



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Úlcera de Perna: Impacto na Qualidade de Vida dos Utentes da UCSP de Alenquer

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

Por: Nuno Miguel Ferreira Pires

Lisboa, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Úlcera de Perna: Impacto na Qualidade de Vida dos Utentes da UCSP de Alenquer

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

Por: Nuno Miguel Ferreira Pires

**Sob a orientação de Doutor Américo Nunes Peres e Co-
Orientação da Enfermeira Maria Teresa Magalhães**

Lisboa, 2012

RESUMO

CONTEXTUALIZAÇÃO: As úlceras de perna acarretam diversas alterações no estilo de vida dos seus portadores. O facto de serem extremamente incapacitantes, aliado ao consumo excessivo de recursos do sistema de saúde, resultado de um processo de cicatrização prolongado, assume-se como um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde que lidam com este tipo de doentes. A necessidade de compreender as alterações provocadas por esta enfermidade é uma realidade à qual os enfermeiros não ficam alheios. Neste estudo, abordámos processos de enfermagem em ordem ao bem-estar e à qualidade de vida das pessoas com úlceras de perna.

METODOLOGIA: Realizámos um estudo qualitativo de natureza exploratório-descritivo, com características fenomenológicas, a uma amostra de 12 participantes. A colheita de dados foi desenvolvida através de entrevistas semi-estruturadas e posterior aplicação do Esquema de Cardiff de Impacto da Ferida. Como procedimento do tratamento e análise dos dados obtidos, foi adoptada a metodologia proposta por Miles e Huberman (1994), a qual se caracteriza por um modelo interactivo sustentado em três fases: redução dos dados, apresentação e interpretação das conclusões.

RESULTADOS: A presente análise de conteúdo foi opção por nós seguida, em ordem às informações que pretendíamos. Desta análise destacámos quatro categorias: “Limitações no Quotidiano”, “Dor Associada à Lesão”, “Alterações Emocionais” e “Esperança vs Desilusão”. Através destas categorias torna-se mais fácil compreender a qualidade de vida do utente, relacionada com a presença de uma úlcera de perna e especificar as diferentes vivências associadas a estas lesões.

No Esquema de Cardiff, constatámos uma evidente redução na qualidade de vida, com especial destaque para o domínio do “Bem-Estar”.

CONCLUSÃO: Os resultados obtidos permitem-nos concluir que a úlcera de perna restringe a execução das actividades de vida diárias; é aceleradora de dor insuportável; é geradora ambivalente de sentimentos; tem repercussões no domínio psico-emocional, com especial destaque para alteração da imagem corporal e auto-estima; é vista como um processo prolongado e com desfecho imprevisível.

Comparando os resultados obtidos, quer pelas entrevistas, quer pelo Esquema de Cardiff, concluímos que as úlceras de perna apresentam alterações significativas na qualidade de vida dos seus portadores.

ABSTRACT

CONTEXTUALIZATION: Leg ulcers cause several changes in the lifestyle of their bearers. They are extremely incapacitating and originate an excessive consumption of healthcare system's resources, due to a long healing process. This becomes a true challenge for the healthcare professionals that deal with this type of patients. The need to understand the changes caused by this illness is a reality nurses don't distance themselves from. In the present study, we deal with nursing processes aimed at the well-being and quality of life of patients with leg ulcers.

METHODOLOGY: We did a qualitative descriptive exploratory study, with phenomenological characteristics, to a sample of 12 participants. The data collection was done through semi-structured interviews and the posterior application of the Cardiff Wound Impact Schedule. To treat and analyze the data obtained we adopted the methodology proposed by Miles and Huberman (1994), which can be described as an interactive model based on three stages: data reduction, presentation and interpretation of the conclusions.

RESULTS: We adopted the present content analysis, in order to get the information we sought. From this analysis we emphasize four categories: "Daily life Limitations", "Pain Associated with the Wound", "Emotional Changes" and "Hope vs Disappointment". It is easier to understand the quality of life of the patient, connected to the presence of a leg ulcer, and specifying the experiences associated with these wounds thanks to these categories.

In the Cardiff Schedule, we noticed a clear reduction in quality of life, especially in the domain of "Well-Being".

CONCLUSION: The results obtained allow us to conclude that the leg ulcer restricts daily life activities; increases unbearable pain; it's an ambivalent generator of feelings; has repercussions in the psycho-emotional domain, especially in what concerns body image and self-esteem; it is seen as a long process with an unpredictable outcome.

By comparing the results obtained, either by the interviews or by the Cardiff Schedule, we concluded that leg ulcers present significant changes in the quality of life of the bearers.

“A todos os que sofrem e estão sós, daí sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcionas apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração.”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

É com enorme satisfação que expresso aqui o mais profundo agradecimento a todos aqueles que tornaram a realização deste trabalho possível.

Gostaria antes de mais de agradecer ao Professor Doutor Américo Nunes Peres, orientador desta tese, pelo apoio, incentivo e disponibilidade que levaram à concretização deste trabalho.

À Enfermeira Maria Teresa Magalhães, co-orientadora desta tese, pelos seus comentários, sugestões e encorajamento.

Gostaria ainda de agradecer:

À minha família, pelo estímulo que me transmitiram para nunca desistir.

Ao Tio Alípio Martins Afonso, pela sua inteira disponibilidade para fazer a revisão de todos os textos que constam deste trabalho.

À Prima Licínia Lopes, pelas suas sugestões e encorajamento sem o qual não teria concretizado este objectivo.

Ao Pedro Couto, pela sua disponibilidade para traduzir para Inglês o resumo desta tese.

Aos colegas de equipa de Alenquer, pela sua amizade, atenção e disponibilidade demonstrada.

Aos colegas de mestrado, pelas suas conversas encorajadoras em momentos de desmotivação.

Aos participantes deste estudo, sem os quais esta investigação não teria sido possível.

A todos os meus amigos, pelo apoio e incentivo incondicional.

Por último à Fátima, a minha companheira de percurso vivencial, pelo inestimável apoio, pela sua bondade e por tudo o que representa para mim.

A todos o meu reconhecido agradecimento...

PALAVRAS-CHAVE

Úlcera de perna

Qualidade de Vida

Dor

KEY-WORDS

Leg Ulcer

Quality of Life

Pain

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I - VIVER COM ÚLCERA DE PERNA	11
1.1. Contextualização do Cuidar de uma Ferida	11
1.2. Úlcera de Perna: Definição e Tipologia.....	13
1.3. Impacto Multidimensional das Feridas	15
1.4. Cuidar da Pessoa	19
CAPÍTULO II - METODOLOGIA E UNIDADE DE ANÁLISE	21
2.1. Questões de Investigação, Objectivos e Hipóteses	21
2.2. População e Amostra	21
2.3. Variáveis em Estudo	22
2.4. Colheita e Processamento de dados	22
2.5. Procedimentos Éticos.....	24
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	25
3.1. Caracterização Sócio-demográfica da população	25
3.2. Limitações no Quotidiano.....	27
3.3. Viver com Dor	43
3.4. Alterações Emocionais	48
3.5. Esperança VS Desilusão	59
3.6. Esquema de cardiff de impacto da ferida – resultados	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
SÍNTESE E CONCLUSÃO GERAL	67
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	70
BIBLIOGRAFIA	71
ANEXOS	75
Anexo I: Pedido de Autorização ao Director do ACES – Oeste Sul	
Anexo II: Diferimento do Director do ACES – Oeste Sul	
Anexo III: Protocolo e Consentimento Informado	
Anexo IV: Guião da Entrevista	
Anexo V: Exemplo de Transcrição da Entrevista	
Anexo VI: Matrizes de Análise	

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
APTF	Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas
AVD's	Actividades de Vida Diária
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

INTRODUÇÃO

A evolução actual das ciências da saúde permite-nos conhecer hoje novos dados sobre o processo de cicatrização e possibilita-nos outras informações sobre a complexidade da degradação tecidular. A evolução técnico-científica é acompanhada do aumento da exigência, por parte do utente, que cada vez mais, está a procurar os cuidados de saúde primários, visando a prevenção da doença.

Com os cuidados a centrarem-se, sobretudo, na prevenção da doença, importa perceber que, à medida que envelhecemos, somos acompanhados por uma degradação de todo o organismo, sendo exemplo disso, os problemas relacionados com o sistema circulatório.

Neste contexto, surgem as úlceras de perna, que se assumem como um problema de saúde capaz de alterar todos os aspectos de vida do utente. Afectam uma elevada camada de população em todo mundo e são consumidoras de uma abundante quantidade de recursos dos sistemas de saúde (Morison; Moffatt; Franks, 2004).

Os custos que acarretam para o sistema de saúde são incalculáveis, muitas vezes, sem os resultados esperados. O não alcançar destes resultados provoca um deficit na qualidade de vida dos pacientes, apesar de os indicadores de mortalidade e morbidade apontarem para valores pouco significativos (Mateus; Furtado, 2006).

O elevado número de pessoas com úlcera de perna, aliado aos incómodos que esta provoca, obriga-nos a reflectir nas consequências na qualidade de vida dos seus portadores. Cada vez mais se verifica que os termos saúde e qualidade de vida têm caminhado em paralelo. Actualmente, o conceito de qualidade de vida relacionado com a saúde é um elemento relevante na avaliação dos cuidados de saúde.

Os estudos que investigam as úlceras de perna baseiam-se, em grande parte, no custo-benefício ou custo-efectividade, passando o resultado final por área cicatrizada ou custo associado à cicatrização. De facto, por vezes, esquecemo-nos de reflectir sobre o impacto que uma úlcera de perna produz na pessoa e tomamos, apenas, a lesão como alvo preferencial dos nossos cuidados, relegando para segundo plano a visão da pessoa enquanto ser holístico.

Presentemente há uma maior preocupação com a qualidade de vida das pessoas portadoras desta enfermidade, mas só nos últimos anos, é que se realizaram estudos de forma a compreender em que medida estas feridas influenciam a qualidade de vida dos

seus portadores (Lindholm et al. 1993, Franks et al. 1994, citados por Moffat; Franks e Morgan, 2010). Uma abordagem qualitativa desta problemática, por parte dos enfermeiros, tem servido para uma compreensão mais aprofundada do impacto da ulceração nestes utentes.

A temática do presente estudo, efectuado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alenquer, centra-se no impacto da úlcera de perna e consequente qualidade de vida dos seus portadores.

A metodologia delineada é de natureza qualitativa, exploratório-descritiva, e com características fenomenológicas.

O trabalho é dividido em três capítulos. No primeiro capítulo é contextualizada toda a problemática das feridas com especial destaque para as úlceras de perna e suas consequências. No segundo capítulo, apresentamos a metodologia delineada para a elaboração deste estudo, bem como a unidade de análise. No terceiro capítulo são abordados e discutidos os resultados.

Para finalizar, tecemos algumas considerações, tidas como necessárias para melhorar a qualidade de vida e bem-estar destes utentes, sem que possamos afirmar que são suficientes para a cura de todos os utentes.

CAPÍTULO I - VIVER COM ÚLCERA DE PERNA

O conceito qualidade de vida relacionada com saúde, está a assumir um papel cada vez mais preponderante no mundo científico. Não obstante o termo ser reconhecido e de frequente uso no âmbito da saúde, reveste-se de alguma complexidade elaborar sobre ele uma descrição exaustiva, holística e genérica das necessidades e expectativas de cada indivíduo.

A evolução e a necessidade de clarificação deste conceito têm sido seguidas com grande interesse pelos enfermeiros. Actualmente, está em marcha uma intervenção mais detalhada na sua vertente técnico-científica, assim como nos factores que interferem na qualidade de vida dos utentes. Compreendidas as consequências da ferida, do ponto de vista do doente, está dado o primeiro passo para a sua reintegração sociocultural (Morrison; Moffatt 2010).

Neste capítulo realizámos uma análise teórico-conceptual sobre um conjunto de temas relevantes, tais como:

1. Contextualização do Cuidar de uma Ferida;
2. Úlcera de Perna: Definição e Tipologia;
3. Impacto Multidimensional das Feridas;
4. Cuidar da Pessoa.

Em primeiro lugar, reflectimos sobre os conceitos que fundamentam a temática em estudo, referenciando os aspectos fisiológicos e epidemiológicos das feridas. De seguida, abordámos o impacto que a úlcera de perna provoca nos diversos domínios e dimensões da pessoa. Na terceira e a quarta parte repensámos o papel de enfermagem e do enfermeiro enquanto profissional de saúde na prestação de cuidados aos utentes com esta patologia.

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CUIDAR DE UMA FERIDA

O tratamento de feridas ocupa um papel importante no dia-a-dia dos profissionais de saúde, relacionado estreitamente com Enfermagem. De facto, quer em Cuidados de Saúde Primários, quer em Cuidados de Saúde Diferenciados, o tratamento de feridas revela-se consumidor de tempo, dispendioso e, muitas vezes, aquém de

resultados/ganhos estipulados, de acordo com os objectivos do doente e da equipa de saúde.

Uma ferida é definida como uma interrupção da integridade e das funções dos tecidos do corpo. São de acrescentar ao perigo associado às feridas e ao desconforto físico e emocional que afectam o utente, as precauções com os cuidadores e restantes pessoas que interagem com o paciente. Assim sendo, há necessidade de reduzir o tempo de cicatrização das feridas, de forma a melhorar a qualidade de vida do utente. Em vista disso, é necessária uma actualização constante de conhecimentos e posterior prática clínica competente (Baharestani, 2004).

A evolução técnico-científica que vem experimentando o tratamento destas feridas, está a impor aos enfermeiros a adaptação/formação constante às novas evidências científicas. No dia-a-dia, constata-se que muitos enfermeiros demonstram conhecimentos sobre tratamentos de feridas, mas não os evidenciam na prática, ou por dificuldades na avaliação da ferida, ou por relutância em abandonar as técnicas tradicionais (Baranoski, Ayello, 2004).

O papel do enfermeiro é promover o melhor bem-estar destes utentes com feridas crónicas e responsabilizar-se pela prestação directa de cuidados ao doente e à sua família. Para isso mostra-se fundamental reconhecer todas as alterações que uma ferida crónica provoca nos seus portadores (Baharestani, 2004).

Estas feridas, cada vez mais presentes na nossa sociedade, obrigam os profissionais de enfermagem a estarem sensibilizados para a actualização contínua dos indispensáveis conhecimentos, com o fim de adaptarem o melhor tratamento ao tipo de ferida, já que as feridas podem ter evoluções diferentes perante o mesmo tratamento. Sabendo nós que os cuidados sobre as feridas pertencem à esfera de acção dos enfermeiros, neles devemos investir para favorecerem uma vida de melhor qualidade aos utentes (Baranoski, Ayello, 2004).

O tratamento de feridas é uma área em constante mudança. É um dos nichos da saúde em que a investigação mais investe. A investigação feita sobre feridas demonstrou que o método tradicional de realização de pensos através de compressas, removia os exsudados mas também o tecido recém-formado.

As feridas cicatrizam melhor num ambiente húmido (a humidade natural no leito da ferida promove a sua cicatrização). Existem hoje variadíssimos tipos de pensos que

proporcionam o ambiente ideal, provocando uma cicatrização mais rápida e eficiente (Baranoski, Ayello, 2004).

Assumindo como certo que os cuidados prestados a uma ferida devem assentar numa base científica, os enfermeiros devem manter-se actualizados nas suas práticas. O processo da tomada de decisão sobre as formas do tratamento destas feridas, implica que se relacionem as características da ferida com as particularidades de cada penso, devendo estes ser escolhidos de forma a protegerem a ferida nas suas diversas fases (Morison, 2010). Todavia, deve ter-se em conta que a escolha do penso é apenas uma parte do processo de tratamento, o qual, no seu conjunto, deve passar por uma avaliação inicial minuciosa e perspicaz, englobada numa avaliação holística do doente. Desta forma, cabe ao enfermeiro estabelecer uma avaliação atenta da evolução da ferida, verificar a eficácia do tratamento, modificando-o caso seja necessário, tendo presentes os receios apresentados pelo doente e familiares.

Actualmente, verifica-se um grande desenvolvimento na avaliação dos produtos utilizados no tratamento destas feridas, embora não esteja a ser dada a devida atenção à forma como estes produtos devem ser utilizados (Moffatt; Franks e Morison, 2010). A acrescer a este facto, verificámos que, quando não são respeitados os princípios teóricos subjacentes à realização de pensos, aumenta o tempo de cicatrização, causando graves transtornos na qualidade de vida dos seus portadores.

Neste contexto, o tratamento destas feridas deve ser integrado numa equipa multidisciplinar, com a obrigatoriedade de investir numa formação contínua e permanente, de modo a potenciar o uso das novas técnicas, tendo em conta reduzir o tempo de cicatrização e, simultaneamente, favorecer a qualidade de vida do utente (Baranoski, Ayello, 2004).

1.2. ÚLCERA DE PERNA: DEFINIÇÃO E TIPOLOGIA

As úlceras de perna são, claramente, um dos problemas de maior importância nos países desenvolvidos (Kantor; Margolis, 2010). Existem outros estudos que demonstram uma elevada prevalência, também, em regiões rurais (Maffei et al. 1986, citado por Kantor; Margolis, 2010).

São feridas crónicas. O termo “crónico” serve para designar lesões nas quais se observa um processo de cicatrização comprometido. Existem várias definições de ferida crónica, sendo a mais abrangente a de Lazarus et al. (citado por Jones, Bale e Harding in

Baranoski e Ayello, 2004:79): “feridas que dificilmente progridem através de uma sequência de reparação normal, ordeira e atempada, ou feridas que passam através de um processo de reparação sem restabelecimento anatómico e funcional”. Do universo de feridas crónicas as que surgem com maior frequência são as úlceras de pressão, as úlceras de perna e as úlceras de origem diabética.

Nos últimos anos, está a verificar-se uma grande preocupação em relação às úlceras de perna e seus portadores. Anand (2003:48) definiu esta doença como sendo “uma ferida superficial ou profunda de forma irregular, com bordos normalmente bem definidos, geralmente rodeados por pele indurada e hiperpigmentada”. Dentro das úlceras de perna diferenciam-se, quanto à etiologia, três grandes tipos: úlceras venosas, arteriais e mistas.

Úlcera venosa é “um tipo de úlcera com as seguintes características específicas: lesão circunscrita semelhante a uma cratera, situada acima do maléolo da perna, edema em torno da ferida, com descamação acastanhada, lipodermatoesclerose, atrofia da pele, exantema e dor na ferida, associada a insuficiência venosa crónica, lesão dos retalhos venosos e diminuição do retorno do sangue venoso dos membros inferiores para o tronco” (CIPE, 2, 2003:28).

