



Catarina Andreia  
Azevedo Henriques

# **Viver com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores: Análise Qualitativa de Narrações Significativas de Pessoas Idosas**



**Catarina Andreia  
Azevedo Henriques**

# **Viver com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores: Análise Qualitativa de Narrações Significativas de Pessoas Idosas**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, especialização em Gestão de Equipamentos, realizada sob a orientação científica do Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões, Professor Adjunto da Universidade de Aveiro e coorientação da Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo, Professora Adjunta da Universidade de Aveiro.

## O júri

Presidente

Doutor José Ignacio Guinaldo Martin

Professor Auxiliar da Secção Autónoma das Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro

Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro

Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde, Universidade de Aveiro (orientador)

## **Agradecimentos**

A concretização deste estudo, não teria sido possível sem a ajuda e colaboração de algumas pessoas, pelo que gostaria de expressar um sincero agradecimento a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para o mesmo.

Ao Professor Doutor João Lindo Simões, orientador deste trabalho, pela motivação, pelos esclarecimentos e disponibilidade constante, com que atendeu a todas as minhas solicitações, que me permitiu realizar esta investigação.

À Professora Doutora Elsa Melo, coorientadora deste trabalho, pelos seus comentários, sugestões e incentivo.

Ao ACeS do Baixo Vouga, ao Centro de Saúde de Águeda e à Policlínica Santa Columba que colaboraram com a realização deste trabalho, por concordarem com a aplicação do estudo e por toda a colaboração no processo de recolha de dados.

A todos os Enfermeiros que gentilmente colaboraram na recolha de dados, pela disponibilidade e flexibilidade.

Às pessoas que participaram no estudo, pela receptividade e simpatia.

Aos meus pais, António e Conceição, porque são os meus pilares e por todo o afeto, dedicação e empenho constante no meu sucesso.

Ao Márcio, pelo apoio incondicional e paciência interminável.

Aos restantes familiares e amigos, pelas palavras de incentivo e encorajamento.

**Palavras-chave**

Envelhecimento; Pessoa idosa; Narração; Úlcera de perna; Membros inferiores

**Resumo**

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial que altera a sociedade de forma complexa, implicando a necessidade de criação de estratégias de adaptação a esta realidade. A população idosa portuguesa apresenta também um aumento exponencial, e este fenómeno está frequentemente associado à perda de capacidades e dependência e ao aumento da incidência de patologias crónicas, como por exemplo as úlceras crónicas nos membros inferiores. Esta realidade verifica-se através de uma maior procura de cuidados de saúde e também no aumento dos encargos para a família e segurança social.

Assim, a aquisição de conhecimentos sobre as implicações da úlcera crónica nos membros inferiores permite, aos profissionais de saúde, melhorar a prestação de cuidados às pessoas idosas, possibilitando a gestão eficaz de recursos e a melhoria da qualidade de vida dos utentes.

Neste contexto, emergiu o nosso estudo que tem como objetivo conhecer as principais implicações da presença de uma úlcera crónica, nos membros inferiores, no quotidiano de pessoas idosas.

A metodologia utilizada foi qualitativa, com um tipo de estudo exploratório-descritivo, em que foram realizadas 16 entrevistas a pessoas idosas portadoras de úlcera crónica nos membros inferiores e posteriormente analisadas as narrações de vivências ou experiências significativas dos participantes, utilizando as etapas metodológicas da análise de conteúdo segundo Bardin (2011).

Os resultados encontrados foram incluídos em três áreas temáticas: Sentimentos e preocupações vividos com o aparecimento e desenvolvimento da úlcera crónica, Alterações no quotidiano das pessoas idosas com úlcera crónica e a Rede de apoio da pessoa idosa com úlcera crónica. A primeira área temática demonstrou que as pessoas idosas apresentam sentimentos negativos de tristeza e dor em relação às suas vivências com a úlcera crónica, e receios futuros relacionados com a incerteza da evolução da úlcera, verificando-se alguma ambivalência entre a esperança e o desespero. As alterações no quotidiano verificaram-se na mobilidade física prejudicada, na interferência em atividades de vida diária e através da necessidade de tratamento. Na mobilidade física prejudicada foi o caminhar o mais mencionado pelos participantes e na interferência em atividades de vida diária foram as atividades domésticas, sociais e de lazer. A terceira área temática incluiu a rede de apoio da pessoa idosa com úlcera crónica identificando a família, a instituição e o convivente significativo como o principal apoio dos participantes. A família apresentou um papel de destaque, através do apoio prestado pelo cônjuge e pelos filhos.

A realização deste estudo proporcionou conhecer melhor a realidade das pessoas idosas com úlceras crónicas nos membros inferiores, os seus sentimentos, dificuldades e/ou incapacidades, permitindo aos profissionais de saúde aumentar os conhecimentos e elaborar estratégias para auxiliar no seu dia-a-dia, ambicionando-se uma melhoria na prestação de cuidados às pessoas idosas, famílias e sociedade.

**Keywords**

Aging; Aged; Narration; Leg ulcer; Lower extremity

**Abstract**

The ageing of population is a global reality which changes the society in a complex way, implying the need to create adaptation strategies to this reality. Portuguese elderly population also shows an exponential increase, and this phenomenon is often associated with the loss of capacity and dependence and with the increased incidence of chronic diseases, such as chronic ulcers in the lower limbs. This fact is verified by an increased demand for health care and also by an increased burden for the family and social security.

Thus, the acquisition of knowledge about the implications of chronic ulcers of the lower limbs permits, to the health professionals, to improve the healthcare provision to the elderly, enabling the effective management of resources and improving the quality of life of the users.

In this context, our study emerged with the aim to explain the main implications of the presence of a chronic ulcer, in the lower limbs, in the daily life of the elderly.

The methodology was qualitative, with a kind of exploratory and descriptive study, in which 16 interviews were conducted with elderly people suffering from chronic ulcer in the lower members and subsequently analyzed the accounts of the experiences or significant experiences of the participants, using the methodological stages of content analysis according to Bardin (2011).

The results found were included in three thematic areas: Feelings and concerns experienced with the appearance and development of chronic ulcers, Changes in everyday life of older people with chronic ulcer and the Elderly person's support network with chronic ulcer. The first thematic area demonstrated that elder people have negative feelings of sadness and pain regarding their experiences with the chronic ulcer, and future fears about the uncertainty of the evolution of the ulcer, verifying some ambivalence between hope and despair. The changes in daily life have occurred in impaired physical mobility, interference with activities of daily living and by the need for treatment. In impaired physical mobility was the walk as mentioned by participants and interference in daily activities such as domestic activities, social and leisure activities. The third thematic area included the elder support network with chronic ulcer identifying the family, the institution and the significant cohabitant as the main support of the participants. The family had a prominent role, through the support provided by the spouse and children.

This study provided a better knowledge of the reality of elder people with chronic leg ulcers, their feelings, difficulties and / or disabilities, allowing health professionals to increase the knowledge and develop strategies to assist in their day-to-day, aiming an improvement in the provision of care for elder people, families and society.

## **Abreviaturas e siglas**

AVD's – Atividades de Vida Diária

BWAT – *Bates-Jensen Wound Assessment Tool*

CEISUC – Centro de Estudos e Investigação em Saúde da  
Universidade de Coimbra

FAUR – Frequência absoluta das Unidades de Registo

MMSE – *Minimal State Examination*

UCSP's – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

USF's – Unidades de Saúde Familiar

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO .....	14
1. Envelhecimento .....	16
1.1. O envelhecimento e a pessoa idosa .....	16
1.2. Teorias do envelhecimento.....	19
1.3. Envelhecimento e doença crónica .....	20
2. Envelhecer com úlcera crónica .....	23
2.1. Anatomopatologia da úlcera crónica.....	23
2.1.1. Úlceras vasculogénicas dos membros inferiores .....	25
2.2. Implicações da úlcera nos membros inferiores nas vivências da pessoa idosa ..	30
CAPITULO II - ESTUDO EMPÍRICO .....	36
1. Questão de investigação e objetivos do estudo .....	38
2. Metodologia .....	40
2.1. Tipo de estudo.....	40
2.2. População e amostra.....	41
2.3. Procedimentos de recolha de dados.....	42
2.4. Procedimentos éticos .....	46
2.5. Análise de dados .....	47
3. Apresentação dos resultados.....	49
3.1. Caraterização da amostra.....	49
3.2. Resultados emergentes da análise interpretativa dos dados .....	53
3.2.1. Sentimentos e preocupações vividos com o aparecimento e desenvolvimento da úlcera crónica .....	54
3.2.2. Alterações no quotidiano das pessoas idosas com úlcera crónica.....	57
3.2.3. Rede de apoio da pessoa idosa com úlcera crónica.....	62
4. Discussão dos resultados .....	66
5. Conclusões.....	77
6. Referências bibliográficas.....	80
APÊNDICES.....	86
Apêndice 1 – Instrumento de recolha de dados	
Apêndice 2 – Consentimento informado aplicado aos participantes	
Apêndice 3 – Matriz temática da análise de conteúdo	
ANEXOS.....	108

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro

Anexo 2 – Autorização do Diretor Executivo do ACeS Baixo Vouga

Anexo 3 – Autorização da Policlínica Santa Columba Lda.

## ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Caraterização da úlcera venosa e úlcera arterial .....	26
Quadro 2 - Caraterização da úlcera de pé diabético .....	29
Quadro 3 - Resultados da análise interpretativa da área temática “Sentimentos e preocupações vividos com o aparecimento e desenvolvimento da úlcera crónica” .....	55
Quadro 4 - Resultados da análise interpretativa da área temática “Alterações do quotidiano das pessoas idosas com úlcera crónica” .....	58
Quadro 5 - Resultados da análise interpretativa da área temática “Rede de apoio da pessoa idosa com úlcera crónica” .....	63
Quadro 6 - Resultados da análise interpretativa por área temática .....	64
Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica dos participantes (n=16) .....	49
Tabela 2 - Caraterização clínica dos participantes (n=16) .....	51
Tabela 3 - Caraterização das úlceras crónicas dos participantes (n=16) .....	52

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial, inevitável e previsível, que vai alterar a sociedade de forma complexa, criando novos desafios e oportunidades. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2011), em 2010, constatou-se que 524 milhões de pessoas estavam com 65 anos ou mais, representando 8% da população mundial, sendo que em 2050 prevê-se que o número deverá quase triplicar para cerca de 1,5 biliões, representando 16% da população mundial.

Em Portugal, a população idosa apresenta também um aumento exponencial, sendo por isso, alvo das estratégias desenvolvidas pelo *Plano Nacional de Saúde 2012–2016*. Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2012) o envelhecimento associado à doença conduz frequentemente a patologias crónicas, dependência, fragilidade, e declínio funcional, que devem ter a atenção das políticas de saúde atuais. Também, o aumento da doença crónica e de comorbilidades nas pessoas idosas, refletem-se na maior procura de cuidados de saúde, aumento da incapacidade e dependência, com encargos para a família, sistema de saúde e segurança social.

O processo de envelhecimento é atualmente estudado pela sua complexidade e impacto social e demográfico (Paúl & Ribeiro, 2012). Promover um envelhecimento saudável é importante, ajudando as pessoas idosas a manter a saúde e quebrar barreiras que impedem a sua participação na sociedade. No entanto, muitas pessoas idosas têm que enfrentar problemas de saúde e desafios à sua capacidade de manter-se saudáveis e independentes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2012) é necessário minimizar esses problemas, e fazê-lo de uma forma viável e sustentável para as famílias e sociedade.

Com o aumento da longevidade das pessoas idosas, aumentam as suas comorbilidades, como as úlceras crónicas, que provocam dependência e limitações no quotidiano (Ebbeskog & Ekman, 2001). Segundo Lucas et al. (2008), a úlcera não é apenas uma lesão física, é uma perda irreparável ou

considerada uma doença incurável que fragiliza e muitas vezes incapacita a pessoa no seu dia-a-dia. De acordo com Baranoski e Ayello (2004) as úlceras crónicas provocam efeitos físicos, financeiros e psicológicos.

Atualmente verifica-se uma preocupação crescente com as pessoas portadoras de doenças crónicas, nomeadamente com úlceras crónicas nos membros inferiores, sendo a qualidade de vida destas pessoas o foco de atenção dos profissionais de saúde, que detêm como um dos principais objetivos terapêuticos a melhoria nos cuidados prestados à pessoa doente e comunidade (Saraiva, Bandarra, Agostinho, Pereira, & Lopes, 2013). Segundo Afonso, Barroso, Marques, Gonçalves, e Gonzalez, (2013) as úlceras crónicas dos membros inferiores estão associadas a uma cicatrização lenta com frequentes recidivas, com gastos de recursos e de tempo para os profissionais de saúde, para a pessoa e família.

O conhecimento sobre as implicações da úlcera crónica nos membros inferiores possibilita a elaboração de estratégias com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados aos doentes, permitir a redução do tempo de cicatrização e de recidiva, possibilitando a racionalização de recursos e uma melhoria da qualidade de vida dos utentes (Afonso et al., 2013).

Neste sentido, compreender a vivência da pessoa idosa com úlcera crónica nos membros inferiores torna-se importante, para obter um maior conhecimento sobre o quotidiano das pessoas e possibilitar a definição de futuras estratégias que permitam diminuir as consequências negativas. Dotar os profissionais de saúde, que trabalham diretamente com pessoas idosas, de conhecimento acerca da realidade e das implicações de uma úlcera crónica nos membros inferiores, possibilita uma abordagem holística e uma prestação de cuidados direcionada aos problemas e dificuldades individuais das pessoas idosas.

De acordo com a problemática descrita anteriormente, optou-se por estudar a temática “Viver com úlcera crónica nos membros inferiores”, sendo realizada uma análise qualitativa de narrações significativas de pessoas idosas. Definindo-se como objetivo geral do estudo conhecer as principais implicações da presença de uma úlcera crónica, nos membros inferiores, na vida de pessoas idosas.

Estruturalmente o documento encontra-se dividido em dois capítulos principais. Inicia-se pelo enquadramento teórico do estudo, em que é realizada uma contextualização do envelhecimento e do envelhecimento com úlcera crónica nos membros inferiores, seguindo-se o estudo empírico com a questão de investigação e objetivos do estudo, em que a problemática é identificada e definidos os objetivos da investigação. Ainda neste segundo capítulo é apresentada a metodologia, em que são definidas as características da pesquisa, através do tipo de estudo, população e amostra, procedimentos de recolha de dados, procedimentos éticos e análise de dados. Seguidamente é realizada a apresentação dos resultados encontrados e discussão dos mesmos, terminando com as conclusões do estudo.



## **CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO**



## **1. Envelhecimento**

O envelhecimento é um processo complexo e atualmente desenvolvido em várias perspectivas. A pessoa idosa, as teorias do envelhecimento e a doença crónica associada são algumas das temáticas relacionadas com o envelhecimento e vão ser explanados seguidamente.

### **1.1. O envelhecimento e a pessoa idosa**

O aumento da esperança média de vida durante o século XX foi considerado como uma das maiores conquistas da sociedade (Organização Mundial da Saúde, 2011). A população com idade superior a 65 anos apresenta uma crescente expressão demográfica e social, devido ao aumento da esperança de vida, ao impacto dos progressos da medicina e à melhoria das condições sanitárias, o que constitui um desafio para a sociedade, para o sistema de saúde e protecção social (Direcção-Geral da Saúde, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (2012) classifica cronologicamente as pessoas idosas com mais de 65 anos de idade nos países desenvolvidos e mais de 60 anos de idade nos países em desenvolvimento. Refere também que detêm habilidades regenerativas limitadas e mudanças físicas e emocionais.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2011) é importante valorizarmos a questão se estamos a viver de forma mais saudável, com o aumento da longevidade, ou se este aumento está associado a um aumento de uma saúde debilitada e de incapacidades. Verifica-se um debate mundial considerável sobre esta questão entre os pesquisadores, e as respostas têm amplas implicações para o número crescente de pessoas idosas.

Pesquisar sobre o envelhecimento e a longevidade é, atualmente, um tema que a comunidade científica tem desenvolvido. Esse interesse sobre a temática é contextualizado num momento em que o envelhecimento da população é generalizado e existe uma conscientização das estruturas etárias invertidas e das suas consequências (Carnes & Olshansky, 2007).

Em Portugal, o índice de envelhecimento entre 2012 e 2060 poderá aumentar de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens. O aumento da esperança média de vida, a diminuição da fecundidade e as migrações permitem um aumento do envelhecimento demográfico da população (Instituto Nacional de Estatística, 2014). A população idosa portuguesa foi caracterizada por regiões, verificando-se algumas assimetrias, no entanto na globalidade apresentou maior isolamento e mais dependência nas mulheres e menos exercício físico, mais tabagismo e mais dislipidémia nos homens (Oliveira, Rosa, & Pinto, 2010).

De acordo com Paúl e Ribeiro (2012), a literatura da especialidade, define o envelhecimento como um processo demográfico e social, contemplando vários aspetos conjugados, como a melhoria das condições sanitárias, da qualidade de vida, do estado socioeconómico e das condições de saúde. As pessoas idosas estão a viver mais, observando-se assim um aumento da sua longevidade (Wicke et al., 2009; Paúl & Ribeiro, 2012).

O envelhecimento é também definido como um processo biopsicossocial, que abrange a pessoa num todo, com as suas modificações morfológicas, fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais (Oliveira, 2008). *“Trata-se de um processo complexo, diferencial (específico de cada pessoa), contínuo (embora com tempos diferentes), inelutável e irreversível ”* (Oliveira, 2008, p.28).

O envelhecimento significa a diminuição da capacidade funcional após a vida adulta e está normalmente relacionado com a senescência (Paúl & Ribeiro, 2012). De acordo com estes autores a senescência define-se como a diminuição física, mental e social consequente das alterações estruturais e funcionais que a pessoa idosa vivência no corpo e na mente. A longevidade também está interligada com o envelhecimento mas, apesar de relacionados, têm significados distintos. A longevidade é a duração da vida de um organismo e depende da evolução do envelhecimento, se este for rápido, a longevidade diminui, se for lento, a longevidade aumenta. Duas pessoas não envelhecem da mesma forma e as alterações originadas pelo envelhecimento decorrem em um ritmo diferente (Agostinho, 2004).

Segundo Filho e Netto (2000), os fatores que influenciam o envelhecimento podem ser intrínsecos ou extrínsecos. Os primeiros incluem fatores genéticos, radicais livres, imunidade celular e humoral, ligações cruzadas e ligações entre ADN e a histona. Os fatores extrínsecos englobam radiações, altitude, temperatura, poluição, alimentação e a tensão emocional.

Oliveira et al. (2010) reforça que a variabilidade de fatores endógenos e exógenos relacionados com a componente genética de cada pessoa determinam os diferentes processos de envelhecimento.

A Direcção-Geral da Saúde (2012) define vários contextos específicos ao longo do ciclo de vida, as necessidades e potencialidades. Após os 65 anos é considerada a etapa do “Envelhecimento Ativo”, em que se deve promover a autonomia, participação ativa, autorrealização e dignidade da pessoa idosa, no contexto familiar; nos locais de trabalho e lazer; na comunidade; nas instituições de acolhimento (p. ex., lares). No entanto, salvaguardamos que este envelhecimento ativo deve ser promovido ao longo do envelhecimento da pessoa (ciclo vital).

O ambiente em que a pessoa idosa se insere e o estilo de vida adotado, com as morbilidades associadas, também influenciam a evolução do envelhecimento, que não é só considerado uma fatalidade biológica, mas a agregação de todos os fatores que envolvem a pessoa (Oliveira, 2008). A condição socioeconómica, a baixa escolaridade, situações de pobreza e más condições de habitação levam à malnutrição, a doenças infecciosas e permitem um processo de envelhecimento mais célere. Conhecer a realidade e as vivências da população idosa é importante para permitir planear e intervir atempadamente (Oliveira et al., 2010).

Com o objetivo de compreender o envelhecimento e a pessoa idosa no seu todo, foi criada a Gerontologia que é definida como a ciência que estuda o processo do envelhecimento nas suas dimensões biológica, psicológica e social (Paúl & Ribeiro, 2012). Para os mesmos autores, a gerontologia é a área de estudo que investiga as experiências do envelhecimento em diferentes contextos socioculturais e históricos.

Neste sentido, dotar a sociedade atual de um maior conhecimento sobre a população idosa, as suas vivências no envelhecimento torna-se fundamental para responder às suas necessidades reais.

## **1.2. Teorias do envelhecimento**

A preocupação crescente acerca do processo de envelhecimento desencadeou o surgimento de teorias explicativas, a nível biológico, psicológico e social. Não existe um consenso geral entre todas as teorias existentes, no entanto, é possível extrair algumas causas pelas quais se envelhece e morre (Oliveira, 2008; Teixeira & Guariento, 2010).

São múltiplas as teorias definidas no universo científico (Teixeira & Guariento, 2010), no entanto, não são consideradas como verdades absolutas, pois como afirma Oliveira (2008, p.49) *“...a genética, a imunologia, a bioquímica ou a fisiologia não explicam cabalmente o processo de envelhecimento, embora ele seja biologicamente individualizado”*.

Para Correia (2003), existe uma divisão entre teorias estocásticas e as desenvolvimentistas/genéticas. As primeiras definem o envelhecimento resultante de lesões sucessivas que levam ao desgaste e morte. As segundas referem o envelhecimento como um programa genético controlado.

A biologia tenta também explicar as mudanças e alterações que ocorrem no processo de envelhecimento através das Teorias Gerais do Envelhecimento Biológico, nomeadamente a teoria imunológica, teoria genética, teoria do erro da síntese proteica, teoria dos desgastes, teoria dos radicais livres e teoria neuro-endócrina (Berger & Malloux-Poirier, 1995).

Na Teoria imunológica considera-se que o sistema imunitário parece já não conseguir distinguir as células sãs existentes no organismo, das substâncias estranhas, enquanto que na Teoria genética o envelhecimento seria programado biologicamente e faria parte de um contínuo, durante o desenvolvimento orgânico, seguindo rigorosamente a embriogénese, a puberdade e a maturação. Na Teoria do erro e da síntese proteica ocorrem

alterações na cadeia de ADN que falseiam a informação genética levando à formação de proteínas incompetentes e na Teoria do desgaste as zonas do organismo humano deterioram-se com o uso. Na Teoria dos Radicais Livres estes provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transformam-nos em substâncias que envelhecem as células. Por fim, na Teoria neuro-endócrina a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuro-endócrinas (Berger & Malloux-Poirier, 1995).

As Teorias do Envelhecimento Psicossocial, definidas pelos mesmos autores, incluem a teoria da atividade, teoria da desinserção e teoria da continuidade. Na primeira considera-se que a pessoa idosa deve manter-se ativa a fim de obter, na vida, a maior satisfação possível, manter a sua autoestima e conservar a sua saúde. A velhice bem-sucedida implica a descoberta de novos papéis na vida. Na Teoria da desinserção o envelhecimento acompanha-se de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo. Na Teoria da continuidade o idoso mantém a continuidade nos seus hábitos de vida, nas suas preferências, experiências e compromissos fazendo, estes, parte da sua personalidade (Berger & Malloux-Poirier, 1995).

Todas as teorias supracitadas tentam explicar o processo de envelhecimento, segundo determinada visão ou perspetiva, no entanto, quando isoladas apresentam limitações e devem incluir outros fatores do envelhecimento (Teixeira & Guariento, 2010).

