ ) confirmando a independência das variáveis.

**Tabela 36** - Caracterização da QV geral em função das variáveis clínicas

Qualidade de vida geral	Pior		Intermédia		Melhor		Total		Residuais		
	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3
Variáveis clínicas	(23)	(15,4)	(73)	(49,0)	(53)	(35,6)	(149)	(100,0)			
<b>Antecedentes de ulceração</b>											
Sim	16	10,7	49	32,9	35	23,5	100	67,1	0,3	0,0	-0,2
Não	7	4,7	24	16,1	18	12,1	49	32,9	-0,3	0,0	0,2
<b>Tempo de duração da ferida</b>											
≤16semanas	6	4,0	13	8,7	18	12,1	37	24,8	0,2	-1,9	1,9
17-48semanas	5	3,4	22	14,8	13	8,7	40	26,8	-0,6	0,9	-0,5
49-208semanas	7	4,7	19	12,8	8	5,4	34	22,8	0,9	0,9	-1,7
≥209semanas	5	3,4	19	12,8	14	9,4	38	25,5	-0,5	0,1	0,2
<b>Hábitos tabágicos</b>											
Sim	3	2,0	6	4,0	7	4,7	16	10,7	0,4	-1,0	0,7
Não	20	13,4	67	45,0	46	30,9	133	89,3	-0,4	1,0	-0,7
<b>Hábitos alcoólicos</b>											
Sim	10	6,7	22	14,8	20	13,4	52	34,9	-1,0	-0,5	1,5
Não	26	17,4	45	30,2	26	17,4	97	65,1	1,0	0,5	-1,5
<b>Exercício físico</b>											
Sim	3	2,0	7	4,7	13	8,7	23	15,4	-0,3	-1,9	<b>2,3</b>
Não	20	13,4	66	44,3	40	26,8	126	84,6	0,3	1,9	-2,3
<b>Analgesia instituída</b>											
Sim	9	6,0	26	17,4	11	7,4	46	30,9	0,9	1,2	-2,0
Não	14	9,4	47	31,5	42	28,2	103	69,1	-0,9	-1,2	<b>2,0</b>
<b>Local de realização do penso</b>											
Centro de saúde	5	3,4	19	12,8	17	11,4	41	27,5	-0,7	-0,4	0,9
Hospital	12	8,1	36	24,2	26	17,4	74	49,7	0,3	-0,1	-0,1
Extensão	3	2,0	4	2,7	7	4,7	14	9,4	0,7	-1,6	1,2
Domicílio	3	2,0	14	9,4	3	2,0	20	13,4	-0,1	<b>2,0</b>	-2,1
<b>Tempo total p/ penso</b>											
≤60 min.	21	14,1	41	27,5	32	21,5	94	63,1	<b>3,0</b>	-1,7	-0,5
>60 min.	2	1,3	32	21,5	21	14,1	55	36,9	-3,0	1,7	0,5
<b>Capacidade funcional</b>											
Ausência	14	9,4	48	32,2	41	27,5	103	69,1	-0,9	-0,9	1,6
Moderada	2	1,3	7	4,7	8	5,4	17	11,4	-0,4	-0,7	1,1
Severa	7	4,7	18	12,1	4	2,7	29	19,5	1,4	1,6	-2,7
<b>Dor</b>											
Ligeira	6	4,0	19	12,8	18	12,1	43	28,9	-0,3	-0,7	1,0
Moderada	8	5,4	24	16,1	17	11,4	49	32,9	0,2	0,0	-0,2
Intensa	7	4,7	23	15,4	15	10,1	45	30,2	0,0	0,3	-0,4
Máxima	2	1,3	7	4,7	3	2,0	12	8,1	0,1	0,7	-0,8

**Em síntese:**

- São poucas as variáveis clínicas que se encontram relacionadas com os níveis de QV atual e geral. Não se verificam diferenças significativas entre as principais etiologias da ferida crónica, antecedentes de ulceração, hábitos tabágicos e alcoólicos e os níveis de QV atual e geral, confirmando-se a independência destas variáveis;
- Verifica-se relação de dependência entre piores níveis de QV atual para os doentes com ferida ativa entre 49-208 semanas e entre melhores níveis de QV atual/geral para os doentes com ferida ativa ≤16 semanas e ≥ 209 semanas, mas sem diferenças significativas.

Os resíduos ajustados também confirmam a relação explicativa entre melhores níveis de QV atual e o grupo de doentes com ferida ativa entre 17-48 semanas;

- Dos hábitos de vida dos doentes em estudo, verifica-se relação de dependência entre os praticantes de exercício físico e melhores índices de QV geral;

- A QV atual dos doentes depende da administração de analgesia. No grupo dos doentes que negam analgesia verifica-se relação de dependência com melhor QV geral;

- O local de realização do penso interfere nos níveis de QV atual, sendo que se verifica uma relação de dependência entre a realização do penso no domicílio e níveis intermédios de QV geral;

- Verifica-se que o tempo necessário para a realização do penso interfere nos diferentes níveis de QV geral;

- A capacidade funcional interfere na QV atual/geral, consideradas variáveis dependentes;

- A dor ligeira encontra-se associada a melhores níveis de QV atual enquanto para a QV geral não se verificam diferenças significativas para os diferentes níveis.

## 2.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva, este subcapítulo irá dedicar-se à análise inferencial dos dados através da aplicação da estatística analítica de forma a conhecermos as diferenças existentes entre as principais variáveis e as dimensões da QV dos doentes.

### **Qualidade de vida e variáveis sociodemográficas e familiares**

#### **Dimensões da QV e género**

Com o objetivo de conhecermos as principais diferenças entre as dimensões da QV e o género aplicamos o teste *U-Mann-Whitney*. Pela análise da tabela podemos verificar que o género feminino apresenta ordenações médias superiores na dimensão “vida social”, “QV atual” e “QV geral” e o género masculino apresenta ordenações médias superiores nas dimensões “bem-estar” e “sintomas físicos e vida diária”. Contudo as diferenças, não são estatisticamente significativas (cf. tabela 37).

**Tabela 37** - Teste *U Mann-Whitney* entre as dimensões da QV e género.

Dimensões da QV	Género	Feminino	Masculino	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Bem-estar		69,00	<b>77,60</b>	2070,00	0,263
Sintomas físicos e vida diária		70,73	<b>76,85</b>	2148,00	0,427
Vida social		<b>76,84</b>	74,20	2257,00	0,731
QV atual		<b>82,19</b>	71,89	2016,50	0,151
QV geral		<b>78,07</b>	73,67	2202,00	0,532

### Dimensões da QV e grupo etário

Na análise das diferenças entre as dimensões da QV e o grupo etário e após aplicação do teste *U-Mann-Whitney*, os idosos apresentam maiores ordenações médias na dimensão “bem-estar” (79,47 vs. 61,47), com diferenças significativas ( $p=0,027$ ) (cf. tabela 38). Verificamos também, valores de ordenações médias mais elevadas e conseqüentemente melhores perceções de QV no grupo dos adultos e na dimensão “sintomas físicos e vida diária”, “vida social”, “QV atual” e “QV geral” mas sem diferenças significativas (cf. tabela 38).

**Tabela 38** - Teste *U Mann-Whitney* entre as dimensões da QV e grupo etário.

Dimensões da QV	Grupo etário	Adultos	Idosos	UMW	P
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Bem-estar		61,47	<b>79,47</b>	1571,50	<b>0,027</b>
Sintomas físicos e vida diária		<b>75,96</b>	74,68	2036,50	0,876
Vida social		<b>80,95</b>	73,04	1852,00	0,333
QV atual		<b>84,28</b>	71,93	1728,50	0,105
QV geral		<b>76,05</b>	74,65	2033,00	0,851

### Dimensões da QV e local de residência

Na aplicação do teste *Kruskal-Wallis* entre o local de residência e as três dimensões da QV, apuramos, que os doentes residentes na cidade apresentam ordenações médias inferiores, logo com pior QV nas três dimensões em estudo. São os doentes residentes na vila que apresentam maiores ordenações médias para a dimensão “bem-estar”, “vida social”, “QV atual” e “QV geral”, resultando em melhores níveis de QV. O grupo dos doentes residentes na aldeia apresentam melhores valores para a dimensão “sintomas físicos e vida diária” mas com pior perceção de “QV atual” e “QV geral”. Apenas verificamos diferenças significativas para a dimensão “vida social” ( $p=0,021$ ) (cf. tabela 39).

Aplicado teste *Post Hoc (Tukey)* para localizar as diferenças entre os grupos em estudo e a dimensão “vida social”, verificamos uma diferença significativa entre os residentes na aldeia e na cidade e os residentes na vila e na cidade.

**Tabela 39** - Teste *Kruskal-Wallis* entre as dimensões da QV e local de residência.

Local de residência Dimensões da QV	Aldeia (1)	Vila (2)	Cidade (3)	X <sup>2</sup>	p	Post hoc		
	OM	OM	OM			1x2	1x3	2x3
Bem-estar	76,47	<b>76,85</b>	70,75	0,535	0,763	0,863	<b>0,028</b>	<b>0,041</b>
Sintomas físicos e vida diária	<b>79,12</b>	77,12	65,08	2,937	0,230			
Vida social	78,60	<b>87,15</b>	59,64	<b>7,715</b>	<b>0,021</b>			
QV atual	70,51	<b>84,17</b>	78,36	2,370	0,306			
QV geral	73,43	<b>81,17</b>	74,25	0,675	0,714			

### Dimensões da QV e estado civil

Procurando testar o efeito da variável estado civil nas dimensões da QV, aplicamos o teste *U-Mann-Whitney*. Da análise dos resultados verificamos que os doentes com companheiro apresentam maiores ordenações médias para a dimensão “vida social”, “QV atual” e “QV geral” mas sem diferenças significativas. Os doentes sem companheiro apresentam resultados superiores para as dimensões “bem-estar” e com diferenças significativas ( $p=0,021$ ) (cf. tabela 40).

**Tabela 40** - Teste *U Mann-Whitney* entre as dimensões da QV e estado civil.

Estado civil Dimensões da QV	Com companheiro	Sem companheiro	UMW	p
	Ordenações médias	Ordenações médias		
Bem-estar	69,12	<b>86,30</b>	1922,50	<b>0,021</b>
Sintomas físicos e vida diária	74,63	<b>75,72</b>	2462,50	0,884
Vida social	<b>75,98</b>	73,11	2402,50	0,699
QV atual	<b>75,71</b>	73,63	2429,00	0,777
QV geral	<b>76,42</b>	72,27	2360,00	0,572

### Dimensões da QV e habilitações literárias

Relembrando que a maioria da amostra se situa entre o 1º e o 3º ciclo de estudos, aplicamos o teste *Kruskal-Wallis* com a finalidade de conhecer quais as diferenças significativas entre os diferentes níveis de escolaridade e as diferentes dimensões da QV. Da análise do teste verificamos ordenações médias elevadas para a dimensão “sintomas

físicos e vida diária” e “vida social” para o grupo dos doentes detentores de estudos entre 1º e 3º ciclo (cf. tabela 41).

Em segundo lugar, com melhores ordenações médias nas três dimensões da QV, surge o grupo dos doentes analfabetos, destacando-se na dimensão “bem-estar” com melhores níveis de QV, no entanto é o grupo com piores índices de “QV atual” e “QV geral”.

Por último e apresentando-se como o grupo com piores índices de QV aparecem os doentes com ensino secundário/superior com OM=63,22 na dimensão “bem-estar”, OM=52,22 na dimensão “sintomas físicos e vida diária”, OM=56,72 na dimensão “vida social”, no entanto é o grupo com melhores perceções de “QV atual” e “QV geral” (OM=100,39/OM=81,00) (cf. tabela 41).

O teste *Kruskal-Wallis* demonstra que existem diferenças significativas na dimensão “sintomas físicos e vida diária” e nível de escolaridade ( $p=0,018$ ) que dentro do grupo não se verificaram atendendo ao teste *Post Hoc (Tukey)* (cf. tabela 40).

**Tabela 41** - Teste *Kruskal-Wallis* entre as dimensões da QV e nível de escolaridade.

Nível de escolaridade Dimensões da QV	Analfabetos (1)	1º a 3º ciclo (2)	Secund/superior (3)	X <sup>2</sup>	p	Post hoc		
	OM	OM	OM			1x2	1x3	2x3
Bem-estar	<b>79,43</b>	76,11	63,22	0,740	0,691	0,078	0,837	0,189
Sintomas físicos e vida diária	63,54	<b>82,01</b>	52,22	<b>8,060</b>	<b>0,018</b>			
Vida social	66,38	<b>80,37</b>	56,72	4,813	0,090			
QV atual	72,68	73,66	<b>100,39</b>	3,406	0,182			
QV geral	73,18	75,23	<b>81,00</b>	0,259	0,878			

### Dimensões da QV e situação profissional

Atendendo à recodificação da variável situação profissional em dois níveis (ativo e não ativo) aplicamos teste *U-Mann-Whitney* com intenção de conhecer de que forma esta variável tem influência nas dimensões da QV. Dos resultados observados, os doentes profissionalmente não ativos revelam melhores pontuações na dimensão “bem-estar” e “QV geral”, com diferenças significativas para a dimensão “bem-estar” ( $p=0,012$ ). Os doentes profissionalmente ativos apresentam melhores resultados nas dimensões “sintomas físicos e vida diária”, “vida social” e “QV atual” mas sem diferenças significativas (cf. tabela 42).

**Tabela 42** - Teste *U Mann-Whitney* entre as dimensões da QV e situação profissional.

Dimensões da QV	Situação profissional	Ativo	Não ativo	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Bem-estar		53,10	<b>78,59</b>	884,00	<b>0,012</b>
Sintomas físicos e vida diária		<b>77,67</b>	74,56	1288,00	0,760
Vida social		<b>83,21</b>	73,65	1171,50	0,346
QV atual		<b>80,88</b>	74,04	1220,50	0,496
QV geral		62,07	<b>77,12</b>	1072,50	0,133

### Dimensões da QV e IMC

Confirmada a homogeneidade dos grupos, recorreremos ao teste paramétrico de análise de variância a um fator nominal (ANOVA) com a finalidade de analisar a relação entre as diferentes dimensões da QV e o IMC. Analisando cada grupo de doentes classificados de acordo com os diferentes escalões de IMC, verificamos que o grupo de doentes com obesidade é o que apresenta valores médios mais reduzidos em todas as dimensões em estudo e “QV geral”, excetuando a dimensão “vida social”, indiciando piores níveis de QV. O grupo de doentes com excesso de peso é o que apresenta melhores médias em todas as dimensões, “QV atual” e “QV geral” (cf. tabela 43).

O valor da razão F demonstra que existem diferenças entre os diferentes grupos de IMC nas dimensões “sintomas físicos e vida diária” ( $p=0,025$ ), “vida social” ( $p=0,041$ ) e para a “QV geral” ( $p=0,026$ ) (cf. tabela 43).

Com o intuito de localizar as diferenças dentro de cada grupo calculamos os testes *Post Hoc (Tukey)*. Para a dimensão “sintomas físicos e vida diária” bem como para a “QV geral” as diferenças localizam-se entre os doentes com excesso de peso e os obesos com uma variância explicada de 4,97% para a dimensão em estudo e 4,90% para a “QV geral”. Na dimensão “vida social” as diferenças encontram-se entre os doentes com peso normal e os que apresentam excesso de peso, sendo explicada por 4,32% (cf. tabela 43).

**Tabela 43** - Análise de variância a um fator entre as dimensões da QV e IMC.

Dimensões da QV/IMC	M	Dp	F	p	%VE	Post hoc		
						1x2	1x3	2x3
<b>Bem-estar</b>								
Peso normal (1)	35,15	17,48						
Excesso de peso (2)	<b>38,79</b>	<b>18,08</b>	1,33	0,267	1,80	0,587	0,886	0,249
Obesidade (3)	33,37	17,46						
<b>Total</b>	<b>35,95</b>	<b>17,75</b>						
<b>Sintomas físicos e vida diária</b>								
Peso normal (1)	62,08	15,67						
Excesso de peso (2)	<b>67,38</b>	<b>14,83</b>	3,79	<b>0,025</b>	4,97	0,224	0,708	<b>0,021</b>
Obesidade (3)	59,50	15,48						
<b>Total</b>	<b>63,25</b>	<b>15,56</b>						
<b>Vida social</b>								
Peso normal (1)	50,75	19,88						
Excesso de peso (2)	<b>61,39</b>	<b>20,52</b>	3,27	<b>0,041</b>	4,32	<b>0,036</b>	0,551	0,263
Obesidade (3)	55,29	20,60						
<b>Total</b>	<b>56,52</b>	<b>20,70</b>						
<b>QV atual</b>								
Peso normal (1)	1,94	0,733						
Excesso de peso (2)	<b>2,24</b>	<b>0,683</b>	2,51	0,085	3,84	0,135	0,975	0,152
Obesidade (3)	1,98	0,779						
<b>Total</b>	<b>2,07</b>	<b>0,739</b>						
<b>QV geral</b>								
Peso normal (1)	2,13	0,665						
Excesso de peso (2)	<b>2,38</b>	<b>0,644</b>	3,73	<b>0,026</b>	4,90	0,187	0,794	<b>0,024</b>
Obesidade (3)	2,04	0,713						
<b>Total</b>	<b>2,20</b>	<b>0,687</b>						

### Dimensões da QV e risco social

Procurando a influência estatística entre o risco social e as diferentes dimensões da QV, aplicamos teste *U Mann-Whitney* que nos demonstrou ordenações médias mais elevadas (melhor QV) nos doentes com risco social elevado e nas dimensões “bem-estar” e “sintomas físicos e vida diária”. Os doentes com risco social normal ou baixo apresentam ordenações médias mais elevadas na “vida social”, “QV atual” e “QV geral”, realidade sem diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 44).

**Tabela 44** - Teste *U Mann-Whitney* entre as diferentes dimensões da QV e o risco social.

Dimensões da QV	Risco social	Risco elevado	UMW	p
	Risco normal ou baixo	Ordenações médias		
<b>Bem-estar</b>		<b>87,88</b>	1398,50	0,067
<b>Sintomas físicos e vida diária</b>		<b>76,37</b>	1744,00	0,846
<b>Vida social</b>	<b>76,14</b>	70,48	1649,50	0,521
<b>QV atual</b>	<b>77,74</b>	64,12	1459,50	0,118
<b>QV geral</b>	<b>77,67</b>	64,42	1467,50	0,127

## Dimensões da QV e funcionalidade familiar

Após aplicação do teste *Kruskal-Wallis* entre as diferentes dimensões da QV e a funcionalidade familiar dos doentes em estudo, verificamos que os doentes que se encontram inseridos em famílias altamente funcionais são os que apresentam piores ordenações médias em todas as dimensões da QV mas com melhores perceções para a “QV atual” e “QV geral” (OM=83,90 e OM=85,21 respetivamente). Por outro lado deparamos que os doentes inseridos em famílias com disfunção severa apresentam melhores resultados para as diferentes dimensões de escala da QV e os doentes inseridos em famílias com disfunção leve referem piores níveis de “QV atual” e “QV geral”. Encontramos diferenças significativas para a dimensão “bem-estar”, “QV atual” e “QV geral” ou seja, os doentes inseridos numa família com disfunção severa revelaram melhor “bem-estar” ( $p=0,028$ ) e os doentes inseridos em famílias altamente funcionais mencionaram melhor “QV atual” ( $p<0,001$ ) e “QV geral” ( $p<0,001$ ) (cf. tabela 45).

Os testes *Post Hoc (Tukey)* localizam-nos as diferenças na dimensão “bem-estar”, entre os doentes inseridos em famílias com disfunção severa e famílias altamente funcionais e na “QV atual” e “QV geral” entre os doentes inseridos em famílias com disfunção leve e altamente funcionais (cf. tabela 45).

**Tabela 45** - Teste *Kruskal-Wallis* entre as dimensões da QV e funcionalidade familiar.

Funcionalidade familiar Dimensões da QV	Disfunção Severa (1)	Disfunção leve (2)	Altamente funcional (3)	X <sup>2</sup>	p	Post hoc		
	OM	OM	OM			1x2	1x3	2x3
Bem-estar	<b>97,64</b>	72,50	70,70	7,180	<b>0,028</b>	0,065	<b>0,015</b>	0,997
Sintomas físicos e vida diária	<b>87,32</b>	73,78	72,62	2,120	0,346			
Vida social	<b>79,18</b>	78,54	73,13	0,577	0,749			
QV atual	65,98	49,41	<b>83,90</b>	15,041	<b>0,001</b>	0,335	0,152	<b>0,000</b>
QV geral	64,66	45,61	<b>85,21</b>	19,986	<b>0,000</b>	0,222	0,076	<b>0,000</b>

## Qualidade de vida e variáveis clínicas

### Dimensões da QV e tipologia da ferida crónica

As principais etiologias da ferida crónica nos membros inferiores presentes nos doentes em estudo são a úlcera venosa com 40,3% (n=60) e o pé diabético com 31,5% (n=47).