Diferencia-se de uma úlcera arterial, sendo esta uma “ (...) lesão circunscrita semelhante a uma cratera, situada no calcanhar, maléolos ou dedos do pé, pele em torno da ferida pálida ou púrpura escura, úlcera serosa com zonas de necrose amarelas e pretas, exposição de tendões secos, pés frios, forte dor na ferida e dor ao andar e em repouso, associada a insuficiência artéria (...)” (CIPE, 2, 2003:28).

Quanto a úlceras mistas, estas apresentam uma ulceração venosa acompanhada de doença arterial, com características comuns às duas outras patologias (Moffatt, Partsch e Clark, 2010).

A causa mais comum que conduz ao aparecimento deste tipo de lesões é a insuficiência venosa. Estima-se haver em Portugal uma prevalência de 1.42 por cada mil habitantes (Furtado, 2003). A APTF (2005) elaborou um estudo onde concluiu que a duração média destas lesões aproxima-se dos 4 anos.

Não obstante, e tendo em conta os dados fornecidos pelas recentes investigações, a úlcera de perna, assumida como um grave problema de saúde, afecta um elevado número de pessoas com maior incidência acima dos 60 anos (Price; Harding, 2004). É, por vezes, negligenciada e abordada inadequadamente. A recuperação clínica das

pele com esta enfermidade, aponta para um longo período de cicatrização, com uma elevada frequência de recidivas e um forte custo do tratamento, constituindo um factor importante na alteração da qualidade de vida dos seus portadores (Vanhoutte; Corcaud; De Montrion, 1997).

1.3. IMPACTO MULTIDIMENSIONAL DAS FERIDAS

A enfermagem acompanha o crescente interesse à volta dos impactos das lesões nos portadores de úlcera de perna e respectivo Sistema de Saúde. O impacto da doença, em termos de custos de saúde pública é limitado, dado que uma parte ser suportada pelos doentes e famílias (Franks; Bonaquet, 2010).

As feridas acarretam implicações em várias dimensões do ser humano, abrangendo aspectos de natureza financeira, psicológica e social. Desta forma, torna-se imprescindível compreender os significados que este tipo de utentes atribui à qualidade de vida. A qualidade de vida, actualmente, é um tema que está a despoletar o interesse de profissionais de diversas áreas do conhecimento humano, com especial destaque para os da área da saúde. A introdução deste conceito nos cuidados de saúde deve-se à abordagem holística sobre o utente, com avaliações em resultados, em termos de mortalidade e morbidade (Pául; Fonseca; Martin; Amado, 2005).

O conceito de Qualidade de Vida articulado com a Saúde surge, pela primeira vez, na década de 1980, relacionado estreitamente com as patologias crónicas. Várias abordagens vêm sendo realizadas sobre o tema. A OMS define a Qualidade de Vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um amplo conceito de classificação, afectando de um modo complexo a saúde física do indivíduo, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e as relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente” (WHOQOL Group, 1994: 28).

Durante a última década, este conceito vem assumindo contornos cada vez mais específicos e abrangentes, permitindo avaliar não só os resultados da intervenção do sistema de saúde em si, como monitorizar a evolução da doença, a eficácia dos tratamentos e, ainda, a crescente necessidade de medir os aspectos relacionados com as dimensões da funcionalidade física, psicológica, social e bem-estar. Indiscutivelmente, qualquer patologia crónica acarreta alterações na qualidade de vida dos que a sofrem. A

compreensão do fenómeno qualidade de vida reproduz a perspectiva do utente sobre a satisfação da própria vida (Baharestani, 2004).

Direccionando o conceito de qualidade de vida para a temática em estudo, Franks e Moffat, citados por Baharestani (2004:6) afirmam que o “estado de doença pode ser definido como sentimentos de dor, desconforto e mudanças na função normal.” A chave para perceber o conceito de qualidade de vida relacionada com saúde é, assim, a do senso comum sobre o bem-estar de cada qual e não a opinião médica do seu estado clínico.

A literatura actual demonstra-nos a existência de uma nova apreciação sobre os impactos que esta patologia traz ao quotidiano dos portadores. Os utentes são descritos como sendo “os de classe social mais baixa, os menos dispostos a cumprir com o tratamento e desinteressados das suas próprias perspectivas de saúde” (Gray, 1983, citado por Franks; Moffatt; Morgan, 2010:501).

Um grande número de utentes, atribui à úlcera de perna a causa do seu isolamento social, efeito emocional negativo, tristeza, raiva e auto-imagem negativa (Yamada, 2001). Com efeito, toda a doença venosa crónica acarreta impactos negativos, particularmente em relação à dor, função física e mobilidade, para além da depressão e isolamento social, sendo estes últimos mais comuns na presença de úlcera de perna não cicatrizada (Moura; Gonçalves; Navarro; Britto e Dias, 2010).

Diversos autores subdividem a qualidade de vida em diferentes domínios, sendo os mais comuns: função física e ocupacional, estado psicológico, interacção social, sensações somáticas e componente financeira (Schipper et al. citados por Baranoski e Ayello, 2004).

FUNÇÃO FÍSICA E OCUPACIONAL

O interesse de alguns autores sobre o fenómeno qualidade de vida em utentes com úlcera de perna direccionou-os para uma avaliação parcial das capacidades e limitações que as referidas lesões provocam no quotidiano dos portadores. Assim, Krasner (1998) fala de utentes com úlcera de perna que apresentam dificuldades em permanecer em pé. Volvidos alguns anos, Ebbeskog e Ekman (2001) sublinham sobre os utentes envolvidos na sua investigação que a úlcera lhes restringia a própria vida. Complementando estes estudos, Rich e McLachlan (2003) atribuem maior importância às restrições sociais e físicas e às alterações da aparência do membro.

A alteração de toda a função física reflecte-se na limitação em realizar algumas actividades da vida diária e na capacidade de trabalho, dada a “perda” de tempo relacionada com os cuidados de saúde. A adequação das actividades do quotidiano ao estado de saúde é imprescindível nos portadores de úlcera de perna. Sintomas como a dor, edema, fadiga e pensos volumosos transformam actividades simples, como a muda de roupa ou o cuidar da higiene pessoal, em verdadeiros problemas de difícil resolução (Baharestani, 2004).

As funções físicas são alteradas, tanto em feridas crónicas como em feridas agudas. A úlcera de perna, especificamente, tem como consequência inerente a redução da mobilidade do portador. Por sua vez esta limitação deve-se, fundamentalmente, à dor associada ao movimento (Morisson; Moffatt, 2010).

Com o evoluir da doença venosa e da lesão, vem a perda progressiva da mobilidade do tornozelo e a redução da massa muscular na região gemelar, factores que condicionam, consideravelmente, o retorno venoso.

FUNÇÃO PSICOLÓGICA

O cuidar da pessoa sempre foi a vertente própria da enfermagem. Antigamente os cuidados de saúde prestados aos utentes incidiam especificamente sobre a parte física, excluindo o sofrimento psicológico (Dealey, 2006). Hoje são as duas áreas tratadas com idênticos cuidados.

A comunicação é o ponto-chave para a abordagem deste problema. Só percebendo os receios do utente é possível fornecer-lhe uma informação credível que lhe reduza a ansiedade e facilite a criação de uma relação empática entre utente/família/enfermeiro (Dealey, 2006).

A visualização da lesão cria um turbilhão de emoções que só poderão ser contornadas estabelecendo metas objectivas e esclarecendo os receios do utente. A gravidade e a visibilidade da ferida afectam a assimilação da mesma pelo utente e a alteração da sua imagem corporal. O odor da drenagem de uma úlcera de perna diminui a sua auto-imagem e desenvolve sentimentos de vergonha e desgosto (Baharestani, 2004).

A meta de todo o profissional de saúde que cuida deste tipo de utentes é a cicatrização e a recuperação do afectado. Nos utentes com elevadas taxas de recorrência, a cicatrização é encarada pelos mesmos com mais pessimismo. Aos

profissionais de saúde impõe-se-lhes perceber se a cicatrização é uma meta desejável, também, para o utente.

Myss, citada por Baharestani (2004:9) afirma que “assumir que toda a gente quer cicatrizar é simultaneamente enganador e potencialmente perigoso. A doença pode, por exemplo, tornar-se um meio poderoso de obter atenção que de outra forma não receberia”.

É o que se constata, ainda presentemente, à porta de estabelecimentos públicos, religiosos, etc., quando alguém ostenta as próprias alterações físicas como forma de angariar meios de subsistência.

Como referimos anteriormente, os diferentes factores característicos das úlceras de perna (odor, drenagem e a visibilidade) podem dificultar o contacto social. Neste campo, os profissionais de saúde têm de reconhecer as próprias limitações, não culpabilizando e rotulando por tudo e por nada só os utentes de falta de colaboração quando se deparam com receio e preocupação do aumento do edema, dor ou dimensão da ferida (Baharestani, 2004).

SENSAÇÃO SOMÁTICA

O domínio da sensação somática engloba sentimentos físicos desagradáveis, com destaque para a dor (Schipper et al citado por Baharestani, 2004). O fenómeno da dor é relatado como estando presente em cerca de 89% dos utentes com úlcera de perna (Ebbeskog; Ekman, 2000).

A dor resultante das feridas é um conceito multidimensional, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (citada por Dallam; Barkauskas; Ayello e Baranoski, 2004:251) define dor como “uma sensação e emoção desagradáveis, sentidas e associadas ao dano tecidual actual ou potencial, ou descritas em termos de tal dano”.

O facto da dor e qualidade de vida dos utentes com úlcera de perna assumir contornos devastadores, está a levar a comunidade científica aprofundar o conhecimento nesta área. Não obstante a evolução e compreensão da fisiologia da dor, a incorporação de novas metodologias tem sido mais lenta do que o esperado, traduzida numa baixa taxa de administração de analgésicos durante a mudança de penso (Hollinworth e Dallan et al., citados por Baharestani, 2004).

Os cuidados de enfermagem valorizam o cuidar da pessoa como um ser único e holístico. Provocar dor intensa repetidamente sem recorrer aos mecanismos adequados

ao alívio daquela dor em concreto, é negligenciar o procedimento (Medical Education Partnership Ltd, 2004). Por vezes, a eliminação completa da dor é uma meta irrealista, mas caso se consigam controlar os efeitos a ela associados, traz já alguma redução aos impactos psicossociais negativos, com benefício imediato na qualidade de vida (Silva; Pazos, 2005).

IMPACTO FINANCEIRO

O impacto financeiro das úlceras de perna reflecte-se em diversos níveis, para além da incapacidade de trabalhar e perda de tempo de trabalho correspondente à realização de pensos. Diversos autores afirmam que as oportunidades falhadas de progressão na carreira, a redução da produtividade provocada pela dor, as reformas antecipadas, a perda de emprego, entre outros, são factores que influenciam a capacidade financeira destes utentes (Baranoski, Ayello, 2004).

A impossibilidade de exercer cabalmente as funções a que se sentem obrigados, aliada a outras limitações, inibe muitas vezes, estes doentes de procurarem o tratamento médico. À incapacidade de trabalhar aliam-se os gastos de transporte, contas médicas e gastos no domicílio. Tudo junto leva, por vezes, os doentes ao desespero, obrigando-os a recorrerem às poupanças que tinham destinadas a outros fins.

INTERACÇÃO SOCIAL

A imagem negativa, atribuída aos doentes com estas feridas, pode levar a que sejam vistos como pouco atraentes, imperfeitos, vulneráveis e um incómodo para os outros (Baranoski, Ayello, 2004). Esta avaliação social, aliada à redução da mobilidade e restrições do tratamento, prejudica socialmente a interacção dos doentes.

Entre as limitações e implicações de actividades recreativas e de lazer, salientam-se: andar de bicicleta, correr, ir à praia, entre outras. É dever dos profissionais reconhecerem e encorajarem a sua interacção social como um meio para evitar o isolamento, uma tarefa nem sempre seguida de êxito.

1.4. CUIDAR DA PESSOA

O conceito de saúde está sustentado num marco biopsicológico, socioeconómico e cultural, tendo em conta os valores positivos e negativos que afectam a nossa vida. A

definição do conceito saúde adopta uma natureza dinâmica e multidimensional (Molina, 2005).

Assumindo que a avaliação da qualidade de vida “deve ser integral em qualquer avaliação dos doentes com ulceração e deve ser utilizada para planear e avaliar os seus cuidados” (Franks; Moffat; Morgan, 2007), cabe aos profissionais de saúde perceberem quais as diferenças entre as expectativas do utente e a realidade das suas vidas, com a finalidade de tentar reduzir essas diferenças, não esquecendo que o bem-estar social depende da satisfação das necessidades humanas e dos pensamentos positivos (Molina, 2005).

Há desinteresses pela melhoria da qualidade de vida em alguns utentes, relacionada, com a idade. A idade pode influenciar as atitudes, quer de profissionais, quer de utentes quanto a expectativas de melhor saúde e menor apreciação do verdadeiro impacto da patologia (Franks; Moffat; Morgan, 2007). É o caso dos utentes com idade muito avançada ou doença mais gravosa.

Cada pessoa é um caso. Daqui a importância de os cuidados de enfermagem, terem de ser cada vez mais personalizados (Dealey, 2006). Não obstante, os profissionais de saúde vêm culpando, frequentemente, os doentes pelo aparecimento ou recidiva de uma úlcera de perna (Baranoski; Ayello, 2004).

Desta forma, o papel do enfermeiro ganha contornos preponderantes no processo de promoção da saúde e prevenção da doença, desenvolvendo actividades de educação para a saúde, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados. O enfermeiro não deve descuidar um cuidar múltiplo, ou seja, que se limite, apenas, aos actos práticos (OE, 2007). Assim sendo, deverá centrar os cuidados na pessoa global, inserida numa família concreta e integrada num determinado contexto.

A necessidade de cuidar a pessoa como um ser holístico emerge, assim, como factor fundamental no tratamento de pessoas com úlcera de perna. Para além dos conhecimentos técnico-científicos, os profissionais que lidam com este tipo de utentes devem ser capazes de “(...) prestar cuidados de uma forma apaixonada, sensível ao impacto único que as feridas têm na qualidade de vida (...)” (Baranoski e Ayello, 2004).

A interacção do enfermeiro com o utente torna-se fundamental no processo de cicatrização, e dela depende muito a qualidade de vida destes doentes. A abordagem holística do utente facilita a compreensão das consequências da ferida, tanto no imediato como a longo prazo (Morisson; Moffatt, 2010).

CAPÍTULO II - METODOLOGIA E UNIDADE DE ANÁLISE

A metodologia utilizada no processo de investigação serve para descrever a forma como o trabalho foi perspectivado e como poderá desenvolver-se. Feita a descrição do enquadramento teórico-conceptual, que sustenta esta dissertação, vamos, agora, desenvolver as opções metodológicas que seguimos neste estudo.

2.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, OBJECTIVOS E HIPÓTESES

Como vimos dizendo, este estudo pretende compreender as alterações que as úlceras de perna provocam na qualidade de vida dos portadores. Agora, de acordo com a contextualização temática, tomámos como fundamental responder à questão seguinte: **que alterações provocam as úlceras de perna na qualidade de vida dos seus portadores?**

Para responder melhor a esta questão, definimos, previamente, o objectivo geral e os objectivos específicos.

Objectivo geral:

- ✓ Analisar a qualidade de vida dos utentes com úlcera de perna.

Objectivos específicos:

- ✓ Descrever as experiências vividas pelas pessoas com úlcera de perna;
- ✓ Analisar as vivências das pessoas com úlcera de perna;
- ✓ Identificar as alterações na qualidade de vida dos utentes com úlcera de perna;
- ✓ Analisar os factores de maior impacto da úlcera de perna na qualidade de vida dos seus portadores.

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O contexto de implementação deste estudo foi a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alenquer, inserido no ACES do Oeste Sul, constituindo sujeitos de estudo os utentes desta unidade com úlcera de perna. Este local abrange uma população de cerca de 43000 habitantes, distribuídos por seis Centros de Saúde.

Na presente investigação, seleccionámos os participantes que aceitaram colaborar com os objectivos deste estudo. A amostra escolhida foi não probabilística

intencional, por conveniência, sob os seguintes critérios de selecção atribuídos aos intervenientes:

- ✓ Possuir idade igual ou superior a 18 anos;
- ✓ Aceitar participar no estudo voluntariamente;
- ✓ Ser portador de úlcera com mais de 6 semanas de evolução.

Exluímos, à partida, doentes com alterações mentais e intelectuais que dificultassem a comunicação com o pesquisador.

O estudo contou com a colaboração de doze participantes, número considerado suficiente, dada a natureza e a diversidade de informação recolhida.

2.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO

De acordo com Fortin (1999), quando falamos de variáveis referimo-nos às características e qualidades dos objectos, pessoas ou situações como alvos do estudo. Assim, e tendo em conta a natureza do nosso trabalho, a variável dependente é a qualidade de vida e a variável independente é a úlcera de perna.

Foram, ainda, definidas como variáveis de caracterização: sexo, idade, género e profissão.

2.4. COLHEITA E PROCESSAMENTO DE DADOS

Assumindo um estudo qualitativo e sustentando-nos em Streubert e Carpenter (2002), o método primário para a colheita de dados foi a voz das pessoas que vivenciam determinado fenómeno. Neste sentido, optámos pela entrevista semi-estruturada, dentro das técnicas de recolha de dados. Elaborámos, previamente, alguns tópicos gerais abrangentes (Guião da Entrevista), direccionando as questões para as áreas de interesse, sem que tivéssemos de seguir, rigorosamente, determinada sequência, de modo a facilitar uma maior flexibilidade na recolha de dados.

Com este estudo pretendemos obter maior conhecimento experimental relativo à úlcera de perna, sabendo de ante mão, que os dados recolhidos iriam ser de enorme diversidade. Considerámos fundamental obter uma opinião pessoal de cada participante em relação ao objecto em estudo. Por sua vez, gravámos as suas respostas com a prévia autorização, com o objectivo de melhorar a análise do conteúdo.

Tal como referido anteriormente, as entrevistas sustentam-se num Guião (Anexo IV), concebido e realizado em três blocos distintos.

No primeiro bloco, efectuámos uma breve caracterização sociodemográfica da nossa população (Género, Idade, Estado Civil, Escolaridade, Profissão e Situação Profissional), complementada com elementos relacionados com a úlcera de perna (Tempo de Existência das Úlceras, História de Ulceração Anterior, Duração do Tratamento).