### **1.3. Envelhecimento e doença crónica**

De acordo com Correia (2003) com o aumento da longevidade, aumenta a prevalência de patologias crónicas. As patologias crónicas conduzem, muitas vezes, a uma incapacidade para as atividades da vida diária e para as atividades instrumentais (Correia, 2003; Lucas et al., 2008). Aumentam também a morbilidade e limitações funcionais das pessoas idosas (Cheung, 2010).

Na presença de doença crónica devem-se encontrar opções para manter e otimizar a qualidade de vida da pessoa doente e, quando a doença está associada a uma pessoa idosa, mais que o aumento da longevidade, deve-se incluir a possibilidade de recuperação ou manutenção da sua autonomia e independência (Filho, 2006).

Os sistemas do organismo que sofrem mais modificações com o envelhecimento são o sistema nervoso central, o aparelho locomotor, o sistema cardiovascular e o sistema respiratório (Berger & Malloux-Poirier, 1995). Na opinião de Filho e Netto (2000) para além destes sistemas, as doenças crónicas estão também relacionadas com o sistema neuropsiquiátrico e digestivo. Para os mesmos autores, as doenças crónicas estão muito presentes na população idosa e conduzem, frequentemente, a tratamentos prolongados e encargos financeiros maiores.

A pessoa idosa é mais vulnerável a doenças degenerativas de início insidioso, como as do foro cardiovascular e cerebrovascular, neoplasias, as perturbações mentais e estados patológicos que afetam o sistema locomotor e os sentidos (Zaslavsky & Gus, 2002). Com o envelhecimento ocorrem alterações a nível celular e tecidual, que aumentam a suscetibilidade para várias doenças. A pessoa idosa detêm, frequentemente, diversas comorbilidades, que ampliam o risco de deterioração funcional.

Num estudo realizado no Brasil, por Maciel e Guerra (2008), concluiu-se que a doença cardiovascular foi a principal patologia encontrada na população idosa, e que as patologias desta natureza são consideradas importantes fatores de risco para incapacidade e morte.

O sistema cardiovascular, com o envelhecimento, sofre várias alterações, tais como arteriosclerose, diminuição da distensibilidade muscular, comprometimento da função cardíaca e redução na função barorreceptora (Zaslavsky & Gus, 2002). Com estas alterações, a doença cardiovascular instala-se, aumentando a fragilidade dos tecidos e conseqüentemente a possibilidade de surgirem úlceras. Segundo Gould et al. (2015) as pessoas idosas apresentam uma maior probabilidade de desenvolvimento de úlceras do

que pessoas mais jovens, e a influência negativa na qualidade de vida é muito significativa nesta população.

Nos últimos anos verificou-se que o impacto do envelhecimento sobre as respostas das células e tecidos são resultantes da transdução prejudicada das citocinas, sem controlo da inflamação, e da alteração na síntese e degradação de proteínas e dos efeitos subsequentes na resposta à cicatrização de úlceras (Ashcroft, Mills, & Ashworth, 2002). A maior compreensão da complexa interação entre o envelhecimento celular e o seu microambiente é essencial, a fim de desenvolver estratégias terapêuticas direcionadas para melhorar a cicatrização nas pessoas idosas (Ashcroft et al., 2002).

Vários estudos tem demonstrado que a capacidade de cicatrização das úlceras diminui com o aumento da idade (Swift, Burns, Gray, & DiPietro, 2001). No entanto, também se verifica que a difícil cicatrização em lesões crónicas, principalmente na população idosa, está mais relacionada com as comorbilidades associadas do que com a idade avançada (Thomas, 2001).

Segundo um estudo realizado na Alemanha (Wicke et al., 2009), as patologias como insuficiência venosa crónica, diabetes *mellitus* e doença arterial periférica são as mais prevalentes na população idosa e causam o aparecimento de úlceras crónicas, além de influenciarem o processo de cicatrização. No mesmo estudo concluiu-se que a taxa de cicatrização de úlceras em pessoas com diabetes *mellitus* é superior em comparação com pessoas que possuem uma úlcera crónica associada a doença arterial periférica ou insuficiência venosa crónica.

## **2. Envelhecer com úlcera crónica**

Para compreender as vivências da pessoa idosa com úlcera crónica nos membros inferiores é importante perceber a anatomopatologia da úlcera crónica e conhecer as úlceras vasculogénicas, nomeadamente as úlceras venosas, úlceras arteriais e úlceras de pé diabético. De seguida é efetuada uma apresentação da anatomopatologia da úlcera crónica e das úlceras vasculogénicas, assim como as implicações da úlcera nos membros inferiores nas vivências da pessoa idosa.

### **2.1. Anatomopatologia da úlcera crónica**

A úlcera cutânea é uma rutura da estrutura e função anatómica normal da pele e tecidos subjacentes e podem ser classificadas como agudas ou crónicas (Sussman & Bates-Jensen, 2007). As úlceras agudas têm um processo cicatricial ordenado e atempado, com eventual retorno à integridade anatómica e funcional (Baranoski & Ayello, 2004; Gosain & DiPietro, 2004). As úlceras crónicas não apresentam o mesmo processo ordeiro e atempado, não desenvolvem as quatro fases do processo de cicatrização (hemóstase, inflamação, proliferação e maturação), normalmente apresentam um atraso temporal na recuperação da integridade anatómica e funcional (Sussman & Bates-Jensen, 2007).

Existem diferenciações primordiais entre úlceras agudas que cicatrizam sem complicações e aquelas que se tornam úlceras crónicas. A não cicatrização de lesões crónicas pode ter origem na congregação de fatores que se sobrepõem e que impedem a cicatrização, incluindo a isquemia tecidual local, o trauma e isquemia/reperfusão, presença de necrose tecidual, resposta sistémica diminuída ao stresse do hospedeiro celular e contaminação bacteriana (Stojadinovic, Carlson, Schultz, Davis, & Elster, 2008).

A cicatrização da úlcera está diretamente relacionada com as suas características fisiológicas. Nas úlceras agudas existe elevada mitose celular, baixas citoquinas inflamatórias e baixas proteases, que permitem aumentar os

níveis de fatores de crescimento e permitir que as células sejam capazes de fornecer uma resposta rápida à presença de lesão. Nas úlceras crônicas, por sua vez, existe uma baixa mitose celular, elevada presença de citocinas inflamatórias e proteases que implicam uma resposta mais lenta dos fatores de crescimento e células em senescência (Sussman & Bates-Jensen, 2007).

Para os mesmos autores, a cicatrização das úlceras é assim afetada por fatores intrínsecos, extrínsecos e iatrogênicos. Os primeiros estão relacionados com a condição clínica e incluem a idade avançada e a presença de doença crônica associada, os segundos são adquiridos através do ambiente e englobam a nutrição pouco adequada e o excesso de medicação, realização de quimioterapia e presença de infecção e por fim, os fatores iatrogênicos estão associados à manipulação da úlcera e contemplam a isquemia local, tratamentos inapropriados, trauma e a duração e extensão da lesão.

Quando o processo de cicatrização é interrompido ou se desenvolve mais lentamente, devido à presença de comorbidades, as úlceras tornam-se crônicas, e ocorrem em maior prevalência em pessoas diabéticas, com doença arterial e/ou venosa (Gosain & DiPietro, 2004; Werdin et al., 2008). A deficiente cicatrização relacionada com o envelhecimento e o aumento da incidência de diabetes, insuficiência venosa e imobilidade nas pessoas idosas, contribuem para o aumento das taxas de úlceras do pé diabético, úlceras de estase venosa e úlceras de pressão, cada vez mais características nesta população (Brem, Tomic-Canic, Tarnovskaya, & Ehrlich, 2001). Assim a maioria das úlceras crônicas estão incluídas na tipologia de úlceras de pressão, úlceras de pé diabético, úlceras venosas e úlceras arteriais. Embora apresentem etiologias subjacentes distintas, detêm alguns fatores causais importantes em comum (Mustoe, 2004; Sussman & Bates-Jensen, 2007).

Neste sentido, a úlcera crônica é definida cronologicamente como uma interrupção na pele de longa duração, superior a 3 meses (Kirketerp-Moller, Zulkowski, & James, 2011). São lesões frequentemente recorrentes, que cicatrizam por segunda intenção e associadas a patologias, como a diabetes, doença isquêmica, consequência de pressão ou doenças inflamatórias (Werdin et al., 2008). O processo de cicatrização de úlceras é afetado potencialmente

por algumas mudanças como a atrofia, pele seca e rugosa, alterações da pigmentação, flacidez e presença de tumores benignos e malignos.

Relativamente às úlceras crónicas nos membros inferiores surgem predominantemente em pessoas com 65 anos ou mais (Ebbeskog & Ekman, 2001). O impacto do envelhecimento nas respostas celulares e tecidulares verifica-se através de uma transdução de citocinas prejudicada, da elevada resposta inflamatória (Brem et al., 2001) e de um desequilíbrio entre a síntese e degradação de proteínas, conduzindo a um atraso na cicatrização das úlceras (Ashcroft et al., 2002; Brem et al., 2001).

De acordo com Gogia (2003), as úlceras presentes nos membros inferiores, também designadas de úlceras de perna, dividem-se em úlceras venosas, úlceras arteriais e úlceras diabéticas.

No presente estudo optámos por estudar apenas o impacto das úlceras crónicas dos membros inferiores no quotidiano das pessoas idosas com alguma independência no autocuidado, nomeadamente na capacidade de se moverem. Neste sentido, os conceitos que são explorados de seguida terão maior enfoque neste tipo de úlceras e pessoas.

## **2.2. Úlceras vasculogénicas dos membros inferiores**

As úlceras dos membros inferiores podem ser causadas por patologias subjacentes (Sussman & Bates-Jensen, 2007). A mais comum destas patologias é a insuficiência venosa, que corresponde a 70% das úlceras. Entre 10-15% são o resultado de doença arterial e cerca de 10% das pessoas terão doença venosa e arterial, designadas também por úlceras de etiologia mista (Rainey, 2002).

Após a pesquisa bibliográfica verificou-se, num estudo realizado nos EUA (Fonder & Lazarus, 2008), que algumas das feridas crónicas, com maior prevalência são as úlceras vasculares (venosas e arteriais) e as úlceras de pé diabético. Em Portugal, também se verifica esta tendência, através de uma investigação realizada, em que se concluiu que a etiologia venosa é

predominante na população idosa, sendo envolvida de forma isolada ou associada à insuficiência arterial (Afonso et al., 2013).

As **úlceras vasculares** dividem-se de acordo com a sua fisiopatologia, em úlceras venosas e úlceras arteriais. Dependendo do sistema vascular comprometido, venoso ou arterial, teremos quadros clínicos diferentes (Baranoski & Ayello, 2004), como poderemos visualizar no Quadro 1. São mais comuns nas mulheres que nos homens e apesar de poder afetar qualquer faixa etária são mais frequentes na população idosa (Gogia, 2003).

**Quadro 1 - Caracterização da úlcera venosa e úlcera arterial (Baranoski & Ayello, 2004; Sussman & Bates-Jensen, 2007)**

	<b>Úlcera venosa</b>	<b>Úlcera arterial</b>
<b>Localização</b>	Região maleolar medial	Pé e região tibial anterior
<b>Causas</b>	Hipertensão venosa	Inadequado fluxo sanguíneo arterial
<b>Sinais e sintomas</b>	Veias varicosas Lipodermatoesclerose Veias perimaleolares dilatadas Atrofia branca Edema	Pele fria e brilhante Diminuição de folículos pilosos Perda pulsos periféricos Mudança trófica das unhas Dedos necróticos Deficiente tempo de enchimento capilar
<b>Dor</b>	Associada ao edema, alivia com compressão e elevação	Dolorosa, agrava pela elevação ou exercício
<b>Profundidade</b>	Superficial	Profunda
<b>Forma</b>	Definida	Irregular
<b>Evolução</b>	Lenta	Rápida

A compreensão da etiologia, tanto da úlcera venosa como da úlcera arterial, é um fator importante para auxiliar a pessoa portadora de ferida crônica a melhorar a sua qualidade de vida (Rainey, 2002).

Nas úlceras crônicas dos membros inferiores estão incluídos múltiplos fatores causais que complexificam o tratamento. A terapêutica cirúrgica e compressiva para as úlceras de etiologia venosa, apresentam excelentes resultados, principalmente se existir envolvimento unicamente do sistema venoso superficial. No envolvimento arterial observam-se baixas taxas de cicatrização e, quando associado à infecção, é importante o despiste e uma abordagem

precoce, pois apresentam um pior prognóstico e risco de amputação (Afonso et al., 2013).

Para os mesmos autores, também é importante considerar os fatores gerais do doente para a otimização do tratamento e evitar o atraso na cicatrização. O estado nutricional, o equilíbrio dos valores da diabetes e da tensão arterial, o controlo de fatores de risco para a arteriosclerose, o acompanhamento e reforço da adesão terapêutica são fundamentais.

A **úlcer**a venosa localiza-se normalmente na região maleolar medial, onde as veias perfurantes estão localizadas (Gogia, 2003). Anteriormente eram conhecidas por úlceras de “estase venosa” devido a conção existente que a sua etiologia era pela estase do sangue. Atualmente a hipertensão venosa, mais que a estase, é a origem destas lesões e da sua difícil cicatrização (Afonso et al., 2013).

A hipertensão venosa causa uma distensão das veias superficiais, provocando lesão nas paredes da veia, e o extravasamento de fluido para o espaço intersticial provoca edema e perda de células vermelhas, com o decorrer do tempo (Sussman & Bates-Jensen, 2007; Afonso et al., 2013). Consequentemente ocorre a insuficiência venosa que é definida como a deficiência no funcionamento do sistema venoso devido à incompetência valvular venosa com ou sem obstrução de retorno, podendo afetar o sistema venoso superficial e profundo (Baranoski & Ayello, 2004).

Para Rainey (2002) os sinais de doença venosa incluem: veias varicosas, lipodermatoesclerose, eczema de estase, edema e o aparecimento de muitas vénulas intradérmicas dilatadas na região maleolar medial, a coloração da pele, como resultado dos produtos de degradação da hemoglobina de glóbulos vermelhos extravasados e atrofia branca.

Com a evolução da insuficiência venosa crónica sucede a lipodermatosclerose que é a hiperpigmentação e distribuição do endurecimento do tecido subcutâneo no terço inferior da perna, decorrente do edema e perda de células vermelhas no tecido subcutâneo da região maleolar, considerado o ponto de maior pressão de gravidade (Baranoski & Ayello, 2004).

A profundidade da úlcera venosa é superficial e a forma é bem definida. A dor da úlcera venosa é frequentemente associada ao edema, a infecções locais ou à celulite e é geralmente diminuída através da compressão e elevação do membro inferior. Apresenta um desenvolvimento geralmente lento e são menos infetadas (Rainey, 2002).

A **úlcera arterial** não cicatriza devido ao inadequado fluxo sanguíneo arterial e localiza-se no pé ou na região tibial anterior da perna e as suas razões são múltiplas: trauma, pressão crónica ou aguda, extremos térmicos, químicos ou nutrição celular reduzida devido a fluxo arterial diminuído (Baranoski & Ayello, 2004; Sussman & Bates-Jensen, 2007).

Uma história clínica sugestiva de envolvimento arterial pode incluir hipertensão, enfarte do miocárdio, cirurgia arterial, acidente vascular cerebral, claudicação intermitente, artrite reumatoide, diabetes *mellitus* e doença vascular periférica (Rainey, 2002).

A viabilidade tecidual pode ser mantida se os membros inferiores mantiverem um fluxo sanguíneo mínimo, apesar do compromisso arterial. No entanto, quando existe isquemia a cicatrização da úlcera é inibida. A melhoria da afluência arterial permite um aumento do oxigénio para a úlcera arterial e aumenta a probabilidade de cicatrização (Baranoski & Ayello, 2004; Sussman & Bates-Jensen, 2007).

Os sinais de doença arterial podem incluir membros inferiores frios num ambiente acolhedor, pés pálidos e cianóticos aquando do levantar, pernas sem folículos pilosos e brilhantes, dedos necróticos, ausência de pulsos pediosos, mudança trófica das unhas, perfusão tecidual reduzida, com tempo de preenchimento capilar superior a 3 segundos (Rainey, 2002).

As úlceras arteriais são profundas e geralmente com forma irregular ou múltiplas áreas pequenas e a dor está presente, e é moderada ou elevada sendo agravada pela elevação ou exercício (Sussman & Bates-Jensen, 2007). A pessoa portadora de úlcera arterial comumente refere “colocar as pernas para fora da cama” para aliviar a dor e o desenvolvimento desta lesão é considerado rápido (Baranoski & Ayello, 2004).

As pessoas com diabetes *mellitus* podem desenvolver **úlceras de pé diabético**, devido à combinação de patologias subjacentes. A ulceração do membro inferior, particularmente o pé, é muito comum em pessoas com diabetes *mellitus*, em que a cicatrização está prejudicada e existe um aumento do risco de infecção (Rainey, 2002; Sussman & Bates-Jensen, 2007). A caracterização geral da úlcera de pé diabético é apresentada no Quadro 2.

**Quadro 2 - Caracterização da úlcera de pé diabético (Baranoski & Ayello, 2004; Sussman & Bates-Jensen, 2007)**

	<b>Úlcera de pé diabético</b>
<b>Localização</b>	Superfície plantar do pé e zonas de pressão
<b>Causas</b>	Neuropatia periférica, insuficiência vascular periférica ou infecção
<b>Sinais e sintomas</b>	Pele brilhante e atrófica Toque e propriocepção ausentes Parestesias
<b>Dor</b>	Ausente, na maioria dos casos
<b>Profundidade</b>	Profunda
<b>Forma</b>	Irregular
<b>Evolução</b>	Rápida

A insuficiência vascular periférica e neuropatia periférica, frequentemente em combinação, provocam a ulceração do pé diabético. Os problemas dos membros inferiores, nomeadamente dos pés, são considerados uma complicação comum da patologia da diabetes, e apresentam uma prevalência de 23-42% para a neuropatia, 9-23% na doença vascular e 5-7% na ulceração do pé (Duarte & Gonçalves, 2011).

A etiologia é baseada na combinação entre isquemia e neuropatia. As úlceras isquémicas primárias são mais raras (Gogia, 2003). Existem três tipos de neuropatia: sensorial, motora e autonómica (Duarte & Gonçalves, 2011).

A neuropatia sensorial reduz ou elimina a perceção da dor, que leva a lesões despercebidas. A neuropatia motora afeta os nervos que enviam sinais aos músculos do pé, alterando a marcha da pessoa e produzindo pressão não natural, o que pode resultar na ulceração, especialmente sobre regiões como os metatarsos, o hallux e as proeminências ósseas sobre os dedos dos pés. Na

neuropatia autonómica existe ausência de perspiração e a pele torna-se seca e muito propensa a desenvolver fissuras que permitem a entrada de fungos e bactérias (Duarte & Gonçalves, 2011). Ao contrário da maioria das úlceras da pele, as úlceras de pé diabético, desenvolvem-se inicialmente dentro dos tecidos (Rainey, 2002; Gogia, 2003).

As características da úlcera de pé diabético são a localização na superfície plantar do pé, em áreas de grande pressão como o calcanhar, dedos e metatársicos (Sussman & Bates-Jensen, 2007). A pele apresenta-se brilhante e atrófica. Normalmente as úlceras são profundas, irregulares e infetadas e a dor pode não existir, mas queixas de parestesias nas extremidades e sensação de queimadura podem ocorrer. O toque, a propriocepção, e a pressão são capacidades sensoriais que estão ausentes e em grande parte dos casos, as pessoas não tem noção desse facto (Gogia, 2003).

A úlcera do pé diabético pode ter origem na neuropatia periférica, na insuficiência vascular periférica ou numa infeção, sendo que pode estar mais que uma causa subjacente (Sussman & Bates-Jensen, 2007; Duarte & Gonçalves, 2011). A evolução é rápida e silenciosa e a necrose extensa pode desenvolver-se e, numa fase mais avançada, ser necessária a amputação dos membros inferiores (Rainey, 2002; Sussman & Bates-Jensen, 2007).

### **2.3. Implicações da úlcera nos membros inferiores nas vivências da pessoa idosa**

As úlceras crónicas têm efeitos físicos, financeiros e psicológicos, no entanto, é difícil medir os seus efeitos na qualidade de vida da pessoa (Baranoski & Ayello, 2004). A qualidade de vida das pessoas portadoras de úlceras foi estudada por Lucas, Martins e Robazzi (2008) e concluíram que as pessoas com úlceras com dor associada apresentam demora na cicatrização e recuperação, e têm necessidade de alterar os hábitos diários, nomeadamente deixar a atividade laboral e realizarem períodos de repouso.

A úlcera não deve ser vista apenas como uma lesão física, mas sim como algo que provoca outras alterações mais localizadas ou sistémicas. Tem a

capacidade de fragilizar e muitas vezes incapacitar a pessoa no seu quotidiano (Lucas et al., 2008).

No entanto, é essencial compreender cada pessoa, as suas motivações, as suas capacidades, o ambiente e apoio familiar e suporte financeiro, uma vez que cada um desses fatores afeta diretamente os cuidados à pessoa com úlcera (Fonder & Lazarus, 2008). A morbilidade associada a um processo de cicatrização lento e relacionado com a idade avançada impõe um enorme encargo social e financeiro (Ashcroft et al., 2002).

Um estudo, realizado na Suécia, por Ebbeskog, Doctoral e Ekman (2001) identificou as diferentes áreas problemáticas no que respeita a ter uma úlcera crónica, nomeadamente as repercussões emocionais e as limitações na atividade diária. Assim, alcançar o bem-estar com uma úlcera é uma luta diária, entre a esperança e o desespero, tendo em conta um processo de cicatrização prolongado e, muitas vezes, com dor associada. A intensidade da dor pode oscilar durante o dia, a noite e as atividades que a pessoa idosa realiza (Ebbeskog & Ekman, 2001).

De acordo com Price, Fogh e Glynn (2007) a dor nas úlceras crónicas pode originar depressão e sensação de cansaço constante. A presença da dor associada à lesão deve ser tratada como uma prioridade, no tratamento das úlceras crónicas, em conjunto com a sua etiologia. Para os mesmos autores, a avaliação da experiência da dor na pessoa, portadora de úlcera crónica, deve basear-se em seis dimensões críticas: localização, duração, intensidade, qualidade, o início e o impacto nas atividades de vida diária. De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (2003), para uma abordagem holística é crucial uma combinação eficaz de abordagens psicossociais e uma gestão da dor local e sistémica.

Em Inglaterra, foi realizado um estudo (Taverner, Closs, & Briggs, 2014) com o objetivo de desenvolver uma teoria fundamentada para descrever e explicar a experiência da dor e o seu impacto, através do relato de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e com dor associada a uma úlcera crónica nos membros inferiores. O modelo teórico desenvolvido sugere uma trajetória de dor com três fases. Na primeira fase, a dor da úlcera da perna tem

predominantemente propriedades nociceptivas agudas, é associada a execução do tratamento da lesão e se não for gerida de forma eficaz, não cicatriza e a dor torna-se persistente. Na segunda fase, a dor apresenta propriedades nociceptivas e neuropáticas e não responde ao tratamento da dor aguda. Com a dor não controlada, as pessoas podem desenvolver a longo prazo dor refratária, alcançando assim a terceira fase do modelo teórico. As pessoas que progridem para a terceira fase, apresentam dor crónica e tendem a sofrer consequências negativas, tais como perda da mobilidade, dor durante a noite, insónia, desejo de amputação da perna, depressão e ideação suicida.