Na amostra após aplicação e análise do teste t para amostras independentes, confirmamos que os doentes com úlcera venosa referiram melhores perceções de QV nas três dimensões

em estudo e piores percepções de “QV atual” e “QV geral” quando comparados com os doentes com pé diabético, realidade com diferenças significativas para a dimensão “bem-estar” ( $p=0,002$ ) (cf. tabela 46).

**Tabela 46** - Teste t entre as dimensões da QV e etiologia da ferida.

Dimensões da QV/etiologia da ferida	Média	Dp	Levene's	t	p
<b>Bem-estar</b>					
Úlcera venosa	<b>42,61</b>	18,57	0,103	2,698	<b>0,002</b>
Pé diabético	31,99	15,62			
<b>Sintomas físicos e vida diária</b>					
Úlcera venosa	<b>65,92</b>	14,68	0,735	0,115	0,188
Pé diabético	62,10	14,94			
<b>Vida social</b>					
Úlcera venosa	<b>58,81</b>	19,28	0,332	0,948	0,183
Pé diabético	53,45	22,05			
<b>QV atual</b>					
Úlcera Venosa	2,00	0,759	0,641	0,284	0,777
Pé diabético	<b>2,04</b>	0,779			
<b>QV geral</b>					
Úlcera Venosa	2,17	0,668	0,162	0,336	0,738
Pé diabético	<b>2,21</b>	0,759			

### Dimensões da QV e duração da ferida

Tendo como finalidade analisar as possíveis diferenças entre as dimensões da QV e a duração da ferida, recorreremos ao teste de análise de variância a um fator ordinal (ANOVA) que nos irá permitir comparar as médias para os diferentes grupos criados.

O resultado obtido demonstra que os doentes com ferida crónica  $\leq 16$  semanas são os que apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões em estudo “QV atual” e “QV geral”, demonstrando que é o grupo com melhor QV. O grupo de doentes com ferida ativa  $\geq 209$  semanas é o que apresenta valores médios mais baixos na dimensão “bem-estar” ou seja com piores percepções de QV mas o segundo grupo com melhores médias nas restantes dimensões, “QV atual” e “QV geral”. Atendendo aos valores da razão F confirmamos que as diferenças verificadas não têm significância estatística e as variáveis não são explicativas (cf. tabela 47).

**Tabela 47** – Análise de variância entre a duração da ferida e QV

Dimensões da QV/tempo de duração da ferida	M	Dp	F	P	%VE
<b>Bem-estar</b>					
≤16 sem. (1)	<b>38,22</b>	17,49	0,325	0,807	0,67
17-48 sem. (2)	<b>35,98</b>	16,42			
49-208 sem. (3)	35,60	19,35			
≥209 sem. (4)	34,21	18,14			
<b>Total</b>	36,00	17,70			
<b>Sintomas físicos e vida diária</b>					
≤16 sem. (1)	<b>65,15</b>	15,61	0,639	0,591	1,30
17-48 sem. (2)	60,49	17,25			
49-208 sem.(3)	63,84	12,04			
≥209 sem. (4)	<b>63,87</b>	16,43			
<b>Total</b>	63,27	15,51			
<b>Vida social</b>					
≤16 sem. (1)	<b>59,94</b>	19,03	0,993	0,398	2,01
17-48 sem. (2)	52,19	21,28			
49-208 sem. (3)	55,73	20,15			
≥209 sem. (4)	<b>57,94</b>	22,04			
<b>Total</b>	56,39	20,69			
<b>QV atual</b>					
≤16 sem. (1)	<b>5,78</b>	1,82	2,251	0,085	4,45
17-48 sem. (2)	5,15	2,11			
49-208 sem. (3)	4,53	2,21			
≥209 sem. (4)	<b>5,29</b>	2,01			
<b>Total</b>	5,20	2,07			
<b>QV geral</b>					
≤16 sem. (1)	<b>5,78</b>	1,90	0,270	0,847	0,55
17-48 sem. (2)	5,48	1,64			
49-208 sem. (3)	5,50	2,09			
≥209 sem. (4)	<b>5,74</b>	1,85			
<b>Total</b>	5,62	1,85			

### Dimensões da QV e os hábitos tabágicos

Da análise dos resultados do teste *U-Mann-Whitney* entre as diferentes dimensões da QV e os hábitos tabágicos inferimos, que os doentes que fumam apresentam maiores ordenações médias nas dimensões “sintomas físicos e vida diária”, “vida social”, “QV atual” e “QV geral” logo melhor perceção de QV. O grupo de doentes que nega hábitos tabágicos diferencia-se ligeiramente na dimensão “bem-estar”, com melhores ordenações médias (OM=75,17 vs. OM=73,63), diferenças sem significância estatística (cf. tabela 48).

**Tabela 48** - Teste *U Mann-Whitney* entre as dimensões da QV e consumo de tabaco.

Consumo de tabaco	Sim	Não	UMW	p
Dimensões da QV	Ordenações médias	Ordenações médias		
Bem-estar	73,63	<b>75,17</b>	1042,00	0,892
Sintomas físicos e vida diária	<b>90,91</b>	73,09	809,50	0,119
Vida social	<b>83,06</b>	74,03	935,00	0,429
QV atual	<b>88,28</b>	73,40	851,50	0,161
QV geral	<b>78,56</b>	74,57	1007,00	0,702

### Dimensões da QV e consumo de bebidas alcoólicas

Tal como para os hábitos tabágicos, na avaliação da relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a QV, verificamos ordenações médias superiores nos doentes que ingerem e para todas as dimensões, “QV atual” e “QV geral” (cf. tabela 49).

Após aplicação do teste *U-Mann-Whitney* e da análise da significância do teste concluímos que se verificam diferenças significativas nas dimensões “sintomas físicos e vida diária” ( $p=0,021$ ) e “vida social” ( $p=0,030$ ) confirmando a relação explicativa entre os grupos em estudo (cf. tabela 49).

**Tabela 49** - Teste *U Mann-Whitney* entre as dimensões da QV e consumo de bebidas alcoólicas

Consumo de bebidas alcoólicas	Sim	Não	UMW	p
Dimensões da QV	Ordenações médias	Ordenações médias		
Bem-estar	<b>80,16</b>	72,23	2253,50	0,284
Sintomas físicos e vida diária	<b>86,15</b>	69,02	1942,00	<b>0,021</b>
Vida social	<b>85,45</b>	69,40	1978,50	<b>0,030</b>
QV atual	<b>81,83</b>	71,34	2167,00	0,129
QV geral	<b>78,69</b>	73,02	2330,00	0,402

### Dimensões da QV e prática de exercício físico

Foram poucos os doentes que referiram praticar exercício físico ( $n=23$ ), mas da observação dos valores das ordenações médias podemos constatar que os doentes que praticam apresentam valores médios mais elevados nas três dimensões, “QV atual” e “QV geral” ou seja, apresentam melhor QV. Realidade confirmada pela significância do teste *U Mann-Whitney* que demonstra diferenças significativas nas três dimensões da QV (“bem-estar”  $p=0,031$ ; “sintomas físicos e vida diária”  $p=0,001$ ; “vida social”  $p=0,014$ ) e uma diferença marginal para a “QV geral” ( $p=0,058$ ) (cf. tabela 50).

**Tabela 50** - Teste *U Mann-Whitney* entre as dimensões da QV e exercício físico.

Prática de exercício físico	Sim	Não	UMW	p
	Ordenações médias	Ordenações médias		
Bem-estar	<b>92,80</b>	71,75	1039,50	<b>0,031</b>
Sintomas físicos e vida diária	<b>102,59</b>	69,96	814,50	<b>0,001</b>
Vida social	<b>95,41</b>	71,27	979,50	<b>0,014</b>
QV atual	<b>83,15</b>	73,51	1261,50	0,290
QV geral	<b>89,35</b>	72,38	1119,00	<b>0,058</b>

### Dimensões da QV e local de realização do penso

Da análise da tabela 53 e após aplicação do teste *Kruskal-Wallis* concluímos que são os doentes cujo tratamento é efetuado no domicílio que apresentam piores perceções de QV nas diferentes dimensões em estudo, “QV atual” e “QV geral”, do lado oposto surgem os doentes cujas feridas são tratadas nos centros de saúde com melhores perceções de QV em todas as dimensões, “QV atual” e “QV geral”. O hospital surge em terceiro lugar dos locais de realização do penso, onde os doentes referem melhores perceções de QV para as diferentes dimensões. Da análise da significância do teste verificamos que estas diferenças são significativas para a dimensão “sintomas físicos e vida diária” ( $p=0,006$ ) e para a dimensão “vida social” ( $p<0,001$ ).

Os testes *Post Hoc (Tukey)* identificam essas diferenças na dimensão “sintomas físicos e vida diária”, entre os doentes que executam os seus tratamentos no centro de saúde e no hospital e entre os primeiros e os tratados no domicílio. Para a dimensão “vida social” a diferença encontra-se entre os grupos referidos anteriormente, entre os doentes tratados na extensão do centro de saúde e no domicílio e entre os doentes tratados na extensão e no hospital (cf. tabela 53).

**Tabela 53** - Teste *Kruskal-Wallis* entre as dimensões da QV e local de realização do penso.

L. Penso	C. S (1)	hospital (2)	extensão (3)	domicílio (4)	X <sup>2</sup>	P	Post hoc					
	OM	OM	OM	OM			1x2	1x3	1x4	2x3	2x4	3x4
Bem-estar	77,11	75,81	77,21	66,13	1,013	0,798						
S.f/vida di.	92,95	68,55	81,82	57,30	12,473	<b>0,006</b>	<b>0,012</b>	0,806	<b>0,008</b>	0,677	0,696	0,314
Vida social	100,2	63,07	92,64	55,08	26,280	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,933	<b>0,000</b>	<b>0,047</b>	0,866	<b>0,033</b>
QV atual	<b>84,39</b>	74,34	79,50	55,05	7,376	0,061						
QV geral	<b>80,27</b>	74,35	81,21	62,25	3,195	0,363						

### Dimensões da QV e tempo total para o tratamento da ferida

Contrariando a evidência referenciada no quadro teórico inicial, os doentes do presente estudo apresentam piores níveis de QV nas três dimensões em estudo, “QV atual” e “QV geral” quando despendem de menos tempo para o tratamento da ferida. Aplicado teste *U Mann-Whitney* as diferenças entre os grupos não são significativas confirmando a sua independência (cf. tabela 54).

**Tabela 54** - Teste *U Mann-Whitney* entre as dimensões da QV e tempo total para o tratamento da ferida

Dimensões da QV	Tempo total para a ferida	≤60min.	>60 min.	UMW	p
	(1)	(2)			
	OM	OM			
Bem-estar	71,16	<b>81,56</b>	2224,00	0,154	
Sintomas físicos e vida diária	71,03	<b>81,78</b>	2212,00	0,142	
Vida social	74,85	<b>75,26</b>	2570,50	0,954	
QV atual	71,33	<b>81,27</b>	2240,00	0,145	
QV geral	70,72	<b>82,31</b>	2183,00	0,083	

### Dimensões da QV e capacidade funcional

O teste *Kruskal-Wallis* entre as dimensões da QV e capacidade funcional mostra que os doentes com ausência de incapacidade e incapacidade moderada são os que apresentam maiores ordenações médias para as diferentes dimensões da QV revelando-se como sendo os doentes com melhores percepções de “QV atual” e “QV geral”. Os doentes com incapacidade severa são os que apresentam valores mais baixos também em todas as dimensões, “QV atual” e “QV geral”. Atendendo à significância do teste verificamos diferenças significativas nas dimensões “sintomas físicos e vida diária” (p=0,001), “vida social” (p=0,001), “QV atual” (p=0,001) e “QV geral” (p=0,009) (cf. tabela 51).

Os resultados dos testes *Post Hoc (Tukey)* para a dimensão “sintomas físicos e vida diária” e “QV atual” localizam essas diferenças entre os doentes com ausência de capacidade e os doentes com incapacidade severa. Para a dimensão “vida social” as diferenças encontram-se entre os doentes com ausência de incapacidade e os doentes com incapacidade moderada e entre os primeiros e os doentes com incapacidade severa. Na “QV geral” as diferenças localizam-se entre os doentes com ausência de incapacidade e incapacidade severa e entre os que apresentam incapacidade moderada e incapacidade severa (cf. tabela 51).

**Tabela 51** - Teste *Kruskal-Wallis* entre as dimensões da QV e capacidade funcional.

Incapacidade funcional Dimensões da QV	Ausência (1)	Moderada (2)	Severa (3)	X <sup>2</sup>	p	Post hoc		
	OM	OM	OM			1x2	1x3	2x3
Bem-estar	<b>79,51</b>	56,62	69,74	4,669	0,097			
Sintomas físicos e vida diária	<b>83,57</b>	62,56	51,84	13,837	<b>0,001</b>	0,173	<b>0,002</b>	0,658
Vida social	<b>83,89</b>	55,91	54,62	14,175	<b>0,001</b>	<b>0,022</b>	<b>0,005</b>	0,995
QV atual	<b>81,90</b>	76,59	49,55	13,033	<b>0,001</b>	0,874	<b>0,001</b>	0,082
QV geral	78,33	<b>89,62</b>	54,59	9,337	<b>0,009</b>	0,553	<b>0,019</b>	<b>0,017</b>

### Dimensões da QV e dor

Após aplicação do teste *Kruskal-Wallis* entre as dimensões da QV e a variável dor, podemos concluir que à medida que a intensidade da dor diminui, aumentam as ordenações médias, ou seja melhores perceções de QV para as diferentes dimensões, “QV atual” e “QV geral”. Diferença com significância estatística para as três dimensões ( $p < 0,001$ ) e “QV atual” ( $p = 0,003$ ) (cf. tabela 52).

A análise dos *Post Hoc* (*Tukey*) localizam-nos as diferenças nas três dimensões e entre a dor ligeira com os restantes níveis de dor. Apenas a dimensão “sintomas físicos e vida diária” apresenta diferenças para todos os níveis de dor quando relacionados entre si. Para a variável “QV atual”, verificam-se diferenças entre os doentes com dor ligeira e dor intensa (cf. tabela 52).

**Tabela 52** - Teste *Kruskal-Wallis* entre as dimensões da QV e dor.

Dor Dimensões da QV	Ligeira (1)	Mod. (2)	Int. (3)	Máx. (4)	X <sup>2</sup>	p	Post hoc					
	OM	OM	OM	OM			1x2	1x3	1x4	2x3	2x4	3x4
Bem-estar	<b>96,69</b>	70,19	69,56	37,33	21,448	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>	1,000	0,094	0,110
S.f/vida diária	<b>114,14</b>	74,88	51,63	22,88	66,121	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,017</b>	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>
Vida social	<b>101,02</b>	78,21	58,91	28,96	35,854	<b>0,000</b>	<b>0,018</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,074	<b>0,000</b>	<b>0,046</b>
QV atual	<b>88,98</b>	73,63	64,02	71,67	8,714	<b>0,033</b>	0,247	<b>0,018</b>	0,534	0,639	0,999	0,933
QV geral	<b>76,67</b>	74,02	73,53	67,75	1,104	0,776						

Para terminar o estudo de relação entre as diferentes dimensões da QV, (“bem-estar”, “sintomas físicos e vida diária” e “vida social”) variável dependente e as variáveis independentes (género, idade, tempo de duração da ferida e de espera para realização do penso, dor, risco social, funcionalidade familiar e capacidade funcional) recorreremos à análise de regressões múltiplas por forma a analisar a relação entre a variável dependente e as diversas variáveis independentes. A variável qualitativa género foi introduzida sob a

forma de variável artificial ou variável *dummies* (Pestana & Gageiro, 2008). O método utilizado de inclusão das variáveis foi o *stepwise* que permitiu determinar quais as variáveis predictoras da variável dependente.

### **Relação entre a variável dependente “bem-estar” e as variáveis independentes**

Analisando a dimensão “bem-estar”, verificamos pela análise da tabela 55 que as correlações entre esta dimensão e as variáveis independentes são na generalidade baixas, oscilando entre ( $r=0,092$ ) para a avaliação sociofamiliar e ( $r=0,339$ ) para o tempo da ferida sendo esta a variável com valores positivos mais elevados.

A referida dimensão estabelece relações inversas e significativas com as variáveis dor, funcionalidade familiar e capacidade funcional o que significa que quanto mais baixos os índices destas variáveis, melhor bem-estar referido pelos doentes, no nosso caso é a variável dor que mais intervém nesta dimensão ( $r=-0,322$ ). A dimensão “bem-estar” estabelece ainda uma relação direta e significativa com o tempo da ferida e com o tempo total para a realização do penso, em que o aumento do índice da variável determina melhoria na dimensão “bem-estar”, neste caso o tempo da ferida será o que apresenta maior relação ( $r=0,339$ ). Observamos diferenças estatisticamente significativas com todas as variáveis independentes introduzidas com exceção do género, idade e risco social (cf. tabela 55).

**Tabela 55** - Correlação de *Pearson* entre a dimensão “bem-estar” e as variáveis independentes

Variáveis	R	p
Género	-0,129	0,058
Idade	0,103	0,106
Tempo de duração da ferida	0,339	<b>0,000</b>
Tempo total para execução do penso	0,148	<b>0,036</b>
Dor	-0,322	<b>0,000</b>
Risco social	0,092	0,133
Funcionalidade familiar	-0,172	<b>0,018</b>
Capacidade funcional	-0,150	<b>0,034</b>

A primeira variável a ser introduzida pelo método *stepwise* foi a variável tempo da ferida, por apresentar o maior valor absoluto de coeficiente de correlação ( $r=0,339$ ) explicando 11,5% da variação com um erro padrão da estimativa de 16,712. Seguidamente entrou a

variável dor, que juntamente com a variável inicialmente introduzida apresentou uma correlação de  $r=0,458$  com a dimensão “bem-estar”, explicando 21,0% da variação com redução do erro padrão para 15,846. A última variável a ser introduzida foi a funcionalidade familiar cujos resultados estão apresentados no quadro 15, verificando-se que são estas as três variáveis preditoras da dimensão “bem-estar”.

A tolerância próxima de 1 e a *variance inflation factor* (VIF) permitiu o diagnóstico da multicolinearidade ou seja confirmou que as variáveis são linearmente independentes. A VIF oscilou entre 1,004 para o tempo de duração da ferida, 1,002 para a dor e 1,003 para a funcionalidade familiar, concluindo-se, de acordo com os autores Pestana & Gageiro (2008) que as variáveis não são colineares, já que são inferiores a 10.

O valor da significância do teste F ( $p=0,000$ ) e os valores de t ( $p=0,000$ ; 0,000; 0,012) demonstram que as variáveis independentes que foram introduzidas no modelo de regressão são explicativas da dimensão “bem-estar”, influenciando-a.

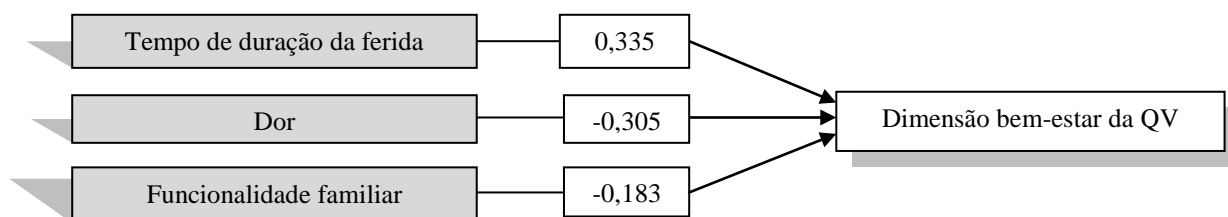
Para conhecermos qual a variável com maior peso preditivo, analisamos o coeficiente padronizado beta que demonstrou que a variável tempo de duração da ferida é a que apresenta maior valor preditivo (0,335), seguida da variável dor (-0,305) e por fim a funcionalidade familiar (-0,183). A variável dor e a funcionalidade familiar apresentam uma relação inversa com a dimensão “bem-estar” o que nos leva a inferir que quanto menor a dor e a funcionalidade familiar melhor resultado nesta dimensão. Por sua vez o tempo de duração da ferida apresenta uma relação direta com a presente dimensão, ou seja quanto maior o tempo de ferida ativa melhor o bem-estar referido pelos doentes (cf. quadro 15 e figura 2).

O modelo final ajustado para a dimensão do bem-estar é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Dimensão bem-estar} = 49,422 + (0,335 \text{ tempo da ferida}) + (-0,305 \text{ dor}) + (-0,183 \text{ funcionalidade familiar})$$

**Quadro 15** – Regressão múltipla entre a dimensão do “bem-estar” e as variáveis independentes

Variável dependente – dimensão bem-estar da QV					
<b>R</b> = 0,493 <b>R<sup>2</sup></b> = 0,243 <b>R<sup>2</sup> ajustado</b> = 0,228 <b>Erro padrão da estimativa</b> =15,559 <b>Incremento de R<sup>2</sup></b> = 0,037 <b>F</b> = 6,607 <b>p</b> = 0,011					
Peso da Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	Colinearidade VIF
Constante	49,422				
Tempo de duração da ferida	0,012	0,335	4,631	<b>0,000</b>	1,004
Dor	-2,023	- 0,305	- 4,218	<b>0,000</b>	1,002
Apgar familiar	-1,027	-0,183	-2,537	<b>0,012</b>	1,003
Análise da Variância					
Efeito	Soma quadrados	GI	Média quadrados	F	p
Regressão	11288,036	3	3762,679	15,543	0,000
Residual	35102,698	145	242,088		
Total	46390,734	148			



**Figura 2** – Síntese das relações entre as variáveis independentes e a dimensão “bem-estar” da QV.

### Relação entre a variável dependente “sintomas físicos e vida diária” e as variáveis independentes

Procurando quais as variáveis preditoras da dimensão “sintomas físicos e vida diária” da QV verificamos, após aplicação do modelo de regressão linear múltipla, que as correlações entre esta dimensão e as diferentes variáveis independentes são maioritariamente baixas, oscilando entre  $r=0,045$  para a variável género e  $r=-0,654$  para a variável dor que apresenta uma correlação moderada e negativa com a dimensão em estudo.