No segundo, procedemos à colheita de dados, direccionada para a caracterização do fenómeno em estudo, sustentada em duas questões centrais, com a finalidade de descrever as vivências associadas à presença de úlcera de perna e identificar o impacto que a presença da lesão acarreta.

No terceiro bloco, anotámos alguns dados individuais relevantes, não mencionados nas perguntas comuns e agradecemos aos participantes a colaboração no estudo.

Com o objectivo de complementar os dados obtidos nas entrevistas foi aplicado o Esquema de Cardiff, sendo o preenchimento da exclusiva responsabilidade dos participantes, após alguns esclarecimentos antes da realização da entrevista. O referido esquema é constituído pelas seguintes dimensões da qualidade de vida: Sintomas físicos de vida diária (12 perguntas); Vida social (7 perguntas); Bem-estar (7 perguntas) e ainda 2 questões sobre a forma como avaliam a sua qualidade de vida relacionada com saúde. Cada dimensão foi medida através da escala de Likert de 1 a 5 (nunca/não se aplica; raramente; às vezes; frequentemente; sempre) somando as pontuações obtidas e transformando-as para a escala de 0 a 100. Quanto mais próximo de 100 melhor será a qualidade de vida relacionada com saúde (Price e Harding, 2004).

A análise dos dados foi realizada com base no modelo estabelecido por Miles e Huberman (1994), o qual se caracteriza por um modelo interactivo, sustentado em três fases: redução dos dados, apresentação e interpretação das conclusões. Utilizámos as linhas orientadoras deste modelo, em especial o dinamismo e a flexibilidade, que nos conduziram a uma análise rigorosa e preservativa da confidencialidade. A análise das falas foi realizada após transcrição integral de todos os entrevistados (Anexo V) e, posteriormente, reduzida aos dados e sua interpretação que constam deste trabalho (Anexo VI).

Foi, ainda, utilizado o SPSS (Statistical Package for the Social Scienses) para o processamento dos dados provenientes do Esquema de Cardiff.

2.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Assumindo este estudo o objectivo de compreender questões ligadas directamente à vida das pessoas, foi relevante repensar os aspectos éticos, uma vez que a pesquisa visa a compreensão e a melhoria da qualidade de vida global das pessoas com esta patologia.

Neste sentido, elaborámos um protocolo (Anexo III), que fornecemos aos participantes após serem informados e esclarecidos sobre o objectivo do estudo, garantindo-lhes o anonimato e confidencialidade.

De modo a obtermos a autorização para a referida colheita de dados, foi endereçado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa um pedido de autorização ao Director da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alenquer (Anexo I), que foi diferido (Anexo II).

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na análise interpretativa dos dados tivemos sempre presente a pergunta de partida da génese do nosso estudo, ou seja, o propósito de atingir os objectivos a que nos propuséramos inicialmente. Atingida esta fase, contextualizámos e relacionámos todos os dados obtidos com outros estudos já efectuados, com o objectivo de fundamentar os novos dados à luz dos conhecimentos científicos existentes.

3.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO

Como referimos anteriormente, colaboraram no estudo um total de doze participantes com idades compreendidas entre os 42 e 82 anos, sendo a média de idades 66 anos, desvio padrão de 12.4 anos e a mediana de 69. Tendo em conta o intervalo de idades, foi-nos possível analisar vários ciclos de vida em personalidades heterogéneas. Quanto ao género, 66.7% correspondem ao sexo feminino.

A maioria (75,1%) possui o 1º Ciclo do Ensino Básico. 25% trabalham profissionalmente, 75% estão reformados. Quanto ao tempo das úlceras actuais, variam entre 6 e 48 meses, correspondendo à média de 18 meses. Contrapondo estes dados com a duração dos tratamentos actuais, verificámos que, por diversos motivos, os participantes recorreram tardiamente ao Centro de Saúde, equivalendo o tempo dos tratamentos actuais à média de 16 meses.

A grande maioria dos participantes não encara a presença de úlcera de perna como uma situação nova, dado que cerca de 91.7% já possuía antecedentes de ulceração.

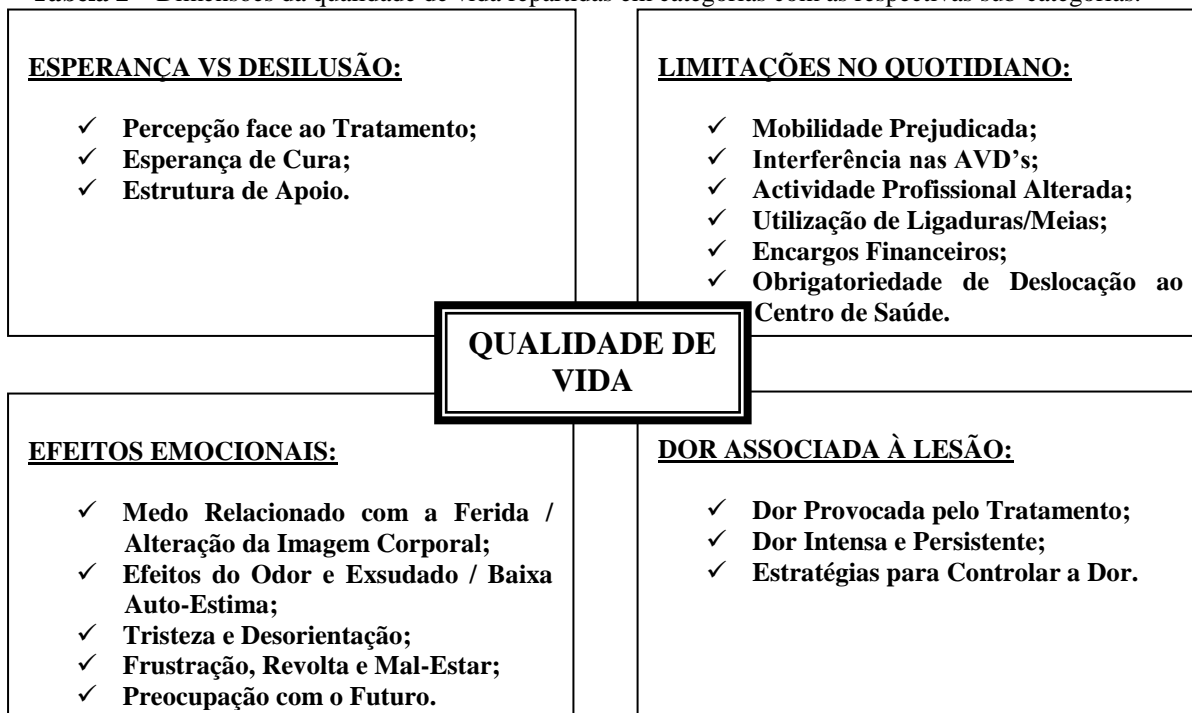
No quadro que se segue, visualizamos uma breve caracterização da referida população:

Tabela 1 – Aspectos sócio-demográficos da amostra obtida.

Caracterização		Resultados	
		N=12	Percentagem
Género	Masculino	4	33.3%
	Feminino	8	66.7%
Idade (em anos)	Média	66	
Estado Civil	Casado	6	50%
	Viúvo	2	16.7%
	Solteiro	3	25%
	Divorciado	1	8.3%
Escolaridade	Nenhuma	1	8.3%
	1º Ciclo Ensino Básico	9	75.1%
	3º Ciclo Ensino Básico	1	8.3%
	Ensino Secundário	1	8.3%
Situação Profissional	Activo	3	25%
	Reformado	9	75%
Antecedentes de Ulceração	Sim	11	91.7%
	Não	1	8.3%
Tempo de Existência de Úlceras Actuais (em meses)	Média	18	
	Moda	6	
Duração dos Tratamentos Actuais (em meses)	Média	16	
	Moda	6	

Seguimos diversos autores na caracterização de algumas categorias fundamentais, como Walshe (1995) e Hyland e Thomson (1994) citado por Franks, Moffatt e Morgan (2010), que focalizam os seus estudos em vertentes como: os sintomas físicos, restrições provocadas pela úlcera e sentimentos de preocupação com o tratamento. Assim, centrámos a análise em quatro categorias, algumas delas divididas em sub-categorias. A finalidade desta estruturação foi descrever através da experiência vivida dos participantes, todos os fenómenos relacionados com a sua qualidade de vida (tabela 2).

Tabela 2 – Dimensões da qualidade de vida repartidas em categorias com as respectivas sub-categorias.



3.2. LIMITAÇÕES NO QUOTIDIANO

O quotidiano dos portadores de úlcera de perna provoca diversas alterações aos utentes, sendo que o lazer e o trabalho são os mais afectados (Lucas; Martins e Robazzi, 2008).

O tema “Limitações no Quotidiano” engloba as seguintes categorias: Mobilidade Prejudicada, Interferências nas AVD's, Actividade Profissional Alterada, Utilização de Ligaduras/Meias, Encargos Financeiros e Obrigatoriedade de deslocação ao Centro de Saúde. Devido à diversidade de informação colhida para a sub-categoria “Interferência nas AVD's”, optou-se por subdividi-la em: Hábitos de Higiene, Alteração do padrão do sono e Vestuário e calçado.

MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

A alteração da mobilidade física é uma das dificuldades que os utentes com úlcera de perna mais referem. Comprovando isto, Krasner (1998) desenvolveu um estudo onde reconhece que as alterações na mobilidade acarretam um profundo efeito negativo no quotidiano da vida dos seus portadores. A incapacidade de deslocar-se sem

auxílio ou a claudicação definida por este tipo de doente como o coxear são os relatos mais comuns.

Confirma-o o presente estudo:

“(...) a perna assim um bocadinho coxa e isso assim...” E. 01 – L. 114, 115.

“A ferida às vezes estorva, estorva de andar, eu ia sempre à missa, às vezes até aos dias de semana, e aquilo tudo, eu praticamente quase que deixei de sair... Não era capaz de andar (...)” E. 02 – L. 188 – 190.

“(...) em casa ando sem bengala, sem nada, um bocado mal (...) e assim, mas ando, agora não sou capaz de andar assim sem a bengala (...)” E. 02 – L. 194 – 196.

“A dificuldade é quando uma pessoa não se poder movimentar à maneira como a gente sente (...)” E. 07 – L. 1028, 1029.

A necessidade de repouso é um dos pressupostos do tratamento da úlcera de perna, reconhecida por todos os utentes, embora o repouso lhe traga algumas contrariedades.

Moffatt, Partsch e Clark (2010) fazem referência à necessidade de descanso com os membros inferiores elevados e afirmem, também, que o exercício físico pode contribuir para acelerar o processo cicatricial.

É o que nos dizem os entrevistados:

“(...) tinha de descansar, porque a Sra. Dra. diz para descansar, para descansar e tive de descansar.” E. 04 – L. 532, 533.

“(...) que uma pessoa não pode fazer esforços por aí além, não se pode, apesar de a gente, às vezes, tem de fazer, não é? Mas não podemos, porque uma pessoa fazer esforços já sabe que isso vai ser prejudicial (...) A gente evita, a gente sabe que isso prejudica, (...), o estar muito tempo em pé, porque eu agora estou a suportar bem o tempo em pé, apesar que eu tenho cautelas, embora a pessoa parece que fica com aquele, prontos, aquele preconceito de que tinha de fazer isto e ao mais pequeno

descuido, a pessoa, o cérebro diz, eh pá não faças isso. Estamos limitados...” E. 06 – L. – 882 – 893.

“Era em casa sentado, fazia movimentozitos. Enfim, depois fazia uns exercícios, uma bicicleta daquelas de ginásio, era isso que eu fazia” E. 07 – L. 1042, 1043.

“Pois com certeza, passava a maior parte do tempo deitada com a perna levantada e se me apetecia fazer alguma coisa na rua evitava de fazer.” E. 08 – L. 1252 – 1254.

“(...) se eu estiver muito tempo em pé, tenho de me sentar (...)” E. 10 – L. 1556 – 1557.

“Não consigo estar em pé a fazer força nas pernas, prontos, a direita não me faz diferença, mas normalmente a esquerda faz-me muita diferença” E. 10 – L. 1559 – 1561

Também Pina, Furtado e Albino (2007) reconhecem que uma articulação tibiotársica livre facilita o retorno venoso, dado que desta articulação depende o correcto funcionamento da bomba muscular da perna. O que nem sempre é fácil de levar à prática porque a defesa à dor e a protecção da lesão levam a uma atrofia da articulação.

Estas limitações trazem-lhes elevadas dificuldades para realizar alguns movimentos rotineiros, obrigando-os a verdadeiros desafios aceites com alguma resignação:

“(...) não consigo correr, há coisas não consigo fazer eu não consigo andar descalça, e custa muito, mas tenho de conviver com isto” E. 05 – L. 684 – 686.

“(...) ter de me segurar para descer o autocarro, ou subir é a mesma coisa. Descer as escadas do metro, (...) a gente tem de descer as escadinhas a pé, custa (...)” E. 05 – L. 755 – 758.

“Normalmente, de manhã quando me levanto, tenho de andar em bicos de pés, (...) depois, passado um bocado, já começo assentar o pezinho no chão, já... pode-me doer na mesma, mas já consigo assentar o pé no chão, (...) na perna esquerda, na parte de trás, parece que tenho o tendão preso que eu não

consigo assentar o pé completamente no chão, pelo menos de manhã (...)" E. 10 – L. 1548 – 1554.

Tal como dizem os excertos supracitados, o quotidiano dos portadores de úlcera de perna sofre diversas alterações assumidas, mas dificilmente ultrapassadas. Neil e Munjas (2000) citados por Franks, Moffatt e Morgan (2010) comprovam, através de um estudo sobre como é viver com uma ferida que não cicatriza, que os participantes no seu estudo lhes confirmam enormes dificuldades em movimentar-se, contribuindo isso para um afastamento social que os leva a permanecer no domicílio. De salientar, ainda, que neste estudo, os participantes, reconhecem que a presença da ferida os impossibilita de funcionar no máximo das suas capacidades.

Rich e McLachlan (2003) englobam as restrições físicas como tema central de um seu estudo, realizado com o objectivo de descrever a experiência do doente em viver com úlcera de perna.

O nosso estudo permitiu-nos confirmar que as mesmas limitações de mobilidade são uma realidade nos nossos doentes.

INTERFERÊNCIAS NAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

As interferências que as úlceras de pernas provocam na realização das actividades de vida diárias dos seus portadores relacionam-se, estreitamente, com restrições físicas, financeiras, médicas e somáticas (Baharestani, 2004).

Como forma de as minimizar, os nossos doentes vêm-se obrigados a adequar os seus hábitos de vida à enfermidade. As actividades do quotidiano encontram-se de tal forma alteradas que os doentes são obrigados a desenvolver estratégias para realizar tarefas de aparente fácil execução como cuidar da higiene pessoal, escolher o vestuário e o calçado, etc, bem como para a reeducação do padrão do sono.

Hábitos de Higiene:

O cuidar da higiene é, inquestionavelmente, uma das tarefas que exige mais criatividade e esforço por parte dos doentes, di-lo grande parte dos nossos entrevistados. Este facto é sustentado em diversos trabalhos. Krasner (1998), refere-se às dificuldades em cuidar da higiene provocadas pela presença de uma ligadura.

Assim, os nossos entrevistados:

“Tomar banho, não tomo... Não tomo, isto é, às vezes... elas não gostam muito, mas eu tiro isto tudo e tomo banho (...) por vezes, usava um saco plástico até ao joelho e depois atava um elástico muito apertado e assim, (...) o meu marido mandou arranjar agora por um polibã (...) os sacos mesmo bons, fortes rebentavam e molhava a ligadura toda, ainda pior era, (...) agora é lavar-me para não molhar (...)” E. 02 – L. 175 – 183.

“Metia o pé dentro de um saco plástico, ainda lá tenho, e ainda faço isso, ainda faço isso. Punha um saco grande, que lá tenho, de plástico... o plástico é atado aqui por cima do joelho, do joelho e tomo banho normal. O plástico é para não molhar a ferida” E. 03 – L. 432 – 435.

“(...) tomar banho com as duas pernas dentro da banheira é um sacrifício, porque eu não consigo, só quando a ferida fecha” E. 05 – L. 648 – 649.

“(...) a pessoa tem de tomar banho com protecção, e outras coisas mais, porque não pode assumir-se como uma pessoa normal, evidentemente, isso é um dos casos” E. 06 – L. 895 – 897.

“(...) agora não posso tomar banho com esta ligadura e ela: “Olhe lave-se á gato.” É o que tenho de fazer (...)” E. 09 – L. 1430 – 1435.

“Banho, normalmente, tomo sentada, (...) sento-me no banco, meto uma toalhazinha, por causa do sítio onde tenho a ligadura, para não molhar, depois tenho de ficar sempre com os pés do lado de fora do polibã, mas tomo banho, prontos, bem. Quase normal” E. 10 – L. 1564 – 1568.

“(...) custa-me tanto tomar banho que é com um saco plástico e depois tenho de por o pé em cima da, do polibã e eu até fiquei com um bocadinho com esta anca (...) bastante dorida, (...) a água mesmo com o plástico entra sempre um bocadinho” E. 11 – L. 1721 – 1727.

Outros afirmam ser o medo de ficar com o penso húmido, a leva-los a excluir os hábitos de higiene diária. O esforço manifestado para cuidarem da higiene pessoal está bem patente nas falas transcritas, variando entre um banho faseado e a adopção de medidas de prevenção para não molharem a ligadura. Diversos doentes classificam o cuidar da higiene pessoal como uma das tarefas de maior dificuldade:

“(...) era complicado, claro. Punha um saco plástico e uma data trapos á volta e tal, até cheguei aparecer aqui com a ligadura um bocadinho molhada, tinha mais complicação em tomar banho do que propriamente a fazer as coisas” E. 08 – L. 1328 – 1330.

“É um bocadinho complicado e sem aquilo custa, sem a ligadura e sem o coiso custava-me menos tomar banho. Já me custava antes, depois com aquilo ainda pior” E. 11 – L. 1759 – 1761.

As respostas dos nossos entrevistados estão de acordo com Herber, Schnepf e Rieger (2007) ao reconhecerem extremas dificuldades em cuidar da própria higiene.

Actividades Domésticas:

A referência às dificuldades na realização das actividades domésticas não foi muito significativa. Apenas algumas respostas demonstrem as dificuldades sentidas e formas engenhosas e adequadas, desenvolvidas para as contornar, como constata, também, Moffatt, Vowden, Price e Vowden (2008).