Para os mesmos autores, a dor provoca limitação na mobilidade e na realização de atividades simples do quotidiano, como fazer uma chávena de café ou ir à casa de banho. A vivência da dor associada à úlcera crónica nos membros inferiores é considerada como uma perda da qualidade de vida e aumento da dependência. Este aumento da dependência das pessoas conduz à necessidade de cuidados por outros (estruturas residenciais). É também referenciado no estudo a impossibilidade de ir de férias ou viajar por parte dos participantes, devido à presença da úlcera crónica, da dor associada e a necessidade de tratamento (Taverner et al., 2014).

No estudo de Ebbeskog e Ekman (2001) as pessoas idosas identificaram também problemas com as atividades diárias, como os cuidados de higiene e o cuidar da úlcera. Verifica-se assim um aumento da dependência e limitações funcionais que a presença de uma úlcera crónica acarreta na vida da pessoa idosa. Segundo os mesmos autores, os participantes referiram muita dificuldade em encontrar sapatos adequados e que se ajustassem ao pé, optando por sapatos velhos e desgastados, muitas vezes cortados de modo torná-los aptos ou então o uso de chinelos como alternativa. A presença da ligadura também é um impedimento para a realização de uma higiene diária adequada, nomeadamente de um banho completo, pelo receio de molhar o penso. Assim, os hábitos de higiene sofreram algumas alterações, como a utilização de bacias, com o intuito de facilitar o autocuidado.

Neste estudo, ainda é referido que a realização de caminhadas é uma atividade agradável e um momento de socialização mas, muitas vezes, evitada pois a

dor limita a sua prática. O contacto social ficou reduzido às pessoas próximas, assim como viajar ou visitar amigos e familiares mais distantes, sendo eventos planeados para quando a cicatrização da úlcera acontecer. Esta realidade surge pela necessidade de tratamento, pelo aumento do cansaço e a necessidade de repouso. As caminhadas pela floresta ou campo também foram evitadas devido ao risco de pavimento irregular ou a possibilidade de causar danos adicionais à úlcera crónica nos membros inferiores. A dor também é referida como incomodativa e causadora de interromper o sono (Ebbeskog & Ekman, 2001).

Para conhecer as vivências das mulheres com úlcera crónica dos membros inferiores, foi efetuado um estudo qualitativo (Hyde, Ward, Horsfall, & Winder, 1999) através da realização de entrevistas a mulheres com mais de 70 anos, que tiveram úlcera de perna com duração de 3 anos ou mais. A análise das entrevistas revelou temas fundamentais, como o alcançar e manter o controlo sobre o membro vulnerável e as consequências e limitações inerentes à presença da úlcera crónica nos membros inferiores. Estes temas continham vários subtemas, nomeadamente a dor insuportável, o conhecimento da infeção, o exsudado, o odor e constrangimento, a luta para manter a integridade da pele e do membro, vestuário não indicado, a solidão, adaptação à situação, determinação e esperança. Os resultados desta pesquisa mostram que as mulheres idosas que vivem com úlceras crónicas nos membros inferiores experimentam múltiplas consequências. O estudo concluiu que os problemas diários de uma úlcera crónica eram abordados na execução do tratamento curativo, no entanto, outras consequências mais subtis poderiam não o ser. As mulheres que viviam com úlceras crónicas nos membros inferiores referiram a dor, o odor e o risco de repassar o penso como contributos para o isolamento social, assim como para o aumento da necessidade de utilização de medicação analgésica e para alterações no sono.

Neste contexto, o reconhecimento das preocupações complexas das pessoas, permite ajudar a evitar a sensação de desamparo que existe atualmente nesta população (Hyde et al., 1999).

Para Worley (2004) as questões relacionadas com as úlceras e problemas de pele que coloquem em causa a imagem corporal são frequentemente considerados como situações que necessitam de apoio psicológico. A perda de funções tem um impacto a nível físico, social e psicológico para a pessoa idosa.

Hopkins (2004) reforça esta ideia tendo verificado na sua pesquisa, que a presença de úlcera conduz a diferentes implicações para a pessoa, como a dor, isolamento e restrição social. Para o mesmo autor é fundamental desenvolver estudos qualitativos nesta área com o intuito de permitir a identificação de lacunas em conhecimento ou aumentar a compreensão dos profissionais de saúde na prestação de cuidados e no apoio às pessoas portadoras de úlcera crónica nos membros inferiores.

Beitz e Goldberg (2005) realizaram um estudo fenomenológico com pessoas com úlceras venosas crónicas e verificaram que os participantes associavam os efeitos da mobilidade prejudicada diretamente à presença das lesões, e a existência das mesmas era considerado um sinal premonitório do próprio processo de envelhecimento.

Neste âmbito foi efetuado um estudo qualitativo por Sousa (2009) com o objetivo de compreender como as pessoas vivenciavam a presença de úlcera venosa crónica de perna e encontraram quatro temas que permitem compreender as vivências associadas a esta condição. Vivendo uma vida limitada, com dor, com alterações emocionais causadas pela ferida e vivendo entre a esperança e a desilusão face a um tratamento prolongado, foram as temáticas centrais que imergiram desta investigação e apresentam uma caracterização global das dificuldades e limitações da vivência com úlcera venosa crónica.

De acordo com Sousa (2009), a vivência com úlcera venosa é sentida como uma circunstância que limita a capacidade de execução de atividades de vida diária, e também as de natureza social e relacional; é uma experiência causadora de dor e sofrimento; provoca repercussões no domínio psicológico e emocional das pessoas, principalmente na sua autoimagem e autoestima, gerando emoções e sentimentos negativos; e, é uma condição vivida pelas

peças, com alguma ambivalência em relação ao futuro, através da esperança e desesperança, devido à situação de incerteza e desfecho imprevisível, devido essencialmente ao processo de tratamento prolongado. Para o mesmo autor, a vivência com úlcera venosa nos membros inferiores conduz as pessoas a procurar estruturas de suporte e apoio que as auxiliem a enfrentar a sua condição.

Em outro estudo qualitativo realizado por Pires (2012) com o intuito de perceber o impacto da úlcera de perna na qualidade de vida de utentes de uma Unidade de saúde, verificou que a úlcera de perna é considerada pela pessoa como um processo prolongado e com desfecho imprevisível, sendo que restringe na execução das atividades de vida diárias, provoca uma dor insuportável e é geradora de sentimentos ambivalentes, com repercussões no domínio psicológico e emocional, provocando alterações da imagem corporal e da autoestima. Por fim, concluiu que as úlceras de perna apresentam alterações significativas na qualidade de vida dos seus portadores.

Para Lino (2013) as pessoas com úlcera crónica nos membros inferiores sofrem um grande impacto na sua vida social, sendo essencial perceber as suas vivências numa perspetiva holística. Os profissionais de saúde devem assim estar despertos para esta situação e realizar uma abordagem global da pessoa, não se cingindo apenas no tratamento curativo, pois esta é uma realidade muito mais abrangente (Lino, 2013).

Assim, torna-se imperioso compreender as implicações e limitações das úlceras crónicas, no quotidiano da população idosa, para se poderem desenvolver estratégias de suporte na otimização do seu funcionamento físico e cognitivo (Cheung, 2010).

Após a consideração de toda esta realidade, partimos para a realização do nosso estudo, cuja explicação metodológica se apresenta no capítulo seguinte.

## **CAPITULO II - ESTUDO EMPÍRICO**



## 1. Questão de investigação e objetivos do estudo

Com a revisão da literatura efetuada em torno da temática em estudo, sobre as vivências das pessoas idosas com úlcera crónica nos membros inferiores, surgiu a necessidade de definir a questão de investigação e os objetivos da presente investigação.

A investigação qualitativa começa através de questões de investigação que surgem ao longo do processo investigativo, iniciando-se como uma preocupação que tende a tornar-se mais direcionada quando se conhece melhor o fenómeno e os participantes do estudo (Agee, 2009).

É importante ter conhecimentos claros e concisos sobre a natureza das preocupações e inquietudes definidas com a investigação, sendo necessário refletir sobre aspetos fundamentais como os métodos a utilizar para responder às questões, se o estudo é viável com o método escolhido e se a investigação escolhida é a adequada para responder às questões definidas (Flick, 2002).

Na investigação, o processo de formulação de questões claras e especificadas é crucial para refletir sobre a sua pertinência, o seu valor teórico e prático, bem como sobre as suas dimensões metodológicas e implicações éticas (Freixo, 2013).

Após a reflexão realizada sobre a temática, emergiu essencialmente uma questão de investigação geral, a saber:

- Qual a perspetiva das pessoas idosas sobre as implicações da presença de uma úlcera crónica, nos membros inferiores, no seu quotidiano?

Além da formulação da questão de investigação, foi fundamental definir um objetivo geral, uma vez que permitiu centrar a investigação numa área concreta, organizar e delimitar o estudo, nortear a revisão da literatura e fornecer um referencial para o desenho do estudo (Coutinho, 2011).

O objetivo geral na investigação qualitativa visa descobrir novos conhecimentos e compreender fenómenos existentes, através da narração dos participantes e

dos questionários. O entendimento recíproco do investigador e participantes é fundamental (Fortin, 2009).

Neste sentido, o principal objetivo deste estudo foi conhecer as principais implicações da presença de uma úlcera crónica, nos membros inferiores, no quotidiano de pessoas idosas, através da análise de conteúdo de narrações de vivências ou experiências significativas.

A partir do objetivo geral, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as alterações no quotidiano das pessoas idosas, depois de ter a úlcera crónica nos membros inferiores;
- Identificar as implicações na convivência social de pessoas idosas com úlcera crónica nos membros inferiores;
- Conhecer as expectativas futuras das pessoas idosas em relação à úlcera crónica nos membros inferiores.

## **2. Metodologia**

A metodologia é considerada a etapa do processo investigativo em que é efetuada a apresentação das características da pesquisa, através das opções metodológicas e dos procedimentos adotados (Fortin, 2009). Neste contexto, é apresentado o percurso metodológico utilizado no presente estudo, através do tipo de estudo, da população e amostra, dos procedimentos de recolha de dados, dos procedimentos éticos e da análise de dados.

### **2.1. Tipo de estudo**

O estudo efetuado foi do tipo exploratório-descritivo, com recurso a metodologia qualitativa. Pretendeu-se que os participantes verbalizassem as suas preocupações e sentimentos em relação à presença da úlcera crónica nos membros inferiores, ou seja, exteriorizassem as suas perceções através da narração de vivências significativas, relacionadas com o aparecimento e desenvolvimento da sua úlcera crónica.

Segundo Bogdan e Biklen (2013) a investigação qualitativa implica um estudo empírico e sistemático em que os dados qualitativos são compostos por muitos pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas. Afirmam que apesar da análise de dados estar sujeita a uma interpretação subjetiva, os investigadores qualitativos afastam esse risco de subjetividade porque conhecem o contexto e passam uma quantidade de tempo considerável no ambiente da recolha de dados (Bogdan & Biklen, 2013). Referem também que o objetivo primordial do investigador é edificar conhecimento e não formular opiniões sobre determinado contexto.

Os estudos qualitativos que investigam as vivências de pessoas com úlceras de perna têm demonstrado uma descrição rica da vida dessas pessoas (Hopkins, 2004). A experiência analisada é comunicada através de citações, que permitem uma visão profissional e relação com análise de conceitos teóricos que explicita a realidade da pessoa, permitindo a transferência dos

resultados para outros grupos e aumenta o conhecimento dentro da especialidade (Hopkins, 2004).

A metodologia deste estudo baseia-se na narração de incidentes críticos (Simões, 2006), com o intuito de descrever e interpretar as vivências dos participantes. A técnica de incidentes críticos consiste em tentar compreender o fenómeno em estudo, através do relato das próprias pessoas, das suas experiências e expectativas, sendo esta narração alvo de avaliação pelo investigador (Simões, 2006).

Como esta técnica é considerada um excelente método de recolha de dados (Simões, 2006) foi utilizada na narração de vivências significativas das pessoas idosas, através da aplicação de um guião semiestruturado, em que estas exprimem as suas preocupações, inquietudes e dificuldades devido à presença da úlcera crónica nos membros inferiores.

## **2.2. População e amostra**

Para Streubert e Carpenter (2002) os indivíduos são selecionados para participar na investigação de acordo com a sua experiência, cultura, interação social ou fenómeno de interesse.

Neste sentido, a população deste estudo foram pessoas idosas portadoras de úlcera crónica, nos membros inferiores, em fase de tratamento em unidades clínicas. A amostra foi não probabilística, por conveniência e constituída por utentes do Centro de Saúde de Águeda (UCSP's e USF's) e utentes da Policlínica Santa Columba Lda., que se encontravam a realizar tratamento em ambulatório das suas úlceras crónicas nos membros inferiores, entre Maio e Julho de 2015.

Como critérios de inclusão foram definidos os seguintes:

- Pessoas idosas, com mais de 65 anos (Organização Mundial da Saúde, 2012);

- Portadoras de úlcera crónica (com mais de 3 meses de evolução) nos membros inferiores (caraterizada através da *Bates-Jensen Wound Assessment Tool*) (Bates-Jensen, 2001);
- A efetuar o tratamento em ambulatório nas unidades clínicas.

Como critérios de exclusão optámos por definir os seguintes:

- Alterações da capacidade cognitiva (verificada através do *Minimal State Examination*, tendo de obter um score >22 para pessoas idosas com 0-2 anos de escolaridade; um score >24 para pessoas idosas com 3-6 anos de escolaridade e um score >27 para pessoas idosas com escolaridade igual ou superior a 7 anos) (Morgado, Rocha, & Maruta, 2009);
- Pessoas completamente dependentes nas atividades de vida diárias.

Foram efetuadas 18 entrevistas no total, no entanto 2 foram excluídas da investigação, pois os participantes apresentaram um score do MMSE inferior a 22 pontos, o que indica uma alteração da capacidade cognitiva, sendo um dos critérios de exclusão do estudo.

Das 16 entrevistas, consideradas na investigação, foram realizadas 8 no Centro de Saúde de Águeda e 8 na Policlínica de Santa Columba. Optou-se por dividir a amostra por dois locais distintos, para obter maior diversidade e variabilidade de experiências, vivências e contextos dos participantes do estudo. O número final de participantes foi encontrado quando se obteve saturação dos dados.

### **2.3. Procedimentos de recolha de dados**

A recolha de dados foi realizada através de entrevista, nas unidades clínicas, quando as pessoas idosas se deslocavam para efetuar o tratamento às úlceras crónicas dos membros inferiores.

Foi considerada a entrevista semiestruturada, uma vez que permitiu uma maior flexibilidade relativamente à entrevista estruturada, conseguindo ao mesmo

tempo guiar e focar a entrevista no sentido da recolha da informação desejada, o que seria difícil numa entrevista não estruturada. A entrevista semiestruturada deteve como vantagem permitir explorar informações que vão surgindo no decorrer da entrevista, mesmo não estando delineado inicialmente (Bardin, 2011).

A entrevista segundo Bogdan e Biklen (2013) é um instrumento que permite a recolha de dados descritivos na linguagem natural do sujeito, facilitando o trabalho do investigador para desenvolver o conhecimento de como as pessoas compreendem e vivenciam as situações.

A entrevista afigura-se assim como uma importante fonte de informação, mas o investigador necessita de um sistema para proceder ao registo das respostas. Neste sentido, a gravação da entrevista é útil porque permite a confirmação dos vocábulos e expressões utilizadas, nas afirmações proferidas pelos entrevistados, e a sua audição possibilita a identificação de categorias aquando da análise de conteúdo (Bell, 2010). Neste contexto, foi realizada a gravação das entrevistas com conhecimento e autorização prévia dos entrevistados.

Para a realização da recolha de dados foi construído um instrumento (Apêndice I), composto por duas partes: a primeira inclui as variáveis socio demográficas e clínicas e a segunda apresenta um guião de narração de vivências significativas, constituído por questões direcionadas para a questão de investigação, começando por perguntas simples e direcionadas e evoluindo para questões mais complexas e de âmbito mais descritivo.

As variáveis sociodemográficas incluíram o género, a idade, a residência (rural, urbana), estado civil, profissão anterior, escolaridade e agregado familiar. Nas variáveis clínicas foram incluídos os antecedentes clínicos da pessoa idosa, as suas comorbilidades associadas e a presença de dor. Foi também aplicado o *Minimental State Examination* (MMSE) e o Índice de Barthel, para avaliar, respetivamente a capacidade cognitiva e o grau de autonomia nas atividades de vida diária. Para efetuar a caracterização da ferida foi utilizada a *Bates-Jensen Wound Assessment Tool* (BWAT).

Seguidamente é realizada uma explicação sumária do MMSE, do Índice de Barthel e da BWAT, para melhor compreensão dos mesmos.

O **MMSE** (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) é um dos testes mais aplicados e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Utilizado sozinho ou integrado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e o despiste de possíveis demências (Lourenço & Veras, 2006).

O MMSE foi pela primeira vez, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva e Botelho (1994) e desenvolvido para ser utilizado clinicamente na avaliação de alterações cognitivas em pessoas idosas. Detém 30 questões que estão divididas em seis domínios cognitivos, respetivamente, a orientação temporal e espacial, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (Morgado et al., 2009).

Cada item é pontuado com 0 ou 1 e o resultado do teste pode variar entre 0 e 30 pontos. De acordo com Morgado et al. (2009) para a população portuguesa atual, os valores operacionais de “corte” são de 22 para literacia 0-2 anos, de 24 para literacia 3-6 anos e de 27 para literacia igual ou superior a 7 anos, como já foi referido anteriormente.

O **Índice de Barthel** estima o nível de independência da pessoa para a realização das atividades básicas de vida diária (Mahoney & Barthel, 1965; Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007). Este índice possibilita a avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar de cada atividade.

A avaliação das capacidades psicométricas do Índice de Barthel foi, em Portugal, realizada por Araújo e Ribeiro (2007) obtendo-se um nível de fidelidade elevado e constituindo-se como um instrumento objetivo de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas. As variáveis estudadas são relativas a atividades de vida diária, nomeadamente: a alimentação; as transferências; a higiene pessoal; o uso do sanitário; o banho; a mobilidade; o subir e descer escadas, o vestir, o controlo intestinal e controlo vesical (Mahoney, 1965; Araújo & Ribeiro, 2007).

Cada atividade básica de vida diária apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, o score 0 corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de diferenciação. Quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência da pessoa. A cotação global varia entre 0 a 100 pontos, consoante os seguintes pontos de corte: 90-100 pontos, independente; 60-89 pontos, ligeiramente dependente; 40-55 pontos, moderadamente dependente; 20-35 pontos, severamente dependente; <20 pontos, totalmente dependente (Mahoney & Barthel, 1965; Araújo et al., 2007).

A **BWAT** é utilizada para avaliar as características de uma úlcera (Bates-Jensen, 2001). Foi utilizada a versão portuguesa, que se encontra em processo de validação pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), já tendo sido efetuado o pré-teste que garante a sua fiabilidade. O referido Centro facultou o instrumento e autorizou a sua utilização neste estudo.

A BWAT identifica, inicialmente, a localização e forma da úlcera e posteriormente contempla 13 itens para classificação da lesão, a saber: tamanho, profundidade, contornos, local, tipo de tecido necrótico, quantidade de tecido necrótico, tipo de exsudado, quantidade de exsudado, cor da pele circundante da úlcera, edema do tecido periférico, enduração tecidular periférica, tecido de granulação e epitelização. Todos os itens apresentam várias classificações possíveis, entre 1 e 5, que são somados para obter uma pontuação final, que varia entre 13 e 65. Quanto maior a pontuação, maior é a deterioração e gravidade da úlcera (Bates-Jensen, 2001; Sussman & Bates-Jensen, 2012).

São identificadas quatro fases de gravidade da úlcera, de acordo com a pontuação obtida, sendo respetivamente, entre 13-20 pontos uma gravidade mínima, 21-30 pontos indica gravidade ligeira, 31-40 uma gravidade moderada e 41-65 apresenta uma gravidade extrema (Sussman & Bates-Jensen, 2012).

A última secção do instrumento de recolha de dados contém as questões orientadoras para a narração de vivências ou experiências significativas que pretendiam dar resposta ao objetivo da investigação. São perguntas direcionadas para as vivências pessoais, tendo em consideração a presença de úlcera crónica nos membros inferiores, procurando que os participantes expressassem os seus sentimentos e limitações no quotidiano.

Relativamente à garantia de fiabilidade de aplicação do instrumento de recolha de dados, previamente à sua aplicação foi realizada uma avaliação do seu conteúdo por um grupo de peritos, constituído pelos docentes orientadores deste estudo e dois profissionais de enfermagem do Centro de Saúde de Águeda.

Posteriormente foi realizado um pré teste, através da aplicação do instrumento, em três pessoas idosas portadoras de úlcera crónica nos membros inferiores, escolhidas aleatoriamente noutra universo profissional, não contemplando as pessoas idosas que integraram o estudo. O pré teste tinha como intuito prever a duração média de preenchimento e narração dos participantes e verificar se a linguagem estava acessível e explícita para os entrevistados. O preenchimento e narração dos participantes apresentou a duração média de dez minutos e a linguagem mostrou-se compreensível para as pessoas idosas, pelo que se optou por manter as variáveis em estudo e a redação proposta.

#### **2.4. Procedimentos éticos**

Para a realização do estudo foi formalizado previamente o pedido de parecer à Comissão de Ética da ARS Centro, a qual deliberou parecer favorável sobre a sua realização (Anexo 1). Simultaneamente foi efetuado o pedido de autorização para aplicação do estudo ao Diretor Executivo do ACeS do Baixo Vouga e Policlínica de Santa Columba, os quais autorizaram o estudo (Anexos 2 e 3).

A abordagem aos participantes foi realizada individualmente, sendo fornecida oralmente explicação do propósito de toda a investigação. Foi efetuado o

pedido de autorização para realização e gravação da entrevista e paralelamente foram assinados os consentimentos informados (Apêndice 2). Em todo o processo de recolha e análise de dados foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Para isso, durante todo o processo os ficheiros digitais foram protegidos com palavra-chave e os documentos escritos guardados em local protegido.

## **2.5. Análise de dados**

Após a recolha de dados, ou seja, à aquisição dos materiais em bruto, procedeu-se à sua análise e interpretação (Bogdan & Biklen, 2013). Bell (2010) refere que os dados em estado bruto, provenientes de inquéritos, esquemas de entrevistas, listas, etc., têm de ser registados, analisados e interpretados para se obter um significado dos mesmos.

Neste sentido, para as variáveis quantitativas foi efetuada uma análise estatística dos dados sociodemográficos e clínicos, recorrendo-se a estatística descritiva, como o cálculo de médias, frequências e percentagens, visando a caracterização da amostra em estudo.

Na análise qualitativa, a transcrição das entrevistas e preparação das mesmas foi o primeiro passo para proceder-se à sua interpretação. Segundo Quivy e Campenhoudt (1998) com a entrevista como método de recolha de dados, a análise de conteúdo impõe-se como método de análise de dados. Ainda segundo os mesmos autores, é importante a recolha do máximo possível de elementos de informação durante a entrevista, para permitir uma análise sistemática de conteúdo.

Para as variáveis qualitativas optou-se pela análise de conteúdo, predominantemente indutiva, seguindo os passos metodológicos de Bardin (2011), em que foram analisadas as perceções e vivências de pessoas idosas com úlcera crónica nos membros inferiores. Segundo Bardin (2011) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas para o estudo de conteúdos, através de procedimentos sistemáticos, de descrição e análise da informação comunicada.

As diferentes fases da análise de conteúdo são respetivamente: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, que são fundamentais para a análise de dados (Bardin, 2011).