A dimensão “sintomas físicos e vida diária” estabelece relação inversa com todas as variáveis em estudo com exceção do tempo de duração da ferida e tempo necessário para a realização do penso, com as quais estabelece relação direta ou seja, quanto maior o tempo da ferida e o tempo necessário para a realização do penso maior a influência positiva nesta dimensão (cf. tabela 56).

Observando os valores de significância concluímos que existe relação estatisticamente significativa para as variáveis idade, tempo de duração da ferida, tempo necessário para a realização do penso, dor, risco social e capacidade funcional (cf. tabela 56).

**Tabela 56** - Correlação de *Pearson* entre a “dimensão sintomas físicos e vida diária” e as variáveis independentes

Variáveis	R	p
<b>Género</b>	-0,045	0,295
<b>Idade</b>	-0,157	<b>0,028</b>
<b>Tempo de duração da ferida</b>	0,138	<b>0,046</b>
<b>Tempo total para execução do penso</b>	0,143	<b>0,041</b>
<b>Dor</b>	-0,654	<b>0,000</b>
<b>Risco social</b>	-0,146	<b>0,038</b>
<b>Funcionalidade familiar</b>	-0,075	0,182
<b>Capacidade funcional</b>	-0,341	<b>0,000</b>

A primeira variável a ser introduzida neste modelo de regressão foi a variável dor que explica 42,8% da dimensão “sintomas físicos e vida diária” com um erro padrão de estimativa de 11,775 correspondente à diferença entre os índices observados e estimados nesta dimensão.

No modelo final da regressão para além da variável dor (variável com maior valor absoluto de coeficiente de correlação ( $r=0,654$ )), entrou também pelo método *stepwise* a variável capacidade funcional. O conjunto de ambas apresentou uma correlação moderada ( $r=0,687$ ) passando a explicar 47,2% da variabilidade dos “sintomas físicos e vida diária” com um erro padrão de 11,348 (cf. quadro 16).

Os valores de VIF indicam que as variáveis presentes no modelo não são colineares pois apresentam valores de 1,045 para ambas as variáveis. O teste F ( $p=0,000$ ) e os valores de t ( $p=0,000$ ; 0,001) ao apresentarem diferenças estatisticamente significativas permitem afirmar que as variáveis que entraram no modelo têm valor explicativo sob a variável dependente (“sintomas físicos e vida diária”) (cf. quadro 16).

Analisando o coeficiente padronizado beta verificamos que a variável dor é a que apresenta maior valor preditivo (-0,610), seguida da variável capacidade funcional (-0,215), ambas com relação inversa com a dimensão “sintomas físicos e vida diária”, ou seja quanto menor

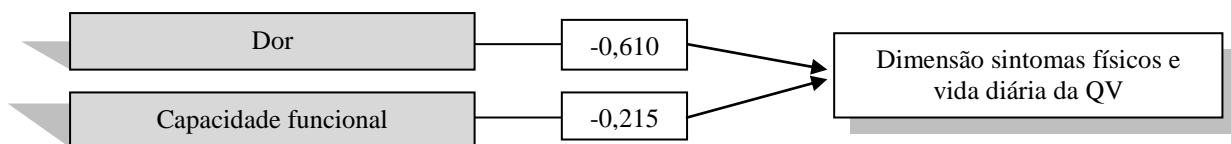
a dor e a incapacidade funcional melhor a QV dos doentes nesta dimensão (cf. quadro 16 e figura 3).

O modelo final ajustado para a dimensão “sintomas físicos e vida diária” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Dimensão sintomas físicos e vida diária} = 81,778 + (-0,610 \text{ dor}) + (-0,215 \text{ capacidade funcional})$$

**Quadro 16** – Regressão múltipla entre a dimensão “sintomas físicos e vida diária” e as variáveis independentes

Variável dependente – dimensão sintomas físicos e vida diária da QV					
R= 0,687					
R <sup>2</sup> = 0,472					
R <sup>2</sup> ajustado = 0,465					
Erro padrão da estimativa =11,348					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0,044					
F = 12,267					
p = 0,001					
Peso da Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	Colinearidade VIF
Constante	81,778				
Dor	-3,544	-0,610	-9,924	<b>0,000</b>	1,045
Capacidade funcional	-1,713	-0,215	-3,502	<b>0,001</b>	1,045
Análise da Variância					
Efeito	Soma quadrados	Gl	Média quadrados	F	p
Regressão	16832,956	2	8416,478	65,351	0,000
Residual	18803,309	146	128,790		
Total	35636,265	148			



**Figura 3** – Síntese das relações entre as variáveis independentes e a dimensão “sintomas físicos e vida diária” da QV

### Relação entre a variável dependente “vida social” e as variáveis independentes

Analisando a dimensão “vida social”, verificamos pela análise da tabela 57 que as correlações entre esta dimensão e as variáveis independentes são na generalidade baixas,

oscilando entre ( $r=-0,007$ ) no tempo total para a realização do penso e ( $r=-0,513$ ) para a variável dor. A variável dor é a que apresenta maior correlação negativa e significativa com a dimensão em análise, sendo que quanto menor a sua intensidade melhor QV na dimensão “vida social”. Para além da dor, também o risco social e a capacidade funcional apresentam correlações negativas e com diferenças estatisticamente significativas com a dimensão em estudo. As correlações com valores positivos e sem significância estatística situam-se nas variáveis género e tempo de duração da ferida.

**Tabela 57** - Correlação de *Pearson* entre a dimensão “vida social” e as variáveis independentes

Variáveis	R	p
Género	0,033	0,345
Idade	-0,131	0,055
Tempo de duração da ferida	0,024	0,386
Tempo total para execução do penso	-0,007	0,466
Dor	-0,513	<b>0,000</b>
Risco social	-0,210	<b>0,005</b>
Funcionalidade familiar	-0,016	0,422
Capacidade funcional	-0,334	<b>0,000</b>

A primeira variável a ser introduzida pelo modelo de regressão linear múltipla foi a variável dor, por ser a que se apresentou com maior valor absoluto de correlação com a dimensão em estudo ( $r=-0,513$ ) explicando 26,4% da variação com um erro padrão de 17,817. A segunda variável a ser introduzida foi a capacidade funcional, que juntamente com a variável anterior explica 31,8% com um erro padrão ligeiramente inferior de 17,210. Foi ainda introduzida a variável risco social que conseguiu explicar juntamente com as anteriores 34,1% da variabilidade da dimensão “vida social”, com um erro padrão de 16,970. Em último lugar introduziu-se a variável tempo total para a realização do penso cujos resultados estão apresentados no quadro 17, verificando-se que são estas as quatro variáveis preditoras da dimensão “vida social”. A correlação que o conjunto das variáveis estabelece com a presente dimensão é moderada ( $r=0,603$ ).

Procurando a multicolaridade das variáveis preditoras, verificamos que o valor da tolerância perto da unidade e os valores de VIF (quadro 17) permitem confirmar que as variáveis são linearmente independentes. O valor da significância do teste F ( $p=0,000$ ) e os

valores de t ( $p=0,000;0,003;0,020;0,025$ ) demonstram que as variáveis independentes que foram introduzidas no modelo de regressão se encontram relacionadas com a dimensão “vida social”.

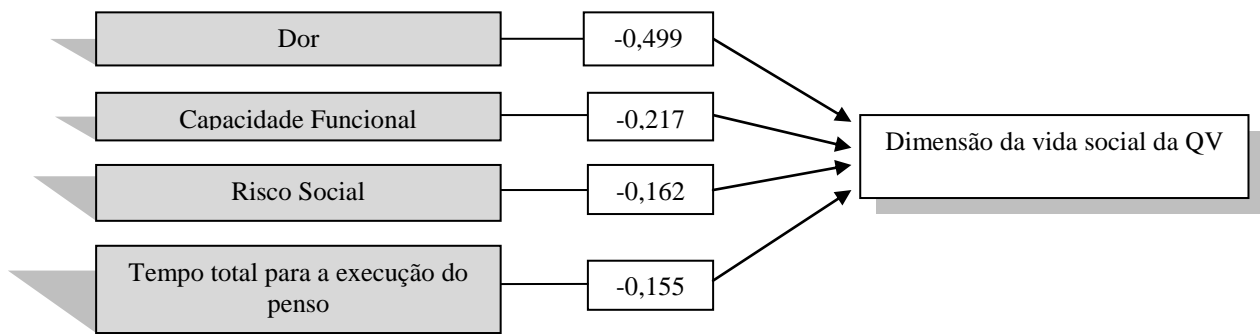
Analisando o coeficiente padronizado beta de forma a conhecermos qual a variável com maior peso preditivo verificamos que a variável dor é a que apresenta maior valor preditivo (-0,499), seguida da variável capacidade funcional (-0,217), risco social (-0,162) e por fim o tempo despendido para a realização do penso (-0,155), todas elas com relação inversa com a dimensão “vida social” da QV. Concluímos que quanto menor a dor, a incapacidade funcional, o risco social e o tempo despendido para a realização do penso maior o impacto positivo nesta dimensão (cf. quadro 17 e figura 4).

O modelo final ajustado para a dimensão “vida social” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Dimensão vida social} = 97,048 + (-0,499 \text{ dor}) + (-0,217 \text{ capacidade funcional}) + (-0,162 \text{ risco social}) + (-0,155 \text{ tempo de demora para a execução do penso}).$$

**Quadro 17** – Regressão múltipla entre a dimensão “vida social” e as variáveis independentes

Variável dependente – dimensão vida social da QV					
R= 0,603					
R <sup>2</sup> = 0,364					
R <sup>2</sup> ajustado = 0,346					
Erro padrão da estimativa =16,734					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0,023					
F = 5,108					
p = 0,025					
Peso da Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	Colinearidade VIF
Constante	97,048				
Dor	-3,870	-0,499	-7,226	<b>0,000</b>	1,080
Capacidade funcional	-2,303	-0,217	-3,066	<b>0,003</b>	1,133
Risco social	-1,456	-0,162	-2,353	<b>0,020</b>	1,068
Tempo total para a execução do penso	-0,046	-0,155	-2,260	<b>0,025</b>	1,063
Análise da Variância					
Efeito	Soma quadrados	Gl	Média quadrados	F	p
Regressão	23051,083	4	5762,771	20,577	0,000
Residual	40328,020	144	280,056		
Total	63379,103	148			



**Figura 4** – Síntese das relações entre as variáveis independentes e a dimensão vida social da QV

**Em síntese:**

- Não se verificaram diferenças significativas entre o género e as dimensões da QV e “QV geral”;
- Verificamos relação de dependência entre o grupo etário e a dimensão “bem-estar” da QV ( $p=0,027$ ), onde o grupo dos idosos apresentou melhor resultado nesta dimensão;
- A variável local de residência influencia a dimensão “vida social” ( $p=0,021$ ) localizando-se as diferenças entre os doentes residentes na aldeia e cidade e os residentes na vila e cidade. Os doentes da cidade são os que apresentam piores ordenações médias nas diferentes dimensões, os residentes na vila melhores ordenações médias para as dimensões “bem-estar”, “vida social”, “QV atual” e “QV geral” e os residentes na aldeia são os que apresentam piores perceções de “QV atual” e “QV geral” mas com melhor perceção de “bem-estar”;
- Identificamos diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a dimensão “bem-estar” ( $p=0,021$ ), onde os doentes sem companheiro apresentaram melhores resultados;
- Verificaram-se diferenças significativas entre o nível de escolaridade e a dimensão “sintomas físicos e vida diária” ( $p=0,018$ ) que dentro dos diferentes grupos não se verificou;
- Os doentes profissionalmente ativos revelaram melhores resultados nas dimensões “sintomas físicos e vida diária” e “vida social” concordante com melhor “QV atual”, no entanto as diferenças significativas localizam-se na dimensão “bem-estar” ( $p=0,012$ ) onde sobressai o grupo de doentes profissionalmente não ativos com melhores perceções;

- Apesar do grupo de doentes com excesso de peso apresentar valores médios mais elevados em todas as dimensões, “QV atual” e “QV geral”, verificamos relação de dependência entre o IMC e as dimensões “sintomas físicos e vida diária” ( $p=0,025$ ) e “QV geral” ( $p=0,026$ ) (entre doentes com excesso de peso e obesos) e “vida social” ( $p=0,041$ ) (entre doentes com peso normal e os que apresentam excesso de peso);
- A variável risco social não apresentou relação de dependência com as diferentes dimensões da QV, “QV atual” e “QV geral”;
- A variável funcionalidade familiar influencia a dimensão “bem-estar” ( $p=0,028$ ) (entre os doentes inseridos em famílias com disfunção severa e altamente funcionais), “QV atual” ( $p=0,001$ ) e “QV geral” ( $p=0,012$ ) (entre doentes inseridos em famílias com disfunção leve e altamente funcionais), destacando-se os doentes inseridos em famílias altamente funcionais com piores níveis de QV para as diferentes dimensões e melhor “QV atual” e “QV geral”;
- A etiologia da ferida crónica interfere na dimensão “bem-estar” ( $p=0,002$ ) onde os doentes com úlcera venosa apresentaram melhores resultados em concordância com as restantes dimensões;
- A variável hábitos alcoólicos é explicativa da dimensão “sintomas físicos e vida diária” ( $p=0,021$ ) e “vida social” ( $p=0,030$ ) sendo o grupo queingere o que apresenta melhores resultados. O exercício físico apresenta relação estatisticamente significativa com a dimensão “bem-estar” ( $p=0,031$ ), “sintomas físicos e vida diária” ( $p=0,001$ ), “vida social” ( $p=0,014$ ) e “QV geral” ( $p=0,058$ ), onde realçam os praticantes com melhor resultado. A variável hábitos tabágicos não apresentou diferenças significativas para as diferentes dimensões;
- A variável tempo da ferida não é explicativa das diferentes dimensões da QV nem da “QV atual” e “QV geral”;
- A variável local de realização do penso influencia as dimensões “sintomas físicos e vida diária” ( $p=0,006$ ) e “vida social” ( $p=0,000$ ). Na dimensão “sintomas físicos e vida diária” as diferenças localizam-se entre os doentes que executam os seus tratamentos no centro de saúde e no hospital e entre os primeiros e os tratados no domicílio. Na dimensão “vida social” as diferenças encontram-se entre os grupos referidos na dimensão anterior e entre os doentes tratados na extensão do centro de saúde e o domicílio;

- O tempo despendido para a realização do penso não interfere nos resultados da avaliação das diferentes dimensões da QV nem na “QV atual” e “QV geral”, apesar dos doentes que despendem de menos tempo referirem piores perceções para as diferentes dimensões, “QV atual” e “QV geral”;
- A capacidade funcional é uma das variáveis com influência nas dimensões “sintomas físicos e vida diária” ( $p=0,001$ ), “vida social” ( $p=0,001$ ), “QV atual” ( $p=0,001$ ) e “QV geral” ( $p=0,009$ ), onde quanto menor a incapacidade funcional, melhores perceções de QV;
- A dor é uma das variáveis com influência em todas as dimensões da QV e “QV atual”, quanto menor a dor melhor QV;
- O tempo de duração da ferida a dor e a funcionalidade familiar são variáveis predictoras para a dimensão “bem-estar”, sendo que a dor e a funcionalidade familiar apresentam predição negativa;
- A dor e a capacidade funcional interagem na dimensão “sintomas físicos e vida diária” de forma inversamente proporcional;
- As variáveis risco social, tempo total despendido para a execução do penso, dor e a capacidade funcional são predictoras negativas para a dimensão “vida social”;
- O género e a idade não apresentaram peso preditivo para qualquer uma das dimensões da QV, enquanto a variável dor interage e prediz inversamente com todas as dimensões.

## **CAPÍTULO 3 - DISCUSSÃO**

Após descrição e análise dos resultados obtidos ao longo da investigação efetuada, o presente capítulo terá o propósito de refletir e confrontar os principais resultados obtidos com o quadro teórico de referência, atendendo ao tema, às questões de investigação definidas e às suas possíveis respostas procurando atingir os objetivos propostos. Este capítulo inclui ainda as dificuldades e limitações do estudo sentidas durante a sua realização, bem como as estratégias utilizadas para as ultrapassar.

### **3.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA**

Na elaboração do presente estudo, optámos por uma investigação de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, não experimental e transversal. A técnica de amostragem utilizada, não probabilística e criterial, permitiu adquirir um maior número de doentes em estudo. As conclusões obtidas com este tipo de investigação resultaram das correlações frágeis entre as variáveis comprometendo a relevância do estudo, impedindo generalizações pelo facto de se encontrarem limitadas apenas a um grupo de doentes, sendo que os resultados não são prova de uma relação causa-efeito entre as variáveis em estudo (Fortin, 2009; Coutinho, 2013).

Atendendo à subjetividade do tema QV e à limitação da amostra (doentes com feridas crónicas nos membros inferiores), preferimos a elaboração de um instrumento de recolha de dados (questionário face a face) que englobasse o maior número de variáveis relacionadas com a QV do doente com ferida crónica nos membros inferiores, exigindo que este fosse aplicado no terreno, face a face, contendo vantagens e limitações.

Como vantagens conseguimos um maior número de questionários com respostas completas e corretas, já que a aplicação pessoal do mesmo permitiu tirar dúvidas, adaptar e clarificar questões, possibilitando dados corretos e objetivos. A nossa presença junto dos doentes entrevistados enriqueceu a recolha de dados e tornou o estudo mais fidedigno, honesto e sincero.

Este tipo de investigação obrigou a um período muito longo de recolha de dados (3 meses), com exigência diária de deslocação e disponibilidade para a sua recolha. Disponibilidade não só pessoal como emocional sendo muito difícil manter a neutralidade e a distância dos doentes e da sua situação patológica.

Apesar da recolha de dados ser na maioria efetuada em sala própria respeitando a privacidade, notou-se algum constrangimento por parte de alguns doentes quando as questões eram dirigidas para a qualidade do tratamento, nomeadamente no tempo de espera para a execução do penso e no incómodo da ligadura ou do penso. Temos noção que a presença do investigador poderá ter condicionado algumas respostas. Este tipo de estudo enriqueceria com a análise qualitativa de forma a complementar a compreensão de determinados pormenores importantes no doente com ferida crónica (Fortin, 2009).

Os aspetos éticos foram garantidos, nomeadamente a liberdade e dignidade humana, o anonimato, a intimidade e a privacidade fundamentais para a qualidade dos dados recolhidos.

Como limitação subjetiva, consideramos o tamanho da amostra. Para se conseguirem resultados fidedignos e amostra suficientemente grande, incluímos todos os doentes com todas as tipologias de feridas crónicas nos membros inferiores, excetuando as úlceras por pressão, impedindo a seleção mais limitada e homogénea com consequente aplicação de outro tipo de testes estatísticos (paramétricos). Contrariando esta limitação, Coutinho (2013) lembra que não há nada que prove a superioridade dos testes paramétricos em relação aos não paramétricos, lembrando que os testes não paramétricos são os únicos que podem ser aplicados a variáveis de escala ordinal e nominal e que permitem a análise de amostras de diferentes populações.

A área da QV e da ferida crónica é vasta e implica avaliação de diferentes pormenores. O instrumento final de recolha de dados foi enriquecido com as escalas introduzidas, lembrando a importância do pré-teste que permitiu introduzir a escala do Apgar familiar, onde a funcionalidade familiar foi uma das variáveis com valor preditivo da dimensão “bem-estar” da QV.

Optámos pelo CWIS como instrumento principal de recolha de dados, direcionado para o doente com ferida crónica nos membros inferiores. Apesar do CWIS ser o instrumento de recolha de dados recomendado internacionalmente para avaliação da QV dos doentes com ferida crónica nos membros inferiores (International Consensus, 2012; International Best

Practice Guidelines, 2013; Weissman, et al., 2013), verificámos algumas irregularidades na sua aplicação em Portugal.

Constatamos que a informação que nos foi cedida pelo RIMAS relativamente à operacionalização da escala CWIS diferia da informação que consta no artigo da sua validação para a população portuguesa, nomeadamente na avaliação final de cada dimensão da QV. O RIMAS informava que valores mais próximos de 100 significavam pior perceção de QV, enquanto o artigo da validação referia o contrário, ou seja valores mais próximos de 100 melhores perceções de QV. Deparámos-nos com dificuldade na interpretação dos resultados de acordo com a informação cedida. A fidelidade e validade dos estudos são fundamentais e observámos que alguns dos resultados publicados em artigos consultados, não eram esclarecedores e eram até contraditórios em relação à informação explanada pelo RIMAS. Contactámos frequentemente e pessoalmente os autores da sua validação, que concordaram com a incongruência corrigindo a informação publicada no RIMAS. Esta incongruência obrigou a novos testes estatísticos entre as diferentes variáveis em estudo, prolongando o tempo de término do relatório mas conscientes que chegámos a resultados válidos e fidedignos.