Assim:

“(...) eu agora venho para aqui, a cada passo, depois há os outros campos, porque uma pessoa faz uma vida não 100% normal, mas consideramos, que certas e determinadas coisas a pessoa não as pode ter, não se pode ir a uma praia, e outras coisas quaisquer não pode expor, não se pode... essas características...” E. 06 – L. 876 – 879.

A doença consciencializou-os das próprias limitações e obrigou-os a adoptar alternativas para realizarem algumas actividades imprescindíveis:

“Sim, tem limitado em algumas coisas, (...) não pode fazer esforços por aí além, não se pode, apesar de a gente, às vezes, ter de fazer não é? (...) fazer esforços já sabe que isso vai ser prejudicial, se forem muito violentos, o que não é o meu caso que a minha profissão não dá isso, porque eu evito, a pessoa evita sempre porque tem conhecimentos de causa, evita sempre de fazer esforços não quer dizer que com isso não faça um dia, mas a gente evita pegar em pesos fora do normal” E. 06 – L. 882 – 888.

“Passar a ferro é que eu já não posso passar a ferro porque, realmente, estar ali de pé já não consigo, é dores que eu tenho de levantar a perna e não posso, pronto, não posso passar a ferro. (...)” E. 09 – L. 1368 – 1372.

“(...) às vezes quero fazer o comer se estiver a fazer assim qualquer coisa que dê para estar sentada, sento-me e vou fazendo. Se não tenho de apoiar o pé sempre em cima de qualquer coisa. Não consigo estar em pé a fazer força nas pernas (...)” E. 10 – L. 1557 – 1561.

“Vou de manhã ao pão e já não saio mais de casa, aos domingos não saio com o meu marido” E. 12 – L. 1981 – 1982.

Alguns dos entrevistados enfatizam que a presença das feridas os limita em algumas actividades mais difíceis:

“Pois as dificuldades, eu não fazia nada, pronto, o que é que eu podia fazer? Para o campo não podia ir, trabalhar de pedreiro não podia ir (...)” E. 07 – L. 1046 – 1049.

“(...) claro as minhas limitações para me movimentar, para me vestir e para me despir, por exemplo, eu em casa ando com outra roupa para estar á vontade, mas não foi, teve algum impacto, mas não foi, a minha vida teve de ser um bocadinho alterada (...)” E. 11 – L. 1930 – 1933.

Alteração do Padrão do Sono:

As alterações ao padrão do sono, são frequentes em qualquer doente crónico, acarretando-lhes uma redução de actividade por excesso de cansaço, obrigando-se a descansar durante o dia.

A incapacidade de dormir, a ansiedade, a depressão e a presença de dor encontram-se interligadas. A necessidade de descanso é, diversas vezes, relatada pelos pacientes como sendo um dos seus maiores problemas (Moffatt, Vowden, Price e Vowden, 2008).

O mesmo dizem todos os nossos entrevistados:

“(...) tinha azar á cama que não queira saber, porque eu quando estava pior, quando eram três ou quatro da manhã não dormia mais com dores, eu só dormia o bocado que tomava dois comprimidos” E. 02 - L. 154 – 156.

“(...) havia noites que não dormia nada (...) Qual dormir? Mas é que as dores são mais fortes, eu não posso dormir...” E. 02 – L. 160 - 162.

“(...) a pessoa não tem aquele descanso devido (...)” E. 06 – L. 979.

“(...) parecendo que não é o sono que a gente perde, a pessoa anda cansada, quer dizer isto afecta muito, pronto, ou seja, o dia-a-dia da pessoa, porque não tem aquele descanso devido, tem de beber um café para despertar e além da responsabilidade do emprego” E. 06 – L. 985 – 988.

As alterações ao padrão do sono incentivam os doentes a adoptarem medidas supletivas de conforto. A fadiga, associada à dor, é um dos factores prontamente reconhecido pelos doentes, como um dos mais responsáveis pelo cansaço (Baharestani, 2004).

Assim o confirmam os nossos entrevistados:

“(...)às seis horas já estou levantada, porque estava sempre desejando de me levantar por causa de estar mal na cama (...)” E. 02 – L. 217 – 218.

“(...) as noites eram passadas (...) num sofá que não conseguia dormir na cama” E. 07 – L. 1031 – 1032.

“(...) o calor da cama (...) afectava a coisa e não conseguia ficar estendido na cama (...)” E. 07 – L. 1034 – 1035.

“(...) quero dormir, não consigo, quero estar na cama nem sei como hei-de estar (...)” E. 09 – L. 1465 – 1466.

A dificuldade em dormir tem influência directa na resposta imunitária, afectando directamente a cicatrização e as defesas do doente (Moffatt, Vowden, Price e Vowden, 2008). Apesar destes e de outros autores reconhecerem a necessidade de descanso e do repouso como factores importantes em todo processo cicatricial, outros contrariam esta opinião afirmando que a privação do sono não interfere significativamente na cicatrização (Mostaghimi e Cols citados por Moffatt, Vowden, Price e Vowden, 2008).

A necessidade de adoptar medidas para criar um padrão de sono estável é fundamental. A Associação Portuguesa de Sono defende que o sono é uma necessidade fisiológica fundamental. A privação do sono é, também, responsável pelo “aumento da probabilidade de contrair doenças crónicas, dificuldades no desempenho, na concentração e no estado de ânimo.”

Vestuário e Calçado:

A limitação na escolha do vestuário e do calçado é outra das dificuldades que os doentes reconhecem. Em alguns doentes a estas dificuldades acresce a obrigatoriedade de vestirem determinadas peças de roupa que não são do seu agrado.

A preocupação sobre a escolha do vestuário assume maior importância no sexo feminino. São as senhoras que mais excluem determinados adereços com o objectivo de ocultarem a ferida e/ou a ligadura (Hyde et al. 1999, citado por Persoon et al. 2003).

Assim o dizem as entrevistadas:

“(...) eu comecei a usar calças como os homens e eu não usava, usava era saias, mas como eu não podia vestir colãs no inverno porque tinha frio, e então comecei a usar calças por causa desta perna que tenho frio” E. 02 – L. 205 – 207.

“A roupa é só calças. (...) Oh Sr. Enfermeiro eu não vou andar de saias com as ligaduras” E. 05 – L. 706 – 709.

“(...) era a dificuldade que a gente mais para me vestir, porque, por exemplo, tinha uma, se vestisse uma calça prendia mais, porque havia 2 ligaduras aquilo era mais grosso (...)” E. 11 – L. 1889 – 1891.

Ebbeskog e Ekman (2000) demonstram, também, que a escolha de calçado é mais problemática com pensos volumosos ou devido ao edema do pé.

Para a grande maioria, a opção vai para sapatos mais velhos que, devido ao desgaste, se encontram mais largos e se adaptam melhor às dimensões do pé. Todos os que se lhe referem, reconhecem que alteram a escolha do calçado devido à lesão e mostram alguma resignação em não poderem utilizar outro calçado do seu agrado.

Dos dois problemas – vestuário e calçado – o maior, diz respeito ao calçado:

“Tinha de andar de chinelos, porque andava sempre tudo molhado (...)” E. 07 – L. 1060 – 1061.

“Ainda tenho lá umas botas para estrear que podiam ter sido estreadas, não as calço por causa do pé estar enrolado com uma ligadura (...) Portanto, comprei umas botas novas que não as consigo calçar, tem de ser o sapato que está mais largo” E. 07 – L. 1148 – 1152.

“Pois, não podia calçar sapatos. Aquilo vinha tudo enrolado desde o peito do pé até cá cima (...), eram chinelos, e eram uns que se desabotoam que tiveram de alargar. Tivemos de comprar uns chinelos daqueles com velcro” E. 08 – L. 1300 – 1303.

“Agora o calçado isso... o calçado é sempre ter de comprar o número maior do que calço...” E. 10 – L. 1573 – 1575.

“Não podia calçar mais nada, pronto, porque foi de inverno não podia calçar mais nada a não ser chinelos, é que não podia, onde é que alguma vez havia sapatos, eu não ia comprar uns sapatos enormes e mesmo assim tinha que ser (...)” E.11 – L. 1913 – 1916.

“Estes sapatos, agora ainda calcei outros, porque digo às vezes podem me por coisas maiores, (...) neste pé fica o sapato mais largo e neste fica mais apertado porque tem as ligaduras, está

sempre um bocadinho mais inchado e tudo, é sempre mais dificuldade nos sapatos” E. 12 – L. 2009 – 2014.

Ebbeskog e Ekman (2000) reconheceram que, quando chovia, a possibilidade de os doentes saírem de casa era mais limitada, com o receio de molharem o calçado, assim como os pensos e as ligaduras. As opções de escolha de vestuário e de calçado obrigam os doentes a usarem roupa e calçado com os quais não se identificam (Hyde, 1999 citado por Persoon et al., 2003).

Tudo isto, como fica demonstrado, é reconhecido pelos participantes no nosso estudo.

ACTIVIDADE PROFISSIONAL

As limitações associadas à actividade profissional são outras das limitações com que nos deparámos. As restrições profissionais, consequentes da doença, repercutem-se na vertente financeira, sempre que têm de abandonar parcial ou totalmente a sua fonte de rendimentos (Briggs e Flemming, 2007).

Dizem os entrevistados:

“Meti baixa porque a médica disse-me para meter baixa e que tivesse descanso com a perna” E. 04 – L. 521 – 522.

“Para o campo não podia ir, trabalhar de pedreiro não podia ir, eu era pedreiro, claro já estou na reforma” E. 07 – L. 1047 – 1048.

“Foi querer ganhar e não poder, porque a gente somos pobres. (...) Tive de deixar de trabalhar (choro)” E. 07 – L. 1138 – 1140.

“(…) ainda fazia, era meter azulejo, meter chão, meter outras coisas assim, só que um gajo começou a ressentir-se, incapacitado, pronto acabou-se” E. 07 – L. 1143 – 1146.

“(…) gosto de trabalhar, tenho este espírito assim e vou fazendo aquilo que posso. (...) Que posso, mas não posso” E. 09 – L. 1357 – 1361.

“A maior dificuldade que eu tenho é ter de trabalhar e não poder, por causa das dores que tenho (...)” E. 09 – L. 1438 – 1439.

O sentimento de injustiça e de revolta está presente em excertos acima referidos. Os doentes sentem-se frustrados por não poderem realizar perfeita e completamente os seus trabalhos.

Os nossos entrevistados são utentes não activos, com excepção de três e destes, apenas um fez referência a esta problemática. Este facto, limitou-nos uma recolha mais abrangente das reais incapacidades respeitantes ao trabalho profissional:

“(...) eu à quinta-feira naqueles três meses foi um bocadinho insuportável (...) estar às oito horas no hospital para fazer o penso para sair de lá por volta das onze horas, uma média, para chegar ao meu trabalho á uma hora da tarde, mais ou menos, duas horas, quer dizer eu estou sempre a perder meio-dia de trabalho, nesses dias” E. 06 – L. 980 – 984.

Naturalmente, os prejuízos são mais nefastos em doentes activos, sempre que a úlcera de perna se relaciona com a perda de tempo e rendimento no trabalho (Philips et al. 1994, citado por Barahestani, 2004).

Não obstante todos os doentes saberem dos efeitos negativos da reforma antecipada, tanto mais gravosos quanto mais cedo for a reforma, mesmo assim, alguns deles foram forçados a recorrer à reforma, devido às graves dificuldades sentidas no trabalho profissional, confirmando, assim, o que diz Bord, citado por Baharestani (2004) no seu estudo em que metade dos participantes foi forçada a abandonar os seus empregos ou a reformar-se prematuramente.

UTILIZAÇÃO DE LIGADURAS / MEIAS

Quando lhe são propostas ligaduras ou meias elásticas, a primeira reacção dos doentes é a recusa. Nestes casos, os enfermeiros não devem desistir. É fundamental envolver os doentes neste tratamento, convencendo-os a aceitá-las como sendo a melhor forma de acelerar o processo de cicatrização (Marstom; Vowden, 2003).

O mesmo se passa com os nossos entrevistados. A seguinte passagem é esclarecedora das dificuldades da adaptação à ligadura:

“No dia-a-dia é uma adaptação tanto do aspecto do penso em si, a compressão, às vezes no Verão é um bocadinho rigoroso suportar por causa do calor, a transpiração, mas a pessoa, nós vamo-nos adaptando às circunstâncias do dia-a-dia” E. 06 – L. 803 – 806.

A capacidade de adaptação às tarefas circunstanciais do dia-a-dia, é própria de todos estes doentes, mesmo com as dificuldades que a presença da ligadura ou a meia elástica lhes provocam. Mesmo os mais relutantes, convenientemente elucidados, acabam por aceitá-las como parte integrante no processo de cura:

“Andei muito tempo com elas ligadas... mas depois a enfermeira apertou e, talvez, foi o que me curou (...)” E. 01 – L. 35 – 36.

“Oh, dor e comichão... e a perna assim um bocadinho coxa e isso assim, mas prontos...” E. 01 – L. 114 – 115.

“Comecei a usar estas ligaduras fez agora um ano no dia catorze de Outubro iniciei este tratamento. Isto melhorou, depois fechou foi uma alegria, não é?” E. 03 – L. 313 – 315.

Sintomas como prurido e dor, intimamente ligados à ligadura, são também, por vezes, motivo de recusa. Os doentes referem-se-lhes com algum desespero. Alguns deles até pensaram em desistir do tratamento:

“(...) eu tinha uma comichão tão grande por debaixo daquilo (...) Mas já há uma semana e tinha uma comichão (...)” E. 11 – L. 1708 – 1712.

“Pronto, tinha uma comichão tão grande debaixo, que eu tinha uma vontade, tanto que uma vez que tirei a ligadura (...) quando me apanhei sem ligadura eu já tinha comichão, olhe cocei, cocei que até ficou vermelho ali naquele sítio (...)” E. 11 – L. 1818 – 1822.

A frequência de recidivas é extremamente elevada pelo que, as meias de compressão, após a cicatrização, são fundamentais para as prevenir (Pina, Furtado e Albino, 2007).

A grande maioria dos nossos doentes, assume a necessidade da prevenção eficaz, ou seja, a utilização de meias elásticas, embora alguns digam que não lhes foi fácil a sua adaptação:

“É pior a meia elástica, é pior num sentido se eu a calçar para fazer uma caminhada sinto-me bem com ela, agora se for para estar parada não, tenho de a tirar.” E. 08 – L. 1263 – 1265.

“Mas eu comprei uma meia nova, só que não aguento com ela, no outro dia vi-me e tive de a tirar, porque não aguentava com dores.” E. 12 – L. 2000 – 2003.

Constatámos duas opiniões distintas sobre a utilização de ligaduras:

“(…) eu dizia-lhe aperte-me a ligadura, mas demais não. Aperta-me a ligadura, a perna está um bocadinho inchada, depois quando a perna desincha a meia fica larga e vai-me ferir a perna. Não! Está bem apertada. Está bem apertada, não estava nada. Quando foi no outro dia começou a doer-me, fui tirar e a ferida está outra vez lá” E. 03 – L. 321 – 325.

“Elas agora ligaram-me outra vez a perna, aqui há tempos puseram uma coisa e ligaram a perna, bem mas quando foi uma certa altura eu tive de a desligar, porque era tanta dor, tanta dor na perna que não... eu não aguentava com a ligadura na perna.” E. 12 – L. 2094 – 2098.

Alguns doentes não conseguem adaptar-se às ligaduras. A sua recusa poderá estar relacionada com as crenças enraizadas ou a falta de participação no tratamento (Moffatt, Partsch e Clark, 2010).

As afirmações supracitadas demonstram esta insatisfação. Como forma de lutar contra isto impõe-nos que tal aplicação seja bem ponderada e, apenas, realizada por profissionais experimentados, após a exclusão de outras patologias.

ENCARGOS FINANCEIROS

Estas úlceras afectam, principalmente, as populações mais carenciadas. Têm uma duração prolongada no tempo e várias recidivas. Repercutem-se na capacidade laboral dos doentes e afectam-nos aos vários níveis socioeconómicos (Moffatt, Vowden, Price, Vowden, 2008).

Estas dificuldades financeiras são notórias nos nossos entrevistados, que são obrigados a suportar as despesas associadas ao tratamento:

“Exactamente... Gastei dinheiro... E ainda hoje, compro cremes para por nas pernas. (...) De vez em quando compro meias, não é dizer que posso mas, prontos, compro para estas não se rasgarem” E. 01 – L. 54 – 57.

“(...) agora tenho aqui no saco duas pomadas, uma custou-me 12€ e outra sete ou oito. (...). E eu ando há 4 anos a comprar medicamentos, comprava compressas, e tudo...” E. 03 – L. 479 – 488.

“Ah, mas muito mais, Sr. Enfermeiro. O venosmyl que eu tomo todos os dias (...). Depois, quando tenho muitas dores, eu chegava a tomar quatro clonix por dia, quatro clonix. (...) Pronto, queria ver se não voltava, porque é muito dinheiro” E. 05 – L. 661 – 667.

“(...) monetariamente qualquer coisa, porque eu fazer estes tratamentos agora, mesmo aqui, o actual, eu tenho de ir a Lisboa 1 vez por semana. Nos primeiros três meses que andei lá, eram 3 dias por semana, cheguei a gastar por mês, só em transportes, não olhando ao custo que pagava a ADSE, há volta de 20 contos. Nesse período, depois baixou, mas mesmo assim monetariamente estou a gastar assim por alto, vamos lá, eu vou lá 4 vezes, actualmente uma média de 4€, 32, são 32€ mais o metro... dá uma média de 60€ por mês, actualmente, uma média (...)” E. 07 – L. 966 – 975.

“O dinheiro que tínhamos foi todo para mim, de médico em médico... Uma vez fui a um médico particular (...) só numa vez

foram 20 contos, dos medicamentos que ele me receitou, só na farmácia paguei 180€ (...)” E. 07 – L. 1099 – 1105.

“E da outra ferida gastei muito dinheiro, fui ao Abrisaúde, e cada vez que lá ia eram 15€ dia sim, dia não, depois quando ia ao médico também era o seu dinheiro” E. 09 – L. 1449 – 1451.

Aos custos inerentes à patologia, somam-se os decorrentes das deslocações para a Unidade de Saúde. Dizem-no muitos dos entrevistados:

“(...) ia de carro, tinha a gasolina para pagar e outros custos que o carro custa (...)” E. 03 – L. 494 – 498.