Na pré-análise é organizada toda a informação recolhida, realizada uma leitura flutuante, a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e objetivos, a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores e a preparação do material (Bardin, 2011). A exploração do material é considerada uma fase longa, incluindo operações de codificação, decomposição ou enumeração, sendo a aplicação sistémica de regras previamente definidas (Bardin, 2011). O tratamento dos resultados, inferência e interpretação consiste na passagem dos resultados em bruto para dados significativos e válidos, apresentando as informações fornecidas pela análise, e com rigor são propostas inferências, seguidas de interpretações sobre os objetivos inicialmente definidos (Bardin, 2011).

Neste contexto foi efetuada uma leitura exaustiva das transcrições das entrevistas para proceder à procura de ideias relevantes e momentos-chave, visando a coerência interna das mesmas. Realizou-se uma fragmentação das entrevistas por áreas temáticas, agregando de seguida o conteúdo semelhante em categorias, subcategorias e indicadores. Estes foram elaborados permitindo uma unificação do conteúdo e a construção da matriz temática (Apêndice 3). A apresentação das áreas temáticas em análise encontra-se organizada em quadros que incluem as categorias, subcategorias, indicadores, uma unidade de registo exemplificativa e a frequência absoluta das unidades de registo, como se pode verificar na secção de apresentação dos resultados que se segue.

### 3. Apresentação dos resultados

Neste capítulo é concretizada a apresentação dos resultados do estudo, começando pela caracterização sociodemográfica e clínica da amostra e posteriormente a análise interpretativa das narrações das pessoas idosas, sobre as vivências com úlcera crónica nos membros inferiores.

#### 3.1. Caracterização da amostra

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos participantes, como se verifica na Tabela 1, a amostra é constituída maioritariamente por pessoas idosas do género feminino (62,5%). Quanto à idade das pessoas idosas, verificámos que 31,3% da amostra tem idades entre os 65 e os 74 anos, 43,8% tem idades entre os 75 e os 84 anos e 25% tem 85 ou mais anos. A média de idades dos participantes é de 77,7 anos com um desvio padrão de 8,2 anos.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=16)

Variáveis sociodemográficas	n (%)	M±DP
<b>Género</b>		-
Masculino	6 (37,5)	
Feminino	<b>10 (62,5)</b>	
<b>Idade (anos)</b>		77,7±8,2
65-74	5 (31,3)	
75-84	<b>7 (43,8)</b>	
≥85	4 (25,0)	
<b>Residência</b>		-
Rural	16 (100)	
<b>Estado civil</b>		-
Casado/ União de facto	<b>11 (68,8)</b>	
Divorciado/ Viúvo	5 (31,3)	
<b>Profissão anterior</b>		-
Sector primário	6 (37,5)	
Sector secundário	4 (25,0)	
Sector terciário	6 (37,5)	
<b>Escolaridade</b>		-
Sem escolaridade	6 (37,5)	
1º Ciclo do ensino básico	<b>9 (56,3)</b>	
3º Ciclo de ensino básico	1 (6,3)	
<b>Agregado familiar</b>		-
Vive sozinho	5 (31,3)	
Vive com a família	<b>11 (68,8)</b>	
<b>Nº pessoas do agregado familiar</b>		1,8±0,6
1	5 (31,3)	
2	<b>9 (56,3)</b>	
3	2 (12,5)	

Todos os participantes residem em meio rural. Quanto ao estado civil, verificámos que 68,8% dos participantes são casados ou vivem em união de facto e 31,3% dos participantes são divorciados ou viúvos.

Quanto à profissão anterior das pessoas idosas, observámos que 37,5% dos participantes desenvolveu a sua atividade laboral no sector primário, e 25% e 37,5% desenvolveram a atividade laboral no sector secundário e terciário, respetivamente.

Verificámos também que quanto à escolaridade, 37,5% dos participantes são analfabetos, 56,3% frequentaram o 1º ciclo de ensino básico e apenas 6,3% frequentaram o 3º ciclo do ensino básico.

Relativamente ao agregado familiar dos participantes, 31,3% das pessoas idosas vivem sozinhas e 68,8% vivem com família. O número de elementos do agregado familiar varia entre 1 e 3. Sendo que 31,3% das pessoas idosas apresentam 1 elemento apenas, 56,3% e 12,5% dos participantes coabitam com mais 1 e 2 elementos, respetivamente.

Descrevendo os resultados relativos à caracterização clínica dos participantes, podemos verificar pela análise da Tabela 2, que as comorbidades mais representadas são a hipertensão arterial (68,8%) e a diabetes *mellitus* tipo 2 (56,3%). O número médio de comorbidades por participante é de 3,9 com um desvio padrão de 1,5.

Relativamente à presença de dor, 62,5% dos participantes percecionam dor, com diferentes graus de intensidade, sendo que estes a consideram ligeira (12,5%), moderada (25%) ou intensa (25%).

Quanto ao score do MMSE verificámos que a média foi de 24,9 pontos com um desvio padrão de 2,2 pontos. A percentagem de participantes com literacia 0-2 anos é de 37,5%, com literacia 3-6 anos é de 56,3% e com literacia igual ou superior a 7 anos é de 6,3%. De acordo com os critérios definidos para o estudo a totalidade das pessoas idosas participantes não apresentavam alterações no MMSE.

**Tabela 2 - Caracterização clínica dos participantes (n=16)**

Variáveis clínicas	n (%)	M±DP
<b>Co morbilidades</b>		3,9±1,5
Hipertensão arterial	<b>11 (68,8)</b>	
Diabetes mellitus tipo 2	<b>9 (56,3)</b>	
Doença cerebrovascular	8 (50,0)	
Insuficiência venosa	8 (50,0)	
Intervenção cirúrgica anterior	8 (50,0)	
Insuficiência cardíaca congestiva	4 (25,0)	
Obesidade	4 (25,0)	
Fibrilação auricular crónica	3 (18,8)	
Hipoacusia	2 (12,5)	
Insuficiência arterial	2 (12,5)	
Isquemia cardíaca	2 (12,5)	
Depressão	1 (6,3)	
DPOC	1 (6,3)	
<b>Caraterização da dor</b>		-
Sem dor	<b>6 (37,5)</b>	
Dor ligeira	2 (12,5)	
Dor moderada	4 (25,0)	
Dor intensa	4 (25,0)	
<b>MMSE score</b>		24,9±2,2
≥ 22 pontos com literacia 0-2 anos	6 (37,5)	
≥ 24 pontos com literacia 3-6 anos	<b>9 (56,3)</b>	
≥ 27 pontos com literacia ≥ a 7 anos	1 (6,3)	
<b>Índice de Barthel</b>		91,3±8,5
Independente	<b>11 (68,8)</b>	
Ligeiramente dependente	5 (31,3)	

Relativamente ao Índice de Barthel, verificámos que a média do score total é de 91,3 pontos, com um desvio padrão de 8,5 pontos. Os participantes integram as categorias de independente (68,8%) e ligeiramente dependente (31,3%).

A caracterização das úlceras crónicas dos membros inferiores foi obtida através da aplicação da BWAT. Os principais resultados são apresentados na Tabela 3 e os restantes descritos seguidamente. A média do score total da BWAT é 34,0 pontos, com um desvio padrão de 7,3 pontos. Este resultado significa que as úlceras crónicas dos participantes apresentam, em média, uma gravidade moderada.

Quanto aos antecedentes de úlcera crónica verificámos que 87,5% das pessoas idosas já tinham desenvolvido anteriormente uma úlcera crónica, enquanto que 12,5% apresentavam pela primeira vez uma úlcera crónica nos membros inferiores.

**Tabela 3 - Caracterização das úlceras crônicas dos participantes (n=16)**

Variáveis de caracterização da úlcera crônica	n (%)	M±DP
<b>BWAT score</b>	-	34,0±7,3
<b>Antecedentes de úlcera crônica</b>		-
Não	2 (12,5)	
Sim	<b>14 (87,5)</b>	
<b>Período de Aparecimento da 1ª úlcera (anos)</b>		15,4±14,2
1-10	<b>7 (43,8)</b>	
11-20	2 (12,5)	
21-30	3 (18,8)	
≥31	2 (12,5)	
<b>Período de Aparecimento da úlcera atual (meses)</b>		24,2±58,3
3-6	<b>10 (62,5)</b>	
7-12	2 (12,5)	
≥13	4 (25,0)	
<b>Localização da úlcera</b>		-
Tornozelo lateral	7 (43,8)	
Dedos do pé	1 (12,6)	
Perna	7 (43,8)	

Em relação ao período de aparecimento da 1ª úlcera, constatamos que 43,8% dos participantes apresentou a primeira úlcera crônica nos últimos 10 anos. Destacamos ainda que 12,5% das pessoas idosas desenvolveram a primeira úlcera crônica há 31 anos ou mais. A média do período de aparecimento da 1ª úlcera é de 15,4 anos, com um desvio padrão de 14,2 anos. Quanto ao aparecimento da úlcera atual, verificamos que a maioria dos participantes (62,5%) desenvolveu a úlcera crônica no período de 3 a 6 meses. A média do período de aparecimento da úlcera atual é de 24,2 meses, com um desvio padrão de 58,3 meses. Relativamente à localização da úlcera crônica, as regiões mais representadas foram o tornozelo lateral e a perna apresentando ambos 43,8%.

De acordo com a caracterização realizada pela BWAT, as formas da úlcera que prevalecem nos participantes é irregular ou redonda-oval com 50,0% e 37,5% respectivamente. No tamanho verificamos que 75% dos participantes apresentam uma úlcera crônica com um comprimento x largura 4-16cm<sup>2</sup>.

Em relação à profundidade da úlcera, a categoria mais representada (68,8%) foi a que se define como a perda total da pele envolvendo dano ou necrose do tecido subcutâneo que pode estender-se até à fáscia subjacente, não ultrapassando e/ou perda parcial e total e/ou camadas de tecidos ocultas pelo tecido de granulação.

Os contornos da úlcera são definidos, em 56,3% dos participantes, como distintos e claramente visíveis, ligados, contínuos ao leito da úlcera. Em relação à presença de loca, em 93,8% dos participantes a loca é < 2cm em qualquer área.

Em 62,5% dos participantes o tipo de tecido necrótico presente é desvitalizado amarelo pouco aderente. A quantidade do mesmo é entre 20-50% da ferida coberta, em 81,3% dos participantes.

Quanto ao tipo de exsudado, em 56,3% dos participantes foi seroso, e os itens mais representados em relação à quantidade de exsudado foram o pouco e o moderado, ambos com 43,8%.

Em relação à cor da pele circundante da úlcera a categoria mais representada foi a pele com palidez branca ou cinzenta ou hipopigmentada (75%), no edema do tecido periférico a categoria mais representada foi um edema mínimo à volta da úlcera (56,3%) e na enduração tecidular periférica a categoria mais representada foi uma enduração <2cm à volta da úlcera (62,5%).

Em relação ao tecido de granulação presente na úlcera, o grupo mais representado (31,3%) dos participantes apresentava tecido brilhante, vermelho sangrante, com <75% e >25% da úlcera preenchida. Na categoria de epitelização, verificámos que 56,3% dos participantes apresentou uma área <25% da úlcera coberta.

### **3.2. Resultados emergentes da análise interpretativa dos dados**

Na análise interpretativa dos dados é apresentada a matriz de áreas temáticas, obtida através do cruzamento da informação derivada da revisão da literatura e dos dados emergentes da análise de conteúdo.

As áreas temáticas definidas foram:

- Sentimentos e preocupações vividos com o aparecimento e desenvolvimento da úlcera crónica;
- Alterações no quotidiano das pessoas idosas com úlcera crónica;

- Rede de apoio da pessoa idosa com úlcera crónica;

Na área temática “*Sentimentos e preocupações vividos com o aparecimento e desenvolvimento da úlcera crónica*” foram incluídas as narrações dos participantes acerca das emoções e inquietudes vivenciadas pelas pessoas idosas em decurso da presença da úlcera crónica nos membros inferiores.

Na área temática “*Alterações no quotidiano das pessoas idosas com úlcera crónica*” foram incluídas as referências às limitações e modificações que os participantes do estudo relatam do seu dia-a-dia, devido à presença da úlcera crónica nos membros inferiores, assim como as consequências inerentes.

Os participantes narraram também a necessidade de auxílio em tarefas diárias simples, ou mesmo ajuda nas atividades mais complexas, sendo através destas referências que foi definida a área temática “*Rede de apoio da pessoa idosa com úlcera crónica*”.

De seguida vão ser explanadas as áreas temáticas encontradas individualmente, com recurso à apresentação dos resultados organizados em quadros, extraídos da análise de conteúdo, contendo as respetivas categorias, subcategorias, indicadores, unidades de registo exemplificativas da narração dos participantes e a frequência absoluta das unidades de registo.

### **3.2.1. Sentimentos e preocupações vividos com o aparecimento e desenvolvimento da úlcera crónica**

Nesta área temática, emergiram as categorias “*Sentimentos atuais*” e “*Sentimentos futuros*”, como se verifica no Quadro 3. A primeira categoria abrange as emoções manifestadas pelos participantes no momento da entrevista, e o que sentiam devido à presença da úlcera crónica nos membros inferiores. A categoria “*Sentimentos futuros*” foi definida para contemplar as inquietações ou receios referidos pelos participantes em relação ao seu futuro.

**Quadro 3 - Resultados da análise interpretativa da área temática “Sentimentos e preocupações vividos com o aparecimento e desenvolvimento da úlcera crónica”**

<b>Categoria</b>	<b>Indicador</b>	<b>Unidade de Registo exemplificativa</b>	<b>FAUR</b>
<b>Sentimentos atuais</b>	Tristeza	<i>“(...) Sinto-me muito triste, mas conformada. Sei que faz parte da vida e temos que aceitar, por vezes, as coisas boas e as coisas más.” (P16)</i>	11
	Dor	<i>“O que me incomoda mais é as dores que tenho.” (P6)</i>	10
	Frustração/revolta	<i>“Fiquei chateada e desanimada.” (P11)</i>	7
	Inutilidade	<i>“Desde que acabei com a oficina [e apareceram as feridas] não fiz mais nada que prestasse.” (P4)</i>	3
	Mal-estar	<i>“Senti-me mal, disse “ora bolas, outra vezes isto” (...) Eu não estou bem (...) E não se está bem, não se está sossegado (...)” (P2)</i>	3
<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>			<b>34</b>
<b>Sentimentos futuros</b>	Medo da amputação	<i>“Tenho medo que me possam cortar a perna, vejo lá uma pessoa da minha terra que tinha uma ferida e cortaram-lhe a perna.” (P8)</i>	4
	Medo da deformação física	<i>“Tenho medo de ficar aleijado.” (P1)</i>	1
	Medo da dependência	<i>“A minha preocupação é eu parar de vez. Tenho medo de ficar dependente.” (P15)</i>	5
	Expetativa de cicatrização -Esperança	<i>“Mas também tenho esperança que a ferida fica curada, e até agora está a correr tudo bem e a ferida está a melhorar.” (P1)</i>	10
	Expetativa de cicatrização -Desespero	<i>“Comecei a pensar no pior (...) Estou sempre a pensar o pior, tenho medo.” (P3)</i>	4
	Preocupação com a úlcera	<i>“Uma pessoa fica preocupada, ouve-se tanta coisa pelo mundo, que uma pessoa fica sempre preocupada (...)” (P8)</i>	7
<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>			<b>31</b>
<b>TOTAIS DA ÁREA TEMÁTICA</b>			<b>65</b>

A categoria “*Sentimentos atuais*” apresenta uma frequência total de 34 unidades de registo e apresenta como indicadores a tristeza, dor, frustração/revolta, inutilidade e mal-estar. A **tristeza** e a **dor** foram os sentimentos mais referenciados pelos participantes, com 11 e 10 unidades de registo, respetivamente.

*“Tenho-me sentido triste e aborrecida por andar aqui há tanto tempo.” (P13)*

*“Há umas 3 semanas para cá é dor, dor, que é uma coisa doida (...) Agora com as dores não posso (...) Sinto-me limitada derivada às dores (...) São as dores.” (P11)*

Os sentimentos de **frustração/ revolta** foram referidos em 7 unidades de registo e a **inutilidade** e **mal-estar**, ambas em 3 unidades de registo.

*“A minha vida mudou mas foi para pior, não foi para melhor.” (P4)*

*“Nunca mais trabalhei (...) não posso sacrificar a perna. Não posso fazer nada (...)” (P12)*

*“Senti-me mal (...)” (P8)*

A categoria “*Sentimentos futuros*” apresenta uma totalidade de 31 unidades de registo e reúne como indicadores o medo da amputação, o medo da deformação física, o medo da dependência, a expectativa de cicatrização- esperança, a expectativa de cicatrização- desespero e a preocupação com a úlcera.

O indicador relativo à **expectativa de cicatrização – esperança** é o mais referenciado, apresentando 10 unidades de registo, seguindo-se a **preocupação com a úlcera** que é referida em 7 unidades de registo.

*“Em relação á ferida estou com esperança e creio que isto deve sarar. Já está mais pequenina. Estava muito maior. E até já disse à enfermeira, que queria ver se este mês ficava boa, que para o mês que vem, tenho de tomar conta dos netos. Eu tenho uma filha com dois meninos e eles estão na creche, e no mês de agosto, a creche fecha e eu tenho de olhar por eles. Tenho de cuidar dos meus netos e tenho de ter a ferida cicatrizada.” (P13)*

*“Os meus sentimentos é pensar muitas vezes que ela nunca mais vai sarar, isso é que às vezes me preocupa. Vamos lá ver agora como vai correr.” (P5)*

O **medo da dependência** devido à presença da úlcera crónica nos membros inferiores é também referenciado pelos participantes, sendo referido em 5 unidades de registo.

*“Tenho medo de cair numa cama e depois ter de ir para um lar, sair da minha casa. Tenho medo de ficar dependente.” (P9)*

Os indicadores **medo da amputação** e a **expetativa de cicatrização – desespero** são relatados pelos participantes como receios futuros e são referidos ambos em 4 unidades de registo.

*“(...) se a ferida não fechar, não cicatrizar e avançar mais, acho que vou ficar sem a minha perna, isso o médico já me disse. Tenho medo disso. Já amputei um dedo e sabe Deus. Foi há um ano que amputei um dedo, e sabe Deus o que eu passei (emocionada). Mas o médico já me avisou e para eu me ir mentalizando que se isto piorasse, que o pé tinha de ir fora. Para mim será um grande desgosto, e vai ser mais um “fardo” para quem me ajuda e quem me rodeia.” (P16)*

*“De certeza que não me vou livrar delas até morrer. Atrás de umas podem vir outras.” (P10)*

O **medo da deformação física** é o menos relatado pelos participantes, sendo referido apenas em uma unidade de registo.

*“Tenho medo de ficar aleijado.” (P1)*

Realizada a análise desta área temática podemos concluir que os sentimentos atuais (34) são mais referenciados que os sentimentos futuros (31). A tristeza e a dor são emoções mais referenciadas pelos participantes, na categoria dos sentimentos atuais, e a expetativa de cicatrização – esperança e a preocupação com a ferida, na categoria dos sentimentos futuros.

### **3.2.2. Alterações no quotidiano das pessoas idosas com úlcera crónica**

Nesta área temática são apresentados os resultados da análise das narrações acerca das alterações que os participantes do estudo vivenciam no seu quotidiano, devido à presença da úlcera crónica nos membros inferiores. A análise interpretativa desta área temática foi organizada em categorias, subcategorias e indicadores, como se pode observar no Quadro 4.

**Quadro 4 - Resultados da análise interpretativa da área temática “Alterações do quotidiano das pessoas idosas com úlcera crónica”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Indicador</b>	<b>Unidade de Registo exemplificativa</b>	<b>FAUR</b>	
<b>Dimensão física</b>	Mobilidade física prejudicada	Caminhar	<i>“Por causa da ferida quero andar e não posso. É o andar principalmente, porque se eu andasse bem já fazia tudo, agora não andando não faço nada.” (P9)</i>	12	
		Andar de bicicleta	<i>“(…) Deixei de andar bicicleta, uma temporada, porque fazia força na perna e não consegui e deixei de andar.” (P13)</i>	1	
	Interferência nas AVD’s	Atividades domésticas	<i>“Ainda ontem para varrer a minha casa, eu chorava. Mas tinha a casa que parecia um palheiro. Mesmo a lavar a minha louça, e tenho de estar com a perna no ar, não posso estar com ela no chão (…) Eu fazia muita coisa. Agora tenho uma máquina de roupa e tenho de pedir a alguém que a vá estender. Eu não sou capaz. A passar a ferro ponho a perna em cima, até fico meia “torta” e depois começa a doer a coluna. Mas vou passando, vou fazendo, apesar de limitada.” (P11)</i>	10	
		Hábitos de higiene	<i>“A tomar banho, com as feridas é que é diferente. Quando não há feridas é normal, no chuveiro, agora não, protejo-as. Agarro uma bacia e lavo os pés e as partes com essa mesma bacia. Já não posso ir para baixo do chuveiro.” (P15)</i>	7	
		Hábitos de vestuário e calçado	<i>“É não poder usar todo o calçado que eu quero. Usar uns sapatos bons não posso. Tenho de usar uns sapatos, como estes que trago hoje, que são largos e que posso andar com o penso. Tenho lá sapatos melhores em casa, mas não os posso usar.” (P1)</i>	4	
		Hábitos de sono	<i>“O dormir preocupa-me. A médica e as enfermeiras diz para não dormir para aquele lado. Dormir sempre para aquele lado, para a perna ficar por cima. Tenho sempre de virar para o lado direito. É o que me preocupa mais, assim na cama.” (P12)</i>	3	
		Atividades sociais e de lazer	<i>“(…) eu habitualmente saía à tarde até ao núcleo sportinguista, porque sou o encarregado daquilo, e estava por lá e bebia um copito ou outro com os amigos (…) agora não, precisamente para não ingerir álcool e porque não me apetece lá ir (…) Não vou ao quintal, antigamente ainda ia plantar umas flores ou um piripiri, ou assim essas coisitas de vaso, hoje já não faço nada disso. E fico triste com isso.” (P2)</i>	13	
		Necessidade de tratamento	<i>“(…) ter de vir aos tratamentos, dia sim dia não, já me causa transtorno.” (P13)</i>	8	
	<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>				<b>58</b>
	<b>Dimensão social</b>		Isolamento social	<i>“Deixei de sair de casa por causa da ferida.” (P7)</i>	5
<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>				<b>5</b>	

<b>Dimensão financeira</b>	Aumento dos encargos financeiros	<i>“Também já tive de pagar muitos tratamentos, já gastei muito dinheiro.” (P14)</i>	9
	<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>		<b>9</b>
<b>TOTAIS DA ÁREA TEMÁTICA</b>			<b>72</b>

As categorias que emergiram da análise interpretativa foram “*Dimensão física*”, “*Dimensão social*” e “*Dimensão financeira*”. A primeira categoria engloba situações relacionadas com a aptidão física ou atividades diárias que os participantes referenciam como alteradas devido à presença da úlcera crónica, identificando as limitações ou mesmo as incapacidades. Na segunda categoria estão englobadas as consequências sociais da condição dos participantes, nomeadamente na gestão de emoções e no relacionamento com os outros. A terceira categoria engloba as alterações financeiras que os participantes do estudo referenciam.

A categoria “*Dimensão física*” apresenta uma frequência total de 58 unidades de registo, sendo largamente a mais representada, e divide-se nas subcategorias mobilidade física prejudicada, interferência nas AVD’s e necessidade de tratamento.

A subcategoria ***Mobilidade física prejudicada*** é considerada como a alteração da capacidade do participante se deslocar devido à presença de úlcera crónica nos membros inferiores. Estão identificados como indicadores o caminhar e o andar de bicicleta.