Consideramos também como limitação do estudo, a vasta pesquisa na área da QV e na ferida crónica sem uniformidade nos instrumentos de recolha de dados, limitando as comparações e conclusões.

Apesar da conjuntura social e económica que o país atravessa e a probabilidade da QV se encontrar fragilizada por outros fatores, continuamos a valorizar a sua mensuração neste tipo de doentes, conscientes que o instrumento aplicado incluiu algumas das principais variáveis influentes na sua avaliação permitindo afirmar que foi suficiente para atingir os objetivos inicialmente propostos.

A QVRS é um indicador da avaliação da qualidade dos cuidados prestados, a sua avaliação será uma ferramenta fundamental permitindo avaliar o estado de saúde subjetivo dos doentes com ferida crónica nos membros inferiores e intervir futuramente com planos de cuidados individualizados, tendo em conta a particularidade de cada doente e melhorando pormenores significativos na vida de cada um. São estes cuidados à pessoa com ferida crónica nos membros inferiores que tornam a ferida como parte da vida e não como um “empecilho” à sua evolução e crescimento.

### 3.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A QV centrada no doente com ferida crónica nos membros inferiores é a única variável dependente em estudo. O conceito de QV não é estático, a sua avaliação depende da pessoa, da cultura, das experiências anteriores, da própria personalidade e das expectativas futuras. A presença de uma ferida crónica é sem dúvida um processo limitador, relacionado não só com os sintomas que lhe estão associados mas também com os tempos e gastos monetários necessários para os seus tratamentos interferindo negativamente em áreas importantes da QV, como o bem-estar, vida diária e social.

Inicialmente, no capítulo da fundamentação teórica, procedemos ao seu enquadramento com a finalidade de melhor compreender e relacionar a sua variação relativamente às variáveis independentes presentes no doente com ferida crónica, algumas das quais mensuradas com o instrumento de recolha de dados aplicado.

A amostra final ficou constituída por 149 doentes com diferentes tipologias de feridas crónicas nos membros inferiores, inseridos nas diversas unidades de cuidados da ULSCB.

Sendo a QV a variável dependente, iniciamos este capítulo pela discussão do resultado da sua mensuração, conseguido pelo CWIS, para posteriormente podermos analisar a sua relação com as variáveis independentes, facilitando a sua compreensão.

O uso do CWIS permitiu dar resposta aos objetivos do estudo e principal questão de investigação direcionadas para a avaliação da QV nos doentes com ferida crónica nos membros inferiores. O CWIS permitiu concluir que a ferida crónica interfere de forma negativa na dimensão “bem-estar” da QV com uma média de 36,00% seguida da dimensão “vida social” (56,39%) e por fim a dimensão dos “sintomas físicos e vida diária” com 63,27%. Resultados diferentes dos estudos portugueses consultados e que utilizaram a mesma escala na avaliação da QV e os quais referenciamos de seguida.

Os autores da validação do CWIS para Portugal obtiveram valores mais baixos na dimensão “vida social” (36,22%) seguida dos “sintomas físicos e vida diária” (40,68%) e “bem-estar” (57,26%) (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007). Outros estudos não revelaram os resultados para as dimensões da escala (Pereira, 2009; Justino, 2011; Martins, Rodrigues, & Mesquita, 2012). No seu estudo, Pires (2012) verificou que a dimensão mais afetada pela ferida crónica foi o “bem-estar” (27,08%) seguida dos “sintomas físicos e vida diária” (46,70%) e por fim a “vida social” (59,23%) concordante com o estudo de Saraiva

D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes (2013) onde a dimensão mais afetada também foi o “bem-estar” (37,55%), seguida dos “sintomas físicos e de vida diária” (56,58%) e por fim a “vida social” com 61,72%.

Nas últimas questões do CWIS referentes à QV em geral verificamos que quase metade dos doentes independentemente do género, localizam-se em níveis intermédios de QV atual (45,0%/M=5,20±2,07) e geral (49,0%/M=5,62±1,85) verificando-se relação significativa entre estas duas variáveis e os diferentes níveis de QV. Os estudos portugueses independentemente dos valores obtidos nas diferentes dimensões da QV, obtiveram os mesmos resultados (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007; Pereira, 2009; Justino, 2011; Martins, Rodrigues, & Mesquita, 2012; Pires, 2012; Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, 2013).

No nosso estudo esta realidade permitiu inferir que apesar da ferida crónica influenciar negativamente a dimensão “bem-estar”, a “vida social”, “sintomas físicos e vida diária” e a “QV geral” também se encontram comprometidas pois estão longe dos valores desejáveis. O autor Quartilho (2010) afirma que o bem-estar influencia a saúde física e mental que o *International Consensus* (2012) considera fundamentais para o processo cicatricial da ferida crónica. Relembrando o quadro teórico inicial verificamos que a QVRS não é sinónimo de bem-estar, o que explica os valores intermédios de “QV geral”, ela incluiu outras abordagens e variáveis relacionadas ou não com a saúde (Power, 2008), e as quais exploramos, analisámos e relacionámos com a QV.

### **3.2.1 - Variáveis sociodemográficas/familiares e QV**

Conhecendo a realidade da QV para a amostra em estudo e após a análise descritiva e inferencial das diferentes variáveis independentes, procurámos obter resposta para o último objetivo e questão de investigação direcionados para a identificação das variáveis sociodemográficas, familiares e clínicas que se relacionam com a QV dos doentes com feridas crónicas nos membros inferiores.

O estudo de prevalência de úlceras de perna em Portugal demonstrou que a sua presença era semelhante para ambos os **géneros** (Pina, Kátia, Franks, & Moffat, 2004). No presente estudo o predomínio da ferida crónica nos membros inferiores incidiu maioritariamente no género masculino com 69,8% vs. 30,02% corroborando com os estudos de (Oliveira,

Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira, 2012; Lino, 2013; Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, 2013). Do lado oposto salientamos a maioria dos estudos consultados: o estudo de Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado (2007), onde o género feminino predominou em 55,9%, o estudo de Fagervik-Morton & Price (2009) onde 62,6% da amostra pertencia ao género feminino, no estudo de Martins, Rodrigues, & Mesquita, (2012) com 52% de participantes do género feminino, Salomé, Blanes, & Ferreira (2012) onde 58,35% também pertenciam ao género feminino; o estudo de Harrison, VanDenKerkhof, Hopman, & Carley (2013) onde 56% da amostra eram mulheres e o estudo de Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison (2013) onde 53% pertenciam ao género feminino.

Quando relacionado o género com a QV não se verificaram diferenças significativas para as diferentes dimensões da QV assim como para a “QV atual” e “QV geral” resultados idênticos aos estudos de (Herberger K. , et al., 2011; Salomé, Blanes, & Ferreira, 2012; Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison, 2013; Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, 2013).

Apesar de não se aferir relações de dependência entre o género e as dimensões da QV, verificamos que os homens apresentaram melhor perceção nas dimensões “bem-estar” e “sintomas físicos e vida diária”, enquanto o género feminino apresentou melhor perceção na “vida social”, “QV atual” e “QV geral”. Nos estudos de Campos M. O., et al. (2013) e de Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon (2011) os doentes do género masculino manifestaram piores níveis na dimensão “vida social” associada à imobilidade e incapacidade de estar com os amigos e de participar em atividades de lazer contrariamente, o estudo qualitativo de Souza & Matos (2010) concluiu que a presença do penso e as alterações no modo de vestir provocaram o isolamento social nos doentes do género feminino com intreferência negativa em todas as dimensões da QV. Num estudo de Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison, (2013) os autores concluíram que as mulheres apresentaram piores níveis nos domínios físico e mental mas sem diferenças significativas.

Relativamente à variável **idade**, relembramos que a idade avançada (>60 anos) associada ao envelhecimento e estilo de vida adotado, origina alterações ao nível da pele, tecidos e vasos sanguíneos tornando-os mais suscetíveis a lesões e com maior dificuldade no processo de cicatrização (Dealey, 2008). No estudo de prevalência para o nosso país

verificou-se o predomínio de úlceras de perna em indivíduos com idades superiores aos 80 anos (Pina, Kátia, Franks, & Moffat, 2004). A CONUEI (2009) lembra que em idades superiores a 65 anos a prevalência e a incidência da ferida crônica duplicam.

No nosso estudo verificámos a presença de uma amostra heterogénea, envelhecida prevalecendo o grupo dos idosos (>65 anos), com uma idade média de  $71,34 \pm 12,482$ , variando entre os 29 e os 93 anos de idade. Os resultados dos estudos de (Fagervik-Morton & Price, 2009; Herberger K. , et al., 2011; Salomé, Blanes, & Ferreira, 2012; Lino, 2013; Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, 2013) consolidam a presente realidade, com amostras igualmente envelhecidas. Com conclusões contrárias referenciamos os estudos de (Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira, 2012; Harrison, VanDenKerkhof, Hopman, & Carley, 2013; Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison, 2013; Campos M. O., et al., 2013), com amostras que apresentaram média de idades inferior a 68 anos. No nosso estudo destaca-se o género feminino com média de idade mais elevada, corroborando com os dados revelados pelo (INE, 2012) relativamente ao aumento da esperança média de vida no nosso país.

Ao relacionarmos a variável idade com a QV observaram-se diferenças significativas na dimensão “bem-estar”, onde o grupo dos idosos apresentou melhores perceções, no entanto com piores níveis de “QV atual” e “QV geral” quando comparados com os adultos. Os estudos de Andrade & Martins (2011) de Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, (2012) de Salomé, Blanes, & Ferreira, (2012) e de Campos M. O., et al., (2013) confirmam a nossa realidade ao concluírem que a QVRS piora com a idade. No nosso estudo os doentes adultos referiram melhores níveis na dimensão “sintomas físicos e vida diária”, “vida social”, “QV atual e “QV geral” mas sem diferenças significativas. Nos estudos de Lino (2013) e de Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison, (2013) os autores verificaram que os doentes mais jovens apresentaram mais emoções negativas associados aos objetivos e expetativas de vida. O autor Frade (2010) referenciado por Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, (2012) ao analisar o quarto inquérito nacional de saúde (2005/06) concluiu que a idade e o género correlacionaram-se significativamente com a QV/QVRS e atividades de vida diária. Segundo Canavarro (2010) a idade e o sexo, têm evidenciado fracas associações com a QV.

Quanto ao **local de residência** a maior percentagem de doentes referiu viver na aldeia (55,7%); 26,8% na cidade e 17,4% na vila. No estudo de Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes (2013) 71,20% dos utentes também residia na região rural.

Os doentes da cidade foram os que apresentaram piores ordenações médias nas diferentes dimensões, os residentes na vila melhores ordenações médias para as dimensões “bem-estar”, “vida social”, “QV atual” e “QV geral” e os residentes na aldeia os que apresentaram piores perceções de “QV atual” e “QV geral” mas com melhor perceção na dimensão “sintomas físicos e vida diária”. As diferenças significativas encontraram-se na dimensão “vida social” entre os residentes da vila e cidade e os residentes da aldeia e cidade. Um estudo realizado no nosso país pela guarda nacional republicana e referenciado por Chau, Soares, Fialho, & Sacadura (2012), direcionado para a caracterização da população idosa, confirmaram que os idosos do meio suburbano e rural apresentaram melhor QV para a dimensão relações sociais. Contrariando os nossos resultados referenciamos o estudo de Saraiva, Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes (2013) que concluiu haver relação estatisticamente significativa entre a zona de residência e os domínios físico, vida diária e social e QV em geral, onde os residentes em meio urbano apresentaram melhores resultados. Estes resultados foram referenciados e confirmados anteriormente por Moffatt, Vowden, Price, & Vowden (2008) que acrescentaram que os doentes que se encontram isolados socialmente têm maior risco de problemas psicológicos tais como ansiedade e depressão.

Ao analisar a variável **estado civil** relembramos o estudo sobre os determinantes do estado de saúde português que revelou que as mulheres casadas referem melhores estados de saúde que as solteiras. Os homens por sua vez apresentaram valores muito semelhantes não se verificando grandes diferenças percentuais (Oliveira D. G., 2009).

No nosso estudo a maioria dos doentes (65,8%) vive com o companheiro, com diferenças significativas para o género masculino e 34,2% vive sem companheiro e com diferenças significativas para o género feminino. Nos estudos de (Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira, 2012; Harrison, VanDenKerkhof, Hopman, & Carley, 2013; Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison, 2013; Campos M. O., et al., 2013; Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, 2013) a maioria amostral também vive acompanhada. No estudo de Herberger K. , et al. (2011) apenas 44% dos doentes vive

acompanhado e no estudo de Salomé, Blanes, & Ferreira (2012) predominaram os indivíduos separados.

Na opinião de Quartilho (2010) quando se comparam indivíduos casados e solteiros verifica-se que as pessoas com relações afetivas mais duradouras tendem a ser mais felizes. Na nossa realidade, os doentes com companheiro mencionaram melhor QV na dimensão “vida social”, “QV atual” e “QV geral” e os doentes sem companheiro pontuaram melhor as dimensões “bem-estar” e “sintomas físicos e vida diária”. É na dimensão do “bem-estar” que se localizaram as maiores diferenças entre os grupos e estatisticamente significativas. Os estudos de Martins, Rodrigues, & Mesquita (2012) e de Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes (2013) concluíram que os indivíduos casados apresentaram maiores índices de QV e por sua vez, Andrade & Martins (2011) inferiram não haver relação estatisticamente significativa entre a QV e o estado civil.

Quanto às **habilitações literárias** recapitulamos os resultados do relatório anual do observatório nacional da diabetes (2011) que afirmou que quanto maior o nível educacional menor a prevalência de diabetes. A investigação realizada por Oliveira D.G. (2009, p. 22) concluiu que “os homens e as mulheres analfabetos são os indivíduos que se declaram mais de muito má ou má saúde”.

A maioria dos doentes da nossa amostra apresenta habilitações literárias entre o 1º e o 3º ciclo (65,8%) sobressaindo a baixa percentagem de doentes detentores de estudos entre o ensino secundário e o superior, (6,0% do total amostral). O grupo dos doentes analfabetos (28,2%) apresenta diferenças significativas para o género destacando-se o feminino. No estudo de Martins, Rodrigues, & Mesquita (2012) 90% dos participantes possuía o 1º ciclo do ensino básico e 3% o curso superior. No estudo de Pereira (2009) verificou-se o predomínio de doentes analfabetos e não se verificaram doentes com estudos superiores ao 3º ciclo, realidade idêntica ao estudo de Justino (2011) onde a maioria dos participantes apresentaram baixo nível de escolaridade. Os autores Herberger K. , et al. (2011) concluíram que a maioria dos doentes detinham o ensino secundário.

Da análise da relação entre as habilitações literárias e a QV, verificamos que o grupo dos doentes com ensino secundário/superior foi o grupo com piores níveis de QV nas três dimensões e melhor “QV atual” e “QV geral”. Os titulares de estudos entre o 1º e 3º ciclo (maioria amostral) foram os doentes que apresentaram melhores níveis de QV nas dimensões “sintomas físicos e vida diária” e “vida social” e os doentes analfabetos

melhores resultados na dimensão “bem-estar” mas com piores níveis de “QV atual” e “QV geral”. Verificaram-se diferenças significativas na dimensão “sintomas físicos e vida diária” que dentro dos grupos não se verificou. Os estudos de (Oliveira D. G., 2009; Pereira, 2009; González-Consuegra & Verdú, 2010; OE, 2010; Quartilho, 2010; Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012) concluíram que os doentes com nível de ensino superior apresentaram melhores resultados na avaliação da QVRS.

Relativamente à **situação profissional** verificamos que a maioria dos doentes já se encontra em situação de reforma ou não ativo (85,9%) com 32,2% a referenciam níveis intermédios de QV. Nos estudos de (Pereira, 2009; Justino, 2011; Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira, 2012) a maioria amostral também se encontrava em situação de reforma contrariando a realidade dos estudos de Lucas, Martins, & Robazzi (2008) e Campos M. O., et al., (2013) onde a maior percentagem das suas amostras se encontrava em situação ativa.

Um estudo realizado por Pereira (2009) verificou que a situação de desemprego/reforma não interferiu com a perceção da QVRS e satisfação com a vida no geral, atingindo estes indicadores níveis positivos, realidade em consonância com os nossos resultados onde os doentes profissionalmente não ativos apresentaram melhores perceções na dimensão “bem-estar” e com diferenças significativas. Os doentes ativos profissionalmente apresentaram médias superiores nas dimensões “sintomas físicos e vida diária”, “vida social” e “QV atual” mas sem diferenças significativas. Os estudos realizados por Lucas, Martins, & Robazzi (2008), Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon, (2011) e Pires, (2012) concluíram que os doentes em situação ativa apresentaram pior índice de QV pela intrefêrencia da ferida crónica nas atividades laborais e sociais, realidade também referenciada pelo *International Best Practice Guidelines* (2013).

Outra variável considerada pertinente na avaliação da QV foi o **IMC**. É importante relembrarmos que o excesso de peso e a obesidade são considerados fatores de risco para a deformidade do pé e doença crónica, como diabetes e doença arterial periférica associadas a complicações como as úlceras nos membros inferiores. A mal nutrição ou magreza extrema aparecem mais associadas ao desenvolvimento de úlceras por pressão do que propriamente ao desenvolvimento da ferida crónica nos membros inferiores (McIntosh, 2009; Soriano & Pérez, 2011).

São poucos os estudos encontrados que relacionam o IMC com a ferida crónica e a QV. Na avaliação da relação com as diferentes dimensões da QV concluímos que o grupo de doentes com excesso de peso apresenta valores médios mais elevados em todas as dimensões, “QV atual” e “QV geral”, indiciando melhores níveis de QV. Verificamos diferenças significativas na dimensão “sintomas físicos e vida diária” e “QV geral” entre doentes com excesso de peso e obesos; na “vida social” entre doentes com peso normal e doentes com excesso de peso. Os autores Campos M. O., et al, (2013) no estudo relacionado com o impacto dos fatores de risco para as doenças crónicas na QV, verificaram que 51,7% da amostra apresentava obesidade e piores níveis de QV associado sobretudo ao domínio físico. Apenas o estudo de Herberger K. et al (2011) avaliou o IMC com uma média de  $27,73 \pm 6,67 \text{kg/m}^2$  (pré-obesidade), mas este não se revelou com valor preditivo para as dimensões da QV.

Para além da interferência das variáveis sociodemográficas na QV, no quadro concetual do presente relatório são várias as referências ao papel da família e da própria sociedade junto dos doentes com ferida crónica. A sua presença ativa e o seu apoio são fundamentais para a aceitação e adaptação do doente à sua situação clínica, colaborando ativamente para a sua independência e recuperação (Andrade & Martins, 2011; Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon, 2011; Martins, Rodrigues, & Mesquita, 2012; Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, 2013).

Atendendo aos dados do relatório sobre o envelhecimento da população em Portugal, a região centro apresenta, após o Alentejo, as percentagens mais elevadas de população idosa que vive exclusivamente com outro idoso (42,9%). O mesmo relatório afirmou que só 2% da população com 65 e mais anos não tem contacto com amigos situando Portugal entre os cinco países com maiores relações de amizade. Ao referenciar um estudo efetuado pela DGS em 1995 sobre a QV da pessoa idosa portuguesa, o mesmo concluiu que “a ausência de atividade lúdica” era um dos aspetos com influência negativa na QV neste grupo etário (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

Dada a importância da variável em estudo, esta foi avaliada em vários momentos do instrumento de recolha de dados, através da escala de “Gijón”, escala de Apgar familiar e nas duas questões iniciais do esquema Cardiff que serão analisadas em simultâneo por se apresentarem teoricamente interligadas.

A escala de “Gijon” permitiu avaliar o aspeto social na globalidade, incluindo na sua avaliação variáveis como, a **situação familiar, situação económica, estado habitacional, relações sociais e apoio de rede social** possibilitando classificar a maioria dos doentes em risco social normal ou baixo (79,9%). Verificamos uma relação de dependência entre o risco social normal e baixo e melhores níveis de “QV atual” e “QV geral” e risco social elevado e piores níveis de “QV atual” e “QV geral”. Após análise inferencial concluímos que apesar dos doentes com risco social normal e baixo apresentarem melhores ordenações médias na dimensão “vida social”, “QV atual” e “QV geral” estas diferenças não foram estatisticamente significativas, contudo o risco social foi uma das variáveis predictoras negativas da dimensão “vida social”.

A *International Consensus* (2012) e o *International Best Practice Guidelines* (2013) concluíram que os doentes com menor suporte social e baixo nível económico têm maior probabilidade de desenvolver uma ferida com conseqüente atraso cicatricial realidade referenciada e concluída anteriormente nos estudos de (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008). A CONUEI (2009) afirmou que o baixo nível socioeconómico é um dos fatores de risco para o pé diabético.