“(...) se não fosse a minha filha vir-me trazer quase todos os dias, ia aumentando porque tinha de vir de táxi, não podia vir a pé, (...) pronto aí era já uma conta acrescida, não é?” E. 11 – L. 1845 – 1849.

“(...) só que vir para aqui para vir a pé daqui para lá e de lá para cá, é um bocado longe tenho sempre de vir num carro é 2€ por cada vez que venho.” E. 12 – L. 2020 – 2026.

Assim sendo, os custos assumem um valor considerável e quando a capacidade financeira é reduzida provoca graves consequências no seu quotidiano. Alguns afirmam terem sido obrigados a recorrer às poupanças previstas para outros fins.

OBRIGATORIEDADE DE DESLOCAÇÃO AO CENTRO DE SAÚDE

As contínuas deslocações à Unidade de Saúde para a realização dos tratamentos, causa-lhes diversos transtornos, por alguns apelidados de sacrifícios. Por outro lado, estas deslocações, algo rotineiras, contribuem para que os doentes se sintam ainda mais presos à própria situação gravosa, prolongada no tempo:

“Pois, com certeza, todos os dias a fazer sacrifícios. Levantar-me para ir ao posto médico, ter de alugar um carro, não poder... Ter essa missão de não falhar, (...) nunca falhar com aquilo que está combinado” E. 03 – L. 465 – 469.

“O que notei mais foi o tempo que perdia, o tempo que perdia nos tratamentos. Se era às nove e meia, dez ou onze horas estava meio-dia perdido” E. 03 – L. 492 – 493.

“O ir para o posto médico, isto é uma chatice, andar para o posto médico temos de lá estar que tempos de pé (...)” E. 11 – L. 1686 – 1687.

“(...) para mim é um transtorno, nem é aqui o meu posto médico, porque é um transtorno, chateia-me estar a pedir ao meu médico se ele me pode atender (...)” E. 11 – L. 1765 – 1766.

Apesar de as deslocações frequentes ao Centro de Saúde lhes aumentar os transtornos, estes utentes são assíduos visando a cura. Tal como afirma Chase et al. (2007) citado por Moya, Moffatt e Franks (2010), a continuidade cria certa dependência dos cuidadores.

3.3. VIVER COM DOR

Nos dias de hoje, a implicação da dor tem nos diferentes tipos de feridas, contornos cada vez mais importantes. Nos últimos anos, o interesse fundamental vem se direccionando no sentido de reduzir o cuidado com a ferida ao mínimo tempo possível, esquecendo outros factores como a diminuição da dor e o impacto que provoca na qualidade de vida dos doentes (Moffatt, Franks e Hollinworth, 2008).

Dentro desta temática, debruçámo-nos sobre as implicações da dor, sub-dividida em: *Dor Provocada pelo Tratamento, Dor Intensa ou Persistente e Estratégias para Controlar a Dor.*

DOR PROVOCADA PELO TRATAMENTO

A dor provocada pelo tratamento deverá ser controlada através destes factores: uma avaliação feita com exactidão, escolha adequada de material de penso, tratamento especializado de feridas e analgesia adequada. Deste modo, é fundamental que os profissionais saibam como avaliar, apreciar e gerir a dor. (Medical Education Partnership Ltd, 2010).

É reconhecido por diversos especialistas que a úlcera de perna é a mais dolorosa dentro das feridas crónicas e o momento de mudança de apósito como o mais difícil de enfrentar (Moffatt, Franks e Hollinworth, 2008).

Confirmando isto, alguns dos participantes, afirmam:

“Aumenta, quer dizer, não quer dizer que aumente muito (...) Depois, quando ia ao penso vinha de lá com umas dores horríveis, mas depois com a continuação aquilo ia passando (...)” E. 09 – L. 1375 - 1378.

“Acho que é quando me fazem o tratamento, para mim é mau... Prontos, a dor quando fazem o tratamento, a dor que depois tenho.” E. 10 – L. 1656 – 1658.

A melhor forma de controlar a dor durante a mudança de apósito está numa adequada analgesia, um elevado nível de técnica clínica e soluções de limpeza e apósitos adequados (Briggs e Torra, 2008).

Mas, como em tudo, há exceções. Um doente refere-se a dores associadas alguns deles:

“(...) o primeiro tratamento que eu fiz lá, (...) aquela primeira semana foi um bocadinho doloroso suportar a ligadura, (...) aquela compressão foi tão forte (...)” E. 06 – L. 995 – 998.

Alguns líquidos de limpeza podem não constituir a melhor opção. Reconhece-o um outro doente:

“(...) agora há pouco tempo, pôs-me um produto que parece que cheira a lixívia, aquilo é horrível (...) só andei a fazer este tratamento 2 dias ou 3 que eu não aguentava com tanta dor” E. 10 – L. 1637 – 1642.

Fica, assim, demonstrada a importância da escolha de um conjunto de medidas terapêuticas no tratamento da úlcera de perna. Este momento é referido por alguns como de “dores horríveis”, “bocadinho doloroso” e “não aguentava com tanta dor”.

DOR INTENSA OU PERSISTENTE

Sempre uma ferida é geradora de dor, mesmo com os diversos meios actuais de controlo do impacto da dor (Briggs e Torra, 2008).

Confirmam-no os entrevistados:

“Mas é não ter, não saber o que é estar um dia sem dores (...)”

E. 05 – L. 652 – 653.

“(...) eu não tendo dores para mim é uma vitória” E. 05 – L.

750 – 751.

A presença da dor é descrita, diversas vezes, como “*horrorosa*”, como algo que os leva ao desespero:

“Porque isto dores, para as dores pouco passa, nada me tirava as dores (...)” E. 02 – L. 158 – 159.

“As dores, principalmente as dores, que são dores horrorosas” E. 05 – L. 645 – 646.

“(...) eram umas dores uma coisa horrível” E. 07 – L. 1035.

“Olhe eram dores, era mau estar, era comichão. Era mau estar, realmente, um mau estar e doer, não é?” E. 08 – L. 1233 – 1234.

“É dores de morrer tenho passado dores que não desejo a ninguém (...)” E. 09 – L. 1342 – 1343.

“(...) tive tanta dor. Tanta dor que digo assim, valha-me Deus tive ali mais de um quarto de hora com esta dor (...)” E. 09 – L. 1500 – 1503.

“(...) há horas em que eu estou em casa e às vezes tenho dor já me tem acontecido, choro e digo assim: “Ai, porque é que eu sofro tanto?” (...) às vezes há horas que estou saturada, cheia de dores, querer fazer as coisas, mesmo o mínimo dos mínimos e cheia de dores (...)” E. 11 – L. 1902 – 1907.

“A dor provoca uma sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga

do contacto social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento” (CIPE: 36).

Todos estes factores perturbam e interferem na qualidade de vida da pessoa, pelo que o seu controlo é um objectivo prioritário. Concretamente, a referência à dor durante a noite, dificultando o período de descanso, foi outra das queixas salientadas nas nossas entrevistas:

“Há sempre uma dorzeca, (...) não quer dizer que seja aquela dor constante, mas a pessoa nota” E. 06 – L. 907 – 908.

“(...) faz muitas dores. (...) tenho tido muitas dores normalmente, então, durante a noite é pior. (...) Tenho muita dor. Às vezes eu deito-me bem, mas depois durante a noite acordo com bastante dor.” E. 10 – L. 1532 – 1537.

Perante esta diversidade de opiniões, torna-se difícil definir a dor. Por sua vez, esta, enquanto experiência pessoal, denota características próprias e personalizadas, desafiadoras dos profissionais de saúde para a sua melhor compreensão e o mais adequado tratamento.

ESTRATÉGIAS PARA CONTROLAR A DOR

“O controlo da dor é um direito dos doentes e um dever dos profissionais de saúde.” (OE, 2008). Apesar de ser reconhecida como o 5º sinal vital, é uma área “negligenciada” pelos profissionais de saúde (Baharestani, 2004).

Todos os nossos doentes desenvolveram medidas com o objectivo de aliviar a dor e diminuir o desconforto, que foram desde a utilização de analgésicos, ao posicionamento do membro e à utilização de medidas tradicionais:

“Tomando uma caixa de clonix numa semana, 20 clonix numa semana, tirando os ben-u-ron, o brufen 600.” E. 05 – 657 – 658.

“(...) aquela compressão foi tão forte e eu tomei só a metade dos comprimidos (...)” E. 06 – L. 997 – 999.

Ainda quanto ao consumo excessivo de medicação analgésica, alguns doentes reconheceram que a toma desta medicação os pode prejudicar, mas usam-na porque não aguentam a dor:

“(...) só á base de medicamentos para a dor ou isso que nós não podemos abusar muito porque prejudica (...)” E. 06 – L. 905 – 906.

“(...) ia tomando um Ben-u-ron e tal, e aquilo ia passando, passando mas não era total, passava. (...)” E. 09 – L. 1378 – 1381.

“Tomo, realmente eu só tomo os comprimidos para as dores (...)” E. 10 – L. 1651 – 1652.

Associadas à medicação, os entrevistados reconhecem como vantajosa para aliviar a dor, também, as posições de conforto:

“(...) só estava bem com a perna pendurada. (...) Com ela pendurada para fora e então passava assim, depois tinha muita dor, muita dor (...) deitada as dores eram insuportáveis e, então, eu pendurava a perna pra baixo, para aliviar a dor (...)” E. 02 – L. 142 – 148.

“Era de noite estar na cama com dores, tinha de pendurar a perna, outras vezes levantar a perna, outras vezes levantar-me e andar para trás e para diante no fundo do corredor.” E. 07 – L. 1165 – 1170.

“A dor que eu tenho é que é difícil, quero dormir não consigo, quero estar na cama nem sei como hei-de estar, (...) de todas as maneiras me faz dor. (...) Não tenho posição para estar” E. 09 – L. 1465 – 1469.

“(...) às vezes tenho de me sentar na cama e estar ali com as mãos a passar por cima para ver se alivia mais um bocadinho a dor” E. 10 – L. 1539 – 1541.

O estudo da problemática da dor e seu controlo constituem, actualmente, um desafio para os profissionais de saúde. Neste sentido, começam a surgir consultas de dor

direccionadas para a gestão medicamentosa. Infelizmente, não são reconhecidas pelos nossos participantes, sinal de que este avanço ainda não chegou aos seus Cuidados de Saúde Primários.

3.4. ALTERAÇÕES EMOCIONAIS

A presença de uma úlcera de perna é por si só geradora de stress, tornando os doentes mais vulneráveis (Wissing e cols citados por Moffatt, Vowden, Price e Vowden, 2008). Os sistemas psicológicos encontram-se orientados para manter a vida num equilíbrio constante. Ora a doença leva ao desequilíbrio desses sistemas, tornando-se geradora de crise (Price, Moffatt, 2010).

Na análise do tema seguinte - “Alterações Emocionais” - abordámos as seguintes categorias: “*Medo Relacionado Com a Ferida e Alteração da Imagem Corporal*”; “*Efeitos do Odor e Exsudado e Baixa Auto-Estima*”; “*Tristeza e Desorientação*”; “*Frustração, Revolta e Mal-Estar*” e “*Preocupação com o Futuro*”.

MEDO RELACIONADO COM A FERIDA E ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

A importância que a sociedade actual atribui à imagem corporal é cada vez mais reclamada, com a publicidade a direccionar-nos, cada vez mais, para a beleza física (Price; Moffatt, 2010). Os condicionamentos associados à presença da ferida tornam os doentes mais vulneráveis. Para Price (1990) citada por Price e Moffatt (2010:537), a “imagem corporal é a totalidade de como a pessoa se sente e pensa acerca do seu próprio corpo e da respectiva aparência.”

A auto-imagem negativa resultante de uma ferida crónica é, também, criadora de stress e muitas vezes de depressão e tristeza, como expressa a seguinte passagem:

“Sei que aquilo até metia respeito, das pessoas olharem para as minhas pernas.” E. 01 – L. 33 – 34.

O grande desejo destes doentes é não só a cicatrização das suas feridas mas, também, o desfazer os sinais de má circulação que interferem na sua auto-imagem:

“Ficou as pernas negras (...)” E. 03 – L. 295 – 296.

“(...) tem cá uma mancha faz favor” E. 04 – L. 557.

“As pernas inchadas, as manchas nas pernas (...), já tenho sempre uma mancha e isso, claro, tudo fica-me. (...)” E. 04 – L. 593 – 600.

“Depois, claro, então vai-me ficar uma mancha. Agora os derrames nas pernas e agora com esta mancha vamos lá ver o que se vai passar” E. 04 – L. 625 – 626.

As alterações, decorrentes da exposição da lesão, são motivos desmotivantes, mesmo que a ligadura “esconda” a lesão, causando-lhes transtorno emocional. Assim:

“Não é vergonha, mas também não me sentia bem em andar de saias com a ligadura ali. (...) Não me sentia á vontade.” E. 05 – L. 710 – 715.

“Quem é que gosta de andar aqui toda entrapada.” E. 05 – L. 773.

“(...) sentir-me que tenho uma ligadura ou deixar de ter ligadura para mim não faz diferença porque eu ando de calças e as pessoas nem notam” E. 09 – L. 1439 – 1441.

Para além dos desconfortos, resultantes da alteração da imagem corporal, provocada quer pela própria ferida quer por sinais de má circulação, os participantes referem que, também, os comentários das pessoas os ferem na sua auto-estima:

“(...) as pessoas: “Ai! Como é que tu tens as pernas rapariga, tu tens de ter cuidado, tu ficas sem as pernas... Ai Jesus!” E. 01 – L. 94 – 96.

“(...) as pernas inchadas, porque toda a gente diz: “Ah, tens as pernas inchadas, tens as pernas inchadas, o que é que se passa?” É só isso” E. 04 – L. 634 – 636.

“Preocupa-me, (...) outro dia diz-me assim uma pessoa: “Mas então, tenha cuidado com isso, olha que o não sei quantos ficou sem uma perna, ficou sem não sei quê...” Pronto é estas coisas” E. 09 – L. 1402 – 1404.

À alteração da imagem corporal, associam o receio da amputação:

“Medo, medo, o medo que é, é ter medo daquilo que me tinham dito que me cortavam a perna, era isso. Tanto que aqui o Dr. “chrq” (movimento de corte na perna com a mão)” E. 07 – L. 1119 – 1121.

“(...) eu às vezes penso que com a idade que eu tenho se isto não passar, às vezes ficar sem as pernas ou isso. Então isso para mim era...” E. 10 – L. 1582 – 1583.

“Tenho medo sempre que ela vá para pior e que venha daqui outra coisa pior. (...) Sei lá uma coisa má, ou uma perna amputada (choro). É esse o meu problema” E. 12 – L. 2034 – 2038.

Como verificámos através das afirmações acima transcritas, a amputação é vista como a pior consequência que pode advir de uma úlcera e todos os participantes a consideram como última hipótese. Apenas um dos entrevistados se revela absolutamente confiante na recuperação, contra o diagnóstico médico da amputação:

“(...) quando pensavam que eu ficava sem as pernas, fiquei com as pernas (...)” E. 03 – L. 350 – 351.

“Medo, nunca tive medo da doença. Nunca tive nenhum problema. Nunca pensei em amputar a perna, nem nada, nada, nada” E. 03 – L. 422 – 423.

EFEITOS DO ODOR E EXSUDADO / BAIXA AUTO-ESTIMA

Os efeitos do odor e exsudado interligam-se com a baixa auto-estima. Grande parte das úlceras de perna produz exsudado em grande quantidade, agravando a angústia no doente.

Outro problema relacionado com o odor é a percepção que as pessoas que rodeiam o doente possam ter a seu respeito, possibilitando comentários que ele tenta evitar, refugiando-se (Moffatt, Vowden, Price e Vowden, 2008).

Toda a problemática do odor pode resumir-se nesta afirmação de um entrevistado:

“(...) entre colegas e tudo dentro de uma casa fechada e a pessoa, calor no Verão por exemplo, a pessoa mesmo que vocês metam o carvão para controlar o cheiro, passado mais que 24 horas, vá lá ao fim de 48 horas começa-se a manifestar (...) Há colegas mais sensíveis que outros e há que compreender a educação e formação da pessoa, às vezes as pessoas não se controlam (...) Isso melindra, psicologicamente e emocionalmente a pessoa fica afectada, porque á sempre aquela piada (...) uma delas chateia-me mais porque a mãe tem o mesmo problema,(...) como não era ninguém da família dela nem nada ignorou e eu senti-me” E. 06 – L. 910 – 929.

Hyde et al. (1999) demonstrou que a presença do odor era uma preocupação permanente para o doente, cabendo aos enfermeiros estarem atentos para controlar as suas dificuldades.

Uma evidência sustentada por diversas afirmações dos nossos participantes ao classificarem o cheiro como “*podre*”:

“Eu cheirava-me, cheirava a podre, cheira mesmo a podre, aquilo cheira a podre.” E. 05 – L. 775 – 777.

“Cheirava mal, pois então. (...) Eh pá, um cheiro, um cheiro a podre, pronto.” E. 07 – L. 1075 – 1080.

“(...) não é bem o cheirar mal, tem assim um cheiro diferente.” E. 10 – L. 1610 – 1612.

“Cheira e um liquido verde. (...) Incomoda sempre, então andar ali sempre com uma perna ali assim coisa... e não sou capaz de andar com aquilo nem de me deitar na cama com aquelas compressas assim todas sujas” E. 12 – L. 1964 – 1968.

A redução dos contactos sociais e o afastamento voluntário do doente são a consequência de não quererem mostrar os seus membros lesionados, os pensos volumosos, o receio do extravasamento de líquidos e do odor desagradáveis, emanados das feridas (Ebbeskog e Ekman, 2001).

As seguintes respostas confirmam que o odor lhes causa grande incómodo nas relações familiares e profissionais:

“A minha esposa já estava acostumada. Não era assim muito, mas incomodava, de qualquer das maneiras era um cheiro, assim um bocado activo.” E. 03 – L. 406 – 409.

“(...) no Verão, tenho sempre aquela sensação que não me sinto bem ao pé das pessoas, parece que as pessoas estão a notar alguma coisa, não dizem, mas têm aquela sensação estás ver...” E. 06 – L. 933 – 935.

Este odor, associado à grande quantidade de exsudado, é confirmado como uma contrariedade a mais nas suas vidas:

“Aquilo ganhava aquele pus, se depois eu vinha pra rua as moscas vinham, aquilo fazia-me confusão e tinha de estar fechada em casa...” E. 01 – L. 6 – 7.