O **caminhar** é um dos principais problemas referidos pelos participantes, com 12 unidades de registo. O **andar de bicicleta** é referido apenas em uma unidade de registo.

*“Eu caminho com esta coisa (a bengala), mas só com isto não dá para fazer nada. Antes andava sem as bengalas. Uma pessoa quer caminhar e não pode, é sempre “chega-me isto ou aquilo”. Custa mais um bocado, sinto-me mais limitado.” (P12)*

*“ (...) fazia força na perna de bicicleta (...) Deixei de andar bicicleta, (...) porque fazia força na perna e não consegui (...) ” (P13)*

Na subcategoria **Interferência nas AVD's** estão incluídas as referências dos participantes às atividades e hábitos diários que têm dificuldade ou incapacidade em realizar, devido à presença de úlcera crônica nos membros inferiores. Nesta subcategoria os indicadores encontrados foram as atividades domésticas, os hábitos de higiene, os hábitos de vestuário e calçado, os hábitos de sono e as atividades sociais e lazer.

A dificuldade ou incapacidade para a realização das **atividades domésticas** e a privação ou limitação de **atividades sociais e lazer** são as mais mencionadas pelos participantes, com 10 e 13 unidades de registo, respetivamente. As alterações nas tarefas da casa, como lavar a roupa, passar a ferro e cozinhar, ou atividades de lazer como jardinagem ou viajar, são alguns dos exemplos que os participantes narraram.

*“Para lavar roupa tenho a máquina de lavar na cave e boto a roupa de uma janela abaixo e fica perto de onde está a máquina e lá a arrasto como posso para dentro da máquina. Para levar a roupa para cima, içamos uma corda na varanda e ato o molho da roupa e o meu marido puxa a corda e leva a roupa para cima. (...) Passar a ferro, dou só um jeitinho, mas só sentada, por isso só passo mais ou menos as mangas e as frentes. (...)” (P6)*

*“Adorava cozinhar, adorava cozer uma fornada de broa e agora não posso (...) Eu ando na cozinha, mas trago as coisas, se for batatas, trago as batatas para um sítio onde eu me assento e tenho de estar sentada, porque eu de pé não consigo estar. É isso que me dá muita pena. Não consigo estar muito tempo de pé. Para migar uma cebola para um refogado tem de ser sentada. (...) Gostava muito de andar a jardinar no quintal, a por umas alfaces e um feijão e não posso. Deixei de ir aos campos. (...)” (P7)*

*“Todos os anos faço uma viagem, vou até a Suíça. Na Suíça tenho os meus filhos, um em Genebra e outro em Zurique. Agora a enfermeira diz para arranjar alguém que faça lá o tratamento. Todos os anos vou, estou quinze dias em casa de um filho e depois mudo e vou para outro. Mas eu queria ir são, para andar e apreciar por lá aqueles jardins. E se as feridas não cicatrizarem, este ano eu não vou.” (P15)*

Os **hábitos de higiene** são também referenciados pelos participantes, em 7 unidades de registo, como alterados devido à úlcera crónica, exigindo uma necessidade de adaptação ou auxílio de terceiros para a realização do autocuidado.

*“Problemas como tomar banho, porque com as ligaduras tenho de colocar aqui uns sacos de plástico e atar com cordéis, depois não lavo os pés e fico só com meio banho tomado. São estas situações que tenho dificuldade.” (P2)*

*“Já não consigo tomar banho, têm de me dar banho.” (P3)*

Finalizando a subcategoria “*Interferência nas AVD’s*”, verificámos também que os participantes referem alterações nos **hábitos de vestuário e calçado**, com 4 unidades de registo e nos **hábitos de sono**, com 3 unidades de registo.

*“Não puder andar de saia, ter de trazer sempre ligadura, a vida é diferente. Trazer sempre a ligadura e a meia, é diferente (...) quando tenho de calçar uma bota, esteja calor ou não esteja, tenho de calçar uma que não de borracha, mas das outras, para poder andar. O calçado é diferente (...) Em casa, calço uns chinelos e pronto.” (P10)*

*“A dormir sinto aquelas picadelas, a comichão, porque a cama está quente. Fico bem é a tirar as pernas para fora dos cobertores. A perna fica arejada e assim já consigo dormir.” (P15)*

Na subcategoria **Necessidade de tratamento** foram incluídas as unidades de registo relativas à obrigatoriedade dos participantes em cuidar da sua úlcera crónica e recorrerem a unidades de saúde para efetuar o tratamento. Esta subcategoria apresenta 8 unidades de registo.

*“Depois disso tenho feito os tratamentos aqui. (...) É o ter que vir aqui sempre. Até aqui, vinha de carro, numa carrinha minha, e vinha quando me apetecia. E agora não, por causa da ferida tenho medo de bater com ela nalgum lado. A minha carta caducou e não posso conduzir, nem nada, e tenho de vir aos tratamentos.” (P12)*

Passando à categoria “Dimensão social” verificámos que esta apresenta uma frequência absoluta de 5 unidades de registo, tendo sido definido apenas o indicador **isolamento social**. Este é considerado pelos participantes como uma consequência da existência da úlcera crónica.

*“ (...) com a ferida fico limitada, já não vou onde queria ir muitas vezes, fico quase sempre em casa, só saio para vir aos curativos e aos médicos.” (P16)*

Por fim, a categoria “*Dimensão financeira*” inclui as narrações das pessoas acerca das alterações financeiras devidas à presença da úlcera crónica, tendo sido definido apenas o indicador **aumento do encargo financeiro**, com 9 unidades de registo. A necessidade de adquirir material para a realização dos pensos ou o pagamento do tratamento foram referenciados pelos participantes.

*“O que mudou mais foi ter de comprar ligaduras e ter de comprar meias elásticas, porque as minhas posses não são assim tão grandes, faço um bocado de economia para isto.” (P6)*

Realizada a análise desta área temática verificamos que a dimensão física é a mais referenciada pelos participantes com alterações no seu quotidiano. Na mobilidade física prejudicada o caminhar (12) é mais mencionado pelos participantes e na interferência nas AVD's são as atividades sociais e de lazer (13).

### **3.2.3. Rede de apoio da pessoa idosa com úlcera crónica**

A terceira área temática que emergiu da análise interpretativa dos dados foi a “*Rede de apoio da pessoa idosa com úlcera crónica*” e identifica os elementos da família ou comunidade que os participantes possuem, para os auxiliar nas atividades do seu quotidiano.

A informação resultante das narrações foi organizada nas categorias “*Família*”, “*Instituição*” e “*Convivente significativo*”, como se pode observar no Quadro 5.

Na primeira categoria foram incluídas as unidades de registo que referiam os elementos da família como os principais elementos de apoio. Na segunda categoria são incluídas as instituições sociais da comunidade, que dão resposta às necessidades dos participantes. Na terceira categoria estão incluídas pessoas que não se incluem nas duas primeiras categorias, mas que colaboram de alguma forma, no dia-a-dia dos participantes, fornecendo apoio em algumas atividades, como alimentação e cuidar da habitação.

**Quadro 5 - Resultados da análise interpretativa da área temática “Rede de apoio da pessoa idosa com úlcera crónica”**

<b>Categoria</b>	<b>Indicador</b>	<b>Unidade de Registo exemplificativa</b>	<b>FAUR</b>
<b>Família</b>	Cônjuge	<i>“É a minha mulher, não tenho mais ninguém, ela é o meu apoio.” (P1)</i>	8
	Filhos	<i>“No dia-a-dia são os meus filhos.” (P14)</i>	10
	Restantes familiares	<i>“ (...) e tenho uma nora que volta e meia aparece lá. Ela até vai mudar, para perto de mim. Volta e meia estou em casa dela.” (P15)</i>	2
	<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>		<b>20</b>
<b>Instituição</b>		<i>“Tenho o Centro de Dia, que leva as refeições.” (P15)</i>	2
	<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>		<b>2</b>
<b>Convivente significativo</b>	Empregados	<i>“Para arrumar a casa tenho uma empregada que vai lá a casa.” (P9)</i>	3
	<b>TOTAIS DA CATEGORIA</b>		<b>3</b>
<b>TOTAIS DA ÁREA TEMÁTICA</b>			<b>25</b>

Como podemos verificar, na primeira categoria emergiram os indicadores cônjuge, filhos e restantes familiares. Os **filhos** são referidos em 10 unidades de registo e o **cônjuge** em 8 unidades de registo. Verificamos assim que a rede de apoio aos participantes do estudo é constituída maioritariamente, pelos filhos e cônjuge. Os restantes familiares também dão apoio aos participantes, sendo referidos apenas em 2 unidades de registo.

*“Tenho um anjo da guarda que é o meu marido, que está sempre ao pé de mim.” (P16)*

*“ (...) e a minha filha que vai as compras, à farmácia vem comigo aos curativos.” (P4)*

*“Tenho uma cunhada que veio da Suíça e ela ajuda-me.” (P11)*

A categoria “Instituição” é a menos representada, apenas com 2 unidades de registo, e os participantes identificam principalmente o apoio na confeção das refeições.

*“A comida ao almoço vem aqui da instituição.” (P12)*

Na categoria “*Convivente significativo*” foram incluídas as referências a empregados como rede de apoio, com 3 unidades de registo. O apoio de **empregados** que os participantes referem é resultado de relações de convivência próxima e que os apoiam em algumas tarefas do quotidiano em troca de uma remuneração.

*“ (...) tenho uma rapariga que lá vai a casa todas as manhãs calçar-me as meias. Ela trabalha no centro de dia, mas vai lá a casa como particular (...) ” (P2)*

Para finalizar a análise interpretativa dos dados recolhidos, através das narrações das pessoas idosas sobre as suas vivências com úlcera crónica nos membros inferiores, apresenta-se o Quadro 6 com a distribuição da frequência absoluta das unidades de registo, segundo as áreas temáticas.

**Quadro 6 - Resultados da análise interpretativa por área temática**

Área temática	FAUR	%
Sentimentos e preocupações vividos com o aparecimento e desenvolvimento da úlcera crónica	65	40,1%
Alterações do quotidiano das pessoas idosas com úlcera crónica	72	44,5%
Rede de apoio da pessoa idosa com úlcera crónica	25	15,4%
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>100%</b>

Através da análise do Quadro 6, podemos verificar que as áreas temáticas com maior número de unidades de registo foram as “*Alterações do quotidiano das*

*peças idosas com úlcera crónica*” (44,5%) e os “*Sentimentos e preocupações vividos com o aparecimento e desenvolvimento da úlcera crónica*” (40,1%).

Após a apresentação dos resultados torna-se importante a discussão de algumas evidências que resultaram da análise interpretativa dos dados, nomeadamente através da sua comparação com estudos anteriormente conduzidos.

#### 4. Discussão dos resultados

Após a apresentação e análise dos resultados do presente trabalho é realizada a discussão, com o intuito de refletir sobre as principais evidências encontradas. A organização da discussão é efetuada, como no subcapítulo anterior, em função dos principais temas emergentes da análise interpretativa. Esta divisão permite uma explanação mais acessível das áreas temáticas, no entanto, apesar de analisadas e discutidas separadamente, estas interligam-se entre si.

A discussão dos resultados resulta da pesquisa bibliográfica e dos conceitos adquiridos na literatura científica, da leitura das narrações de vivências significativas dos participantes, das reuniões de orientação da dissertação, da experiência profissional e das próprias concepções sobre a vivência das pessoas idosas com úlcera crónica nos membros inferiores.

Este estudo assenta na análise de conteúdo de narrações de vivências significativas de 16 pessoas idosas, portadoras de úlcera crónica. Os participantes narraram vivências inerentes ao seu quotidiano, expressando sentimentos, emoções e preocupações relacionadas com a presença da úlcera crónica. Identificaram também as alterações que ocorreram no seu dia-a-dia e na sua convivência social e as expectativas futuras, em relação à úlcera crónica.

O perfil sociodemográfico dos participantes do estudo demonstra que são maioritariamente do sexo feminino, semelhante à investigação de Hyde et al. (1999), com idades compreendidas entre os 65 e 93 anos, como no estudo de Ebbeskog e Ekman (2001), e apresentam ausência de literacia ou apenas a frequência do 1º ciclo, vivem na maioria casados ou em união de facto e a totalidade reside em meio rural. Na caracterização clínica dos participantes verificámos que a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus* tipo 2 são as comorbilidades mais presentes, seguindo-se a doença cerebrovascular, a insuficiência venosa e intervenção cirúrgica anterior o que vai de encontro aos resultados de Wicke et al. (2009) e de Cheung (2010). A dor está presente na maioria dos participantes, sendo caracterizada pela norma da Direcção-Geral da Saúde (2003) e foi também verificada nas investigações de Price et al. (2007) e

Taverner et al. (2014). Em relação à úlcera crónica quase a totalidade dos participantes já teve úlceras anteriores, idêntico ao estudo de Ebbeskog e Ekman (2001) e a média de aparecimento da primeira úlcera é de 15 anos, sendo que a úlcera atual apresenta uma média de aparecimento de 24 meses, semelhante ao estudo de Sousa (2009). Segundo a classificação da BWAT a maioria dos participantes apresenta úlceras crónicas com uma gravidade moderada, como se verificou também no estudo de Wicke et al. (2009).

Seguidamente, iremos realizar a discussão dos resultados de cada uma das áreas temáticas apresentadas anteriormente.

### ***Sentimentos e preocupações vividos com o aparecimento e desenvolvimento da úlcera crónica***

As narrações das pessoas idosas com úlcera crónica nos membros inferiores sobre as suas vivências, as preocupações e os sentimentos são muitas vezes carregadas de emoção. O desânimo e os receios foram confirmados através das entrevistas. Na análise de conteúdo das vivências significativas verificámos que as pessoas associam as suas vivências à tristeza, dor, frustração/ revolta, inutilidade e mal-estar, sendo estes os sentimentos presentes.

A tristeza é a mais referenciada pelos participantes, associada não só ao presente mas desde o aparecimento da úlcera, o que está de acordo com Sousa (2009) que refere que um dos sentimentos negativos associados à presença de úlcera crónica de perna é a tristeza. Também Alves, De Santana Carvalho, De Oliveira e De Araújo (2014) referem que a tristeza e a dor estão presentes nas vivências das pessoas portadoras de úlcera crónica.

A dor é também muito referenciada pelos participantes, sendo incomodativa ou mesmo insuportável, e causadora de outras repercussões nas suas vivências. De acordo com Price et al. (2007) a dor nas úlceras crónicas pode originar depressão e sensação de cansaço constante. Para Lucas et al. (2008) as pessoas com úlceras crónicas com dor associada têm necessidade de alterar os seus hábitos diários e realizar períodos de repouso. Esta última constatação

verifica-se no nosso estudo quando as pessoas idosas referenciam a dor como limitativa. Taverner et al. (2014) ainda acrescenta que a vivência da dor associada à úlcera crônica nos membros inferiores é considerada como uma perda da qualidade de vida e aumento da dependência.

Outros sentimentos como a frustração/ revolta, inutilidade e mal-estar são referenciados pelos participantes na descrição do seu cotidiano, acabando por exteriorizarem as emoções negativas que acompanham a presença da úlcera crônica. Esta referência está de acordo com as constatações de Sousa (2009) quando afirma que as úlceras crônicas provocam um conjunto de emoções, na esmagadora maioria negativas, como a frustração, a revolta, mal-estar e baixa auto estima, que são sentidas devido ao seu impacto na vida diária.

Relativamente aos sentimentos futuros das pessoas idosas do nosso estudo, são referidos receios e medos, assim como expectativas e preocupações futuras. Foram identificadas emoções com alguma ambivalência, verificando-se por um lado o desespero e o medo da amputação, da deformidade física e da dependência e por outro a esperança na expectativa de cicatrização, sendo a preocupação com a úlcera constante. Segundo Ebbeskog e Ekman (2001) a vivência com úlcera crônica provoca repercussões emocionais, podendo apresentar sentimentos como a esperança e o desespero, sempre na tentativa de alcançar o bem-estar com a úlcera crônica, sendo considerada uma luta diária.

O medo da amputação e deformação física é um sentimento referenciado pelos participantes, devido a terem conhecimento de casos próximos que tiveram que amputar um membro inferior. De acordo com Sousa (2009) estes sentimentos são comuns nestas pessoas, sendo a amputação do membro considerada como um tratamento mutilador e receada a possibilidade de acontecer, por pessoas com úlceras crônicas de perna.

O medo da dependência referido por alguns participantes está associado às limitações que a úlcera crônica provoca. Como refere Lucas et al. (2008) a pessoa com úlcera crônica fica fragilizada ou mesmo incapacitada, aumentando a sua dependência. Neste sentido, os participantes verbalizaram o

seu medo em ficar dependente. Para Lino (2013) a presença de úlcera crónica conduz a diversas limitações, como a perda de mobilidade e a diminuição do nível de autonomia pessoal, sendo que a capacidade funcional da pessoa é comprometida, podendo ficar dependente de outros.

Os receios de depender de outros para realizar as suas atividades diárias, ou mesmo o cuidar de si próprio tornam-se significativos e influenciam diretamente as pessoas idosas. Segundo Lino (2013) a manutenção da funcionalidade é um aspeto crucial para as pessoas portadoras de úlcera crónica, e tarefas simples do quotidiano, como o tomar banho, vestir, comer sozinho, são comuns para a maioria das pessoas, mas possuem uma importância crucial para pessoas com alguma limitação e são aspetos que influenciam o bem-estar e autoestima, principalmente das pessoas idosas. Para o mesmo autor, quando as pessoas já possuem limitações, não realizando as tarefas sozinhas e necessitando do apoio de outros, apresentam um nível de autoestima mais baixo, sendo que à medida que adquirem perceção da sua dependência a sua autoestima tende a diminuir.

Os participantes também referem a sua preocupação, em relação ao futuro e à incerteza de cicatrização. Os receios sentidos são verbalizados por alguns participantes, devido a não saberem o que vai suceder em relação ao progresso da lesão. Estes receios estão associados a sentimentos de esperança ou desesperança em relação à evolução da úlcera crónica. Segundo Sousa (2009) as preocupações associadas com a presença de úlcera crónica estão relacionadas com a sua evolução e com a hipótese de não ter cura, de agravar ou de se tornar uma situação recorrente. A incerteza no futuro é uma constante no discurso dos participantes, verbalizando as suposições relativas ao desenvolvimento e às diversas possibilidades de desfecho da úlcera crónica.

As experiências anteriores estão visíveis nas narrações das pessoas idosas e as recidivas, também influenciam a preocupação com a úlcera, pois já não é a primeira vez que os participantes são acometidos pela situação e o receio de recorrência está presente. Segundo Sussman e Bates-Jensen (2012) a recorrência de úlceras crónicas é frequente na população do estudo.

### ***Alterações no quotidiano das pessoas idosas com úlcera crónica***

As pessoas idosas, durante as suas narrações, expuseram diversas alterações no seu quotidiano, que classificamos em 3 aspetos distintos, respetivamente, dimensões física, social e financeira. Esta classificação derivou da literatura consultada, em que Baranoski e Ayello (2004) afirma que as úlceras crónicas apresentam diversas consequências, entre elas as físicas e financeiras e para Worley (2004) as questões relacionadas com as úlceras podem ter um impacto a nível físico e social, para a pessoa idosa.

Na dimensão física, as pessoas idosas mencionam a mobilidade física prejudicada, a interferência nas AVD's e a necessidade de tratamento. As mudanças no quotidiano foram uma constante no discurso dos participantes, e as alterações físicas, como a incapacidade de caminhar, de realizar as atividades domésticas de lazer ou sociais são as mais referidas. Estas referências demonstram a mudança e a necessidade de reorganização do quotidiano dos participantes. De acordo com Maciel e Guerra (2008) as pessoas portadoras de úlceras crónicas precisam de alterar os hábitos diários, diminuir as atividades e realizar períodos de repouso.

Durante a realização das entrevistas, os participantes verbalizaram constantemente as alterações do seu quotidiano, devido à presença da úlcera crónica, quer através da descrição de atividades diárias que estão alteradas, quer referindo as limitações e incapacidades que encontram com a sua condição de doença. Estes nossos resultados são coincidentes com a opinião de Ebbeskog e Ekman (2001) e Sousa (2009), quando referem que as limitações nas atividades diárias são uma constante no quotidiano de pessoas com úlcera crónica.

Na mobilidade física prejudicada, as pessoas idosas referenciaram principalmente a dificuldade em caminhar, não conseguir andar associado à dor, ao edema, ou à dificuldade de locomoção com a úlcera crónica. Ebbeskog e Ekman (2001) referem que a realização de caminhadas é uma atividade agradável e um momento de socialização renunciada, pois a dor limita a sua

prática, e Taverner et al. (2014) acrescenta que a dor provoca limitação na mobilidade e aumento da dependência.

Além dos aspetos já referidos, a interferência da úlcera crónica nas AVD's é referida nas entrevistas, nomeadamente nas atividades de vida domésticas, no autocuidado de higiene, de vestir e despir, nos hábitos de sono e nas atividades sociais e de lazer.

As atividades domésticas como limpar, lavar roupa, passar a ferro e cozinhar são indicadas frequentemente pelas pessoas idosas para exemplificar as mudanças que a úlcera crónica provocou no seu dia-a-dia. São atividades que os participantes realizam com alguma dificuldade, devido à necessidade de estar de pé durante um período de tempo, ou de carregar objetos com algum peso, o que é difícil de efetuar, devido à presença da úlcera crónica. Como corroboram Beitz e Goldberg (2005) as pessoas com úlceras venosas crónicas associavam as suas dificuldades e mobilidade limitada diretamente à presença das úlceras.

Segundo Sousa (2009) as pessoas com úlceras crónicas sentem dificuldades na realização das atividades domésticas, e o desenvolvimento destas apresenta também um contexto cultural. Os participantes deste estudo são na maioria pessoas idosas do género feminino e num contexto rural, o que se entende que, devido ao contexto cultural, sejam responsáveis pela realização das atividades domésticas, como se verificou durante as entrevistas através das muitas referências realizadas pelos participantes.

Os hábitos de higiene também sofrem modificações, pois a presença de um penso ou ligadura no membro inferior já não permite efetuar os cuidados de higiene da mesma forma, como se a úlcera não existisse. É mencionada, algumas vezes, a necessidade de apoio de terceiros, para realizar a higiene, ou mesmo de realizar um banho faseado. Esta situação é descrita por Ebbeskog e Ekman (2001) referindo que a ligadura é um obstáculo para um banho completo, pelo receio de molhar. Os hábitos de higiene sofreram alterações, como a utilização de bacias, para facilitar o autocuidado. Para Sousa (2009) a necessidade de alteração dos hábitos de higiene das pessoas com úlcera crónica relacionam-se essencialmente com a incapacidade de tomar um banho

completo, e com as dificuldades sentidas neste processo, sendo o banho realizado de forma faseada, para evitar molhar a ligadura ou penso da úlcera.

As alterações nos hábitos de vestuário e calçado são outras das limitações referidas pelas pessoas idosas porque não conseguem vestir ou calçar o que desejam, mas o que é imposto pela presença da úlcera crónica. A opção encontrada para solucionar esta dificuldade é a utilização de sapatos largos e chinelos, também identificada por Ebbeskog e Ekman (2001) que refere que as pessoas portadoras de úlcera crónica não conseguem adquirir sapatos adequados e que se ajustem ao pé, optando por sapatos velhos e desgastados, muitas vezes cortados de modo torná-los aptos ou então o uso de chinelos como alternativa.