Relativamente à **situação familiar**, o primeiro item avaliado pela escala de Gijón, averiguamos que 82,5% dos doentes vive com a família/conjuge e 17,4% vive sozinho com/sem filhos próximos, com diferenças significativas neste grupo e para o género feminino. Resultado idêntico à primeira questão inicial do esquema Cardiff que nos permitiu inferir que 83,2% dos doentes vivem acompanhados e 16,8% vivem sozinhos. No estudo de Herberger K., et al. (2011) 56% dos doentes viviam sozinhos.

De acordo com os dados do relatório do envelhecimento da população é na grande Lisboa onde se verifica maior percentagem de idosos a viverem sós (23%) seguido da Covilhã e Évora com 22,7%. Verifica-se que a condição de idosos a coabitar exclusivamente com outro idoso é maior nas zonas rurais ou concelhos urbanos da zona interior do país, confirmando a nossa realidade (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

Nas **relações sociais**, a grande maioria (90%) referiu manter relações sociais (família, vizinhos e amigos). Na resposta à segunda questão do esquema Cardiff, 81,9% estão frequentemente com a família e amigos e 18,1% estão ocasionalmente com eles resultados corroborados por (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007; Pereira, 2009; Harrison, VanDenKerkhof, Hopman, & Carley, 2013; Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, &

Harrison, 2013; Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, 2013) e contraditório aos resultados de Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, (2012) que concluíram que Castelo Branco é o distrito onde a população tem menor contacto com familiares/amigos/vizinhos.

Para ambas as questões do esquema Cardiff, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para ambos os géneros, revelando-se o género feminino mais sozinho e isolado. Realidade já confirmada na descrição da variável estado civil, onde o género feminino se destacou e com diferenças significativas no grupo dos viúvos. Nos estudos de (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007; Martins, Rodrigues, & Mesquita, 2012; Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, 2013) sobressaiu o género masculino mais sozinho mas sem diferenças significativas para a QV. A nossa realidade poderá estar associada ao aumento da expectativa de vida das mulheres, que apresentam média de idade mais elevada, e ao desempenho de diferentes papéis na família e sociedade, o que facilita a satisfação de outro tipo de atividades (domésticas). O seu isolamento pode também estar associado à presença da ferida, penso, dor e estados depressivos que a impedem de sair e obter contacto social, realidade referenciada nos estudos de (Lucas, Martins, & Robazzi, 2008; Salomé, Blanes, & Ferreira, 2012; Campos M. O., et al., 2013) e não observada na avaliação da dimensão “vida social” onde se distinguiu o género masculino mas sem diferenças significativas. Na avaliação da dor, o género feminino destacou-se na dor moderada e intensa mas também sem diferenças significativas.

A aplicação da escala de **Apgar familiar** permitiu concluir que a maioria dos doentes (67,1%) se localiza em famílias altamente funcionais mas sem diferenças significativas entre os géneros. Verificamos relação de dependência entre pertencer a famílias altamente funcionais e melhores índices de “QV atual” e “QV geral”, realidade referenciada e valorizada pelos doentes do estudo, no momento do pré-teste. Os estudos de Andrade & Martins (2011) e de Martins, Rodrigues, & Mesquita (2012), concluíram que os indivíduos integrados em famílias altamente funcionais apresentaram níveis moderados de QV. Outros estudos nomeadamente de Lucas, Martins, & Robazzi (2008), Lara, Júnior, Pinto, Vieira, & Wichr (2011), Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon, (2011) e o *International Consensus* (2012) revelaram que o cuidado e o apoio familiar têm uma importância especial para os doentes com feridas crónicas realidade também partilhada por

Moffatt, Vowden, Price, & Vowden (2008), Sousa (2009), Sousa & Matos (2010) e Justino (2011).

Analisando as diferentes dimensões da QV, verificamos que os doentes inseridos em famílias altamente funcionais apresentaram piores níveis nas três dimensões em estudo, inversamente os doentes inseridos em famílias com disfunção severa referenciaram melhores níveis nas dimensões da QV. As diferenças estatisticamente significativas verificaram-se na dimensão “bem-estar” (entre os doentes inseridos em famílias com disfunção severa e altamente funcionais), “QV atual” e “QV geral” (entre doentes inseridos em famílias com disfunção leve e altamente funcionais). A funcionalidade familiar foi uma das variáveis perdidoras negativas da dimensão do “bem-estar”. O estudo de Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, (2013) concluiu não haver relação entre o apoio familiar e melhores níveis de QV.

Os participantes do estudo de Mudge, Spanou, & Price (2008) e de Harrison, VanDenKerkhof, Hopman, & Carley (2013), apesar das limitações impostas pela presença da ferida crónica e de valorizarem o apoio familiar, mantiveram a sua independência sem procurarem apoios. Na nossa amostra 47,0% referiu não ter apoio social, 41,6 assumiram ter apoio familiar ou de vizinhos, do voluntariado social e/ou de ajuda domiciliária, 2,0% aguardam entrada numa instituição geriátrica e 9,4 já possuem cuidados permanentes. De acordo com os dados do relatório sobre o envelhecimento da população, Portugal (66,2% da população) é um dos países com menor independência de idosos, justificada pela integração destes em famílias que integram várias gerações, sendo o seu cuidado entregue aos familiares mais novos (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

Apesar da maioria dos participantes do estudo de Lino (2013) usufruírem de suporte familiar como principal apoio social (89,7%), este não afetou o nível de autoestima dos doentes com ferida crónica.

Para além do apoio social e familiar, uma boa **situação económica** foi referida por muitos doentes como a condição necessária para uma boa QV. Perante a situação atual do país foi uma das situações mais verbalmente referidas e com influência negativa no bem-estar de alguns idosos, situação já referenciada pelos participantes do estudo de Lucas, Martins, & Robazzi (2008). A OE (2010) afirmou que os fatores de risco e as doenças crónicas estão profundamente relacionadas com a pobreza de um país, Quartilho (2010, p. 91) acrescentou que “quanto mais alto o estatuto social mais e melhor se vive” conclusão

idêntica referenciada por González-Consuegra & Verdú, (2010), Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, (2012) e Campos M. O., et al., (2013).

Segundo dados provisórios do INE o limiar de pobreza relativa corresponde à população com rendimento anual inferior a 5046 euros que corresponde a 421 euros mensais (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

Nos doentes em estudo apenas apuramos diferenças significativas para o género masculino e no escalão localizado entre 2 salários mínimos até um salário mínimo (20,1%). De referir que o grupo com maior percentagem de doentes se localizou entre o salário mínimo até à pensão do sistema contributivo com 34,2% situado no referido limiar de pobreza. No estudo de Pereira (2009) verificou-se relação estatisticamente significativa entre a existência da ferida, condições sociodemográficas e económicas desfavoráveis e baixos índices de socialização realidade também concluída no estudo de Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira (2012) mas sem diferenças significativas. Os participantes do estudo de Justino (2011) apresentaram um nível económico razoável e atribuíram uma classificação intermédia à QV geral.

Outra das dimensões avaliadas pela escala de Gijon centrou-se no **estado habitacional**. Dados provisórios referenciados pelo INE apenas 4% da população portuguesa apresenta condições graves de miséria habitacional. Estas condições incluem, higiene habitacional deficitária, a ausência de luz natural, de casa de banho, a presença de humidade entre outras (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

A maioria dos doentes referiu viver numa habitação adequada às necessidades (51,0%) e com algumas barreiras arquitetónicas (47,0%). Um estudo realizado por Pereira (2009) analisou as condições de habitabilidade dos seus doentes e a maioria apresentava fracas condições habitacionais, contrariamente a Justino (2011) que considerou aceitáveis os níveis habitacionais da amostra do estudo.

Terminando a discussão da avaliação sociodemográfica e familiar da QV concluímos que a idade, estado civil, situação profissional e funcionalidade familiar influenciaram a dimensão “bem-estar”; as variáveis nível de escolaridade e IMC relacionaram-se com a dimensão “sintomas físicos e vida diária” e as variáveis local de residência e IMC interferiram com a dimensão “vida social”. De todas as variáveis sociodemográficas e familiares analisadas apenas o IMC e a funcionalidade familiar influenciaram a “QV geral”.

Em resposta à questão de investigação direcionada para a identificação das variáveis sociodemográficas e familiares com influência na QV, podemos concluir que o género e a idade não tiveram qualquer valor preditivo para as diferentes dimensões da QV. A funcionalidade familiar é a variável preditora negativa da dimensão do “bem-estar” e o risco social prediz inversamente a dimensão “vida social”.

Os investigadores Herberger K., et al. (2011) também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre fatores sociodemográficos (idade, sexo, situação familiar, local de residência, escolaridade) e a QV no doente com ferida crónica.

O investigador Frade (2010) referenciado por Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, (2012) concluiu que a idade, o género, o nível de ensino e o nível de rendimento correlacionam-se significativamente com as variáveis de QV/QVRS e atividades de vida diária. A autora Canavarro (2010) lembra que o emprego, o nível de rendimentos, a rede social e personalidade, apresentam fortes associações com a QV.

### **3.2.2 - As variáveis clínicas e a QV**

Na continuidade da resposta à segunda questão de investigação, procedemos à discussão dos resultados das variáveis clínicas mais influentes na QV e com diferenças estatisticamente significativas.

A CONUEI (2009) refere que cerca de 75 a 80% das feridas crónicas nos membros inferiores são de origem venosa, 0,2 a 2% de origem arterial e 15 a 25% de origem neuropática.

A **tipologia da ferida** crónica nos membros inferiores mais prevalente nos doentes em estudo foram a úlcera venosa (40,3%) o pé diabético (31,5%) e a ferida traumática (18,1%). Da análise entre os dois principais tipos de feridas, verificamos que os doentes com úlcera venosa apresentaram melhores resultados para as dimensões da QV e os doentes com pé diabético melhores níveis de “QV atual” e “QV geral”, diferenças com significância estatística para a dimensão “bem-estar” da QV.

No estudo de Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira (2012), verificou-se que 51,3% dos doentes tinham úlcera venosa, 30,3% úlcera diabética e 10,5% úlcera arterial. Os doentes com úlcera arterial referiram dor forte, contrariamente aos doentes com pé diabético, etiologia associada a menor dor referida, realidades com diferenças

significativas. Noutro estudo realizado por Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison (2013), 86,5% dos doentes apresentaram úlcera venosa, mas os piores níveis de QV encontraram-se associados às úlceras arteriais. Resultado idêntico à investigação de Herberger K., et al. (2011) que acrescentaram as vasculites como outra etiologia da ferida associada a pior QV realidade também confirmada pela *International Best Practice Guidelines*, (2013). Por sua vez Lino (2013), verificou que os doentes com úlcera arterial apresentaram maior capacidade funcional, quando comparados com os doentes com úlcera venosa. Na revisão da literatura Price & Krasner (2012) em concordância com *International Best Practice Guidelines*, (2013), lembram que a maioria dos estudos com doentes com pé diabético demonstraram, que a vida é vivida sempre com sentimentos de stresse, medo da infeção e de uma possível amputação.

O **tempo de permanência ativa** da ferida crónica foi outra das variáveis avaliadas nos doentes em estudo. Sabemos que quanto mais tempo a ferida demorar a cicatrizar maior o impacto na vida e QV do doente (Vowden P. , 2011). Nos doentes em estudo verificámos que o tempo de ferida ativa variou entre as 6 e as 2880 semanas (60 anos) com uma média de  $255,14 \pm 475,70$  semanas, com os doentes do género masculino a apresentarem valores de duração mais elevados, sobressaindo 67,1% da amostra com **antecedentes de ulceração** associada às elevadas taxas de recidiva que as úlceras venosas e neuropáticas apresentam (Gonzalez, et al., 2011). Um estudo realizado por Herberger K., et al. (2011) concluiu que a média de duração da ferida foi de  $30,1 \pm 77,03$  meses. Na investigação de Justino verificou-se 20 meses de duração média com uma média de recidiva de três vezes. Na investigação de Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira, (2012) 35,5% dos doentes apresentaram ferida ativa há menos de um ano e 14,5% há mais de dez anos. No estudo de Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison, (2013) 51,8% apresentou úlcera ativa há mais de 6 meses com uma média de permanência ativa de 8,7 meses.

Após a recodificação da variável e da sua relação com a QV, concluímos que os doentes com menor e maior tempo de ferida referiram melhores perceções nas dimensões da QV, “QV atual” e “QV geral”, com exceção da dimensão “bem-estar” onde os doentes com ferida ativa  $\geq 209$  semanas apresentaram valores médios mais baixos e sem diferenças significativas, no entanto a variável tempo de duração da ferida apresentou peso preditivo na dimensão “bem-estar” da QV. Os autores (Baranosky & Ayello, 2006; González-Consuegra & Verdú, 2010; Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon, 2011; Lino,

2013) verificaram que indivíduos com ferida ativa por mais tempo apresentaram níveis mais elevados de saúde que indivíduos com ferida recente. Os autores concluíram que a presença da ferida crónica desenvolve a capacidade dos indivíduos se adaptarem e aumentarem as suas habilidades e estratégias, conseguindo assumir a sua independência nas atividades da vida diária e os seus próprios tratamentos, melhorando o bem-estar geral.

No estudo Herberger K., et al. (2011) e de Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison, (2013), os autores concluíram que o tempo da ferida influenciou negativamente a vida e os diferentes domínios da QV dos doentes em estudo e com diferenças significativas.

Para além do tempo da ferida, o local de realização do penso tem sido referido como influente na perceção da QV (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008). Idealmente o **local de realização do penso** deveria ser a própria residência, diminuindo o impacto negativo que a deslocação e o tempo perdido para a sua execução provocam na vida dos doentes. Normalmente no nosso sistema de saúde o domicílio é utilizado para doentes dependentes e com graves limitações. No nosso estudo, o hospital foi o local mais utilizado para a execução do tratamento das feridas (49,7%), local a ser evitado pelo risco de infeções nosocomiais e o segundo local onde os doentes referiram piores índices de QV. Os doentes do estudo de Justino (2011) foram tratados no centro de saúde e domicílio, mas a autora não analisou a sua relação com a QV.

Da análise efetuada verificamos que os doentes cujos tratamentos são efetuados nos centros de saúde apresentaram melhores perceções de QV nas três dimensões, “QV atual” e “QV geral” contrariamente aos doentes tratados no domicílio, doentes normalmente mais dependentes e mais limitados, que referiram piores perceções na generalidade. Os doentes tratados no hospital, local onde exercemos funções, são o terceiro grupo com melhores perceções de QV nas diferentes dimensões. Verificaram-se diferenças significativas na dimensão “sintomas físicos e vida diária” entre os doentes que realizam os seus tratamentos no centro de saúde e no hospital e entre os primeiros e os tratados no domicílio. Para a dimensão “vida social” a diferença encontrou-se entre os grupos referidos anteriormente e entre os doentes tratados na extensão do centro de saúde e no domicílio e entre os doentes tratados na extensão e o hospital.

Em Portugal não se encontraram estudos direcionados para esta problemática, no entanto ao assistirmos a uma *web cast* centrada na infeção da ferida crónica, foi mencionado os

resultados de um estudo efetuado na Inglaterra com 270 doentes onde verificaram que 48,3% dos pacientes com ferida crónica nos membros inferiores eram tratados em casa, 28,7% na clínica específica para tratamento da ferida crónica (“clubes da perna”) e apenas 3,8% dos pacientes eram tratados no hospital (Dowsett, 2014).

De acordo com Clark (2010) e Kaiser (2012) os utentes cuidados nos “clubes da perna” apresentavam aumento da autoestima e motivação assim como melhoria na cicatrização da úlcera e dor, associados a melhores índices de QV, quando comparados com os indivíduos tratados no domicílio.

Os autores Herberger K., et al. (2011) verificaram que as variáveis duração da ferida, tratamento realizado pelos seguros de saúde em centros especializados, foram consideradas variáveis perditoras para a satisfação com os serviços de saúde e melhor QV. As autoras Fagervik-Morton & Price (2009) concluíram que os planos de cuidados prestados à ferida com envolvimento do doente resultaram em melhor aceitação do problema e melhor QV realidades corroboradas por Green & Jester (2009), Sousa (2009) e Price & Krasner (2012).

A QVRS do doente com ferida crónica nos membros inferiores depende não só do local de realização do penso mas da **frequência da sua mudança** e do **tempo total despendido para a sua realização** associado ao aumento da ansiedade, stresse e dor sendo considerada por muitos doentes uma das piores experiências associadas à presença da ferida crónica (Mudge, Spanou, & Price, 2008; Solowiej, Manson, & Upton, 2010; International Consensus, 2012). A frequência e o tempo total despendido para a realização do penso arrastam consigo para além de custos humanos custos sociais elevados (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008; Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010; International Consensus, 2012).

Ao longo da análise das diferentes variáveis verificamos que a maioria dos doentes do estudo reside maioritariamente na aldeia (55,7%) e o local mais frequente para a realização dos tratamentos à ferida crónica é o hospital (49,7%), situado na cidade, induzindo a necessidade de deslocação e do aumento do tempo necessário para a realização do penso, deixando para trás importantes atividades do dia-a-dia. Os nossos doentes apresentaram uma **frequência de realização** do penso de duas vezes por semana (40,3%) com uma demora média de  $85,44 \pm 69,61$  minutos/dia.

Também constatamos que o tempo despendido para a realização do penso não interferiu nos resultados da avaliação das diferentes dimensões da QV nem na “QV atual” e “QV geral”. Apesar dos doentes que despendem de menos tempo referirem piores perceções para as diferentes dimensões, “QV atual” e “QV geral” esta variável é preditora negativa da dimensão “vida social”. Estudos concluíram que quanto maior o tempo despendido para os tratamentos pior QVRS (Sousa, 2009; Herberger K., et al., 2011) dados também corroborados pelo *International Consensus* (2012). No entanto, os autores Herberger K., et al. (2011) verificaram que o número de vezes em que o penso foi efetuado não interfereu com a perceção da QVRS.

Outras das variáveis com influência na QV são os estilos de vida e os comportamentos adotados ao longo da vida (fumar, ingerir bebidas alcoólicas em excesso, sedentarismo, stresse, mal nutrição e outros) que interferem no processo de crescimento e envelhecimento assim como aumentam a probabilidade de comorbilidades associadas, tais como diabetes, obesidade, hipertensão arterial, aterosclerose, dislipidémia, doença cardíaca, insuficiência arterial e venosa, fatores que colaboram para o aparecimento da ferida e sua cronicidade (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008; Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010; Gonzalez, et al., 2011; Trostrup, Bjarnsholt, Kirketerp-Moller, Hoiby, & Moser, 2013).

Na atual investigação os principais **fatores de risco/comorbilidades** identificados foram a vasculopatia periférica (70,5%), a hipertensão arterial (60,4%) a diabetes (51%), os antecedentes tabágicos (38,3%) e a obesidade (28,2%). A hipertensão arterial foi o fator de risco mais mencionado pelos doentes do género feminino (21,5%) e a vasculopatia periférica o fator de risco mais referido pelos homens (51,0%). Os antecedentes tabágicos e a diabetes apresentaram diferenças significativas para o género masculino.

No estudo de Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira, (2012) as comorbilidades mais prevalentes foram a vasculopatia com 61,8%, diabetes com 40,8%, hipertensão arterial com 34,2%. No estudo de Herberger K., et al. (2011) a hipertensão surge em primeiro lugar com 55% seguida da obesidade e doença cardíaca com 24% para cada e diabetes com 22% sem relação de dependência com a QVRS. No estudo de Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison, (2013), a hipertensão foi considerada a comorbilidade mais frequente em 53% da amostra sendo a artrite (37,4%) associada a pior QV no domínio físico e com diferenças significativas.

Analisando os **hábitos de vida** (alcoólicos, tabágicos e exercício físico), relembramos que o excesso de bebidas alcoólicas e o tabaco são considerados dois dos principais fatores de risco associado à arteriopatia periférica, principal comorbidade identificada nos doentes em estudo. O álcool em excesso favorece o envelhecimento prematuro dos vasos sanguíneos e o aumento dos triglicéridos com conseqüente aumento da aterosclerose e doença arterial periférica. A nicotina e o monóxido de carbono presente nos cigarros provocam alterações nos componentes sanguíneos, nomeadamente nos fatores de coagulação e no envelhecimento prematuro da parede das artérias, encontrando-se também relacionado com a arteriosclerose e formação de trombos. O risco de arteriopatia aumenta 15 vezes mais em indivíduos que fumem mais de 15 cigarros/dia. Os danos causados são irreversíveis e o abandono dos hábitos tabágicos apenas atrasa a evolução da doença (Asociación Española de Enfermería Vasculare, 2004).

Face á amostra predominantemente idosa e maioritariamente do género masculino, verificamos que apenas 10,7% assumiu que fuma uma média de 14,19 cigarros/dia, (38,3% dos doentes referiram antecedentes tabágicos) e 34,2% dos doentes do género masculino admitiu ingerir bebidas alcoólicas preferencialmente às refeições (50,0%).