“Aquilo fazia uma aguadilha, aquilo rebentava tudo, depois aquela aguadilha caia pelas pernas abaixo, ganhava crostas, parecia resina (...) Nem tem explicação...” E. 01 – L. 26 – 29.

“Depois começou a deitar muito liquido (...) aí é que era...” E. 03 – L. 401 – 402.

“(...) era assim um liquido assim esverdeado, mesmo com os pensos feitos aquilo era uma coisa” E. 07 – L. 1059 – 1060.

O excesso de exsudado aumenta a frequência dos tratamentos, como é confirmado pela seguinte afirmação:

“Fazia o penso em casa duas vezes porque o penso escorria tanta vez, elas deram-me luvas, desinfetantes para lavar a perna e tudo, ao fim de semana era sempre 3 e 4 vezes” E. 07 – L. 1109 – 1112.

Como dizem Neil e Munjas (2000), citados por Moffatt, Franks e Morgan (2010), a libertação excessiva de exsudado assume-se como uma das maiores limitações que inibe o doente a sair de casa, conduzindo-o ao isolamento:

“Pois deitava quando a placa ficava lá agarrada (...) e incomodava então não incomodava? Quando, às vezes até saía para a ligadura, ficava com a ligadura toda suja” E. 05 – L. 768 – 771.

“(...) Pois incomodava, claro o líquido, andava com um chinelo, o líquido punha-se o pé no chão e fazia “chac-chac”. O líquido corria pela perna abaixo (...)” E. 07 – L. 1075 – 1080.

“Às vezes quando repassa eu tenho lá compressas, meto em cima que é para não andar a roçar, (...) nas outras coisas” E. 10 – L. 1616 – 1618.

A auto-estima, para além, de ser penalizada pelo exsudado e pelo odor é-o, também, pela alteração da imagem corporal (Moffatt, Price, 2010). A auto-estima é a visão que cada um de nós tem do seu próprio ser real corresponder ao seu ideal e a forma como deseja ser percebido pelos outros (Rogers, 1961 citado por Moffatt e Price, 2010). São percepções negativas, que as pessoas fazem de si próprias, nalguns casos representadas por sentimentos de inutilidade ou inferioridade, de acordo com o que afirma Ebbskog e Ekman (2001).

Os nossos entrevistados traduzem este mal-estar pelas expressões “*vergonha*”, “*dificuldade em permanecer junto aos outros*” e “*isolamento*”:

“(...) você já viu uma pessoa com umas pernas como tinha e tudo a olhar para as pernas (...) Senti vergonha, pronto...” E. 01 – L. 69 – 72.

“(...) tinha vergonha. (...) Então já viu, mais no Verão, ia ao peixeiro, lavava a perna de manhã e tudo: “Ah! Como está a tua perna...” e as moscas de roda de mim, era logo de me enfiar em casa...” E. 01 – L. 87 – 90.

“(...) não se sente bem e que as outras pessoas há sempre aquela parte de isolamento que a pessoa não se sente bem” E. 06 – L. 828 – 829.

“Está baixa (auto-estima). Esta baixa (choro)” E. 09 – L. 1462.

TRISTEZA E DESORIENTAÇÃO

A tristeza e a desorientação são sentimentos comuns a todos os nossos entrevistados, traduzidos nas afirmações seguintes:

“(...) a gente chega a uma altura que a palavra melhor para nós já não significa nada, está a ver? (...) chega ao ponto sente-se incomodado” E. 06 – L. 830 – 833.

“Às vezes, não digo que seja sempre, mas talvez em certas ocasiões sim. Afecta-me psicologicamente. (...)” E. 06 – L. 859 – 860.

“(...) a pessoa vai encarando a vida e vai estabelecendo uma harmonia (...) às vezes a vontade não é muita de rir, mas uma pessoa tem de rir, é o dia-a-dia da vida. (...) não sou uma pessoa melancólica, não sou uma pessoa triste, em parte, a solidão para mim por enquanto não me diz nada, não digo que não afecte um bocadinho (...)” E. 06 – L. 948 – 954.

A referência ao “choro” é utilizada repetidas vezes para realçar esse estado de espírito:

“Quando vou ali á Dra. (médica de família) ela diz-me: “Parece que estou mesmo a ver você” (...) “Parece que estou a ver você é em casa a chorar e a comer...” Andei mesmo desgraçada da cabeça... “ E. 01 – L. 16 – 19.

“Eu via-me assim, vivo triste... (...)as pernas, pronto... você já viu uma pessoa com umas pernas como tinha e tudo a olhar para as pernas e uma coisa qualquer...” E. 01 – L. 67 – 70.

“(...) esqueçam porque eu quando tenho muitas dores embirro com tudo e com todos e choro e grito (...)” E. 05 – L. 681 – 683.

“Emocionalmente a pessoa, quer dizer, fico afectado, portanto, chorei e vim directamente aqui pus atestado e tive quase um mês e tal em casa (...)” E. 06 – L. 929 – 931.

“Agora sobre esta coisa isto comove-me. Eu sou um indivíduo sentimental, depois começo a pensar (choro)” E. 07 – L. 1197 – 1198.

A alegria, decorrente do diagnóstico da cicatrização é, prontamente, vista como momento de enorme felicidade. Já a desilusão e a tristeza reaparecem com as recorrências:

“Eh pá, com esta pequena está certo, agora com a outra sentia-me desgostoso” E. 07 – L. 1127 – 1132.

“Quando não tinha a ferida uma pessoa parece que se sentia mais feliz não é? Começa-se a pensar assim (choro) ... Vir a pior ou o caraças... (choro)” E. 07 – L. 1186 – 1188.

Diversos autores afirmam que existe uma estreita ligação entre a depressão e a cicatrização, concluindo que as pessoas muito ansiosas têm pior taxa de cicatrização em feridas agudas, ainda que reconheçam que são necessários mais estudos para confirmar este postulado (Moffatt, Vowden, Price e Vowden, 2008).

Os nossos doentes afirmam que não se sentiram pessoas normais durante a doença. Alguns deles demonstram, assim, a sua tristeza e desorientação:

“Olhe eu nem sabia o que era” E. 04 – L. 519.

“(...) faz de conta que é uma pessoa normal, enfim, não é, não é normal mas faço as funções disso (...)” E. 06 – L. 808 – 809.

“A pessoa não sente aquela maneira, daquilo que me fizeram e o que é, não sei sente-se diferente, pronto” E. 07 – L. 1134 – 1135.

FRUSTRAÇÃO, REVOLTA E MAL-ESTAR

A frustração dos doentes afectados com úlcera de perna pode, também, ser provocada pela demora no processo de cicatrização, (depressão, vergonha e dificuldades em desenvolver um quotidiano normal).

Os nossos entrevistados estão de acordo com Krasner (1998). Como ele, dizem que o tratamento sem sucesso, a auto-culpabilização e o contacto com profissionais não habilitados, são focos geradores de frustração:

“Aquilo eram feridas nem queira saber, metiam respeito, nem queira saber” E. 01 – L. 46 – 47.

“(...) a ferida, cicatrizou e depois voltou abrir porque, realmente, eu é que tive a culpa...” E. 02 – L. 149 – 150.

“(...) isto afecta um bocadinho, afecta a vida da pessoa. A pessoa fica, não quer dizer que a pessoa seja culpada, é a própria doença, mas a pessoa sente-se um bocadinho” E. 06 – L. 936 – 938.

“Não! Não me auto-culpabilizo, eu sei que estou controlado que estou a fazer tudo, mas sinto que sinto essa sensação” E. 06 – L. 940 – 941.

“Da primeira vez, tinha as duas pernas feridas qual delas a pior” E. 07 – L. 1162 – 1163.

“É assim, eu tenho de me sentir bem não é? Não posso, não posso fazer nada sobre isso” E. 10 – L. 1593 – 1594.

“Eu sinto-me incomodada, porque sinto este peso parece que na perna e depois mete-se as cãibras e é umas dores assim na perna, aqui assim por baixo do, parece que a perna presa. Não dá nada comodidade nenhuma, não” E. 12 – L. 2057 – 2059.

A revolta é um outro sentimento manifestado por estes doentes, por vezes, minorada por sentimentos de aceitação, conformismo e adaptação (Yamada, 2001), como confirmam os nossos entrevistados:

“É um bocadinho chato, aquilo que temos fazer quem tem vontade de o fazer. Uma pessoa que não quer fazer sacrifícios, que não quer lutar para que ela não ataque muito ou para se ver livre dela. Faz-lhe vontade e isso não vai incomodar muito” E. 03 – L. 460 – 463.

“Uma pessoa não está habituada a ter nada, quer dizer, assim estas doenças depois quando aparecem custa-nos a encarar com as pessoas, com a situação. Com paciência temos que encarar, como esta como tudo, (...) a gente não sabe o dia de amanhã, não é?” E. 04 – L. 509 – 512

“Agora se me disser se eu estou saturado desta vida, porque além de ter uma boa colaboração com, ou seja, onde eu trabalho, tenho bons colegas e boa colaboração entre a direcção e tudo” E. 06 – L. 824 – 826.

“(...) a gente não sabe, porque a gente quer sempre o melhor ou tentar livrar-se desse pesadelo, não é? Isso ao fim e ao cabo é um pesadelo...” E. 06 – L. 874 – 875.

“(...) eu esforço-me imenso, (...) Porque o esforço que eu faço tenho sofrimento.” E. 09 – L. 1363 – 1365.

“E o mais depressa possível que eu estou farta de dores, dores. Já á bocadinho estava dizer, tenho de arranjar umas caneleiras porque é só da barriga da perna para baixo, é que isto me dá. Ainda fiz aqui uma feridinha (mostra uma mão), mas isto curou num instante, não sou diabética” E. 09 – L. 1520 – 1523.

Outro sentimento negativo é o mal-estar consigo próprio, agravado nalguns deles, pelo conhecimento e comentários alheios:

“Ah pois, mas isso é sempre já se sabe. “Então estás coxa?” Claro que uma pessoa se lhe dói tem que se sentir que lhe dói. “Então, agora está coxa que é que foi isso?” “Outra vez!” Estão sempre com aquele drama, então calha” E. 09 – 1418 – 1420.

“Tenho dias menos bem. Às vezes as pessoas, “Então está melhor?” Eu nem digo se estou melhor se estou pior, estou na mesma, pronto. Acho que já nem vale a pena estar sempre a falar, sempre...” E. 10 – 1598 – 1600.

“A gente às vezes, as pessoas são sempre as mesmas pessoas, estão sempre a perguntar, sempre, sempre, sempre a mesma coisa. Nunca, a gente está sempre a dizer a mesma coisa, perguntam sempre cada vez que vêem a gente, “Então está melhor? Como é que estão feridas?” A sério... E se for ao médico então, “Que é que o médico disse?” Bem isso é, isso é...” E. 10 – L. 1603 – 1607.

O decurso de cura prolongada é por todos descrito como um processo moroso:

“(...) faz 4 anos dia 6 de Fevereiro do primeiro tratamento que eu fiz em Abridada, 4 anos dia 6 de Fevereiro. E então, melhorava, piorava. Chegou a estar com (...) 12 por 16, 12 de altura por 16 de largura (...)” E. 03 – L. 309 – 313.

“Ai, Sr. Enfermeiro. Olhe viver com úlcera de perna é horroroso” E. 05 – L. 645.

“Viver mal como é que há-de ser” E. 07 – L. 1025.

“Fica feio, uma pessoa vai para um lado qualquer, bem eu agora já não vou a sítio nenhum” E. 12 – L. 1951 – 1952.

Das afirmações acima transcritas, deduz-se uma evidente saturação provocada pela dor, pelas limitações ao exercício da vida diária e pelo processo prolongado de cicatrização. (Dewar e Morse, citados por Baharestani, 2004).

PREOCUPAÇÃO COM O FUTURO

A cicatrização potencial é vista com pessimismo pelos doentes com elevada taxa de recorrência, uma situação que, tanto nos doentes como nos cuidadores, melhora há medida que a ferida regride, a dor, o odor e as restrições diminuem, embora em percentagem muito inferior à referida por Philips et al., citado por Baharestani (2004), em que somente 3% dos seus doentes mostraram ter esperança na cicatrização (Baharestani, 2004).

Esta percepção da úlcera de perna como patologia crónica, leva alguns dos entrevistados, a assumirem a lesão como problema com o qual têm de conviver para o resto das suas vidas:

“Pensava assim, bem não me dói, é um sacrifício que vou fazendo até ser vivo. Porque ela não me dói, não tem problema nenhum, já não deitava líquido, embora mantinha-se cá, a ferida mantinha-se cá e então eu dizia, bem estou condenado, estou condenado...” E. 03 – L. 417 – 420.

Sobre a aceitação comentam:

“(...) agora quando abriu estas feridas fiquei um bocadinho preocupada. O que é que se vai passar, não é?” E. 04 – L. 622 – 623.

“(...) mas pronto vou mantendo até... prontos... eu sei que isto não é futuro” E. 06 – L. 810 – 811.

A alegria, resultante da cicatrização, contrasta com a tristeza de uma recorrência pelo meio, que possa degenerar em problema permanente:

“Oh depois quando isto abriu outra vez, portanto isto vai ser assim, vai fechar, vai abrir e acho que vai ser para o resto da minha vida” E. 05 – L. 732 – 733.

3.5. ESPERANÇA VS DESILUSÃO

A cicatrização completa e reabilitação do doente são desejadas tanto pelo próprio doente como pelo profissional que o acompanha.

Na continuidade do presente trabalho, abordámos as sub-categorias: “Percepção Face ao Tratamento”; “Esperança de Cura” e “Estrutura de Apoio”.

PERCEPÇÃO FACE AO TRATAMENTO

A condição clínica dos doentes com úlcera de perna assenta num longo tempo, elevados custos do tratamento e uma alta frequência de recidivas, afectando a sua qualidade de vida (Vanhoutte, Corcaud e Montrion, 1997).

Questionados sobre isto, os nossos entrevistados, afirmam que as alterações constantes de tratamento, lhes provocam alguma desilusão:

“(...) receitou-me uma pomada mas a pomada, infelizmente, em vez de a ferida diminuir, começou foi a crescer, começou a crescer (...) Receitavam-me um produto para pôr na ferida, a ferida ficava quase boa mas de um momento para o outro piorava outra vez, (...) já não tinha mais desenvolvimento depois precisava-se de outro produto melhorava mais um bocado mas de um momento para o outro, ao fim de um mês ou 3 semanas, piorava outra vez” E. 03 – L. 300 – 308.

“(...) uns médicos receitavam uma coisa, outros outra, já era conhecido de eles todos (...)” E. 03 – L. 332 – 335.

“(...) mandou-me para o Pulido Valente para uma colega dele, mas já era de cirurgia vascular. (...) com os tratamentos que ela me mandou fazer, (...) a esquerda sarou e a direita depois passou a sarar (...)” E. 07 – L. 1066 – 1073.

Por outro lado, a mudança constante de tratamento pode induzir o doente a não acreditar na cura nem no profissional que o trata, como evidencia esta outra passagem:

“Em Lisboa só acho que o médico cada vez que lá vou muda de tratamento, eu penso na minha ideia que ele já nem sabe o que fazer e então... Não sei, não sei... Faz-me confusão mudar sempre de tratamento, até porque há certos tratamentos que quando muda tenho dores. Ainda agora há pouco tempo, pôs-me um produto que parece que cheira a lixívia, aquilo é horrível, tanto que aqui as enfermeiras tiveram de mudar o tratamento que eu não aguentava...” E. 10 – L. 1634 – 1639.

Com o prolongar do tempo de tratamentos, os doentes vão reconhecendo melhor a própria doença. Assim, o presente trabalho mostra-nos que, aqui e ali, destacam com alguma clareza os períodos de melhoras da regressão:

“Quer dizer nós, como doentes e vocês como técnicos, como enfermeiros, nós como pacientes, nós chega a uma altura que reconhecemos um bocadinho do que é a doença, conhecemos o nosso organismo. Quando eles dizem “Ah! A perna esquerda está melhor, não sei quê isto está limpo.” Eu digo que não, porque eu sinto não é? Vejo, portanto eles agora estiveram a pôr gel e não sei quê, é porque ela não estava limpa, para ela limpar não é, porque ela não está a 100%. Isso é uma maneira de um enfermeiro ou um técnico ou um médico, ou seja, conformar o doente não dar aquela medida drástica (...)” E. 06 – L. 836 – 843.

Verificámos, também, que alguns doentes ficaram magoados com os comentários e as formas menos correctas como foram tratados por alguns profissionais de saúde:

“Eu agora estou lá no tratamento, estive lá na cirurgia plástica (...), perguntei ao médico: “Mas então não há outra solução?” e o cirurgião: “Há.” Eles não vão dizer que não, eles são os técnicos, é a especialidade deles, não ali não há nada a fazer, o que é que isto não está em condições de fazer, isto é um balde de água fria em cima da pessoa, não é?” E. 06 – L. 861 – 865.

“(...) agora é outro médico novo que fui lá no dia 2 de Dezembro, fui lá a este médico que por sinal nem viu a ferida nem viu nada. (...) Nem sequer viu a perna nem nada, mandou-me lá ir daqui a 6 meses. (...) o tratamento é digno de confiar, mas acho que o médico que devia ver o problema (...)” E. 07 – L. 1203 – 1217.

“(...) houve aqui um tratamento, que a Enfermeira foi um bocadinho desagradável, queixava-me que aquele tratamento lhe fazia doer, não sei explicar bem (...)” E. 08 – L. 1271 – 1273.

A diferenciação de tratamentos é reconhecida e aceite pelos participantes. E, quanto ao tratamento compressivo dizem que lhes traz alguma comodidade, confirmando o estudo de Walshe (1995) citado por Yamada (2001):

“(...) hoje por exemplo a compressão para mim é uma coisa normal, nem me sinto bem sem a compressão. No dia-a-dia uma pessoa sente-se mais à vontade para trabalhar e tudo, porque a ferida está em compressão mesmo a dor está controlada, porque fora da compressão a dor não está controlada (...)” E. 06 – L. 1000 – 1004.

“(...) no início eles dizem que é sempre mais abrangente, no início viu-se as melhoras assim boas depois foi um bocadinho mais compassado” E. 11 – L. 1699 – 1701.