O calçado torna-se importante para os participantes que mencionam a dificuldade em utilizar sapatos adequados com a presença da úlcera crónica no membro inferior, optando pela utilização de calçado já muito usado e largo para permitir a utilização de ligaduras e pensos volumosos. Esta realidade aumenta também o risco de queda das pessoas idosas, pois o calçado ou chinelos utilizados acabam por não se adaptar totalmente ao pé e não são seguros, e esta opinião é fortalecida por Sousa (2009) que refere que o calçado já antigo e muito gasto, nas pessoas portadoras de úlcera crónica pode contribuir para a ocorrência de quedas, pois não está adaptado ao pé e pode mais facilmente sair.

Hyde et al. (1999) referem também que as pessoas com úlcera crónica são, muitas vezes, obrigadas a realizar alterações na sua aparência, usando vestuário com o qual não se identificam, e que esta situação apresenta maior relevância para as mulheres devido à feminilidade ser também expressa pela forma de vestir, pois ficam limitadas ao uso de calças e roupa larga que permita disfarçar a presença da úlcera.

As alterações nos hábitos de sono são também referenciadas pelas pessoas idosas descrevendo o desconforto, a dor e o receio de agravar a úlcera como impedimentos para manter as rotinas de descanso. A preocupação dos participantes em manter o membro inferior bem posicionado, para não agravar a úlcera é uma constante. Esta constatação é corroborada por Hopkins (2004),

pois refere que a presença de úlcera crónica nos membros inferiores causa implicações como distúrbios do sono. Para Taverner et al. (2014) o desconforto e a dor que a úlcera crónica provoca conduz a alterações das horas de descanso.

As alterações nas atividades sociais e de lazer foram também referidas, pelas pessoas idosas. Alguns exemplos destas alterações prendem-se com a impossibilidade de manter alguns hábitos, como jardinagem ou manutenção do quintal, deixar de trabalhar no campo (muitas pessoas idosas referiram esta atividade como a sua atividade laboral), convívios no café com amigos e mesmo realizar viagens. Estes resultados são coincidentes com a literatura consultada. Ebbeskog e Ekman (2001) também concluíram que viajar e visitar amigos e familiares mais distantes são adiados para quando a úlcera cicatrizar, devido à necessidade de tratamento e repouso. Hopkins (2004) refere que a úlcera tem um grande impacto na vida social da pessoa, conduzindo, por vezes, ao isolamento social. Taverner et al. (2014) também afirma que as pessoas com úlcera crónica não vão de férias e não viajam devido à dor associada e à necessidade de tratamento.

A necessidade de tratamento foi outra subcategoria identificada no nosso estudo, verificando-se que frequentemente os participantes referem a obrigatoriedade de tratamento como incómoda e sendo uma alteração no seu quotidiano. Ebbeskog e Ekman (2001) referem que cuidar da úlcera é também um problema identificado pelas pessoas idosas portadoras de úlcera crónica, referindo-a como limitação. Segundo Sousa (2009) a obrigatoriedade de tratamento, das pessoas com úlcera crónica, acarreta outras preocupações como a deslocação às unidades de saúde, repercutindo-se na organização diária.

Relativamente à dimensão social, os participantes referem que devido à presença da úlcera crónica, deixam de sair de casa e limitam-se no convívio social. Apesar de existirem solicitações e convites para atividades sociais, estas são rejeitadas pelos participantes, devido à sua condição atual. A presença da úlcera, a dor ou a necessidade de repouso, são algumas das razões para os participantes apresentarem algum isolamento social.

Para Hyde et al. (1999) o isolamento social das pessoas com úlcera crónica pode apresentar várias razões como a dor e o odor da úlcera. Hopkins (2004) reforça a ideia afirmando que as implicações como distúrbios de sono, a dor e a incapacidade de manter uma atividade social, contribuem para o isolamento social das pessoas portadoras de úlceras crónicas nos membros inferiores.

De acordo com Sousa (2009) as pessoas com úlceras crónicas reduzem as suas atividades relacionais e sociais, diminuindo também o contato com familiares e amigos sendo, muitas vezes, exteriorizado através de emoções negativas associadas à perda de liberdade sentida com a ulceração do membro inferior. Para o mesmo autor esta situação carece de atenção especial e não deve ser desvalorizada.

Quanto à dimensão financeira os participantes identificam um aumento do encargo financeiro, algumas vezes, associado à necessidade de comprar material terapêutico e à obrigatoriedade de pagamento do tratamento (no caso dos utentes da Policlínica Santa Columba). No sentido de diminuir o impacto destes fatores, Fonder e Lazarus (2008) sugerem que compreender o suporte financeiro de cada pessoa é essencial porque influencia os cuidados à úlcera crónica.

Estes resultados vão de encontro às preocupações de Baranoski e Ayello (2004) quando referem que as úlceras crónicas contêm também consequências financeiras. Sousa (2009) ainda acrescenta que a realidade das pessoas portadoras de úlcera crónica nos membros inferiores é um desafio constante para pessoas mais desfavorecidas.

Assim, verificou-se que a realidade das pessoas idosas é precária e a presença da úlcera crónica é uma fonte adicional de gastos, através do pagamento dos tratamentos, da compra de medicamentos ou ligaduras que as unidades de saúde não fornecem e da deslocação para efetuar o tratamento.

Para além dos encargos financeiros diretos, uma pessoa idosa com úlcera crónica necessita de apoio e acompanhamento e estes gastos muitas vezes não são mensuráveis. De acordo com Rodrigues (2013), os cuidadores apresentam uma sobrecarga física, emocional e financeira.

## ***Rede de apoio da pessoa idosa com úlcera crónica***

Nesta área temática foram identificados alguns aspetos relacionados com a rede de apoio que a pessoa idosa possui para a auxiliar nas atividades quotidianas alteradas devido à presença da úlcera crónica.

Os participantes mencionaram a família, instituição e convivente significativo como a rede de apoio no seu quotidiano. No entanto, verificámos que na generalidade das pessoas idosas é, maioritariamente, a família que apoia e colabora nas atividades diárias. O cônjuge e os filhos são os familiares mais próximos e a rede principal de apoio da pessoa idosa portadora de úlcera crónica. Como afirma Ebbeskog e Ekman (2001), o contacto social nas pessoas com úlcera crónica fica reduzido às pessoas próximas. E como é a família que normalmente está mais próxima, acaba por ser a rede de apoio dos participantes.

Na opinião de Rodrigues (2013), a ajuda informal de pessoas dependentes é proporcionada principalmente por quem partilha o mesmo espaço físico, sendo a família, que normalmente coabita ou está perto. Quando ocorre uma situação de maior dependência de cuidados existe uma adaptação de um familiar à função de cuidador, provocando mudanças importantes na dinâmica familiar. Assim a família desenvolve estratégias de suporte à pessoa dependente (Rodrigues, 2013).

A presença de úlcera crónica acarreta uma maior dependência das pessoas e a necessidade de cuidados de outros (Taverner et al., 2014). Neste contexto, os participantes ao verbalizarem as suas dificuldades e limitações diárias, também referenciavam quem os apoia e auxilia no dia-a-dia.

De acordo com Cruz, Loureiro, Silva e Fernandes (2010), o cuidador informal adquire este papel, muitas vezes, devido a fatores inerentes à pessoa idosa, ao cuidador e à família. Os fatores intrínsecos da pessoa idosa incluem: o estado de saúde e rejeição de institucionalização; os fatores do cuidador englobam: o dever/obrigação, a gratidão/retribuição, a dependência financeira, o grau de parentesco, a proximidade física e afetiva, a situação atual de emprego e

respeito pela vontade da pessoa; e fatores inerentes à família incluem: a tradição familiar e ausência de outra resposta.

Alguns participantes referiram instituições como rede de apoio e simplesmente para a alimentação, e são também referidos os conviventes significativos, que são pessoas próximas, não sendo da família, que prestam algum apoio, em atividades como a limpeza ou auxílio na higiene e vestuário.

O envelhecimento da população está a provocar um aumento da prevalência de patologias crónicas e úlceras crónicas, sendo esta realidade coincidente com aumento da dependência de cuidados das pessoas idosas (Probst et al., 2014). Segundo os mesmos autores, esta necessidade identificada tem várias respostas sociais, entre elas, o apoio domiciliário fornecido por instituições ou os cuidados de familiares ou pessoas próximas. A instituição e os empregados aparecem, em menor escala no nosso estudo, e surgem quando a família não existe ou não consegue dar resposta às necessidades reais da pessoa idosa portadora de úlcera crónica nos membros inferiores.

Para Fonder e Lazarus (2008) compreender o ambiente e apoio familiar é fundamental pois estes são fatores que influenciam diretamente o cuidado à úlcera.

## 5. Conclusões

O presente estudo de investigação contempla na sua origem a vontade de conhecer as perceções e vivências das pessoas idosas portadoras de úlcera crónica nos membros inferiores. Pretendeu-se entender as alterações que surgiram no quotidiano, decorrentes da presença da úlcera crónica, assim como as expetativas e os receios das pessoas idosas através da análise de conteúdo de narrações de vivências significativas.

Os resultados deste estudo evidenciaram a diversidade de vivências e sentimentos das pessoas idosas, indicando as múltiplas consequências que a presença de uma úlcera crónica provoca.

Relativamente aos sentimentos e preocupações vividos com o aparecimento e desenvolvimento da úlcera crónica os participantes narraram emoções e receios em relação à presença da úlcera crónica. São identificados sentimentos atuais, que existem desde o momento do aparecimento da úlcera até ao momento presente, e são eles a tristeza, dor, frustração/ revolta, mal-estar e inutilidade. São referenciados também sentimentos futuros, contemplando as preocupações e os receios referidos pelas pessoas idosas, incluindo o medo da amputação, o medo da deformação física, o medo da dependência, a expetativa de cicatrização- esperança, a expetativa de cicatrização- desespero e a preocupação com a úlcera.

Quanto às alterações no quotidiano das pessoas idosas com úlcera crónica foram identificadas as modificações do quotidiano, verbalizadas pelos participantes. Foram definidas as dimensões alteradas, nomeadamente a dimensão física, social e financeira. Na primeira dimensão estão incluídas a mobilidade física prejudicada, as interferências nas AVD's e a necessidade de tratamento. A mobilidade física prejudicada é uma vivência muito presente no discurso dos participantes e limitativa do dia-a-dia. As interferências nas AVD's são também muito referenciadas durante as entrevistas, repercutindo-se nas atividades domésticas, nos autocuidados de higiene, nos hábitos de vestuário e calçado, nos hábitos de sono e nas atividades sociais e de lazer, que sofrem alterações decorrentes da presença da úlcera crónica. A necessidade de

tratamento também é uma dimensão física alterada, obrigando a deslocamentos a unidades de saúde e a cuidados com o membro inferior afetado.

Relativamente à rede de apoio da pessoa idosa com úlcera crónica foram encontradas referências acerca dos elementos que são a sua rede de apoio e os auxiliam ou substituem em algumas atividades do quotidiano. Verificou-se que a maioria dos participantes possui a família como ajuda, de referir que um número significativo de pessoas vive sozinha.

Neste sentido considera-se que com o presente estudo conseguimos encontrar algumas respostas para as preocupações iniciais e que o conhecimento sobre as vivências das pessoas idosas portadoras de úlcera crónica nos membros inferiores, foi explanado permitindo maior compreensão sobre a temática em estudo e possibilitando um enriquecimento pessoal e profissional.

Como limitações na realização da presente pesquisa considera-se a pouca experiência na realização de trabalhos desta natureza, no entanto durante todo o processo de recolha e tratamento de dados foi mantida a exigência necessária para obter a essência das vivências comunicadas pelas pessoas idosas relativas ao fenómeno em estudo.

As principais dificuldades sentidas na sua elaboração foram a morosidade para obter as autorizações inerentes aos procedimentos éticos, pois as instituições envolvidas encontravam-se em processo de mudança, o que exigiu alguma insistência e persistência pela nossa parte para obter os documentos. Foi também sentida a dificuldade de conciliação do desenvolvimento do estudo, concomitantemente com as obrigações profissionais e pessoais.

Com a elaboração deste trabalho, surgiram novas evidências e interrogações para continuar a explorar a temática e permitir um conhecimento mais abrangente. Conhecer as vivências e alterações das pessoas idosas com úlcera crónica foi o nosso objetivo, no entanto, poderíamos tentar descortinar o meio envolvente destas pessoas e saber como os familiares conseguem dar apoio e auxiliar as pessoas idosas no quotidiano, quais as estratégias que utilizam e quais as dificuldades que sentem, também ao nível social, poderíamos também tentar caracterizar quais as respostas sociais que existem

para as pessoas idosas, portadoras de úlcera crónica. Estas são algumas sugestões que emergem na conclusão do nosso estudo.

O estudo desenvolvido permitiu uma visão global do contexto das pessoas idosas com úlcera crónica nos membros inferiores que segundo Lucas et al. (2008), é fundamental os profissionais de saúde conhecerem as pessoas idosas na sua totalidade para assim cuidar, não se limitando a uma assistência técnica ou doença específica, abrangendo também outros aspetos, como a qualidade de vida.

A realização deste estudo considera-se benéfica, contribuindo para aumentar os conhecimentos dos profissionais de saúde e permitir uma melhoria na prestação de cuidados às pessoas idosas com úlceras crónicas nos membros inferiores, melhorando a assistência às pessoas, famílias e sociedade.

Como referem Probst et al. (2014), os profissionais de saúde devem adquirir habilidades e conhecimento sobre como gerir o cuidado às pessoas com úlceras crónicas, no contexto de ambulatório, englobando os pacientes e cuidadores informais em todo o processo de tratamento.

Concluindo, considera-se que este trabalho permitiu compreender a experiência das pessoas idosas que vivem com úlceras crónicas e, como profissionais de saúde, podemos antecipar problemas e prestar cuidados holísticos e individualizados.

## 6. Referências bibliográficas

- Afonso, A., Barroso, P., Marques, G., Gonçalves, A., & Gonzalez, A. (2013). Úlcera crónica do membro inferior - experiência com cinquenta doentes. *Sociedade Portuguesa de Angiologia E Cirurgia Vasculiar*, 9(4), 148–153.
- Agee, J. (2009). Developing qualitative research questions: a reflective process. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 22(4), 431–447. doi:10.1080/09518390902736512
- Agostinho, P. (2004). Perspectiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6, 31–36.
- Alves, R. M., De Santana Carvalho, E. S., De Oliveira, J. F., & De Araújo, E. M. (2014). Being a woman and having an injured body: a study of social representations. *Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online*, 6(4), 1513–1524. doi:10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1513-1524
- Araújo, F., & Ribeiro, J. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 25, 59–66.
- Ashcroft, G. S., Mills, S. J., & Ashworth, J. J. (2002). Ageing and wound healing. *Biogerontology*, 3(6), 337–345.
- Baranoski, S., & Ayello, E. A. (2004). *O essencial sobre tratamento de feridas. Princípios práticos*. Loures: Lusodidacta.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bates-Jensen, B. (2001). Bates-Jensen Wound Assessment Tool Instructions for use. Retrieved from [http://www.schoolhealthservicesny.com/uploads/wound assessment tool pubwat.pdf](http://www.schoolhealthservicesny.com/uploads/wound%20assessment%20tool%20pubwat.pdf)
- Beitz, J., & Goldberg, E. (2005). The lived experience of having a chronic wound: a phenomenologic study. *Dermatology Nursing*, 17(4), 272–305.
- Bell, J. (2010). *Como realizar um projecto de investigação* (5ª Edição.). Lisboa: Grávida.
- Berger, L., & Malloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

- Brem, H., Tomic-Canic, M., Tarnovskaya, A., & Ehrlich, P. (2001). Healing of elderly patients with diabetic foot ulcers, venous stasis ulcers and pressure ulcers. *General Surgery*, 9(2), 161–167.
- Carnes, B., & Olshansky, S. (2007). A realist view of aging, mortality, and future longevity. *Population and Development Review*, 33(2), 367–381.
- Cheung, C. (2010). Older adults and ulcers: chronic wounds in the geriatric population. *Advances in Skin & Wound Care*, 23(1), 39–44.
- Correia, J. F. M. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 127–136.
- Direcção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa Nº 9/ DGCG*, 1–4.
- Direcção-Geral da Saúde. (2012). 4.2. *Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida. Plano Nacional de Saúde 2012- 2016*. Portugal.
- Duarte, N., & Gonçalves, A. (2011). Pé diabético. *Angiologia E Cirurgia Vasculiar*, 7(2), 65–79.
- Ebbeskog, B., & Ekman, S. (2001). Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 235–243.
- Filho, E. T. D. C., & Netto, M. P. (2000). *Geriatrics. Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Filho, W. J. (2004). *Atividade física e envelhecimento saudável [Tese de Douturamento]*. Universidade de São Paulo.
- Flick, U. (2002). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fonder, M., & Lazarus, G. (2008). Treating the chronic wound: a practical approach to the care of nonhealing wounds and wound care dressings.

*Journal of the American Academy of Dermatology*, 58(2), 185–206.  
doi:10.1016/j.jaad.2007.08.048

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freixo, M. J. V. (2013). *Metodologia Científica - Fundamentos, Métodos e Técnicas* (4ª Edição.). Lisboa: Instituto Piaget.

Gogia, P. P. (2003). *Feridas- Tratamento e Cicatrização*. Rio de Janeiro: Revinter.

Gosain, A., & DiPietro, L. a. (2004). Aging and wound healing. *World Journal of Surgery*, 28(3), 321–6. doi:10.1007/s00268-003-7397-6

Gould, L., Abadir, P., Brem, H., & Carter, M. (2015). Chronic Wound Repair and Healing in Older Adults: Current Status and Future Research. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(3), 427–438. doi:10.1111/jgs.13332

Guerreiro, M., Silva, A. P., & Botelho, M. A. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, (1), 9–10.

Hopkins, A. (2004). The use of qualitative research methodologies to explore leg ulceration. *Journal of Tissue Viability*, 14(4), 142–147. doi:10.1016/S0965-206X(04)44005-4

Hyde, C., Ward, B., Horsfall, J., & Winder, G. (1999). Older women’s experience of living with chronic leg ulceration. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 189–198.

Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Projeções de População Residente 2012-2060*, 1–18.

Kirketerp-Moller, K., Zulkowski, K., & James, G. (2011). Chronic Wound Colonization, Infection, and Biofilms. *Biofilm Infections*, 11–24. doi:10.1007/978-1-4419-6084-9-2

Lino, L. A. V. (2013). *Dependência Funcional e Auto-estima na Pessoa com Ferida Crónica [Dissertação de Mestrado]*. Universidade Católica Portuguesa.

Lourenço, R., & Veras, R. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712–719.

Lucas, L. D. S., Martins, J. T., & Robazzi, M. L. D. C. (2008). Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores- úlcera de perna. *Ciencia Y Enfermeria*, (1), 43–52.

- Maciel, Á. C. C., & Guerra, R. O. (2008). Limitação Funcional e Sobrevida em Idosos de Comunidade. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 54(4), 347–352.
- Mahoney, F. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56–61.
- Morgado, J., Rocha, C., & Maruta, C. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9, 10 – 16.
- Mustoe, T. (2004). Understanding chronic wounds: a unifying hypothesis on their pathogenesis and implications for therapy. *American Journal of Surgery*, 187(5), 65–70. doi:10.1016/S0002-9610(03)00306-4
- Oliveira, C. R. De, Rosa, M. S., Anabela Mota Pinto, M. A. S. B., Morais, A., & Veríssimo, M. T. (2010). Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa. Retrieved from [http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/992/1/ACS EPEPP LIVRO.pdf](http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/992/1/ACS_EPEPP_LIVRO.pdf)
- Oliveira, J. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Livpsic.
- Organização Mundial da Saúde. (2011). Global health and aging. Retrieved January 9, 2015, from [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf)
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70853>
- Paúl, C., & Ribeiro, Ó. (2012). *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Pires, N. (2012). *Úlcera de Perna : Impacto na Qualidade de Vida dos Utentes da UCSP de Alenquer [Dissertação de Mestrado]*. Universidade Católica Portuguesa.
- Price, P., Fogh, K., & Glynn, C. (2007). Managing painful chronic wounds: the wound pain Management Model. *International Wound Journal*, 4(1), 4–15.
- Probst, S., Seppänen, S., Gerber, V., Gethin, G., Hopkins, A., & Rimdeika, R. (2014). EWMA Document: Home Care - Wound Care. *Journal Wound Care*, 23(5), 1–44.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. Van. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais (2ª Edição)*. Lisboa: Gravidia.
- Rainey, J. (2002). *Wound Care: A Handbook for Community Nurses*. *Journal of Clinical Nursing*. United Kingdom: John Wiley and Sons Ltd.

- Rodrigues, A. M. (2013). *Ser cuidados de pessoa com úlcera por pressão no arquipélago dos Açores [Tese de Doutoramento]*. Universitat Rovira I Virgili.
- Saraiva, D., Bandarra, A., Agostinho, E., Pereira, N., & Lopes, T. (2013). Qualidade de vida do utente com úlcera venosa crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 109–118. doi:10.12707/RIII1241
- Simões, J. F. L. (2006). A técnica dos incidentes críticos na investigação em Enfermagem. *Revista de Investigação Em Enfermagem*, 64–71.
- Sousa, F. A. M. do R. (2009). *O “Corpo” que não cura: Vivências das pessoas com úlcera venosa crónica de perna [Dissertação de Mestrado]*. Universidade do Porto.
- Stojadinovic, A., Carlson, J. W., Schultz, G. S., Davis, T. a., & Elster, E. a. (2008). Topical advances in wound care. *Gynecologic Oncology*, 111(2), 70–80. doi:10.1016/j.ygyno.2008.07.042
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista (2ª Edição.)*. Loures: Lusociência.
- Sussman, C., & Bates-Jensen, B. (2012). *Wound Care: A Collaborative Practice Manual for Health Professionals (4ª Edition.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sussman, C., & Bates-Jensen, B. M. (2007). *Wound Care: A Collaborative Practice Manual (3ª Edition.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Retrieved from <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=LaNuvQTjYeEC&pgis=1>
- Swift, M., Burns, A., Gray, K., & DiPietro, L. (2001). Age-related alterations in the inflammatory response to dermal injury. *Journal of Investigative Dermatology*, 1027–1035.
- Taverner, T., Closs, S. J., & Briggs, M. (2014). The journey to chronic pain: a grounded theory of older adults’ experiences of pain associated with leg ulceration. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(1), 186–98. doi:10.1016/j.pmn.2012.08.002
- Teixeira, I. N. D. O., & Guariento, M. E. (2010). Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2845–2857.
- Thomas, D. R. (2001). Age-Related Changes in Wound Healing. *Drugs & Aging*, 18(8), 607–620. doi:10.2165/00002512-200118080-00005
- Werdin, F., Tenenhaus, M., & Rennekampff, H.-O. (2008). Chronic wound care. *Lancet*, 372(9653), 1860–1862. doi:10.1016/S0140-6736(08)61793-6

- Wicke, C., Bachinger, A., Coerper, S., Beckert, S., Witte, M. B., & Königsrainer, A. (2009). Aging influences wound healing in patients with chronic lower extremity wounds treated in a specialized Wound Care Center. *Wound Repair and Regeneration: Official Publication of the Wound Healing Society [and] the European Tissue Repair Society*, 17(1), 25–33. doi:10.1111/j.1524-475X.2008.00438.x
- Worley, C. A. (2004). Quality of Life – Part I: Using the Holistic Caring Praxis in Skin and Wound Care. *Wound Assessment and Evaluation*, 16(6), 527–528.
- Zaslavsky, C., & Gus, I. (2002). Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 79(6), 635–639. doi:10.1590/S0066-782X2002001500011

## **APÊNDICES**

## **Apêndice 1 – Instrumento de recolha de dados**

## INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

### 1 – CARATERIZAÇÃO DA PESSOA

#### 1.1 Dados sociodemográficos:

- Género: F  M       Idade: \_\_\_\_ (anos)      Residência: Rural  Urbana
- Estado civil: Solteiro  Casado/União de facto  Divorciado/Viúvo  Profissão anterior: \_\_\_\_\_
- Escolaridade:
- Sem escolaridade
  - 1º Ciclo do Ensino Básico (4ª classe/ano)
  - 2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano)
  - 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)
  - Ensino Secundário (12º ano)
  - Bacharelato ou Licenciatura
  - Mestrado
  - Doutoramento
- Agregado familiar:
- Vive sozinho
  - Vive com a família: n.º de pessoas do agregado: \_\_\_\_\_
  - Vive com outra(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_
  - Institucionalizado

### 2 – CARATERIZAÇÃO CLÍNICA

#### 2.1 Co-morbilidades:

- Demência
- Depressão
- Diabetes mellitus tipo 1
- Diabetes mellitus tipo 2
- DPOC
- Hipertensão arterial
- Hipotiroidismo
- Isquemia cardíaca
- Fibrilhação auricular crónica
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Doença oncológica
- Doença cerebrovascular
- Doença de Parkinson
- Intervenção cirúrgica anterior \_\_\_\_\_
- Outras: \_\_\_\_\_

#### 2.2 Avaliação da dor (Escala qualitativa) (Direcção-Geral da Saúde, 2003)

2.2.1 Tem dor? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

##### 2.2.2 Caraterização da dor

- Sem dor
- Dor ligeira
- Dor moderada
- Dor intensa
- Dor máxima

**2.3 Teste Mini-Mental (Mini-Mental State Examination) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009)**

**2.3.1 Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

- “Em que ano estamos?”
- “Em que mês estamos?”
- “Em que dia da semana estamos?”
- “Em que estação do ano estamos?”
- “Em que país estamos?”
- “Em que distrito vive?”
- “Em que terra vive?”
- “Em que casa estamos?”
- “Em que andar estamos?”