Após análise inferencial, os hábitos alcoólicos apresentaram relação de dependência nas dimensões “sintomas físicos e vida diária” e “vida social”, sobressaindo o grupo que ingere bebidas alcoólicas, com melhores níveis nas três dimensões, “QV atual” e “QV geral”. Os hábitos tabágicos não interferiram nas diferentes dimensões da QV, “QV atual” e “QV geral” apesar dos doentes que fumam apresentarem melhores resultados para as dimensões “sintomas físicos e vida diária”, “vida social”, “QV atual” e “QV geral”.

Outro hábito de vida avaliado nos doentes em estudo foi o exercício físico considerado parte integrante dos hábitos de vida saudáveis. Para a população idosa o exercício físico é fundamental para a manutenção da massa muscular e óssea e para a manutenção da saúde física e mental fundamental para o bem-estar e para QV. Segundo dados da DGS (2006) referentes a 1999, apenas 2,4% da população idosa pratica exercício físico regularmente. No nosso estudo e tendo em conta que todos os doentes têm uma ferida ativa nos membros inferiores, só uma pequena minoria amostral referiu praticar exercício físico (15,4%) com melhores resultados nas diferentes dimensões, “QV atual” e “QV geral” e com diferenças significativas. Nos estudos consultados, relacionados com a ferida crónica nos membros inferiores, não se encontraram relação com os hábitos de vida, apenas o estudo de Campos

M. O., et al., (2013) concluiu que independentemente da doença crónica, o tabagismo foi um dos fatores de risco com maior impacto nas dimensões física e mental da QV e os hábitos alcoólicos na dimensão capacidade funcional e com diferenças significativas.

Nos doentes em estudo a dimensão “sintomas físicos e vida diária” foi a que apresentou melhores resultados para a QV, talvez associada à evolução da ciência e dos conhecimentos na área, diminuindo o impacto da ferida ativa na vida diária do doente. Os sintomas físicos associados à presença da ferida crónica incapacitam os doentes com repercussões aos restantes domínios da QV e QV geral. Não podemos esquecer que o principal objetivo do doente é, na maioria das vezes, o alívio de sintomas permitindo-o esquecer a presença da ferida.

O domínio físico foi o mais referenciado no quadro teórico inicial. As alterações neste domínio são frequentemente motivos de procura de cuidados de saúde. A capacidade física, independentemente da idade é um bem físico e social fundamental para a QV de qualquer indivíduo (OE, 2010; International Consensus, 2012). Portugal é o segundo país da união europeia “com as mais elevadas taxas da população idosa com limitações nas atividades de vida diária” (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012, p. 82).

Perante a amostra envelhecida, uma das variáveis avaliadas e com influência na QV, independentemente da presença da ferida, foi a **capacidade funcional** dos doentes. Da sua análise concluímos que a maioria dos doentes (69,1%) apresenta ausência de incapacidade nas principais atividades de vida diária e com influência nas dimensões “sintomas físicos e vida diária”, “vida social”, “QV atual” e “QV geral” apresentando valor preditivo negativo nestas dimensões. As limitações físicas e a doença crónica não são sinónimas de ausência de QV, indivíduos com graves limitações poderão referir níveis elevados de QV. A autora Lino (2013), concluiu que quanto maior a independência funcional maior o nível de autoestima dos participantes do seu estudo. A autora Justino concluiu que a sua amostra era maioritariamente independente nas atividades de vida diária, mas não relacionou esta variável com a QV.

Associada à incapacidade funcional e relacionada com a presença da ferida crónica temos os sintomas como a dor, a presença do penso, o prurido, o exsudado, o cheiro, o edema associado à infeção que interferem diretamente nas atividades de vida e na QV dos doentes, limitando-os (Vowden, Apelqvist, & Moffatt, 2008; International Consensus, 2012). Esta sintomatologia provoca consequências negativas a nível pessoal associada à

imobilidade, dificuldade em dormir, tomar banho, escolher e usar o vestuário e calçado mais adequado que por sua vez provocam isolamento social e alterações no bem-estar e QV (Fagervik-Morton & Price, 2009; Sousa, 2009; Pires, 2012; Price & Krasner, 2012).

Na dimensão “sintomas físicos e vida diária” e atendendo à avaliação subjetiva e objetiva, verificamos que os problemas subjetivos mais referenciados e com diferenças significativas foram: problema com as tarefas diárias e a imobilidade fora e dentro de casa. Os problemas objetivos mais interferentes e associados à presença da ferida crónica foram: a dificuldade em tomar banho, problemas com as tarefas diárias e a imobilidade fora e dentro de casa. Questões como o cheiro da ferida, dificuldades económicas associadas à ferida e encontrar calçado apropriado foram os sintomas menos valorizados quer objetiva quer subjetivamente.

No estudo de Saraiva D. M., Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes (2013) a dor foi o sintoma mais referido, seguido da dificuldade em tomar banho, tempo necessário para tratar a ferida, dormir mal e problemas com as tarefas diárias sintomatologia também referida pela maioria dos estudos consultados (Lucas, Martins, & Robazzi, 2008; Mudge, Spanou, & Price, 2008; Sousa, 2009; Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010; Silva, 2010; Souza & Matos, 2010; Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, & Marcon, 2011; Maddox, 2012; Green J. , Jester, McKinlay, & Pooler, 2013).

A dor foi o sintoma mais manifestado nos estudos consultados, associado à presença da ferida crónica e considerado limitador da QV necessitando de uma abordagem emergente (Gorecki, et al., 2010; Maddox, 2012; Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira, 2012). A dor é uma sensação subjetiva, multidimensional dependente da pessoa, das experiências de vida associadas à dor e de todo o meio que a rodeia. A dor física, psíquica, social e espiritual associada à ferida crónica é na maioria das vezes uma dor silenciosa dependente da etiologia da ferida, do tratamento, da fase de cicatrização ou de possíveis complicações (European Wound Management Association, 2002; Department of Health, 2010) sendo a dor associada à mudança do penso, considerada a pior experiência dolorosa vivida (Solowiej, Manson, & Upton, 2009; Sousa, 2009; Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira, 2012; Pires, 2012), variável que não foi avaliada pelo nosso instrumento de recolha de dados.

Pela sua importância recorremos à escala numérica da dor e concluímos que esta esteve presente na totalidade dos doentes em estudo, localizando-se na dor moderada com uma

média de  $4,56 \pm 2,66$ , verificando-se que doentes com dor moderada a intensa se localizam em maior número nos níveis intermédios de QV atual e geral. A dor foi o sintoma mais referido mas pouco intrefere na vida diária. Com diferenças significativas surgiu o género masculino no grupo da dor ligeira (24,2%) encontrando-se a maioria dos doentes do género feminino no grupo da dor intensa e moderada com (12,1% e 11,4% respetivamente) e sem diferenças significativas, resultados concordantes com o estudo de (Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison, 2013).

Dependendo do grau de dor associado assim será a necessidade de analgesia. Na nossa amostra verificou-se que a maioria (69,1%) nega ingerir analgesia antes da realização do penso, independentemente da intensidade da dor. Os autores Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, & Pereira (2012) verificaram que 75% da amostra referiu dor. A média de dor referida pelos participantes do estudo de Herberger K., et al. (2011) situou-se nos  $2,65 \pm 2,84$  na escala numérica da dor e com influência negativa na QV. No estudo de Harrison, VanDenKerkhof, Hopman, & Carley, (2013) 85% dos participantes referiram dor, destes só metade é que estava medicada com analgesia. O *department of health* (2010) afirma que uma dor não resolvida poderá afetar negativamente a cicatrização e consequentemente a QV do doente.

No nosso estudo a dor foi uma das variáveis que se relacionou com todas as dimensões da QV e “QV atual” observando-se no modelo de regressão uma correlação negativa com todas as dimensões permitindo concluir que quanto menor a dor melhores resultados para a QV. Na investigação de Hopman, Buchanan, VanDenKerkhof, & Harrison (2013) também verificaram uma relação entre a intensidade da dor e piores níveis de QV no domínio físico e mental. A autora Lino (2013) verificou que apesar dos indivíduos em estudo apresentarem níveis elevados de dor, esta não interferiu com a autoestima dos doentes. Os doentes do estudo de Justino (2011) recorreram à terapêutica farmacológica e não farmacológica para controlo de sintomas, estratégias positivas para aceitação da ferida.

Obtendo resposta à última questão de investigação, interferiram na dimensão “bem-estar” as variáveis clínicas; dor, tipologia da ferida e exercício físico; nas dimensões “sintomas físicos e vida diária” e na dimensão “vida social” verificamos que as variáveis capacidade funcional, dor, hábitos alcoólicos, exercício físico e o local de realização do penso se relacionaram com estas dimensões. A dor, a funcionalidade familiar e o tempo de duração da ferida são variáveis preditoras da dimensão “bem-estar” destacando-se a dor e a

funcionalidade familiar com correlações negativas; a dor e a capacidade funcional predizem inversamente a dimensão “sintomas físicos e vida diária” e as variáveis dor, capacidade funcional, risco social e o tempo de demora para a execução do penso são preditoras negativas para a dimensão “vida social”.

Também verificamos que são poucas as variáveis clínicas relacionadas com os níveis de “QV atual” e “QV geral”. Não se verificam diferenças significativas entre as principais etiologias da ferida crónica, antecedentes de ulceração, hábitos tabágicos e alcoólicos e os níveis de “QV atual” e “QV geral”, confirmando-se a independência destas variáveis. Para a “QV atual” verificou-se interferência da variável tempo da ferida, capacidade funcional, dor e administração de analgésico e para a “QV geral” interferiram as variáveis capacidade funcional, o exercício físico, local de realização do penso e o tempo necessário para a sua realização.

A QVRS não é só o resultado da avaliação do estado de saúde, ela é o resultado de todo o ambiente que rodeia o indivíduo, da sua experiência com os cuidados prestados, personalidade, espiritualidade e apoios sociais e familiares. A satisfação com os cuidados de saúde, o otimismo e a espiritualidade são considerados fundamentais para a aceitação e controlo da doença crónica (Lara, Júnior, Pinto, Vieira, & Wichr, 2011; Ribeiro I. L., 2011; International Consensus, 2012), variáveis que não foram avaliadas. O autor Sousa (2009) verificou que o apoio de excelência dos profissionais de saúde, da família direta e o recurso ao divino foram classificados como positivos na vida e no tratamento da ferida crónica.

Concluimos a discussão dos resultados afirmando que os doentes com ferida crónica apresentaram uma QV no nível intermédio e com valores negativos na dimensão “bem-estar”. Finalizamos conscientes que o instrumento aplicado não avaliou algumas das variáveis relacionadas com a QV do doente com ferida crónica. A investigação é assim mesmo, procura respostas e encontra inquietações para estudos futuros. Terminamos esta investigação com a certeza de que a presença de uma ferida crónica interfere negativamente na vida do doente. Cada estudo, cada localidade, cada amostra transmite diferentes realidades. Cada vez mais é necessário inserir a avaliação da QV nos nossos cuidados, já que não podemos generalizar resultados, pois cada um de nós é único e olha a vida de maneira diferente, independentemente das limitações ou doenças que o possam acompanhar.

O *International Consensus* (2012) lembra que a avaliação do bem-estar é difícil e deverá ser focada em métodos de observação e autoavaliação, de forma a ajudar o doente atendendo aos pormenores da própria pessoa para que este consiga a satisfação com a vida no geral. São os pormenores que poderão fazer a grande diferença.

## **CAPITULO 4 - CONCLUSÃO**

O tema da presente investigação surgiu da experiência de trabalho e dedicação aos doentes com ferida crónica. Acompanhar diariamente as vivências dos doentes independentemente de todas as suas características pessoais, fez-nos repensar na individualidade da pessoa e conhecer a realidade da sua QV, bem como as variáveis interferentes, fundamentais para a prestação de cuidados personalizados, essenciais na qualidade do processo cicatricial.

Propormo-nos a uma investigação limitada a doentes com ferida crónica nos membros inferiores, foi um desafio difícil, mas produtivo e pessoalmente enriquecedor. Na verdade este estudo não modificou em nada a QV destes doentes mas a sua pertinência e futura divulgação serão com certeza fundamentais para mudanças de atitudes e formas de atuação que indiretamente podem melhorar a QV do doente com ferida crónica. Apesar dos estudos e da experiência com este tipo de doentes continuamos a afirmar que não existe uma completa perceção da interferência que uma ferida pode ter na vida da pessoa.

Com o presente estudo e em concordância com o quadro teórico inicial, concluímos que a QV é um termo individual, bastante abrangente que engloba todos os aspetos da vida do indivíduo, objetivos e subjetivos, dependente do contexto onde se encontra inserido. A QVRS engloba, para além da saúde física, a perceção do indivíduo sobre a sua vida (bem-estar) bem como os fatores psicológicos, económicos, sociais e espirituais associados. A avaliação da QVRS deverá ser centrada no indivíduo, numa perspetiva holística e na sua experiência de vida.

Optamos pela elaboração de um instrumento de recolha de dados que permitisse analisar as possíveis relações entre as variáveis sociodemográficas e familiares relacionadas com a QV (idade, género, local de residência, estado civil, habilitações literárias, IMC, risco social, funcionalidade familiar) e relacionadas com a presença da ferida crónica e QVRS, como as variáveis clínicas (etiologia da ferida, tempo de permanência ativa, antecedentes de ulceração, fatores de risco, hábitos de vida, analgesia, local de realização do penso, frequência de renovação, tempo total para a sua realização e dor). O esquema Cardiff de impacto da ferida foi selecionado e utilizado como principal instrumento de avaliação da QVRS neste tipo de doentes e inclui a interferência da ferida e seu tratamento nas

dimensões “bem-estar”, “sintomas físicos e vida diária”, “vida social” e “QV geral”. O instrumento aplicado permitiu atingir o objetivo geral inicialmente definido - avaliar a QV dos doentes com ferida crónica nos membros inferiores e obter resposta às principais questões de investigação, as quais relembramos:

- Qual a QV do doente com ferida crónica nos membros inferiores?

- Quais as variáveis sociodemográficas, familiares e clínicas que se relacionam com a QV dos doentes com feridas crónicas nos membros inferiores?

Assim concluímos, que a amostra em estudo incidiu em 149 doentes com feridas crónicas nos membros inferiores, maioritariamente do género masculino, idosos, reformados, habitando na aldeia, com companheiro, detentores de estudos básicos e com risco de obesidade.

A úlcera venosa e o pé diabético foram o tipo de ferida crónica mais prevalente com um tempo de permanência ativa entre as 6 e as 2880 semanas (60 anos) com os doentes do género masculino a apresentarem valores de duração mais elevados e com a maioria da amostra com antecedentes de ulceração (67,1%). Os doentes com maior e menor tempo de duração da ferida foram os que apresentaram melhores resultados na avaliação da QV. O hospital foi o local mais utilizado para a execução do tratamento, com uma frequência de realização de duas vezes por semana e com uma demora média de  $85,44 \pm 69,61$  minutos/dia.

Os principais fatores de risco identificados nos doentes em estudo foram a vasculopatia periférica, hipertensão arterial e diabetes. Quanto aos hábitos de vida, 10,7% dos doentes assume que fuma uma média de 14,19 cigarros/dia e 34,2% dos homens admite ingerir bebidas alcoólicas preferencialmente às refeições, só 15,4% refere praticar exercício físico.

A maioria dos doentes encontra-se em situação de risco social normal ou baixo, está inserida em famílias altamente funcionais e apresenta ausência de incapacidade nas principais atividades de vida diária.

A totalidade dos doentes refere dor e a maioria nega ingerir analgesia. O género masculino apresentou diferenças significativas no grupo da dor ligeira encontrando-se a maioria dos doentes do género feminino no grupo da dor intensa e moderada, mas sem diferenças significativas.

Quanto à avaliação da QV, nem sempre os resultados nas diferentes dimensões da QV corresponderam a piores índices de percepção de QV atual/geral, o que pressupõe que os doentes ao avaliarem a QV nem sempre a relacionaram com a presença da ferida crónica e o impacto desta na sua vida.

A dimensão da QV mais influenciada pela presença da ferida crónica foi a dimensão “bem-estar” (M=36,00), “vida social” (M=56,39) e por fim “sintomas físicos e vida diária” (M=63,27).

Na dimensão “sintomas físicos e vida diária” os problemas subjetivos mais perturbadores e com diferenças significativas foram os problemas com as tarefas diárias e a imobilidade fora e dentro de casa. Os problemas objetivos mais interferentes e associados à presença da ferida crónica foram: a dificuldade em tomar banho, problemas com as tarefas diárias e a imobilidade fora e dentro de casa. Aspectos como o cheiro da ferida, dificuldades económicas associadas à ferida e encontrar calçado apropriado foram os sintomas menos valorizados quer objetiva quer subjetivamente.

A avaliação positiva desta dimensão demonstra o resultado da evolução tecnológica e científica ao nível do tratamento da ferida crónica. Aspectos diretamente relacionados com as características da ferida crónica, nomeadamente fases inflamatórias prolongadas associadas ao aumento da dor, exsudado e odor, foram pouco valorizados, talvez relacionados com a qualidade dos cuidados prestados e dos novos apósitos aplicados associado ao conhecimento atual dos profissionais de saúde, variáveis que não foram avaliadas. Apesar da presença da dor, esta não foi o sintoma mais interferente na vida da pessoa, não devendo no entanto ser descurada pois é a variável que perdiz inversamente todas as dimensões da QV. Aspectos relacionados com a limitação nas tarefas do dia-a-dia foram os mais referidos e valorizados relembrando a importância da diminuição do tempo da ferida ativa e a cicatrização precoce neste tipo de doentes.

De todas as variáveis sociodemográficas e familiares em estudo concluímos que a idade, estado civil, situação profissional e funcionalidade familiar influenciaram a dimensão “bem-estar”. Destacamos os idosos, residentes sem companheiro, não ativos profissionalmente e os doentes pertencentes a famílias com disfunção severa, com melhores níveis nesta dimensão e com diferenças significativas.

As variáveis nível de escolaridade e IMC relacionaram-se com a dimensão “sintomas físicos e vida diária”, onde se destacaram os detentores de estudos entre o 1º e 3º ciclo e o grupo dos doentes com excesso de peso com melhores resultados. As variáveis zona de residência e IMC interferiram com a dimensão “vida social”, destacando-se os residentes na vila e os doentes com excesso de peso com melhores ordenações médias. De todas as variáveis apenas o IMC e a funcionalidade familiar influenciaram a “QV geral” e da análise de regressão concluímos que apenas o género e a idade não obtiveram qualquer valor preditivo para as diferentes dimensões da QV.

Da análise da relação entre as principais variáveis clínicas em estudo concluímos que interferiram na dimensão “bem-estar” as variáveis, dor, tipologia da ferida e o exercício físico, em que os doentes com menor intensidade de dor, portadores de úlcera venosa e praticantes de exercício físico apresentaram melhor bem-estar. Nas dimensões “sintomas físicos e vida diária” e “vida social” as variáveis capacidade funcional, dor, hábitos alcoólicos, exercício físico e o local de realização do penso foram explicativas destas dimensões, realçando os doentes mais independentes, com menor intensidade de dor, consumidores de bebidas alcoólicas, praticantes de exercício físico e que realizam o penso no centro de saúde com melhores valores médios nestas dimensões.

As variáveis dor e tempo de duração da ferida são variáveis preditoras da dimensão “bem-estar” destacando-se a dor e a funcionalidade familiar com correlações negativas; a dor e a capacidade funcional predizem inversamente a dimensão “sintomas físicos e vida diária” e as variáveis dor, capacidade funcional, risco social e o tempo de demora para a execução do penso são preditoras negativas para a dimensão “vida social”.

A maioria dos doentes em estudo, independentemente do género, localizaram-se em níveis intermédios de “QV atual” e “QV geral” (45,0% vs. 49,0%), evidenciando-se o grupo dos idosos com piores níveis de “QV atual” e com diferenças significativas. Os doentes que referem níveis intermédios de QV residem na aldeia (25,5%), com companheiro (32,2%), apresentam habilitações literárias entre o 1º e o 3º ciclo (31,5%), profissionalmente inativos (32,2%) e estão em risco de obesidade (32,9%). O risco social e a funcionalidade familiar influenciaram positivamente a “QV atual” e “QV geral” e com diferenças significativas.

Das variáveis clínicas em estudo verificámos que são poucas as que se encontram relacionadas com os níveis de “QV atual” e “QV geral”. Não se verificam diferenças

significativas entre as principais etiologias da ferida crônica, antecedentes de ulceração, hábitos tabágicos e alcoólicos e os níveis de “QV atual” e “QV geral”, confirmando-se a independência destas variáveis. Para a “QV atual” verificou-se interferência da variável analgesia instituída, local de realização do penso, capacidade funcional e dor; para a “QV geral” associaram-se as variáveis exercício físico, funcionalidade familiar, capacidade funcional, dor e o tempo total despendido para realização do penso.

Destacamos no estudo, o gênero feminino pouco representado mas com particularidades importantes a serem referidas. Apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre o gênero e a “QV atual” e “QV geral”, são as mulheres com média de idade mais elevada, predominantemente analfabetas, que vivem mais solitárias e isoladas, que referem maior intensidade de dor e pior QV nas dimensões “bem-estar”, “sintomas físicos e vida diária”, exigindo maior atenção nos cuidados prestados.