Como anteriormente referimos, a média de tratamentos é inferior à média de tempo de presença de úlcera de perna (úlceras de perna - 18 meses / duração de tratamentos - 16 meses)¹. A razão está em que alguns doentes iniciaram os tratamentos no domicílio pelos seus meios, por desconhecimento da gravidade do problema:

“Eu é que tratava, quem tratou senão eu, sempre, sempre, sempre...” E. 03 – L. 391 – 392.

“O efeito que eu tive disso foi só mais enquanto tive na fase em que não comecei, não fui a lado nenhum, ia pondo um creme (...) mesmo uma pomada para as úlceras, (...), mas aquilo não melhorou (...)” E. 11 – L. 1741 – 1744

“(...) ainda pus uns dias uns “pachos” de água, diziam que a água das malvas que é desinfectante, pus mas digo assim: “Não. Isto não vale a pena”” E. 11 – L. 1792 – 1794.

O desespero, resultante dum período de tempo prolongado, o facto de não observarem resultados concretos e os incómodos e despesas resultantes das limitações que as feridas lhes acarretam quotidianamente, são situações de uma complexidade tal, que não devem ser negligenciadas pelos enfermeiros, nem vistas separadamente, mas sempre em interacção com o doente. A falta desta informação personalizada pode conduzir o doente a negligenciar ou até abandonar o tratamento e cair nas mãos de burlões, a que faz alusão a seguinte resposta:

“(...) eu acho que é importante saber esta ilusão de nós nos entregarmos às vezes às mãos destes curandeiros. (...) que nos levam um dinheirão (...) O que lhe sei dizer é que nunca se curaram. Está a perceber? Nunca se curaram (...)” E. 02 – L. 263 – 271.

Há uma referência interessante que define as úlceras de perna como “buracos”, com grande desejo de livrar-se deles:

“(...) uma maneira, uma fórmula qualquer, um produto qualquer que faça com que eu não tenha mais buracos na minha vida Sr. Enfermeiro” E. 05 – L. 782 – 784.

¹ Tabela 1 – Aspectos sócio demográficos da amostra obtida. (página 26)

A exigência dos utentes cresce com o aumento do conhecimento da sua própria doença. Por isso, deve o profissional que o acompanha manter com ele uma actualização constante sobre esta problemática, com a finalidade de lhes dar a melhor resposta, como afirma Walshe, 1995.

ESPERANÇA DE CURA

A esperança dos doentes tem altos e baixos. Há fases em que acreditam e encaram a cura como um objecto ao alcance no tempo mais ou menos breve e outras em que a olham como uma miragem. Assim:

“Eu quando agora fechou (...) a ferida, eu sinceramente pensei que ia ficar um bom tempo com isto fechado por acaso pensei, porque foi tudo muito certinho e direitinho. (...) Oh depois quando isto abriu outra vez (...) não vou ter uma cura possível, para isto fechar de vez” E. 05 – L. 724 – 734.

O reconhecimento da evolução da medicina é a grande fonte de esperança dos nossos entrevistados:

“Ai eu esperança tenho, então a medicina muda todos os dias. Há novos tratamentos todos os dias” E. 05 – L. 736 – 737.

“Até descobrirem algo para mim não? Então já descobriram uns comprimidos milagrosos, não há-de descobrir a cura para mim Sr. Enfermeiro (risos). Ai era, era melhor que o Euromilhões pode ter a certeza, mas muito melhor... E acha que isso é possível?” E. 05 – L. 739 – 742.

“Tenho esperança na medicina de hoje, ela está mais evoluída que há 20 anos atrás, porque eu há 20 anos atrás andei-me a tratar no Curry Cabral, em Dermatologia (...), está bem que a idade era outra tinha 30 e poucos anos, são menos 20 anos, as despesas, as pernas é tudo diferente. Eu sei disso, porque é mais difícil há medida que a idade vai avançando (...) tenho essa noção da realidade, portanto eu não sou a mesma pessoa, não vamos ignorar os factos” E. 06 – L. 956 – 963

A fé e a esperança são fenómenos interligados, acompanhando o processo de cicatrização. Um processo de cura demorado, conduz o doente a uma ambivalência de sentimentos entre a esperança na cura e a tristeza no prolongar da cicatrização (Ebbeskog e Ekman, 2001).

O sentido de esperança religioso reforça a esperança natural:

“Há-de ser o que Deus quiser. Tenho fé em Deus. Vai ser o que Deus quiser” E. 04 – L. 640 – 641.

A esperança, maior ou menor, é comum a todos os entrevistados:

“Aquela coragem, aquela força para mim estou, extremamente, de acordo que o mais importante é a gente acreditar” E. 03 – L. 502 – 503.

“A esperança é sempre a última a morrer” E. 04 – L. 617.

“Sempre, se não fosse hoje era amanhã, se não fosse daqui a 1 mês era daqui a 2.” E. 08 – L. 1307 – 1308.

“(…) tem-se sempre aquela esperança que não vou piorar, vou é melhorar” E. 08 – L. 1334 – 1335.

“Elas têm cicatrizado, vamos lá ver agora” E. 09 – L. 1400.

“Sim. Só que elas já estiveram fechadas, já abriram. A gente tem sempre” E. 10 – L. 1587.

“Se não me curar lá venho procurar outros meios para me tratar não é” E. 12 – L. 2042 – 2043.

A dedicação ao tratamento e o desespero pela cicatrização são dois pontos-chave a ter em conta em cada um dos doentes afectados, diz Bland (1996) citado por Price e Moffatt (2010). O mesmo Bland (1996) reconhece nos seus participantes o desejo desesperante de se verem livres das feridas.

O mesmo é referido pelos nossos entrevistados:

“Era...Nunca mais ter úlcera de perna, pode ter a certeza” E. 05 – L. 786.

“(…) gente não sabe o dia de amanhã o que é que possa acontecer, até posso morrer de outra coisa qualquer, não morrer disto (...)” E. 06 – L. 946 – 947.

ESTRUTURA DE APOIO

Os doentes podem ser obrigados a realizar mudanças significativas nas suas vidas diárias na procura de supletivos para satisfação das suas necessidades e obrigações.

Uma das dificuldades, a de o doente se integrar no convívio social pode provir da desconfiança de ele julgar poder ser mal visto pelas outras pessoas ou de elas evitarem o seu contacto (Baharestani, 2004).

Neste âmbito, os nossos doentes referem-se à equipa de enfermagem como o grande apoio no processo das suas curas. Assim:

“Não é estar a dizer isto por fantasia, porque elas eram muito boas... Já me informavam das coisas como é que eram... Eu fiquei com elas cá todas queridas...” E. 01 – L. 117 – 121.

“Só bem... Às vezes eu podia dizer assim... Não posso dizer mal desta nem daquela...” E. 01 – L. 126 – 127.

Para além da importância reconhecida à equipa de enfermagem, apenas referem, ligeiramente, algum apoio social:

“(...) as pessoas vão-me dar aquele conforto, e assim, apoio” E. 04 – L. 584 – 585.

“Toda a gente tem tido muita atenção com este problema, toda a gente (...)” E. 09 – L. 1485 – 1487.

Há uma única situação em que a participante assume que a família não reconhece as dificuldades que atravessa, acrescentando, posteriormente, que veio a receber alguma colaboração só quando os impedimentos aumentaram:

“Ah, acha? Não ligam, isto para eles é uma dor de cabeça. (...) É como se fosse uma dor de cabeça, isto não interessa nada, isto passa, a mãe faz tudo, portanto... Não, quando eu estou mais aflita eles, coitadinhos, também se sentem, ajudam-me (...) Agora se tiver com dores, mas daquelas dores horrorosas e digo: “Oh filhos, a mãe não aguenta, eu não posso.” Eles: “Oh mãe vá se sentar que nós fazemos”” E. 05 – L. 745 – 753.

3.6. ESQUEMA DE CARDIFF DE IMPACTO DA FERIDA – RESULTADOS

Os doentes que apresentam feridas crónicas não cicatrizáveis são acometidos por uma diversidade de sentimentos que afectam, directamente, o seu quotidiano. Ultimamente, realizaram-se estudos sobre qualidade de vida, relacionada com feridas crónicas, todos eles, fundamentalmente, de índole qualitativa, menosprezando outros factores que influenciam, também, a qualidade de vida (Price, Harding, 2004).

Por fim, conferimos o nosso estudo com o Esquema de Cardiff, traduzido na tabela seguinte:

Tabela 3 – Média, Mediana, Desvio Padrão e Percentis das diferentes dimensões do Esquema de Cardiff.

Dimensões da Qualidade de Vida	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
						25	50	75
Bem-Estar	27,08	32,14	12,42	,00	42,86	17,86	32,14	35,71
Sintomas Físicos de Vida Diária	46,70	46,88	13,41	22,92	62,50	36,72	46,88	60,16
Vida Social	59,23	58,93	18,43	21,43	89,29	52,68	58,93	70,54
Como é a sua qualidade de vida?	5,08	5,00	1,56	2,00	8,00	4,00	5,00	6,00
Até que ponto está satisfeito/a com a sua qualidade de vida em geral?	4,50	5,00	2,02	1,00	9,00	3,25	5,00	5,00

Como se deduz dos dados expostos, é a média do parâmetro *Bem-Estar* que apresenta resultados mais significativos. Isto prefigura uma redução evidente na qualidade de vida dos portadores de úlcera de perna.

Já os parâmetros *Sintomas Físicos de Vida Diária* e *Vida Social*, apresentam resultados próximos entre si (e melhores, comparativamente ao *Bem-Estar*), mas longe da satisfação desejada pelos participantes.

Concluimos que a úlcera de perna provoca alterações em todos os domínios apresentados pela escala, com destaque maior para o *Bem-Estar*.

Verificámos, também, valores elevados para o desvio padrão, resultado este que pode estar relacionado com o pequeno número de participantes e a heterogeneidade do grupo.

Quanto às duas questões finais do questionário (*Como é a sua qualidade de vida?* / *Até que ponto está satisfeito/a com a sua qualidade de vida em geral?*), os valores considerados como qualidade de vida e satisfação com a qualidade de vida estão

abaixo dos valores médios aceitáveis, sendo os resultados de ambas as questões muito próximos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

SÍNTESE E CONCLUSÃO GERAL

A vontade e a necessidade de compreender as vivências e as experiências das pessoas que possuem uma úlcera de perna, estão na origem deste estudo. Neste sentido, fizemos um longo caminho com o objectivo de encontrar respostas para a questão formulada inicialmente: **Que alterações provocam as úlceras de perna na qualidade de vida dos seus portadores?**

De acordo com a metodologia delineada, não nos foi possível generalizar os resultados nem esse era o nosso objectivo. Contudo bastou-nos, para depreender que a qualidade de vida se encontra gravemente alterada nos nossos utentes. No decorrer da análise das entrevistas, fomos nos apercebendo de que a úlcera de perna ultrapassava a barreira física, afectando a pessoa em todas as suas dimensões.

Na prática diária do tratamento de feridas crónicas existe uma preocupação mais direccionada para o cuidado com a ferida, esquecendo, por vezes, outros cuidados adjuvantes ao processo de cicatrização.

No primeiro quadro, “*Limitações do Quotidiano*”, a úlcera de perna foi caracterizada como sendo capaz de alterar todas as rotinas do dia-a-dia, desde a vida social, relacional e profissional às opções pelo vestuário e calçado.

A mobilidade física alterada é uma das implicações mais vezes referida, assumindo implicações nas mais variadas tarefas do quotidiano e na sensação de perda de liberdade. A dificuldade em manter-se em pé por longos períodos, é encarada como uma sensação de injustiça e resignação, dificultando a execução da actividade profissional e do convívio social.

As limitações motoras influenciam directamente o nível socioeconómico dos portadores desta doença, como foi referido por alguns participantes dizendo terem sido forçados a recorrer à reforma antecipada. Assim, com o conseqüente aumento dos encargos financeiros nas deslocações à instituição de saúde e na aquisição da terapêutica farmacológica, vêm ao de cima graves dificuldades financeiras para aqueles que têm poder de compra mais diminuído.

A presença de uma ligadura/meia é causadora de transtornos no contexto social e pessoal, demonstrado em dificuldades que vão desde a higiene pessoal à escolha de vestuário e calçado.

A problemática da dor assume-se como o factor que os participantes referem com mais ênfase. A presença da dor é uma constante em grande parte dos nossos entrevistados, sendo a realização do penso a actividade em que a dor é encarada como mais intensa e difícil de suportar. Os relatos de dor intensa e permanente, são uma referência constante na globalidade do estudo, levando-nos a ter em devida conta o que afirma Medical Education Partnership, Ltd: “se um doente tiver uma dor intensa durante um procedimento relacionado com um penso, é negligente repetir o procedimento sem um alívio adequado da dor” (2010:494).

O alívio da dor é um factor de extrema importância, psicologicamente diminuído em muitos dos entrevistados ao encará-lo como algo inevitável subjacente ao processo de cura. Em alguns casos, a tentativa de reduzir o impacto da dor, leva os doentes ao consumo de analgésicos e ao posicionamento mais cómodo do membro. Referem o consumo de analgésicos como a medida mais eficaz para o alívio da dor, embora nenhum deles se refira a qualquer plano medicamentoso, previamente estabelecido, nem a qualquer acompanhamento em Consultas de Dor.

As alterações emocionais surgem interligadas com a “Dor” e com as “Limitações do Quotidiano”. Assim, a úlcera de perna assume repercussões na vertente psico-emocional dos participantes com especial relevo na auto-imagem. A maioria destes doentes enuncia diversas adaptações com a intenção de ocultar este problema de elevada complexidade. Não obstante as estratégias de ocultação, utilizadas por muitos deles, mantêm-se situações em que a baixa auto-estima os inibe no relacionamento interpessoal, aumentando os sentimentos de tristeza e desorientação.

A presença de exsudado, acompanhado pelo odor desagradável, é descrito como algo difícil de encarar e aceitar, causador de isolamento e de mudanças constantes de roupa e pensos. A referência a um cheiro a “podre” e um líquido “esverdeado” são as formas mais utilizadas para descrever as características do exsudado.

Todas estas implicações provocam um elevado receio sobre as consequências que poderão advir da lesão e uma mais que compreensível preocupação com o futuro. Verificámos, também, que não existe uma referência directa à amputação, sendo esta mencionada e reconhecida, indirectamente, como uma possibilidade.

A presença desta úlcera desperta em todos os entrevistados sentimentos e emoções negativos. Dois deles são a preocupação sobre o futuro pessoal e a incerteza sobre a cicatrização.

O conjunto das informações que recolhemos, alertam-nos para o “*cuidado psicológico*” a ter com este tipo de doentes. Neste campo, os enfermeiros poderão desempenhar um papel fundamental, já que possuem competências apropriadas e usufruem de uma relação de proximidade.

Quanto à percepção que os doentes têm do tratamento, constata-se que têm um elevado grau de conhecimento da patologia que os afecta, concretamente, em relação à imobilidade do tornozelo e ao reconhecimento da necessidade de recurso a cuidados especializados. Este conhecimento possibilita-lhes uma avaliação muito positiva sobre o tratamento de que estão a ser alvo. Diversos doentes questionam o porquê da mudança sucessiva de tratamentos, suspeitando, quando isso acontece, dum retrocesso no processo cicatricial.

Verificámos, ainda, que a esperança de cura é fruto de um duplo sentimento - a evolução da medicina e a fé – que lhes “*possibilitará a cicatrização no futuro*”. Com referências constantes a uma futura cicatrização aparece, também, um aceitar a lesão como problema para o “*resto da vida*”.

Foram louvadas as atenções das equipas prestadoras de cuidados como unidades de apoio que lhes facilitaram o processo de aceitação e conseqüente cura. Reconhecem-no diversos participantes, acrescentando terem criado, por via disso, uma relação mais próxima com estes profissionais.

No campo dos afectos familiares foi referido um só caso de alguma despreocupação pelo doente.

Depois do trabalho com as conclusões acima apresentadas, realizámos uma abordagem com o Esquema de Cardiff, mediante a qual confirmámos níveis de qualidade de vida baixos, com especial destaque para o “*Bem-Estar*”, com um valor médio de 27.08% (desvio padrão - 12.42%). De acordo com o referido esquema, verificámos a melhor qualidade de vida nos parâmetros relacionados com a “*Vida Social*”, um valor médio de 59,23% (desvio padrão - 18.43%). Quanto ao parâmetro “*Sintomas Físicos e Vida Diária*”, obtivemos um valor médio de 46.70% (desvio padrão - 13.41%). Comparando estes valores entre si, concluímos que os participantes no nosso

estudo apresentam como pior parâmetro de qualidade de vida, o respeitante ao “*Bem-Estar*”.

Sobre a avaliação geral de qualidade de vida, obtivemos a média de 5.08 (desvio padrão - 1.56) e uma satisfação com a sua vida em geral de 4.50 (desvio padrão - 2.02).

Comparando os resultados obtidos no Esquema de Cardiff com os das entrevistas em si, encontramos uma diferença significativa. Os participantes referem os sintomas físicos como a causa mais limitativa, impossibilitando-os de realizar as suas actividades de vida diária, contrariamente ao valor obtido pelo Esquema de Cardiff. Esta diferença poderá atribuir-se a dificuldades de interpretação por parte dos participantes.

Finalmente, concluímos que o presente estudo corresponde aos objectivos previamente estabelecidos, e que veio contribuir para o nosso enriquecimento profissional, possibilitando-nos, especialmente, um conhecimento mais pormenorizado da úlcera de perna.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Toda a investigação é, por natureza, limitada. Esta nossa, dado o tamanho e o método de selecção da amostra, não nos permitiu generalizar os resultados obtidos.

Acreditámos que a nossa inexperiência no desenvolvimento e condução das entrevistas poderá ter contribuído para esta limitação. Estamos certos que estudos similares irão melhorar com a prática e experiência neste tipo de investigação.

Mesmo assim, reconhecemos a importância deste nosso estudo pelo conhecimento e resolução de novas questões e/ou hipóteses, que nos trouxe no campo profissional da enfermagem.

Trouxe-nos uma nova preocupação em conhecer melhor a experiência pessoal dos afectados, para diferenciar os cuidados de saúde no seu contexto holístico.