TOTAL \_\_\_\_\_

**2.3.2 Retenção** (1 ponto por cada resposta correta)

“Repita estas três palavras depois de eu as dizer todas, procure decorá-las”.

- Pêra
- Gato
- Bola

TOTAL \_\_\_\_\_

**2.3.3 Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas.)

“Diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 consecutivamente”.

- 27
- 24
- 21
- 18
- 15

TOTAL \_\_\_\_\_

(Caso o utente não consiga executar a tarefa anterior.) “Solete a palavra que lhe direi, da última para a primeira letra. A palavra é PORTA”.

- A
- T
- R
- O
- P

TOTAL \_\_\_\_\_

**2.3.4 Evocação** (1 ponto por cada resposta correta)

“Tente dizer as três palavras que pedi anteriormente para repetir e decorar”.

- Pêra
- Gato
- Bola

TOTAL \_\_\_\_\_

**2.3.5 Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

“Qual o nome destes dois objetos?” Mostrar os objetos.

- Relógio
  - Lápis
- TOTAL \_\_\_\_\_

“Repita a frase: o rato roeu a rolha”.

TOTAL \_\_\_\_\_

“Pegue nesta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa”.

- Pega com a mão direita
  - Dobra ao meio
  - Coloca sobre a mesa
- TOTAL \_\_\_\_\_

“Leia o que está neste cartão e cumpra o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase: “feche os olhos”. (Caso o utente seja analfabeto lê-se a frase.)

- Fechou os olhos
- TOTAL \_\_\_\_\_

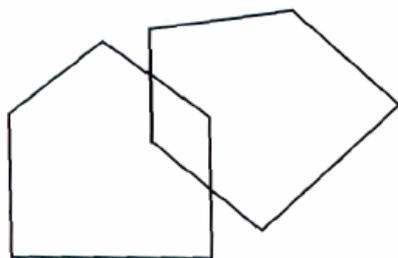
“Escreva uma frase”. A frase deverá ter sujeito, verbo e fazer sentido.

Frase: \_\_\_\_\_

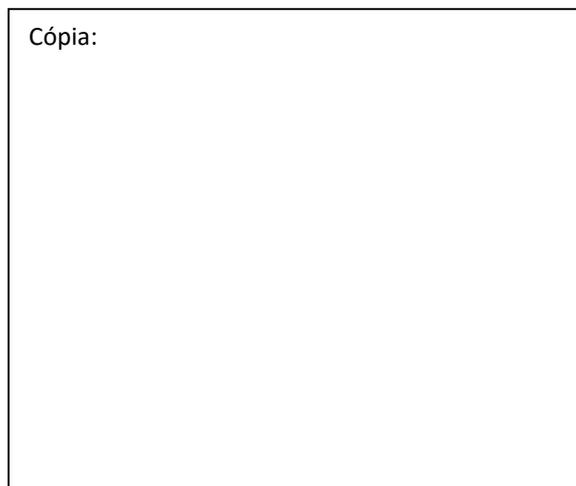
TOTAL \_\_\_\_\_

**2.3.6 Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta)

Copie o desenho”:



Cópia:



**TOTAL:** \_\_\_\_\_

## 2.4 Índice de Barthel - (Mahoney & Barthel, 1965; Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007)

### 2.4.1 Alimentação

- Independente.....  10  
Precisa de alguma ajuda (por exemplo, para cortar alimentos).....  5  
Dependente.....  0

### 2.4.2 Transferências

- Independente.....  15  
Precisa de alguma ajuda.....  10  
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....  5  
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....  0

### 2.4.3 Higiene pessoal

- Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....  5  
Dependente, necessita de alguma ajuda.....  0

### 2.4.4 Uso do sanitário

- Independente.....  10  
Precisa de alguma ajuda.....  5  
Dependente.....  0

### 2.4.5 Banho

- Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....  5  
Dependente, necessita de alguma ajuda.....  0

### 2.4.6 Mobilidade

- Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....  15  
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....  10  
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....  5  
Imóvel.....  0

### 2.4.7 Subir e descer escadas

- Independente, com ou sem ajudas técnicas.....  10  
Precisa de ajuda.....  5  
Dependente.....  0

**2.4.8 Vestir**

- Independente.....  10  
Com ajuda.....  5  
Impossível.....  0

**2.4.9 Controlo intestinal**

- Controla perfeitamente, sem incidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....  10  
Acidente ocasional.....  5  
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....  0

**2.4.10 Controlo vesical**

- Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....  10  
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) .....  5  
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....  0

**TOTAL:** \_\_\_\_\_

**2.5 Avaliação da ferida [Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT)] (Bates-Jensen, 2001)**

2.5.1 **Antecedentes:** Já teve anteriormente outra ferida nos membros inferiores? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Se sim, qual o ano da 1º ferida? \_\_\_\_\_

2.5.2 **Duração:** Quando surgiu a ferida atual? \_\_\_\_\_

2.5.3 **Localização:** Local anatômico. Identifique direito (D) ou esquerdo (E).

Tornozelo lateral \_\_\_\_\_

Dedos \_\_\_\_\_

Tornozelo médio \_\_\_\_\_

Perna \_\_\_\_\_

Calcânhar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Anterior \_\_\_\_\_ Posterior    Outro local \_\_\_\_\_

2.5.4 **Forma:** Padrão geral da ferida.

\_\_\_\_\_ Irregular

\_\_\_\_\_ Linear ou alongada

\_\_\_\_\_ Redonda/oval

\_\_\_\_\_ Concavidade/ barco

\_\_\_\_\_ Quadrangular/Retangular

\_\_\_\_\_ Borboleta

\_\_\_\_\_ Outra forma

Item	Avaliação	Pontuação
<b>1. Tamanho</b>	1= Comprimento x largura < 4 cm <sup>2</sup> 2= Comprimento x largura 4 – 16 cm <sup>2</sup> 3= Comprimento x largura 16.1 – 36 cm <sup>2</sup> 4= Comprimento x largura 36.1 – 80 cm <sup>2</sup> 5= Comprimento x largura > 80 cm <sup>2</sup>	
<b>2. Profundidade</b>	1= Eritema não branqueável em pele intacta 2= Perda parcial da pele envolvendo a epiderme e/ou a derme 3= Perda total da pele envolvendo dano ou necrose do tecido subcutâneo; pode estender-se até à fáscia subjacente, não a ultrapassando; e/ou perda parcial e total e/ou camadas de tecidos ocultas pelo tecido de granulação 4= Coberta com necrose 5= Perda total da pele com destruição extensa, necrose tecidular, ou dano muscular, ósseo ou das estruturas de apoio	
<b>3. Contornos</b>	1= Indistintos, difusos, nenhuns claramente visíveis 2= Distintos, contornos claramente visíveis, ligados, contínuos ao leito da ferida 3= Bem definidos, não ligados ao leito da ferida 4= Bem definidos, não ligados ao leito da ferida, encovados, espessos 5= Bem definidos, fibróticos, com crosta ou hiperqueratose	
<b>4. Loca</b>	1= Loca < 2cm em qualquer área 2= Loca 2-4 cm envolvendo < 50% das margens da ferida 3= Loca 2-4 cm envolvendo > 50% das margens da ferida 4 = Loca > 4 cm em qualquer área 5= Loca e / ou formação de caminho sinuosos	
<b>5. Tipo de tecido necrótico</b>	1= Nenhum visível 2= Tecido não viável branco /cinzento e/ ou tecido desvitalizado amarelo não aderente 3= Tecido desvitalizado amarelo pouco aderente 4= Aderente, mole, necrose negra 5= Firmemente aderente, espesso, necrose negra	

<b>6. Quantidade de tecido necrótico</b>	1= Nenhum visível 2= < 25% do leito da ferida coberto 3= 20 – 50% da ferida coberta 4= > 50% e < 75% da ferida coberta 5= 75 – 100% da ferida coberta	
<b>7. Tipo de exsudado</b>	1= Nenhuma ou hemático 2= Sero hemático: fluído aquoso, vermelho / rosa-pálido 3= Seroso: fluído aquoso, claro 4= Purulento: fluído ou compacto, opaco, amarelo / amarelo- acastanhado 5= Totalmente purulento: compacto, opaco, amarelo/ verde com odor	
<b>8. Quantidade de exsudado</b>	1= Nenhum 2= Escasso 3= Pouco 4= Moderado 5= Grande	
<b>9. Cor da pele circundante da ferida</b>	1 = Rosa ou normal para o grupo étnico 2 = Vermelho brilhante e / ou branqueia ou toque 3= Palidez branca ou cinzenta ou hipopigmentado 4= Vermelho escuro ou púrpura e / ou não branqueável 5= Negra ou hiperpigmentada	
<b>10. Edema do tecido periférico</b>	1= Edema mínimo à volta da ferida 2= Edema estende-se < 4 cm à volta da ferida (sem godé) 3= Edema estende-se >= 4 cm à volta da ferida (sem godé) 4= Edema estende-se < 4 cm à volta da ferida ( com godé+) 5= Crepitação e / ou edema estende-se >= 4cm (com godé+)	
<b>11. Enduração tecidular periférica</b>	1= Firmeza mínima à volta da ferida 2= Enduração < 2cm à volta da ferida 3= Enduração 2-4 cm estendendo-se a < 50% à volta da ferida 4= Enduração 2-4 cm estendendo-se a >= 50% à volta da ferida 5= Enduração > 4 cm em qualquer área	
<b>12. Tecido de granulação</b>	1= Pele intacta ou ferida com destruição parcial das camadas da pele 2= Brilhante, vermelho sangrante; 75-100% da ferida preenchida e / ou hipergranulação tecidular 3= Brilhante, vermelho sangrante; < 75% e > 25% da ferida preenchida 4= Cor-de-rosa e / ou cinzento, vermelho baço e / ou preenche <= 25% da ferida 5= Ausência de tecido de granulação	
<b>13. Epitelização</b>	1= 100% da ferida coberta, superfície intacta 2= 75% a < 100% da ferida coberta e / ou o tecido epitelial estende-se a > 0.5 cm no leito da ferida 3= 50% a < 75% da ferida coberta e / ou o tecido epitelial estende-se a < 0.5 cm no leito da ferida 4= 25% a < 50% da ferida coberta 5= < 25% da ferida coberta	

**TOTAL:** \_\_\_\_\_

### **3. GUIÃO DE NARRAÇÃO DE VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS**

- O que sentiu quando lhe apareceu a sua ferida crónica?
- A sua vida mudou depois de aparecer a sua ferida crónica?
- Quais as principais coisas que mudaram? Como se sente em relação a isso?
- Existem atividades, no seu dia-a-dia, que não consegue fazer ou deixou de fazer, por causa da ferida crónica?
- Quais são as atividades que mais sente dificuldade de fazer, devido à presença da sua ferida crónica?
- Qual a sua rede de apoio? Quem o ajuda no seu dia-a-dia?
- O que é que o incomoda mais da ferida?
- Quais os seus sentimentos ou preocupações, em relação ao futuro, com a sua ferida crónica?

**Apêndice 2 – Consentimento informado aplicado aos participantes**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### PROJETO: VIVER COM FERIDA CRÓNICA NOS MEMBROS INFERIORES

Catarina Andreia Azevedo Henriques, aluna do Mestrado em Gerontologia da Secção Autónoma das Ciências da Saúde Universidade de Aveiro, gostaria de contar com a vossa participação numa investigação que está a realizar, no âmbito da narração de vivências e experiências significativas relacionadas com a presença de ferida crónica nos membros inferiores de pessoas idosas, sob a orientação do Professor Doutor João Lindo Simões e da Professora Doutora Elsa Melo.

Assim, o objetivo principal deste estudo consiste em conhecer as principais implicações da presença de ferida crónica nos membros inferiores na vida de pessoas idosas, através da análise de conteúdo de narrações significativas.

Para tal, precisamos da sua colaboração voluntária, através das respostas a algumas questões. Serão recolhidos alguns dados pessoais e clínicos e será efetuada uma entrevista, através da realização de perguntas direcionadas para a sua vivência com a ferida crónica. A entrevista será gravada. Os dados são confidenciais e a sua decisão de participar ou de não participar neste estudo, não tem qualquer interferência no processo de cuidados.

Agradecemos a sua colaboração

---

## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Participante

Eu.....  
.....concordo em participar nesta investigação. Estou consciente que os dados serão mantidos confidenciais.

(Data) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (Assinatura) \_\_\_\_\_

### Entrevistador

(Data) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (Assinatura) \_\_\_\_\_

**Apêndice 3 – Matriz temática da análise de conteúdo**

SENTIMENTOS E PREOCUPAÇÕES VIVIDOS COM O APARECIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA ÚLCERA CRÓNICA			
CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
SENTIMENTOS ATUAIS	Tristeza	<p>“(…) fiquei triste (…)” (P2)</p> <p>“Fiquei triste na altura.” (P3)</p> <p>“Fiquei triste, é claro.” (P5)</p> <p>“O que eu senti foi tristeza (…) Sinto-me desgostosa.” (P6)</p> <p>“Senti muita tristeza.(…) A minha vida mudou um bocadinho, para mais triste.” (P7)</p> <p>“(…) senti-me triste pois.” (P10)</p> <p>“Fiquei triste.” (P11)</p> <p>“Tenho-me sentido triste e aborrecida por andar aqui á tanto tempo.” (P13)</p> <p>“Sinto me muito triste (…) Sinto-me triste.” (P14)</p> <p>“Fiquei triste.” (P15)</p> <p>“Senti que era mais uma vez. Senti-me triste, claro. (…) Sinto-me muito triste, mas conformada. Sei que faz parte da vida e temos que aceitar, por vezes, as coisas boas e as coisas más.” (P16)</p>	11
	Dor	<p>“Começou-me a doer e a latejar (…) O que incomoda mais é a dor.” (P3)</p> <p>“O que me incomoda mais é as dores que tenho.” (P6)</p> <p>“(…) comecei a sofrer muito, começou a doer muito (…)” (P8)</p> <p>“São as dores (…) se eu estivesse livre disto tudo era melhor. Agora [depois do tratamento] tenho de chegar a casa e tomar um comprimido para ver se elas passam. Fiquei com muitas dores agora.” (P9)</p> <p>“Senti dores (…)” (P10)</p> <p>“Á umas 3 semanas para cá é dor, dor, que é uma coisa doida (…) Agora com as dores não posso (…) Sinto-me limitada derivada às dores (…) São as dores.(…) a dor da perna (…)” (P11)</p> <p>“As dores.” (P13)</p> <p>“Ela doer-me. Por vezes, a perna está dormente.” (P14)</p> <p>“Já sabia que não ia fechar assim logo e que eu ia sofrer. Tenho sofrido muitas dores. (…)” (P15)</p> <p>“As dores, que são muitas. (…) E também me dói muito.” (P16)</p>	10
	Frustração / Revolta	<p>“A minha vida mudou mas foi para pior, não foi para melhor.” (P4)</p> <p>“(…) [o quotidiano mudou] já não podia fazer tudo como queria. (…) Sinto-me com o desgosto muito grande, podia fazer outras coisas e não fiz, não posso.” (P9)</p> <p>“(…) não é a vida que era.” (P10)</p> <p>“Fiquei chateada e desanimada.” (P11)</p> <p>“Eu senti que era mais uma, para a minha vida, mas pensei que passa-se mais depressa e agora senti-me muito mal pois vejo que não sara.” (P14)</p> <p>“Fiquei incomodado e chateado, é chato ter a ferida.” (P15)</p> <p>“Apesar das senhoras enfermeiras fazerem tudo para me ajudar. Mas já sabia que isto ia ser para meses, porque infelizmente é assim.” (P16)</p>	7

	Inutilidade	<p>“Desde que acabei com a oficina [e apareceram as feridas] não fiz mais nada que prestasse.” (P4)</p> <p>“Deixei de fazer muita coisa (...)” (P5)</p> <p>“Nunca mais trabalhei (...) Não tenho feito nada, não caminho bem, nem nada, não posso sacrificar perna. Não posso fazer nada (...)” (P12)</p>	3
	Mal-estar	<p>“Senti-me mal, disse “ora bolas, outra vezes isto” (...) Eu não estou bem, continuo com a mesma disposição, mas não me sinto bem. (...) E não se está bem, não se está sossegado (...)” (P2)</p> <p>“Senti-me mal (...)” (P8)</p> <p>“Sinto-me mal (...)” (P10)</p>	3
<b>SENTIMENTOS FUTUROS</b>	Medo da amputação	<p>“Lembro-me de uma senhora que não deixou cortar um dedo e depois tiveram-lhe de cortar a perna. Por isso vim logo cá [unidade de saúde].” (P1)</p> <p>“Tenho medo que me possam cortar a perna, vejo lá uma pessoa da minha terra que tinha uma ferida e cortaram-lhe a perna.” (P8)</p> <p>“(...) tenho medo de ter de amputar a perna.” (P11)</p> <p>“Os meus sentimentos em relação ao futuro é saber (...) que se a ferida não fechar, não cicatrizar e avançar mais, acho que vou ficar sem a minha perna, isso o médico já me disse. Tenho medo disso. Já amputei um dedo e sabe Deus. Foi há um ano que amputei um dedo, e sabe Deus o que eu passei. (emocionada). Mas o médico já me avisou e para eu me ir mentalizando que se isto piorasse, que o pé tinha de ir fora. Para mim será um grande desgosto, e vai ser mais um “fardo” para quem me ajuda e quem me rodeia.” (P16)</p>	4
	Medo da deformação física	<p>“Tenho medo de ficar aleijado.” (P1)</p>	1
	Medo da dependência	<p>“Tenho medo de parar de vez e de me meterem no hospital (...)” (P8)</p> <p>“Tenho medo de cair numa cama e depois ter de ir para um lar, sair da minha casa. Tenho medo de ficar dependente.” (P9)</p> <p>“Os meus sentimentos para o futuro, é lembrar que terei de ir para o lar (...) as minhas filhas andam empregadas e eu já disse a elas, se vocês me quiserem, mandar me para o lar, ao menos que seja de dia, de noite queria vir para minha casa. Não sei se elas farão isso. Eu tomei conta de 3 idosos, que eram os meus sogros e a minha mãe e também estava em casa. Tenho medo de ficar dependente (Chorosa).” (P13)</p> <p>“A minha preocupação é eu parar de vez. Tenho medo de ficar dependente.” (P15)</p> <p>“(...) que vou dar sempre mais trabalho aos que me rodeiam e aos que me apoiam e (...)tenho medo de ficar mais dependente.” (P16)</p>	5

<p>Expetativa de cicatrização - Esperança</p>	<p>“Mas também tenho esperança que a ferida fica curada, e até agora está a correr tudo bem e a ferida está a melhorar.” (P1)  “Mas tenho esperança, já não é primeira ferida que tenho e tem curado, por isso tenho esperança (...)” (P2)  “Não sei se a ferida vai curar, Deus queira que sim (...)” (P3)  “Tenho esperança que as feridas cicatrizem, mas uma coisa também é verdade, elas já cicatrizaram mais de mil vezes, só que cicatrizam e depois voltam. Mas agora já tenho esta está a fazer 3 anos, a última vez passei mais de 1 ano sem elas.” (P4)  “Tenho fé que a ferida vai cicatrizar. Tenho esperança que sim. Já ando a fazer o tratamento á 1 ano.” (P6)  “Acho que sim [vai cicatrizar a ferida]. Não sei, ainda pode demorar um mês a cicatrizar.” (P12)  “Em relação á ferida estou com esperança e creio que isto deve sarar. Já está mais pequenina. Estava muito maior. E até já disse á enfermeira, que queria ver se este mês ficava boa, que para o mês que vem, tenho de tomar conta dos netos. Eu tenho uma filha com dois meninos e eles estão na creche, e no mês de agosto, a creche fecha e eu tenho de olhar por eles. Tenho de cuidar dos meus netos e tenho de ter a ferida cicatrizada.” (P13)  “Eu penso que no futuro, gostava muito de sarar a ferida.” (P14)  “Só Deus é que sabe se feridas vão cicatrizar. Se Ele (Deus) me pudesse dar um jeito a isto (risos).” (P15)  “Mas tenho muita fé e muita esperança, porque quando isso finda, também termina tudo. E rezo aos meus santinhos, e aos meus anjinhos e a Deus Nosso Senhor que me ajudem. É só o que eu peço.” (P16)</p>	<p>10</p>
<p>Expetativa de cicatrização - Desespero</p>	<p>“Comecei a pensar no pior (...) Estou sempre a pensar o pior, tenho medo.” (P3)  “Nem sei, o que eu penso é que ando aqui à uma vida inteira e isto “não passa da cepa torta” como se costuma dizer.” (P4)  “(…) olhe penso muita coisa, que a ferida nunca vai fechar, tenho esse medo, muito medo (...)” (P7)  “De certeza que não me vou livrar delas até morrer. Atrás de umas podem vir outras.” (P10)</p>	<p>4</p>
<p>Preocupação com a úlcera</p>	<p>“(…) tenho é de ter sempre cuidado com o pé para não agravar mais. Tenho de ter cuidado.” (P1)  “Preocupações tem-se sempre e já se sabe que o nosso destino é deixar este mundo que não nos pertence.” (P2)  “Nunca me passou pela ideia que isto fosse com foi. Fiquei preocupado na altura.” (P4)  “Os meus sentimentos é pensar muitas vezes que ela nunca mais vai sarar, isso é que às vezes me preocupa. Vamos lá ver agora como vai correr.” (P5)  “O meu futuro não sei, com a ferida não sei (...)” (P7)  “Ando à muito tempo nisto. Uma pessoa fica preocupada, ouve-se tanta coisa pelo mundo, que uma pessoa fica sempre preocupada (...) Não sei se a ferida irá cicatrizar, isso só Deus sabe (...)” (P8)  “Há anos que tenho a ferida e nunca cicatrizou. Já está melhor, porque estava muito maior, mas cicatrizar, nunca cicatrizou.” (P9)  “O que vai acontecer não sei.” (P10)  “Porque elas dizem que está melhor, um dia está melhor, outro dia está igual ou pior, mas não sei.” (P14)</p>	<p>9</p>