Reconhecemos que o “bem-estar” foi a dimensão mais afetada e com valores negativos preocupantes. O bem-estar representa a área subjetiva da QV, ele resulta da experiência e percepção que o indivíduo tem da sua vida e pressupõe satisfação com ela. É um conceito abstrato e subjetivo e inclui os domínios físicos e psicológicos da vida, positivos e negativos, dependendo de todo o contexto onde o indivíduo se encontra inserido (Quartilho, 2010; Zamberland, Calvetti, Deisvaldi, & De Siquiera, 2010; Furtado, 2012; White, 2013).

Para a totalidade da amostra, os aspectos mais importantes diretamente relacionados com a ferida, como os sinais e sintomas e sua intrefeência na vida diária e social, foram menos valorizados, mas sem por isso intreferirem negativamente no bem-estar do doente. Aspectos subjetivos relacionados com o bem-estar e avaliados pelo esquema Cardiff, tais como a preocupação com a ferida, o seu aspeto, o tempo de permanência ativa, recidivas e os efeitos na família e amigos foram promenores valorizados pelos doentes do estudo e com influência negativa, o que pressupõe a perda de equilíbrio nas restantes dimensões e a insatisfação com a vida no geral.

Apesar da maioria dos doentes em estudo apresentar como principal apoio social, a família, e a funcionalidade familiar se apresentar como variável interferente da “QV atual” e “QV geral”, são os doentes pertencentes a famílias com disfunção severa a referirem melhores níveis nas diferentes dimensões da QV. Verificou-se que a funcionalidade familiar é variável preditora negativa da dimensão “bem-estar”. Esta realidade permite aferir que os

doentes integrados em famílias com disfunção severa, não valorizam, nem se preocupam com a sua família, sendo indiferente a sua presença e apoio para melhoria do bem-estar.

Esta relação invertida, presente no estudo apraz-nos pensar que variáveis relacionadas com bons níveis de QV, como a religião, espiritualidade, própria personalidade e outro tipo de apoios, nomeadamente dos profissionais de saúde, possam estar relacionadas com a melhoria da QV destes doentes nas diferentes dimensões, variáveis que não foram avaliadas.

Gostaríamos ainda de recordar que a variável tempo total para a execução do penso interfere na “QV geral” e é a variável preditora negativa da dimensão “vida social”. De referir que a demora e o tempo dependem da disponibilidade da equipa de saúde e organização das diferentes atividades. Sabemos que este interfere de forma negativa no processo cicatricial associado ao stresse, dor e ansiedade. De relembrar que o hospital é o local mais utilizado para a realização dos pensos e o centro de saúde é o local onde os doentes referiram melhores níveis de QV. O hospital localiza-se na cidade e a maioria dos doentes reside na aldeia exigindo maior disponibilidade para a execução dos tratamentos. É importante divulgar estes resultados pela possibilidade de mudança de atitudes melhorando a qualidade da assistência a estes doentes.

Reconhecer a ferida crónica, a sua principal causa, sintomatologia associada, complicações, implicações pessoais/familiares e nos serviços de saúde são reflexões necessárias para a implementação de medidas preventivas e curativas que reduzam o tempo de permanência ativa, futuras recidivas e gastos em saúde.

O tratamento de feridas faz parte da nossa esfera de ação. Muitos são os enfermeiros que se limitam apenas ao tratamento da ferida em si, colocando de lado todas as dimensões que lhe estão associadas. Não basta olhar a ferida e os seus pormenores, mas conseguir ver o doente de forma holística, inserido no seu contexto permitindo que este possa decidir sobre si mesmo e sobre a sua ferida, tornando-se o centro dos cuidados. É importante a criação de uma consulta de ferida crónica, multidisciplinar que integre o doente e família/principal cuidador e que inclua a avaliação e registo devidamente documentado do bem-estar e QV. Esta consulta irá permitir a cada elemento da equipa conhecer a realidade de cada indivíduo, assegurando a continuidade dos cuidados e evitando alterações desnecessárias ao regime de tratamento programado. Para o *International Consensus* (2012) esta forma de atuação é fundamental para a melhoria do bem-estar e QV.

É importante o acompanhamento da evolução da ciência e das novas tecnologias. A excelência do cuidado da ferida está centrada em todos os pormenores que a rodeiam, permitindo a qualidade dos cuidados de enfermagem a satisfação e bem-estar dos doentes. “Uma visão global da pessoa e tudo o que a envolve é essencial, e deve ser o primeiro passo para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem mais humanizados” (Lino, 2013, p. 14).

A QVRS é considerada um indicador de excelência importante, quer ao nível da decisão clínica quer ao nível da prestação e gestão dos cuidados e que deverá fazer parte da avaliação inicial de qualquer doente e da nossa prática diária.



## BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, E. R., & Alves, E. F. (Maio/Agosto de 2011). Análise da Produção Bibliográfica Sobre Qualidade de Vida de Portadores de Feridas Crônicas. *Revista Saúde e Pesquisa*, pp. 147 - 152.
- Almeida, M. A., Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de Vida - Definição, Conceitos e Interfaces*. São Paulo: EACH/USP.
- Alves, E. F. (janeiro/junho de 2011). Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, pp. 16-23 DOI: 10.3895/S2175-08582011000200002.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40, pp. 185-189.
- Asociación Española de Enfermería Vasculare. (2004). *Consenso Sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético Da Asociación Española De Enfermaria Vasculare. Guía De Práctica Clínica*. Barcelona: Asociación Española de Enfermería Vasculare.
- Baharestani, M. M. (2006). Qualidade de vida e questões éticas. In S. Baranosky, & E. A. Ayello, *O Essencial Sobre o Tratamento de Feridas - Principios Práticos* (pp. 3-21). Loures: Lusodidacta.
- Baranosky, S., & Ayello, E. A. (2006). *O Essencial Sobre o Tratamento de Feridas - Principios Práticos*. Loures: Lusodidacta.
- Bianchi, J. (2012). *The effective management of exudate in chronic wounds*. Obtido em 27 de setembro de 2013, de Wounds International: <http://www.woundsinternational.com>
- Briggs, M. (2010). Chronic wounds, non-healing wounds or a possible alternative? *EWMA Journal*, 10 n°3, 21-23.
- Campos, A. D. (2011). *Saúde e espiritualidade - O segredo para o perfeito bem-estar*. Dracaena.

- Campos, M. O., & Neto, J. f. (maio/agosto de 2008). Qualidade de vida:um instrumento para promoção da saúde. *Revista Baiana de Saúde Publica*, 32 nº2, pp. 232-240.
- Campos, M. O., Neto, J. F., Silveira, M. F., Neves, D. M., Vilhena, J. M., Oliveira, J. F., . . . Durmond, D. (2013). Impacto dos fatores de risco para doenças crónicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(3), pp. 873-882.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de Vida: Significados e Níveis de análise. In M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de vida e saúde:Uma abordagem na prespetiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3 - 21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (Abril de 2010). Qualidade de Vida e Saúde: Aplicações do Whoqol. *II Jornadas de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. III*, pp. 243 - 268. Lisboa: Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa.
- Carta de Ottawa . (17-21 de Novembro de 1986). [www.dgicd.min-edu.pt](http://www.dgicd.min-edu.pt). Obtido em 2 de Agosto de 2013, de [www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/.../educacaosaude/promocaoeduc...](http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/.../educacaosaude/promocaoeduc...)
- Chamanga, E. T. (16 de Março de 2010). How can community nurses improve quality of life for patients with leg ulcers? *Nursing Times*, 106 (10), pp. 15-17.
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A., & Sacadura, M. J. (2012). *O Envelhecimento da População:Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa.
- Clark, M. (2010). *A Social Model for Lower Limb Care: The Lindsay Leg Club Model*. Obtido em 27 de junho de 2013, de Ewma Journal: <http://www.ewma.org>
- Comissão Nacional da UNESCO. (19 de Outubro de 2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Obtido em 7 de Agosto de 2013, de web site de Unesco - Portugal: [unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf)
- Consejería de Salud. (14 de março de 2013). *Valoración de las Actividades de la Vida Diária - Índice de Katz*. Obtido em 20 de novembro de 2013, de Servicio de Andaluz de Salud - Consejería de Salud: [http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice\\_de\\_katz.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice_de_katz.pdf)

- Cook, L. (2012). The Missing Link. The Key to improved wound management. *Wound Assessment* (pp. 4-6). London: MA. Healthcare Ltd.
- Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Cruz, M. J., Baudrier, T., & Azevedo, F. (2011). Causas Infrequentes de Úlceras de Perna e a sua Abordagem. *Revista da SPDV*, 69 (3), pp. 383-394.
- Dealey, C. (2008). *Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras* (3ª ed.). São Paulo: Atheneu.
- Department of Health. (2010). *Essence of Care 2010. Benchmarks for the Prevention and Management of Pain*. London: The Stationery Office.
- Direção Geral da Saúde. (14 de junho de 2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Obtido em 20 de agosto de 2013, de dgsaude: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5\\_sinal\\_vital.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (18 de Junho de 2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Obtido de Ministério da Saúde: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (14 de Dezembro de 2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Obtido de Ministério da Saúde: <http://www.dgs.pt/?cr=16947>
- Direção Geral da Saúde, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. (2006). *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Documento de consenso C.O.N.U.E.I. (2009). *Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior*. Espanha: EdicaMed S.L.
- Dowsett, C. (25 de fevereiro de 2014). Adopting the two week challenge in practice – making the case for silver. *WEB-CAST - Taking Control of Wound Infection - a cost-effective approach to silver dressings*. Inglaterra.
- Duarte, J. C. (2011). *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência*. Repositório Aberto da Universidade do Porto - Instituto de ciencias

- biomédicas Abel Salazar, Tese de Doutoramento, Acedido em 14, janeiro, 2014, em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19371>., Porto.
- Duarte, Y. A., Andrade, L. d., & Lebrão, M. L. (2007). *O Index de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos*. Obtido em 2 de junho de 2013, de Revista da Escola de Enfermagem USP: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>
- Duncan, G., & Brooks, M. (agosto de 2009). Chronic wound pain: a literature review. *Wound Practice and Research*, 17 (3), pp. 153-156.
- Eagle, M. (2009). Wound Assesement: The Patient and The Wound. *Wound Essentials*, 4, pp. 14-24.
- European Wound Manegement Association. (2002). *EWMA Documento de Posicionamento:pain at wound dressing changes*. Obtido em 20 de agosto de 2013, de ewma: <http://www.ewma.org>
- Fagervik-Morton, H., & Price, P. (Dezembro de 2009). Chronic Ulcers and Everyday living: Patients' Prespective in the United Kingdom. *Wounds*, 21 (12), pp. 318-323.
- Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (maio de 2007). Medição da qualidade de vida de doentes com feridas crónicas:a Escala de Cicatrização da Ulcera de Pressão e o Esquema Cardiff de Impacto da Ferida. *Nursing*, pp. 32-41.
- Fleck, M. P. (2008). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Furtado, K. (2012). Impacto das úlceras de pressão na qualidade de vida relacionada com a saúde. *Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriatrica* (pp. 87-96). Lisboa: Fundação D.Pedro IV.
- Garcia, M. A., Escuer, M. B., Sierra, M. C., Domeque, L. G., Espot, A. G., & Porté, M. M. (2012). *Heridas Crónicas: Una Abordaje Integral*. Huesca: Colégio Oficial de Enfermeria de Huesca.
- Gaspar, P. J., Costa, R. P., Costa, J. E., Fierro, J. M., & Rodrigues, J. O. (julho de 2010). Impacto da formação profissional contínua nos custos do tratamento das feridas crónicas. *Referencia*, III n°1, pp. 53-62.

- Gonzalez, R. C., Robles, C. C., Gómez, F. C., Úria, A. D., Saíz, B. F., & Péral, P. G. (2011). *Manual de Prevención y Cuidados Locales de Heridas Crónicas*. Servicio Cántabro de Salud.
- González-Consuegra, R. V., & Verdú, J. (2010). Qualidade de Vida Relacionada Com Feridas Crónicas. *Gerokomos*, 21 (3), pp. 131 - 139.
- Gorecki, C., Lamping, D. L., Brown, J. M., Anna, M., Jill, F., & Jane, N. (2010). Development of a conceptual framework of health-related quality of life in pressure ulcers: A patient-focused approach. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1525-1534.
- Gottrup, F., Apelqvist, J., & Price, P. (june de 2010). Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. *Journal of Wound Care*, 19 (6), pp. 239-268.
- Green, J., & Jester, R. (dezembro de 2009). Health-related quality of life and chronic venous leg ulceration: part 1. *Wound Care*, pp. 12-17.
- Green, J., Jester, R., McKinlay, R., & Pooler. (2013). Patient Perspectives of Their Leg Ulcer Journey. *Journal of Wound Care*, 22 (2), 58-66.
- Hampton, S., & Verrall, D. (março de 2013). Exudate Management: Patient-centred wound care. *Exudate Management*, pp. 4-7.
- Harrison, M. B., VanDenKerkhof, E. G., Hopman, W. M., & Carley, M. E. (2013). *Community-dwelling individuals living with chronic wounds: Understanding the complexity to improvenursing care. A descriptive cohort study*. Obtido em 3 de setembro de 2013, de Sciedu Press: <http://www.sciedupress.com/cns>
- Herberger, K., Rustenbach, S. J., Haartje, O., Blome, C., Franzke, N., Schäfer, I., . . . Augustin, M. (Março de 2011). Quality of life and satisfaction of patients with leg ulcers – results of a community-based study. *Vasa*, 40 (2), pp. 131-138 DOI 10.1024/0301 – 1526/a000083.
- Hopman, W. M., Buchanan, M., VanDenKerkhof, E. G., & Harrison, M. B. (junho de 2013). Pain health-related quality of life in people with chronic leg ulcers. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 33 (3), pp. 167-174.

- Hurd, T. (2013). *Understanding the financial benefits of optimising wellbeing in patients living with a wound*. Obtido em 30 de julho de 2013, de Wounds International: <http://woundsinternational.com>
- INE. (2012). *Indicadores Sociais 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística. (13 de Julho de 2012). *Rendimento e Condições de Vida 2011 - dados provisórios*. Obtido em 2 de Outubro de 2013, de [www.ine.pt](http://www.ine.pt): [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUES\\_dest\\_boui=132815432&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUES_dest_boui=132815432&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- International Best Practice Guidelines. (2013). *Wound Management in Diabétic foot Ulcers*. Obtido de [www.woundsinternational.com](http://www.woundsinternational.com): <http://www.woundsinternational.com>
- International Consensus. (2012). *Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review*. Obtido de Wounds International: <http://www.woundsinternational.com>
- Jones, J. (Março de 2013). Exploring the link between the clinical challenges of wound exudate and infection. *Exudate Management: Patient-centred wound care*, pp. 8-12.
- Jones, V., Bale, S., & Harding, K. (2006). Cicatrização de feridas agudas e crónicas. In S. Baranosky, & E. A. Ayello, *O Essencial Sobre o Tratamento de Feridas - Princípios Práticos* (pp. 71-90). Loures: Lusodidacta.
- Justiniano, A. (2010). Feridas crónicas – Fisiopatologia e tratamento. *Cadernos da Saúde - Infecção Associada à Prática dos Cuidados de Saúde*. 3, pp. 69-76. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde.
- Justino, L. V. (Fevereiro de 2011). Vivências das pessoas com ferida crónica. *NURSING*, pp. 9-14.
- Kaiser, B. (2012). *German Leg Club Inaugured*. Obtido em 25 de julho de 2013, de Wounds International: <http://www.woundsinternational.com>
- Lara, M. O., Júnior, A. d., Pinto, J. S., Vieira, N. F., & Wichr, P. (Julh/set de 2011). Significado da Ferida para Portadores de Ulceras crónicas. *Cogitare Enfermagem*, 16(3), pp. 471-477.

- Leonard, S., & Vuolo, J. (2009). Living with a chronic wound. *Nurs Times*, 105 (16), 38-39.
- Lino, L. A. (2013). *Dependência Funcional e Auto-estima na Pessoa Com Ferida Crónica*. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: Dissertação não publicada, apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual.
- Lucas, L. d., Martins, J. T., & Robazzi, M. L. (2008). Qualidade de vida dos Portadores de Ferida nos Membros Inferiores - Ulcera da Perna. *Ciencia Y Enfermeria*, XIV (1), pp. 43 -52.
- Maddox, D. (Maio de 2012). Effects of venous leg ulceration on patients' quality of life. *Nursing standard*, 26 (38), 42-49.
- Manso, J. R., Matos, A. F., & Gonçalves, F. (2012). Os Municípios e a Qualidade de Vida. Covilhã, Castelo Branco, Portugal.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções maduras? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), pp. 65-90.
- Martins, L., Rodrigues, M., & Mesquita, V. (21 de Novembro de 2012). Qualidade de Vida na Pessoa com Ferida Crónica. *Revista Envelhecimento & Inovação*, 1 (5).
- McIntosh, C. (2009). Psychosocial Factors and Quality of Life. *Wound Essentials*, 4, pp. 126-129.
- Mestre, T., Rodrigues, A., & Cardoso, J. (2012). Cicatrização de Feridas Crónicas - Algumas Opções Terapêuticas. *Revista SPDV*, 70 (4), pp. 423-431.
- Ministério da Saúde - Direção geral da saúde. (2012). Perfil de saúde em Portugal. In *Plano Nacional de Saúde - 2012- 2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Moffatt, C., Vowden, K., Price, P., & Vowden, P. (2008). Factores psicosociales y retraso de la cicatrización. In EWMA, *Documento de Posicionamento: Heridas de difícil cicatrizacion: un enfoque integral* (pp. 10-14). London: MED Ltd.
- Morris, P., & Sander, R. (2007). Leg Ulcers. *Nursing Older People*, 19 (5), pp. 33-37.
- Mourão, L. m. (2008). *Aplicação da Escala de Gijón em Rastreio de Risco Social*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Mudge, E., Spanou, C., & Price, P. (2008). A focus group study into patients' perception of chronic wound pain. *Wounds UK*, 4 (2), pp. 21-18.
- Nunes, L. (2013). *Considerações ticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setubal: Instituto Politécnico de Setubal/Escola Superior de Saúde.
- OE. (2010). *Servir a Comunidade e Garantir a Qualidade: os enfermeiros na vanguarda da doença crónica*. Ordem dos Enfermeiros/ Conselho Internacional de Enfermeiros.
- Oliveira, D. G. (2009). *Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses*. Lisboa: Dissertação de mestrado, não publicado, pelo Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa.
- Oliveira, P. F., Tatagiba, B. d., Martins, M. A., Tipple, A. F., & Pereira, L. V. (Out-Dez de 2012). Avaliação da Dor Durante a Troca de Curativos de Úlceras da Perna. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21 (4), pp. 862-869.
- OMS. (2004). *BMI classification*. Obtido em 1 de agosto de 2013, de World Health Organization: [www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3](http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3)
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bienal*. Obtido em 24 de junho de 2013, de [https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/AreasProritariasInvestigacao\\_CFormacao\\_Final\\_19\\_Marco-1.pdf](https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/AreasProritariasInvestigacao_CFormacao_Final_19_Marco-1.pdf):
- Ousey, K. (2012). The Missing Link. The Key to improved wound assesement. *Foreword* (p. 3). London: MA. Healthcare Ltd.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D., & Flek, M. P. (2008). Espiritualidade/relegiosidade e qualidade de vida. In M. P. Fleck, *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde* (pp. 177-196). Porto Alegre: Artmed.
- Pereira, R. P. (2009). Qualidade de Vida em Pessoas com Úlcera de Perna Crónica de Etiologia Venosa:Relevância das Condições Sociodemográficas e Económicas.

- Saúde e Qualidade de Vida em Análise* (pp. 92-101). Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para as Ciências Sociais A Complementariedade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Pina, E., Kátia, F., Franks, P. J., & Moffat, C. J. (2004). Úlceras de Perna em Portugal: um problema de saúde subestimado. *Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-torácica e Vasculuar*, XI n<sup>o</sup>4, 217-221.
- Pires, N. (2012). *Úlcera de Perna: Impacto na Qualidade de Vida dos Utentes da UCSP de Alenquer*. Lisboa: Dissertação de mestrado, não publicada, apresentada á Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.
- Power, M. (2008). Qualidade de vida: visão geral do Projeto WOQOL. In M. P. Colaboradores, *A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para profissionais da saúde* (pp. 48-73). Porto Alegre: Artmed.
- Price, P., & Harding, K. (2004). Cardiff Wound Impact Shedule: 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.
- Price, P., & Krasner, D. L. (2012). Health-Related Quality of Life and Chronic Wounds: Evidence and Implications for Practice. In D. Krasner, G. Rodeheaver, R. Sibbald, & K. Woo, *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals* (5<sup>a</sup> ed., Vol. 1, pp. 1-8). Malvern: HMP Communications.
- Quartilho, M. J. (2010). Qualidade de Vida Saúde e Bem-estar,Satisfação. Pessoas, Sociedades, Culturas. O que Importa? In M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 55-126). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Relatório Anual da Saúde. (2008). *Atenção Primária em Saúde - Agora mais do que nunca*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. (2011). *Diabetes: Factos e Números*. Observatório Nacional da Diabetes.