ALTERAÇÕES DO QUOTIDIANO DAS PESSOAS IDOSAS COM ÚLCERA CRÓNICA				
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
DIMENSÃO FÍSICA	Mobilidade física prejudicada	Caminhar	<p>“ (...) não podia caminhar como caminhava e o pé edemaciou, senti-me limitado e tive de vir aqui [unidade de saúde] (...) não podia caminhar, tinha medo que isso agravasse a ferida.” (P1)</p> <p>“ (...) fiquei mais limitado (...) não poder estar muito tempo de pé (...) ” (P2)</p> <p>“As pernas não ajudam, não deixam andar. Não vou a lado nenhum.” (P4)</p> <p>“ (...) já não consigo “estrebuchar” a minha maneira (...) às vezes quero caminhar mais depressa e fazer outros serviços e não posso (...) O que me incomoda na ferida é não poder “gingar” como deve ser.” (P5)</p> <p>“ (...) A minha maior pena é não poder andar bem (...) O que me incomoda mais é eu realmente querer fazer alguma coisa e não puder á minha maneira.” (P7)</p> <p>“ Não consigo andar muito (...) Mas o que me vale é as minhas filhas, porque já não posso muita coisa. Eu e meu marido fomos para estar ao pé das nossas filhas, para não estarmos sozinhos.” (P8)</p> <p>“Por causa da ferida quero andar e não posso. É o andar principalmente, porque se eu andasse bem já fazia tudo, agora não andando não faço nada.” (P9)</p> <p>“Desde novembro do ano passado, tenho feito uma grande regime para emagrecer. Já emagreci 24 kilos (...) eu fazia umas caminhadas, era capaz de andar 1hora e meia, levantava-me por volta das 6 horas (...) Este mês não vou emagrecer tanto porque estou mais parada, não posso caminhar.” (P11)</p> <p>“Eu caminho com esta coisa (a bengala), mas só com isto não dá para fazer nada. Antes andava sem as bengalas. Uma pessoa quer caminhar e não pode, é sempre “chega-me isto ou aquilo”. Custa mais um bocado, sinto-me mais limitado.” (P12)</p> <p>“ (...) não posso andar á vontade, não posso caminhar, o pé “incha”, não posso estar muito tempo em pé.” (P14)</p> <p>“Tenho assim dificuldades em fazer as coisas, mas eu agora estou ao cuidado da minha família, e eles é que tem de cuidar de mim. Fazem as compras, vão à farmácia, eu não vou porque não posso caminhar e é longe. Já não vou ao médico sozinha.” (P15)</p> <p>“Claro, sou muito mais limitada. Não posso ir onde eu quero, para ir tenho de levar a cadeira de rodas, para ir ao hospital a Coimbra vou de cadeira de rodas, e para o de Aveiro a mesma coisa, porque não posso andar muito tempo, nem convém, para a ferida e o pé não ser tão massacrado. Mas também sei que com a minha doença, com os Diabetes, que é normal. (...) A minha mobilização, para um lado e para o outro, tenho muito mais dificuldade. (...) o ir ao quintal, o descer e subir escadas, a minha autonomia, porque para certas coisas já tenho de pedir ajuda. Por exemplo, se eu estiver muito tempo em pé, já tenho de me agarrar, se não tiver a muleta ao pé de mim. Mas pronto, já sei que estou limitada.” (P16)</p>	12

		Andar de bicicleta	<p><i>“Entrou o Inverno e até vinha de bicicleta (...) começaram a dizer que fazia força na perna de bicicleta (...) então telefonei para a Casa de Povo, que tem uma carrinha, e venho na carrinha da Casa do Povo [aos tratamentos] (...) Deixei de andar bicicleta, uma temporada, porque fazia força na perna e não consegui e deixei de andar.” (P13)</i></p>	1
	Interferência nas AVD's	Atividades domésticas	<p><i>“As tarefas da casa limpar, lavar a roupa e as outras coisas (...)” (P3)</i></p> <p><i>“ (...) Para lavar roupa tenho a máquina de lavar na cave e voto a roupa de uma janela abaixo e fica perto de onde está a máquina e lá a arrasto como posso para dentro da máquina. Para levar a roupa para cima, quando preciso, içamos uma corda na varanda e ato o molho da roupa e o meu marido puxa a corda e leva a roupa para cima. Não consigo pegar em coisas mais pesadas, sinto-me muito limitada. Passar a ferro, dou só um jeitinho, mas só sentada, por isso só passo mais ou menos as mangas e as frentes. Tenho de me adaptar, mas é triste (...)” (P6)</i></p> <p><i>“Adorava cozinhar, adorava cozer uma fornada de broa e agora não posso (...) Eu ando na cozinha, mas tragos as coisas, se for batatas, trago as batatas para um sítio onde eu me assento e tenho de estar sentada, porque eu de pé não consigo estar. É isso que me dá muita pena. Não consigo estar muito tempo de pé. Para migar uma cebola para um refogado tem de ser sentada.” (P7)</i></p> <p><i>“As coisas da casa, cozinhar, arrumar a roupa, já tenho de ter ajuda das minhas filhas. Não faço sozinha.” (P8)</i></p> <p><i>“Ainda lavo a loiça, varrer também varro e ainda cozinho, mas já com dificuldade.” (P9)</i></p> <p><i>“Tenho é de fugir sempre muito do pó, pois a varrer um pátio, tenho sempre medo do pó que vai á ferida, e pronto, é mau.” (P10)</i></p> <p><i>“Ainda ontem para varrer a minha casa, eu chorava. Mas tinha a casa que parecia um palheiro. Mesmo a lavar a minha louça, e tenho de estar com a perna no ar, não posso estar com ela no chão (...) Eu fazia muita coisa. Agora tenho uma máquina de roupa e tenho de pedir a alguém que a vá estender. Eu não sou capaz. A passar a ferro ponho a perna em cima, até fico meia “torta” e depois começa a doer a coluna. Mas vou passando, vou fazendo, apesar de limitada.” (P11)</i></p> <p><i>“Às vezes ajudo a minha mulher um pouco na cozinha, sento numa cadeira e tomo conta da comida e alguma coisita que a gente faça (...) às vezes ajudo um bocadito. Antigamente ajudava muito. A comida eu fazia. Trabalhava na lota em Aveiro e às vezes vinha mais cedo. A minha mulher ia com uma carroça e uma vaca para o campo e ainda era um bocado longe e eu começava a tratar das coisas e fazer a ceia, para os meus filhos que andavam a estudar em Aveiro na Universidade. Era assim antes.” (P12)</i></p> <p><i>“Custa-me. Tenho de limpar e varrer, tenho de me sentar aos bocados. A louça, não aguento tempo nenhum em pé.” (P13)</i></p> <p><i>“Por exemplo, fazer a cama, lavar a louça, passar a ferro... Ainda ontem estive um bocadinho a passar a ferro, mas estive de estar sentada na cama. O meu marido até me levou a tábua de passar a ferro para o quarto e sento-me na cama, para estar mais confortável, e lá vou passando a roupa.” (P16)</i></p>	10

		Hábitos de higiene	<p>“ (...) tenho de imobilizar a perna com sacos de plástico para não estragar o penso quando tomo banho.” (P1)</p> <p>“Problemas como tomar banho, porque com as ligaduras tenho de colocar aqui uns sacos de plástico e atar com cordéis, depois não lavo os pés e fico só com meio banho tomado. São estas situações que tenho dificuldade.” (P2)</p> <p>“Já não consigo tomar banho, têm de me dar banho.” (P3)</p> <p>“ (...) nem posso tomar banho em condições, nem nada (...) Também não posso tomar banho em condições.” (P10)</p> <p>“ (...) não posso lavar-me (...) No dia-a-dia deixei de poder lavar-me á vontade, de tomar banho e não posso andar com a ferida, não posso molhar, não posso fazer certas coisas. Tenho de ter muito cuidado com o penso.” (P14)</p> <p>“A tomar banho, com as feridas é que é diferente. Quando não há feridas é normal, no chuveiro, agora não, protejo-as. Agarro uma bacia e lavo os pés e as partes com essa mesma bacia. Já não posso ir para baixo do chuveiro.” (P15)</p> <p>“Principalmente a tomar banho, o meu marido tem de estar sempre ao pé de mim, porque eu às vezes posso cair.” (P16)</p>	7
		Hábitos de vestuário e calçado	<p>“É não poder usar todo o calçado que eu quero. Usar uns sapatos bons não posso. Tenho de usar uns sapatos, como estes que trago hoje, que são largos e que posso andar com o penso. Tenho lá sapatos melhores em casa, mas não os posso usar.” (P1)</p> <p>“Não me conseguia calçar, tinha de ser o marido a calçar-me as meias. Eu não fui uma pessoa que foi estimada, mas sempre fui um bocado vaidosa e claro, senti-me triste de não arranjar calçado para mim, porque se um pé entra o outro não entra.” (P6)</p> <p>“ (...) não me posso calçar com as outras pessoas, não posso calçar uns sapatos normais, é uma tristeza.” (P7)</p> <p>“Não puder andar de saia, ter de trazer sempre ligadura, a vida é diferente. Trazer sempre a ligadura e a meia, é diferente (...) quando tenho de calçar uma bota, esteja calor ou não esteja, tenho de calçar uma que não de borracha, mas das outras, para poder andar. O calçado é diferente (...) Em casa, calço uns chinelos e pronto.” (P10)</p>	4
		Hábitos de sono	<p>“ (...) mesmo na cama está-se sempre com cuidado ao virar, para não as ferir mais ainda. Por isso não se está bem.” (P2)</p> <p>“O dormir preocupa-me. A médica e as enfermeiras diz para não dormir para aquele lado. Dormir sempre para aquele lado, para a perna ficar por cima. Tenho sempre de virar para o lado direito. É o que me preocupa mais, assim na cama.” (P12)</p> <p>“A dormir sinto aquelas picadelas, a comichão, porque a cama está quente. Fico bem é a tirar as pernas para fora dos cobertores. A perna fica arejada e assim já consigo dormir.” (P15)</p>	3
			“ (...) não posso mexer na terra, não posso ir para o quintal. Tenho de evitar as poeiras e essas coisas	

		<p>Atividades sociais e lazer</p>	<p><i>todas, que podem agravar a ferida.” (P1)</i></p> <p><i>“ (...) eu habitualmente saía à tarde até ao núcleo sportinguista, porque sou o encarregado daquilo, e estava por lá e bebia um copito ou outro com os amigos (...) agora não, precisamente para não ingerir álcool e porque não me apetece lá ir (...) Eu antes fazia uns petiscos, no núcleo sportinguista, para ganhar uns trocos para construir a nova sede, e agora já não faço nada disso (...) Não vou ao quintal, antigamente ainda ia plantar umas flores ou um piripiri, ou assim essas coisitas de vaso, hoje já não faço nada disso. E fico triste com isso.” (P2)</i></p> <p><i>“Depois o médico disse-me que não podia andar na poeira e nas terras, porque isso fazia mal às feridas, e eu deixei de ir para o campo. (...) Ir para as terras, porque não posso, nem para o quintal. Antes ainda ia, ainda conseguia, agora já não vou.” (P3)</i></p> <p><i>“Infelizmente até tive de deixar de trabalhar. Gostava muito da minha profissão, mas tive de acabar com a oficina em 2004. Eu já não me entendia bem com aquilo e o meu estado de saúde já não dava para trabalhar. (...) Já não vou nem ao quintal. Tenho uma propriedade que fica a 1000 metros da minha casa, à beira da estrada, e eu a pé e com as bengalas já não consigo chegar lá. Na carrinha também já não posso andar, quando ainda conseguia andar na carrinha eu ia lá continuamente, agora não. Já não me lembro de entrar dentro daquela quinta.” (P4)</i></p> <p><i>“ (...) [as mudanças foram] deixar de trabalhar (...) Antes fazia muita coisa em casa, era pedreiro, era carpinteiro, agora já não faço nada, por causa da ferida (...) Por exemplo, tenho uma máquina de andar às costas, no quintal, e já não posso utilizar, porque vem uma areia ou um pau e bate na ferida e faz mal. Sinto-me limitado no quintal e na agricultura.” (P5)</i></p> <p><i>“Eu deixei de fazer algumas coisas, deixei de criar os meus animaizinhos, gostava de criar, deixei de cultivar o meu jardinzinho, às vezes plantava lá um canteiro de feijão ou cebola, era assim coisinhas de mimos. Fiquei limitada, agora só dentro de casa.” (P6)</i></p> <p><i>“O não puder trabalhar como trabalhava, como ando sempre com as pernas “empanadas” (...) Gostava muito de andar a jardinar no quintal, a por umas alfaces e um feijão e não posso. Deixei de ir aos campos. Vou de minha casa a casa do meu filho que está no estrangeiro, para tratar de umas galinhas que ele ainda lá tem, mas com muita dificuldade.” (P7)</i></p> <p><i>“Não posso andar para parte nenhuma, às vezes as minhas filhas dizem para sair, que á umas festas lá no rio, mas não posso andar, vejo só do meu terraço (...)” (P8)</i></p> <p><i>“Tinha um café e tive de o deixar. Não podia estar em pé e lá tinha de estar em pé sempre. Depois vim para casa e fazia só a lide de casa, não conseguia fazer mais nada. Fazia só a vida de casa e não fazia mais nada. (...) Eu fazia costura e alguns arranjos e agora não posso.” (P9)</i></p> <p><i>“ (...) na lavoura, por exemplo, as terras deixei. Continuei a fazer qualquer “coisinha”, coisas que uma pessoa precisa mais, uma salada, umas cebolas, que uma pessoa planta e semeia (...)” (P10)</i></p> <p><i>“ (...) nunca podia trabalhar á minha vontade, tinha sempre as “pernas empanadas”. Já não podia trabalhar, não tinha emprego, tinha a lavoura, tinha o gado, e já me incomodava bastante.” (P14)</i></p> <p><i>“Ponho as meias para proteger as pernas e vou para os quintais. (...) Todos os anos faço uma viagem, vou até a Suíça. Na Suíça tenho os meus filhos, um Genebra e outro em Zurique. Agora a enfermeira diz para arranjar alguém que faça lá o tratamento. Todos os anos vou, estou quinze dias em casa de um filho e depois mudo e vou para outro. Mas eu queria ir são, para andar e apreciar por lá aqueles jardins.</i></p>	<p>13</p>
--	--	-----------------------------------	--	-----------

			<p><i>E se as feridas não cicatrizarem, este ano eu não vou.</i>” (P15)  <i>“ (...) porque fora de casa já não faço nada, não venho regar o jardim, não faço nada fora porque não posso.”</i> (P16)</p>	
	<b>Necessidade de tratamento</b>		<p><i>“Depois tive de ir à minha médica de família e comecei a fazer tratamentos no posto médico. Mas ainda me apareceram mais duas feridas. (...)”</i> (P2)  <i>“ (...) tive de começar a fazer curativos nos enfermeiros, dia sim, dia não tinha de ir ao tratamento.”</i> (P3)  <i>“Tive de recorrer a curativos.”</i> (P5)  <i>“ (...) e depois comecei a ir à enfermeira.”</i> (P8)  <i>“ (...) andar com as pernas ligadas e ter de vir aos tratamentos.”</i> (P9)  <i>“Depois disso tenho feito os tratamentos aqui. (...) É o ter que vir aqui sempre. Até aqui, vinha de carro, numa carrinha minha, e vinha quando me apetecia. E agora não, por causa da ferida tenho medo de bater com ela nalgum lado. A minha carta caducou e não posso conduzir, nem nada, e tenho de vir aos tratamentos.”</i> (P12)  <i>“ (...) ter de vir aos tratamentos, dia sim dia não, já me causa transtorno.”</i> (P13)  <i>“Procurei tratar delas. As minhas mudanças são estas, é ter que tratar delas [úlceras].”</i> (P15)</p>	8
<b>DIMENSÃO SOCIAL</b>		Isolamento social	<p><i>“ (...) mas agora não tenho saído de casa (...) ultimamente até já rejeito convites para almoçadas, essas coisas que antes fazia. (...)”</i> (P2)  <i>“Deixei de sair de casa por causa da ferida.”</i> (P7)  <i>“Deixei de sair de casa para fora.”</i> (P8)  <i>“ (...) a ferida faz com que eu não saia de casa (...) deixei de sair de casa (...)”</i> (P13)  <i>“ (...) com a ferida fico limitada, já não vou onde queria ir muitas vezes, fico quase sempre em casa, só saio para vir aos curativos e aos médicos.”</i> (P16)</p>	5
<b>DIMENSÃO FINANCEIRA</b>		Aumento do encargo financeiro	<p><i>“ (...) farta de feridas ando eu, de gastar dinheiro, o que tenho e o que não tenho.”</i> (P3)  <i>“Mudou principalmente porque tenho gasto muito dinheiro. Só em Coimbra tenho lá um médico que já me ficou com 12 mil contos.”</i> (P4)  <i>“ (...) [as mudanças foram] o gastar dinheiro (...)”</i> (P5)  <i>“O que mudou mais foi ter de comprar ligaduras e ter de comprar meias elásticas, porque as minhas posses não são assim tão grandes, faço um bocado de economia para isto.”</i> (P6)  <i>“As minhas filhas estão sempre a dizer para comprar calçado ortopédico, custe o que custar. Mas eu não compro, calçado ortopédico está fora de questão para mim, pois elas sabem que apesar de eu pagar 45 anos caixa e tenho a reforma que tenho.”</i> (P7)  <i>“ (...) foi um grande “arrombo” para a minha vida que nem imagina. Tenho gasto contos e contos de reis com esta vida.”</i> (P8)  <i>“Os medicamentos estou a comprá-los, vem de Inglaterra para cá e fica caro. Mas paciência, o que interessa é que sare.”</i> (P12)  <i>“Tenho de pagar o curativo, e é aborrecido, pois claro.”</i> (P13)  <i>“Também já tive de pagar muitos tratamentos, já gastei muito dinheiro.”</i> (P14)</p>	9

REDE DE APOIO DA PESSOA COM ÚLCERA CRÓNICA			
CATEGORIA	INDICADOR	UNIDADES DE REGISTO	FAUR
FAMÍLIA	<b>Cônjuge</b>	<p>“É a minha mulher, não tenho mais ninguém, ela é o meu apoio.” (P1)</p> <p>“A minha esposa (...) Depois à noite é a minha esposa que me tira as meias (...)” (P2)</p> <p>“(…) a minha mulher (...)” (P4)</p> <p>“É a minha mulher (...)” (P5)</p> <p>“É só o meu marido, não tenho mais ninguém.” (P6)</p> <p>“Ajuda-me o meu marido.” (P11)</p> <p>“A minha mulher, enquanto ela pode. Ela tem estado doente e mal. Mas mesmo assim é a minha mulher que me ajuda.” (P12)</p> <p>“Tenho um anjo da guarda que é o meu marido, que está sempre ao pé de mim.” (P16)</p>	8
	<b>Filhos</b>	<p>“(…) e a minha filha que vai as compras, à farmácia vem comigo aos curativos.” (P4)</p> <p>“(…) e tenho um filho que vai todos os dias comer a minha casa, ele mora longe mas trabalha perto da nossa casa.” (P5)</p> <p>“Tenho 5 filhos que me ajudam muito. Um está no estrangeiro, mas todos os dias me liga.” (P7)</p> <p>“(…) é principalmente as minhas filhas.” (P8)</p> <p>“É a minha filha que me ajuda mais.” (P9)</p> <p>“A minha filha quando vem da escola é quando me veem levar. Hoje foi para uma reunião em Águeda, e depois é que passa por aqui para me levar.” (P12)</p> <p>“As minhas filhas.” (P13)</p> <p>“No dia-a-dia são os meus filhos.” (P14)</p> <p>“É a minha filha (...)” (P15)</p> <p>“Também tenho os meus filhos (...)” (P16)</p>	10
	<b>Restantes familiares</b>	<p>“Tenho uma cunhada que veio da Suíça e ela ajuda-me.” (P11)</p> <p>“(…) e tenho uma nora que volta e meia aparece lá. Ela até vai mudar, para perto de mim. Volta e meia estou em casa dela.” (P15)</p>	2
INSTITUIÇÃO		<p>“A comida ao almoço vem aqui da instituição.” (P12)</p> <p>“Tenho o Centro de Dia, que leva as refeições.” (P15)</p>	2
CONVIVENTE SIGNIFICATIVO	<b>Empregados</b>	<p>“(…) tenho uma rapariga que lá vai a casa todas as manhãs calçar-me as meias. Ela trabalha no centro de dia, mas vai lá a casa como particular (...)” (P2)</p> <p>“Uma rapariga que vem trabalhar, uma hora por dia, em minha casa. (...)” (P3)</p> <p>“Para arrumar a casa tenho uma empregada que vai lá a casa.” (P9)</p>	3

**ANEXOS**

**Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro**

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b>  Tendo sido apresentados os Documentos em falta, o parecer é  <b>Favorável</b>	<b>DESPACHO:</b>  <i>Ampliado</i> <i>21.05.2015</i>  Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro I.P.  ----- Dr. José Manuel Azenha Tereso Presidente, <i>[Signature]</i>  ----- Dr. Luís Manuel Militão Mendes Cabral Vogal, <i>[Signature]</i>  ----- Augusta Mota ul.
--	--

<b>ASSUNTO:</b>	<b>Estudo 27/2015 de 29/01/2015</b>  <b>Viver com ferida crónica nos membros inferiores: análise quantitativa de narrações significativas de pessoas idosas</b>
Tendo sido apresentados os Documentos em falta, o parecer é Favorável	
O Relator <i>[Signature]</i> _____ (Padre José António Pais)	O Presidente da CES <i>[Signature]</i> _____ (Prof. Doutor Fontes Ribeiro)
Coimbra, 27 de maio de 2015	

**Anexo 2 – Autorização do Diretor Executivo do ACeS Baixo Vouga**

### Autorização

Para efeitos de submissão de Pedidos de Apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, se declara que o Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Vouga autoriza a realização do estudo "Viver com ferida crónica nos membros inferiores: análise qualitativa de narrações significativas de pessoas idosas", da responsabilidade dos orientadores Prof. Dr. João Lindo Simões e Prof. Dra. Elsa Melo da Universidade de Aveiro, garantindo as condições necessárias à sua participação.

Aveiro, 07 de Maio de 2015

O Director Executivo do ACeS Baixo Vouga



Dr. Manuel Sebe

Manuel Sebe, Dr.  
Director Executivo  
ACES BAIXO VOUGA



**Anexo 3 – Autorização da Policlínica Santa Columba Lda.**



catarina azevedo henriques <catarinaazevedohenriques@gmail.com>

---

## **Pedido de autorização do estudo "Viver com ferida crónica nos membros inferiores"**

---

**Manuel Cruz** <policlinicasantacolumba@gmail.com>

21 de maio de 2015 às 15:41

Para: "<catarinaazevedohenriques@gmail.com>" <catarinaazevedohenriques@gmail.com>

Boa tarde:

Autoriza-se a aplicação dos questionários para a realização do estudo intitulado: Viver com ferida crónica nos membros inferiores.

Agradeça que após conclusão do estudo fosse enviado um exemplar

Obrigado

Manuel Cruz

Manuel Cruz

[Citação ocultada]

<pedido de autorização.pdf>