- Ribeiro, I. L. (2011). Espiritualidade nos Cuidados de Saúde: Perspectiva Bioética. *Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir* (pp. 320 - 326). Porto: Nucleo de investigação em Saúde e Qualidade de vida.
- Ribeiro, T. T., França, A. P., Mendes, A., Ourives, A., Pinto, C., & Ribeiro, I. (2011). Qualidade de Vida: Do Conceito à Tomada de Decisão Ética. *Saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir* (pp. 309-319). Porto: Nucleo de investigação em Saúde e Qualidade de vida.
- Romanelli, M., Vowden, K., & Weir, D. (2010). *Exudate Management Made Easy*. Obtido em 25 de setembro de 2013, de Wounds International: <http://www.woundsinternational.com>
- Salomé, G. M., Blanes, L., & Ferreira, L. M. (2012). Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 27 (1), pp. 124-129.
- Saraiva, D. M., Bandarra, A. J., Agostinho, E. d., Pereira, N. M., & Lopes, T. S. (Julho de 2013). Qualidade de vida do utente com úlcera venosa crónica. *Revista de Enfermagem Referência, III Série (10)*, pp. 109-118 disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1241>.
- Serra, A. V. (2010). Qualidade de Vida e Saúde. In M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 23-53). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Silva, C. T. (2010). *Qualidade de Vida: Relato dos Pacientes Portadores de Feridas Submetidos ao Tratamento de Oxigenoterapia Hiperbárica*. Porto: Dissertação de mestrado não publicada submetida ao Instituto de Ciências Abel Salazar da Universidade do Porto .
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice - Um novo público a educar*. Porto: Âmbar.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6 (6), pp. 1231-1239.
- Solowiej, K., Manson, V., & Upton, D. (2009). Review of the relationship between stress and wound healing: part 1. *Wound Care*, 18 (9), 357-366.

- Solowiej, K., Manson, V., & Upton, D. (março de 2010). Psychological stress and pain in wound care, part 2: a review of pain and stress assessment tools. *Journal of Wound Care*, 19 (3), pp. 1-6.
- Soriano, j. V., & Pérez, E. P. (2011). *Nutrição e feridas crônicas*. Logroño: GNEUAP/Grupo Nacional Para el Estudio Y Asesoramiento en Ulceras por Presión Y Heridas Crónicas.
- Sousa, F. (2009). *O "corpo que não cura". Vivências das pessoas com úlcera venosa crônica da perna*. Porto: Dissertação de mestrado, não publicada da Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Souza, M. K., & Matos, I. A. (janeiro/março de 2010). Percepção do Portador de Ferida Crônica Sobre a Sua Sexualidade. *Revista de Enfermagem UERJ*, 18 (1), 19-24.
- Trostrup, H., Bjarnsholt, T., Kirketerp-Moller, K., Hoiby, N., & Moser, C. (Abril de 2013). Hindawi Publishing Corporation. *What Is New in the Understanding of Non Healing Wounds Epidemiology, Pathophysiology and Therapies*. Obtido em 9 de agosto de 2013, de [www.hindawi.com](http://www.hindawi.com): <http://dx.doi.org/10.1155/2013/625934>
- Unidade Local de Saúde de Castelo branco. (2013). *ULSCB - Missão, Visão e Valores*. Obtido em 3 de Outubro de 2013, de [www.ulscb.min-saude.pt](http://www.ulscb.min-saude.pt): <http://www.ulscb.min-saude.pt/ulscb/miss%C3%A3o,-vis%C3%A3o-e-valores>
- Upton, D., & Hender, C. (2012). The Cost of Mood Disorders in Patients With Chronic Wound. *Wounds UK*, 8 (1), 107-109.
- Upton, D., & Solowiej, K. (2010). Pain and stress as contributors to delayed wound healing. *Wound Practice and Research*, 18 (3), 114-122.
- Vowden, P. (Novembro de 2011). *Hard-to-heal wounds Made Easy*. Obtido de Wounds International: <http://www.woundsinternational.com>
- Vowden, P., Apelqvist, J., & Moffatt, c. (2008). Complejidade de la herida y cicatrización. In E. W. (EWMA), *Documento de posicionamento: Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral*. Londres: MEP, Ltd.
- Waidman, M. A., Rocha, S. C., Correa, J. L., Brischiliari, A., & Marcon, S. S. (Out-Dez de 2011). O Cotidiano do Indivíduo com Ferida Crônica e a Sua Saúde Mental. *Texto Contexto Enfermagem*, 20 (4), pp. 691-699.

- Walburn, J., Weinman, J., Scott, S., & Kavita, V. (2012). Exploring the characteristics of a venous leg ulcer that contribute to the emotional distress experienced by patients. *EWMA Journal*, 12 (2), 36.
- Weissman, O., Haik, J., Domniz, N., Ben-Noon, H. I., Trivizki, O., Winkler, E., & Stravrou, D. (8 de Agosto de 2013). Nottingham Health Profile or Cardiff Wound Impact Schedule? Choosing Health Related Quality of Life Instruments in the Assessment of Patients With Leg Ulcers. *Wounds*, 25, pp. 5-8.
- White, W. (2013). *Wellbeing in practice: Clinicians do have a role to play*. Obtido de Wounds International: <http://www.woundsinternational.com>
- Wounds UK. (junho de 2012). *Managing high exudate wounds - how to guide*. Obtido em 25 de setembro de 2013, de Wounds UK: <http://www.wounds-uk.com>
- Wounds UK Best Practice Statement. (2013). *Effective exudate management*. Obtido em 26 de setembro de 2013, de Wounds UK: <http://www.wounds-uk.com>
- Zamberland, C., Calvetti, A., Deisvaldi, J., & De Siquiera, H. (outubro de 2010). Qualidade de Vida, Saúde e Enfermagem na Perspectiva Ecológica. *Enfermeria Global*, 20. Murcia, Espanha.

## **ANEXOS**



## **ANEXO A**

Parecer favorável do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde  
de Castelo Branco





Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102  
3500-843 VISEU  
Telf. 232 419 100  
Telem. 961 011 800  
Fax 232 428 343

Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

CA  
**ULS - Castelo Branco**

Reunião de 27/6/2013  
do Conselho de Administração

RESOLUÇÃO Autorizada

ULS - Castelo Branco  
Conselho de Administração  
Documento nº: MS  
Act. nº: 39

Exmo. Sr.  
Presidente do Conselho de Administração da  
**Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE**  
Avenida Pedro Álvares Cabral  
6000-085 CASTELO BRANCO

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	Data:
Processo: 70	ESSV 0478 17-JUN-13

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Isabel Costa, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estão a realizar um estudo subordinado ao tema "Qualidade de vida do doente com ferida crónica nos membros inferiores". Pretende-se com este estudo colher informação sobre a caracterização sociodemográfica, profissional e clínica dos doentes com ferida crónica nos membros inferiores e avaliar a sua qualidade de vida.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação junto dos enfermeiros de todos os serviços do Hospital Amato Lusitano, no período de Julho a Setembro de 2013.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que os professores João Duarte e Odete Amaral são os responsáveis pela orientação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV,  
**Professor Doutor Carlos Pereira**

OA/AL



## **ANEXO B**

Pedido de autorização/concessão para o Esquema Cardiff de Impacto na  
Ferida





Centro de Estudos  
e Investigação em Saúde  
da Universidade de Coimbra



rimas@fe.uc.pt  
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 9 de Maio de 2013

Ex.ma Senhora Enfermeira,

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição CWIS (**Cardiff Wound Impact Schedule**) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite avaliar a qualidade de vida de doentes com feridas crónicas.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/CWIS>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

*Carta enviada por correio electrónico*

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra  
Av. Dias da Silva, 165; 3004-512 Coimbra • Portugal  
Tel./Fax (+351) 239 790 507



## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE A**

Instruções de preenchimento do instrumento de recolha de dados, enviado aos colegas dos serviços de apoio permanente.



**Caros colegas:**

Sou a Isabel Costa, enfermeira no hospital amato lusitano, ULS de castelo branco, no serviço de cirurgia geral homens.

Estou atualmente a frequentar o mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na escola superior de saúde de Viseu e a desenvolver o meu relatório final na “qualidade de vida do doente com ferida crónica nos membros inferiores”. Para a concretização deste trabalho necessito da aplicação de um questionário aos doentes com esta patologia (pé diabético/ulcera varicosa/traumática com mais de 6 semanas de evolução).

Venho para isso solicitar a vossa preciosa colaboração, pois sem ela esta realidade não será conseguida. Junto envio os questionários a serem aplicados. O seu preenchimento deverá ser efetuado junto do utente e tem uma demora aproximada de +/- 15 a 20 min.

Este questionário é constituído por 7 partes:

- a I parte é uma caracterização sociodemográfica e profissional dos doentes;
- a II parte é constituída pela escala de Gijon que permite a avaliação sociofamiliar dos utentes;
- a III parte é constituída pela escala de Apgar familiar que vai permitir avaliar a funcionalidade familiar dos utentes com esta patologia;
- a IV parte é uma sumária caracterização clínica do doente;
- a V parte é constituída pelo índice de Katz que nos permite identificar o grau de dependência dos utentes nas diferentes atividades de vida diária (AVDs);
- a VI parte é a conhecida escala numérica da dor. Nesta questão deverá ser questionado ao utente qual o valor de dor máxima sentida como portador da ferida;
- a VII parte é a principal escala do questionário, é o esquema Cardiff de impacto da ferida. Esta escala permite conhecer a realidade e as principais implicações da ferida crónica na vida e na qualidade de vida (QV) dos doentes nos domínios “bem-estar”, sintomas físicos e vida diária” e “vida social”. Estes dois últimos domínios têm a particularidade de questionarem duas realidades distintas. A primeira até que ponto a situação o perturba caso aconteça um dia (subjetivo) e a outra se na ultima semana tem acontecido na realidade (objetivo). Esta escala termina com duas questões direcionadas para a QV. A 1ª permite a avaliação da QV atual e a 2ª permite a avaliação da satisfação com a QV em geral, ou seja, permite quantificar a satisfação/QV que o utente tem tido ao longo de toda a sua vida.

Agradeço toda a atenção e colaboração dispensada.

A colega Isabel Costa

**Para qualquer dúvida ou questão deixo o meu contacto pessoal TLM: 962946258**



## **APÊNDICE B**

### **Consentimento informado**



## CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter sido informado(a), por [*nome do mestrando/investigador*] sobre o estudo: "Qualidade de vida do doente com ferida crónica nos membros inferiores" que está a ser realizado no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica, pela Escola Superior de Saúde de Viseu, com orientação do Professor Doutor João Duarte e Professora Doutora Odete Amaral. Fui informado(a) que o estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida dos doentes com ferida crónica nos membros inferiores. Compreendi que os dados são recolhidos através de um questionário face a face, aplicado pelo profissional de saúde ou pelo próprio investigador. Foi-me explicado que a amostra do estudo incide em doentes que tenham uma ferida ativa com mais de 6 semanas de evolução e que possam responder às questões colocadas. Compreendi as garantias de confidencialidade e proteção dos dados que me dizem respeito e que me foram asseguradas. Fui também informado(a) de ter total liberdade para, em qualquer momento, desistir sem que seja necessário justificar a decisão e sem penalizações. Considerando-me esclarecido(a), declaro participar de livre vontade.

*Data:* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Assinatura do Participante:* \_\_\_\_\_

*Assinatura do Investigador:* \_\_\_\_\_



## **APÊNDICE C**

Instrumento de recolha de dados aplicado





**INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO DE VISEU**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**



**3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

## **QUESTIONÁRIO**

# **Qualidade de vida do doente com ferida crónica nos membros inferiores**

**DISCENTES:**

Isabel Costa

**ORIENTADORES:**

PROF. DOUTOR JOÃO DUARTE

PROF.<sup>a</sup> DOUTORA ODETE AMARAL

**Caro utente:**

No âmbito do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, estou a realizar um trabalho de investigação intitulado “Qualidade de vida do doente com ferida crónica nos membros inferiores”.

O presente questionário tem como objetivos recolher informação sobre a caracterização sociodemográfica, profissional e clínica do doente com ferida crónica nos membros inferiores e avaliar a sua qualidade de vida.

É fundamental a sua colaboração, pelo que lhe peço que responda de forma o mais sincera possível às questões que eu lhe vou colocar. Todas as respostas são confidenciais, respeitando o anonimato.

**Muito obrigado pela sua colaboração!**

A mestranda Isabel Costa

**0 - Doente Internado?**     Sim                     Não

<b>PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL</b>		
<b>1 - Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
<b>2 - Idade</b> _____ anos		<b>Peso:</b> _____ Kg
<b>3 - Local de residência:</b> <input type="checkbox"/> Aldeia <input type="checkbox"/> Vila <input type="checkbox"/> Cidade		
<b>4 - Escolaridade:</b> <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 1º Ciclo do ensino básico <input type="checkbox"/> 2º Ciclo do ensino básico <input type="checkbox"/> 3º Ciclo do ensino básico <input type="checkbox"/> Ensino Secundário <input type="checkbox"/> Ensino Superior	<b>5 - Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> União de facto <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Viúvo	<b>6-Situação Profissional:</b> <input type="checkbox"/> Ativo. Qual a profissão? _____ <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Reforma/Desemprego

<b>PARTE II - ESCALA “GIJÓN” DE AVALIAÇÃO SOCIOFAMILIAR NO IDOSO ( Mourão,2008)</b>
---

**A. Situação familiar**

- Vive com a família, sem dependência física/psíquica.
- Vive com o cônjuge de similar idade.
- Vive com a família e/ou cônjuge com algum grau de dependência.
- Vive sozinho mas tem filhos próximos.
- Vive sozinho sem filhos.

**B. Situação económica**

- Mais de 2 salários mínimos.
- De 2 salários mínimos até 1 salário mínimo.
- Desde o salário mínimo até à pensão do sistema contributivo.
- Desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social.
- Sem rendimentos ou inferiores aos anteriormente apresentados.

**C. Habitação**

- Adequada às necessidades.
- Barreiras arquitetónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação (degraus de escadas, portas estreitas, banheira...).
- Humidade, fracas condições de higiene, equipamento inadequado (casa de banho incompleta, ausência de água quente e de aquecimento).
- Ausência de elevador, telefone.
- Habitação inadequada (barracas, habitação em ruínas, ausência de equipamentos mínimos).

**D. Relações sociais**

- Relações sociais.
- Relações sociais só com a família e com os vizinhos.
- Relações sociais só com a família ou vizinhos.
- Não sai do domicílio, mas recebe visitas.
- Não sai do domicílio, nem recebe visitas.

### E. Apoio de rede social

- Com apoio familiar ou de vizinhos.
- Voluntariado social, ajuda domiciliária.
- Não tem apoio.
- Pendente do ingresso numa instituição geriátrica.
- Tem cuidados permanentes.

<b>PARTE III – ESCALA DE APGAR FAMILIAR (Smilhesteim, 1978-Versão Portuguesa de Azevedo e Matos, 1998)</b>			
<b>Questões</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Quase Nunca</b>
<b>1</b> - Está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o preocupa?			
<b>2</b> - Está satisfeito como a sua família discute os assuntos?			
<b>3</b> - Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
<b>4</b> - Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex. irritação, pesar e amor)?			
<b>5</b> - Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?			

<b>PARTE IV – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA</b>	
<b>1 - Etiologia da ferida:</b> _____	
<b>2 - Tempo de evolução:</b> _____ semanas.	<b>3 - Antecedentes de Ulceração:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>4 - Comorbidades/Fatores de risco:</b> <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Antecedentes tabágicos <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Vasculopatia periférica <input type="checkbox"/> Doença Maligna <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Stresse <input type="checkbox"/> Outros: _____	<b>5 - Hábitos de Vida:</b> Fuma? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se <b>sim</b> , quantos cigarros fuma por dia? _____ cigarros. Ingere bebidas alcoólicas. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se <b>sim</b> : <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Às refeições <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia. Pratica exercício físico. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se <b>sim</b> : <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> 3xs p/semana <input type="checkbox"/> Menos de 3xs p/semana. <b>6 - Faz analgésico antes da realização do penso?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>7 - Local de realização do penso:</b> <input type="checkbox"/> Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Extensão do Centro de saúde <input type="checkbox"/> Domicílio	<b>8 - Frequência de mudança do penso:</b> <input type="checkbox"/> Diária <input type="checkbox"/> Dias alternados <input type="checkbox"/> 2x por semana <input type="checkbox"/> 1x por semana <input type="checkbox"/> Outra _____
<b>9 - Tempo total despendido para a realização do penso</b> (desde que sai de casa até que chega novamente a casa) _____ min.	

### **PARTE V - ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA - ÍNDICE DE KAZT (Duarte,2007).**

Este questionário refere-se à sua capacidade funcional, na realização das diferentes atividades de vida diária. Por favor, responda cuidadosamente assinalando uma cruz no quadrado que melhor reflete a sua situação diária.

#### **A. Lavar-se**

- Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda.
- Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo.
- Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho.

#### **B. Vestir-se**

- Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda.
- Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos.
- Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo.

### C. Utilizar a sanita

- Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e depeja-o de manhã, sem ajuda.
- Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite.
- Não consegue utilizar a sanita.

### D. Mobilizar-se

- Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sem ajuda.
- Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda.
- Não se levanta da cama.

### E. Ser continente

- Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas.
- Tem incontinência ocasional.
- É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância.

### F. Alimentar-se

- Come sem qualquer ajuda.
- Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão.
- Necessita de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda ou por via endovenosa.

## PARTE VI - ESCALA NUMÉRICA DA DOR (DGS,2003).

Avalie a sua dor e localize-a na seguinte escala numérica, onde o 0 significa ausência de dor e 10 a dor máxima já sentida.

Sem Dor 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor máxima

## PARTE VII - Esquema Cardiff de Impacto da Ferida (Ferreira et al,2008).

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 reflete 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.

### 1 - Estado da ferida:

Cicatrizada

Não cicatrizada

### 2 - Vive sozinho?

Sim

Não

### 3 - 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

## BEM ESTAR

Até que ponto concorda ou discorda com as seguintes afirmações?

	Discordo plenamente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo plenamente
1 - Ando muito preocupado/a com a/s minha/s ferida/s	1	2	3	4	5
2 - Ando desanimado/a com o tempo que está a levar para cicatrizar a/s ferida/s	1	2	3	4	5
3 - Estou confiante que a/s ferida/s que tenho cicatrizará/ão	1	2	3	4	5
4 - Preocupo-me que possa vira ter outra ferida no futuro	1	2	3	4	5
5 - O aspeto da ferida é preocupante	1	2	3	4	5
6 - Tenho medo de me magoar no local da ferida	1	2	3	4	5
7 - Preocupo-me com os efeitos da/s ferida/s na minha família ou nos meus amigos	1	2	3	4	5

<b>SINTOMAS FÍSICOS E VIDA DIÁRIA</b>										
	Até que ponto é que estas situações o/a perturbam?					Viveu alguma das seguintes situações na semana passada?				
	Nunca / Não se aplica	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Imenso	Nunca / Não se aplica	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1 - Dormir mal	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2 - Dificuldades a tomar banho	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3 - Imobilidade em casa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4 - Imobilidade fora de casa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5 - Deitar líquido (“babar”) da ferida	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6 - Dor na ferida	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7 - Incómodo devido à ligadura ou penso	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8 - Odor desagradável ou cheiro a partir da ferida	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9 - Problemas com tarefas diárias (ex.: compras)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10 - Dificuldades em encontrar calçado apropriado	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11 - Problemas com o tempo necessário para tratar a ferida	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12 - Dificuldades económicas por causa da ferida	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

<b>VIDA SOCIAL</b>										
	Passou por alguma das seguintes situações na semana passada?					Até que ponto é que estas situações o/a perturbam?				
	Nunca / Não se aplica	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Nunca / Não se aplica	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Imenso
1 - Dificuldade em sair e conviver	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2 - Confiar mais nos outros	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3 - A sua família ou amigos serem superprotetores	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4 - Incapaz de gozar a sua vida social normal (ex: passatempos)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5 - Contato limitado com a família ou amigos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6 - Não sair devido a medo de magoar a ferida	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7 - Querer isolar-se das pessoas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

**QUALIDADE DE VIDA EM GERAL**

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

**Muito obrigado pela sua colaboração!**



## **APÊNDICE D**

Valores considerados para o item situação económica da escala de “Gijon”



### **Situação económica da escala de “Gijón”**

Os valores considerados para os diferentes itens centram-se nos valores aprovados pelo orçamento de estado para 2013, que constam no artigo 80º da lei número 64-B/2011 de dezembro.

Valor do salário mínimo nacional =485.00€

Valor da pensão social mínima (com o suplemento do subsídio de natal) =215.09€

Valor da pensão do sistema contributivo geral (com o suplemento do subsidio de natal) =256,79€

#### **Situação económica**

- Mais de 2 salários mínimos (>1000€).
- De 2 salários mínimos até 1 salário mínimo (<1000 e >485€).
- Desde o salário mínimo até à pensão do sistema contributivo (<485 e >257€).
- Desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social (<257 e >216€).
- Sem rendimentos ou inferiores aos anteriormente apresentados (<216€).