Concluímos pela importância da continuação da investigação em enfermagem, visando um melhor conhecimento científico e prático dos profissionais de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ ANAND, SC.; DEAN, C.; NETTLETON, P. e PRABURAJ, DV. – **“Health-Related Quality of Life Tools for Venous-Ulcerated Patients.”** British Journal of Nursing, 2003. Vol. 12, N.º 1, pp, 48-59.
- ✓ BAHARESTANI, M. – *Qualidade de Vida e Questões Éticas*. In: BARANOSKI, S. e AYELLO, E. – *O essencial sobre o tratamento de feridas: Princípios práticos*. Trad. João Gouveia. Loures: Lusodidata, 2004.
- ✓ BARANOSKI, S. e AYELLO, E. – *O essencial sobre o tratamento de feridas: Princípios práticos*. Trad. João Gouveia. Loures: Lusodidata, 2004.
- ✓ BOU, T. e ÁGREDA, S. – **“El Dolor Durante los Cambios de Apósitos”**. EWMA, Documento de Posicionamento. Londres, 2008.
- ✓ BRIGGS, M. e FLEMMING, K. – **“Living With Leg Ulceration: a Synthesis of Qualitative Research”**. Journal of Advanced Nursing, 2007. Vol. 59, pp, 319-328.
- ✓ BRIGGS, M. e TORRA, J. – El Dolor Durante los Cambios de Apósito: Un Guia de Tratamiento. In: BOU, T. e ÁGREDA, S. – **“El Dolor Durante los Cambios de Apósitos”**. EWMA, Documento de Posicionamento. Londres, 2008.
- ✓ CIPE/ICNP – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão beta 2*. Trad.: LEAL, T.; MADEIRA, A. e ABECASIS, L.. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003.
- ✓ DALLAM, L.; BARKAUSKAS, C.; AYELLO, E. e BARANOSKI, S. – *Gestão da Dor em Feridas*. In: BARANOSKI, S. e AYELLO, E. – *O essencial sobre o tratamento de feridas: Princípios práticos*. Trad. João Gouveia. Loures: Lusodidata, 2004.
- ✓ DEALEY, C. – *Tratamento de Feridas: Guia para Enfermeiros*. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.
- ✓ EBBESKOG, B. e EKMAN, L. – **“Elderly’s persons experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment.”** Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2001. pp, 235-243.
- ✓ FRANKS, P. e BONSAQUET, N. – *Economia da Saúde*. In: MOYA, M.; MOFFATT, C. e FRANKS, P. – *Úlceras de Perna: Uma Abordagem Baseada na Resolução de Problemas*. Loures: Lusodidacta, 2010.
- ✓ FRANKS, P. e MOFFAT, C. – **“Who suffers most from leg ulceration?”** Journal of Wound Care, 1998. N.º 8. pp, 383-385.

- ✓ FRANKS, P.; MOFFATT, C. e MORGAN, P. – *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde na Ulceração Crónica de Perna*. In: MOYA, M.; MOFFATT, C. e FRANKS, P. – *Úlceras de Perna: Uma Abordagem Baseada na Resolução de Problemas*. Loures: Lusodidacta, 2010.
- ✓ FORTIN, M. – *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência, 1999.
- ✓ GRUPO DE ESTUDO DA ÚLCERA DE PERNA DA APTF – **“O problema da úlcera de perna em Portugal.”** *Jornal Feridas*, 2005. N.º 5. pp, 3-6.
- ✓ HERBER, O.; SCHEPP, W. e RIEGER, M. – **“Health and Quality of Life Outcomes”**. *Biomed Central*, 2007. pp, 5-44
- ✓ JONES, V.; BALE, S. e HARDING, K. – *Cicatrização de Feridas Agudas e Crónicas*. In: BARANOSKI, S. e AYELLO, E. – *O essencial sobre o tratamento de feridas: Princípios práticos*. Trad. João Gouveia. Loures: Lusodidacta, 2004.
- ✓ KANTOR, J. e MARGOLIS, D. – *Epidemiologia*. In: MOYA, M.; MOFFATT, C. e FRANKS, P. – *Úlceras de Perna: Uma Abordagem Baseada na Resolução de Problemas*. Loures: Lusodidacta, 2010.
- ✓ KRASNER, D. – **“Painful venous ulcers: themes and stories about living the pain and suffering.”** USA: *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 1998. pp, 158-168.
- ✓ LUCAS, L.; MARTIS, J. e ROBAZZI, M. – **“Qualidade de Vida dos Portadores de Ferida em Membros Inferiores – Úlcera de Perna.”** *Ciência y Enfermería XIV*, 2008. pp, 43-52.
- ✓ MATEUS, C. e FURTADO, K. – **“Prevalência de Úlcera de Perna numa População Suburbana de Lisboa.”** In CABETE, D. – *Da Formação à Acção: A Construção de Projectos no Terreno*. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, 2006.
- ✓ MEDICAL EDUCATION PARTNERSHIP, Ltd – *Princípios das Melhores Práticas para Minimizar a Dor nos Procedimentos Relacionados com os Pensos: Um Documento de Consenso*. In: MOYA, M.; MOFFATT, C. e FRANKS, P. – *Úlceras de Perna: Uma Abordagem Baseada na Resolução de Problemas*. Loures: Lusodidacta, 2010.
- ✓ MOFFATT, C.; FRANKS, P. e HOLLINWORTH, H. – *Dolor y Agression al Entorno de las Heridas: Una Prespectiva Internacional*. In: BOU, T. e ÁGREDA, S. – **“EI**

- Dolor Durante los Cambios de Apósitos**". EWMA, Documento de Posicionamento. Londres, 2008.
- ✓ MOFFATT, C.; FRANKS, P. e MORGAN, P. – *Qualidade de vida relacionada com saúde na ulceração crónica de perna*. In: MOYA, M.; MOFFATT, C. e FRANKS, P. – *Úlceras de Perna: Uma Abordagem Baseada na Resolução de Problemas*. Loures: Lusodidacta, 2010.
 - ✓ MOFFATT, C.; PARTSCH, H. e CLARK, M. – *Terapia Compressiva no Tratamento de Úlceras de Perna*. In: MOYA, M.; MOFFATT, C. e FRANKS, P. – *Úlceras de Perna: Uma Abordagem Baseada na Resolução de Problemas*. Loures: Lusodidacta, 2010.
 - ✓ MOLINA, R. – **“La Calidad de Vida, su importância e como medirla”**. Salud Uninorte, 2005. Número 021, pp. 76-86.
 - ✓ MOFFATT, C.; VOWDEN, P. e AGREDA, J. – **“Heridas de Difícil Cicatrización: Un Enfoque Integral.”** EWMA, Documento de Posicionamento. Londres, 2008. pp, 1-17.
 - ✓ MOFFATT, C.; VOWDEN, K.; PRICE, P. e VOWDEN, P. – *Factores Psicosociales y Retraso de la Cicatrizacion*. In: MOFFATT, C.; VOWDEN, P. e AGREDA, J. – **“Heridas de Difícil Cicatrización: Un Enfoque Integral.”** EWMA, Documento de Posicionamento. Londres, 2008.
 - ✓ MORISON, J. – *O que é a Aprendizagem Baseada na Resolução de Problemas?* In: MOYA, M.; MOFFATT, C. e FRANKS, P. – *Úlceras de Perna: Uma Abordagem Baseada na Resolução de Problemas*. Loures: Lusodidacta, 2010.
 - ✓ MORISON, J. e MOFFATT, C. – *Quadro de Referência para a Avaliação do Doente e Planeamento de Cuidados*. In: MOYA, M.; MOFFATT, C. e FRANKS, P. – *Úlceras de Perna: Uma Abordagem Baseada na Resolução de Problemas*. Loures: Lusodidacta, 2010.
 - ✓ MOURA, R.; GONÇALVES, G.; NAVARRO, T.; BRITTO, R. e DIAS, R. – *“Correlação entre Classificação Clínica CEAP e Qualidade de Vida na Doença Venosa Crónica”*. Revista Brasileira de Fisioterapia. São Carlos, 2010. Vol. 14, pp, 99-105.
 - ✓ MOYA, M.; MOFFATT, C. e FRANKS, P. J. – *Úlceras de Perna: Uma Abordagem Baseada na Resolução de Problemas*. Loures: Lusodidacta, 2010.

- ✓ PAÚL, C. e FONSECA, A. – *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.
- ✓ PERSON, A. et al. – **“Leg Ulcers: a Review of Their Impact on Daily Life”**. *Journal of Clinical Nursing*, 2003. Vol. 13, pp, 341-354.
- ✓ PINA, E.; FURTADO, K. e ALBINO, P. – *Boas Práticas no Tratamento e Prevenção de Úlceras de Perna de Origem Venosa*. Pampilhosa da Serra: GAIF, 2007.
- ✓ PINA, E.; FURTADO, K.; FRANKS, P.; MOFFATT, C. – **“Leg ulceration in Portugal: quality of life.”** *International Wound Journal* 2007. Vol. 5 N.º 1. pp, 34-39.
- ✓ PRICE, P. e MOFFATT, C. – Aspectos Psicológicos da Cicatrização de Feridas. In: MOYA, M.; MOFFATT, C. e FRANKS, P. J. – *Úlceras de Perna: Uma Abordagem Baseada na Resolução de Problemas*. Loures: Lusodidacta, 2010.
- ✓ PRICE, P. e HARDING, K. – **“Cardiff Wound Impact Schedule: the development of a condition-specific questionnaire to assess health-related quality of life in patients with chronic wounds of the lower limb.”** *Cardiff: International Wound Journal*, 2004. Vol.1 Nº 1. pp, 10-17.
- ✓ RIBEIRO, J. – *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.
- ✓ RICH, A. e MCLACHLAN, L. – **“How living with a leg ulcer affects people’s daily life: a nurse led study.”** *Journal of Wound Care*, 2003. Vol. 12. pp, 51-54.
- ✓ SILVA, L. e PAZOS, A. – **“A Influência da Dor na Qualidade de Vida do Paciente com Lesão Crónica de Pele”**. *Revista Enfermagem UERJ*, 2005. Vol. 13. pp, 375-381.
- ✓ STREUBERT, H. J. e CARPENTER, D. R. – *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência, 2002.
- ✓ VANHOUTTE, P.; CORCAUD, S.; DE MONTRION, C. – **“Venous Disease: From Pathophysiology to Quality of Life.”** New York: *Journal of Vascular Disease*, 1997. Vol. 48. pp, 559-567.
- ✓ VILELAS, J. – *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edição Sílabo, 2009.
- ✓ YAMADA, B. – **“Qualidade de Vida de Pessoas Com Úlceras Venosas Crónicas”**, São Paulo, 2001.

ANEXOS

ANEXO I: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRECTOR DO ACES – OESTE SUL



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ACES Oeste Sul
Att.: Exmo. Senhor Director
Dr Eduardo Mendes
Rua Fernando Barros Ferreira Leal
Urbanização Conquinha
2560-253 TORRES VEDRAS

Nossa Referência	Data de Expedição
ICS/0583/2010	2010-11-10

ASSUNTO: Pedido para realização de colheita de dados

Exmo. Senhor Dr.,

O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Ex.cia autorização para que o aluno Nuno Miguel Ferreira Pires, Enfermeiro, Mestrando em Feridas e Viabilidade Tecidual, portador do BI nº 12819812, residente na Cinochaves - Edifício Brasil, Bloco 2, 4º Dtº - Chaves, possa realizar colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Mestre, cujo projecto intitulado: "Úlcera de Perna: Impacto da Qualidade de Vida dos Utentes da UCSP de Alenquer" foi aprovado pelo Conselho Científico do ICS.

Da recolha de dados, a fazer junto de utentes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alenquer que sofrem de úlcera de perna, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a instituição, sendo garantido o anonimato destes utentes.

A recolha dos dados seria realizada nos meses de Novembro e Dezembro de 2010.

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

Estamos disponíveis para outros esclarecimentos.

Com os meus melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
Director

ANEXO II: DIFERIMENTO DO DIRECTOR DO ACES – OESTE SUL

fabrizado
Deve ser preenchido
que a recolha de
dados mantém a
confidencialidade
dos dados
TU, 19/11/2010

ACES Oeste Sul
Att.: Exmo. Senhor Director
Dr Eduardo Mendes
Rua Fernando Barros Ferreira Leal
Urbanização Conquinha
2560-253 TORRES VEDRAS

DIRECTOR EXECUTIVO
ACES OESTE SUL
DR. EDUARDO MENDES

Nossa Referência Data de Expedição
ICS/0583/2010 2010-11-10

ASSUNTO: Pedido para realização de colheita de dados

Exmo. Senhor Dr.,

O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Ex.cia autorização para que o aluno Nuno Miguel Ferreira Pires, Enfermeiro, Mestrando em Feridas e Viabilidade Tecidual, portador do BI nº 12819812, residente na Cinochaves - Edifício Brasil, Bloco 2, 4º Dtº - Chaves, possa realizar colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Mestre, cujo projecto intitulado: "Úlcera de Perna: Impacto da Qualidade de Vida dos Utentes da UCSP de Alenquer" foi aprovado pelo Conselho Científico do ICS.

Da recolha de dados, a fazer junto de utentes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alenquer que sofrem de úlcera de perna, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a instituição, sendo garantido o anonimato destes utentes.

A recolha dos dados seria realizada nos meses de Novembro e Dezembro de 2010.

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

Estamos disponíveis para outros esclarecimentos.

Com os meus melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
Director

ANEXO III: PROTOCOLO E CONSENTIMENTO INFORMADO

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E DO CONSENTIMENTO

Título: Úlcera de Perna: Impacto na Qualidade de Vida dos Utentes da UCPS de Alenquer

Investigador: Enfermeiro Nuno Pires

Objectivo Geral: Analisar a qualidade de vida dos utentes com úlcera de perna.

Objectivos Específicos:

- ✓ Descrever as experiências vividas pelas pessoas com úlcera de perna;
- ✓ Analisar as vivências das pessoas com úlcera de perna;
- ✓ Descrever as alterações na qualidade de vida dos utentes com úlcera de perna;
- ✓ Analisar quais os factores de maior impacto da úlcera de perna na qualidade de vida dos seus portadores.

Método: Conhecer um fenómeno que nos é tão familiar e que, simultaneamente, nos intriga e inibe na prestação de melhores cuidados, através da utilização numa primeira fase da entrevista semi-estruturada e, posteriormente, com aplicação do Esquema Cardiff de Impacto na Qualidade de Vida. A informação obtida, através da entrevista, será gravada em suporte áudio em local e data a combinar.

Confidencialidade: Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. Todo o conteúdo gravado será alvo de transcrição, o qual será conservado em local reservado. Todos os resultados alcançados pelo presente estudo poderão ser apresentados, mantendo desde sempre o anonimato dos participantes.

Participação: A participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa, a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado, declaro que aceito participar no trabalho de investigação desenvolvido pelo Enfermeiro Nuno Miguel Ferreira Pires, sob orientação do Prof. Dr. Américo Nunes Peres, subordinado ao tema: “Úlcera de Perna: Impacto na Qualidade de vida dos Utentes da UCSP de Alenquer”, tendo em conta os tópicos descritos anteriormente.

Confirmo, ainda, que me foi explicado todo o processo que decorrerá durante a entrevista.

Pelo presente documento aceito participar no presente estudo.

Data:

___ / ___ / ____

Assinatura do Participante:

Assinatura do Investigador:

ANEXO IV: GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião da Entrevista

	Perguntas Centrais	Perguntas Orientadoras	Explicações
1 – Início da Entrevista		<p>Apresentação do investigador; Explicação do estudo; Caracterização do contexto e a sua finalidade; Clarificação dos procedimentos éticos a serem adoptados na investigação;</p> <p>Solicitação para a utilização do gravador e respectiva autorização;</p> <p>Apresentação, explicação e justificação do consentimento informado; Assinatura do protocolo;</p> <p>Questões sobre dados pessoais – biográficos e de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Género; ✓ Idade; ✓ Profissão/Situação profissional; ✓ Tempo de existência da(s) úlcera(s) actuais? ✓ História de ulcerações anteriores? ✓ Duração de tratamentos anteriores até cura (em meses)? 	<p>Garantir o respeito pelos princípios éticos inerentes à investigação;</p> <p>Negociar a gravação da entrevista; Colocar o gravador num local discreto;</p> <p>Caracterização sócio-profissional dos participantes; Recolha de dados sobre a condição patológica;</p>
2 – Viver com a úlcera de perna	<p>2.1. Como vivencia a presença da úlcera de perna?</p> <p>2.2. Que alterações acarreta, a presença da úlcera de perna, no seu quotidiano?</p>	<p>– Qual a sua opinião / experiência sobre o que é viver com uma úlcera de perna?</p> <p>– Quais os obstáculos/ dificuldades que sente em relação à sua qualidade de vida?</p>	<p>Observar reacções emocionais, assim como a comunicação verbal e não verbal; Procurar vivências passadas pelos utentes, provocadas pelo fenómeno em estudo; Criar condições que auxiliem esclarecimentos adicionais;</p>
3 – Conclusão e Agradecimentos		<p>Conceder a oportunidade ao entrevistado de fazer referência, se o desejar, a algum assunto/aspecto particular; Agradecer a entrevista; Concluir a entrevista.</p>	

ANEXO V: EXEMPLO DE TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

CARACTERIZAÇÃO

IDADE: 56 Anos

GÉNERO: Masculino Feminino

ESTADO CÍVIL:

Solteiro Casado

Viúvo Divorciado

ESCOLARIDADE: 3º Ciclo do Ensino Básico.

PROFISSÃO/SITUAÇÃO PROFISSIONAL: Oficial Admin. / Activo.

TEMPO DE EXISTÊNCIA DAS ÚLCERAS ACTUAIS: 4 Anos.

DURAÇÃO DE TRATAMENTOS: 3 Anos.

HISTÓRIA DE ULCERAÇÃO ANTERIOR:

Sim Não

DADOS DA ENTREVISTA

ENTREVISTA N.º 06

DATA: 10/01/2011

HORA ÍNICIO: 9h45

HORA TÉRMINO: 10h15

DURAÇÃO: 30 min.

790 **Entrevistador: Sr. (Nome) gostava de saber qual é a sua experiência de viver com**
791 **úlceras de perna. Quais os obstáculos que encontra com na presença da ferida?**

792 Entrevistado: A úlcera de perna tem várias fases, não é? Há aquela fase quando ela
793 está muito afectada, evidentemente, que o peso da perna, tanto o corpo em si durante
794 o dia... Uma pessoa chega a uma altura do fim do dia não pode suportar, tem de estar,
795 agora além da dor, estar mais assentado ou deitado ou sentado, não é?
796 Evidentemente... Ah, tem de se suportar, evidentemente, também a medicação e tudo,
797 comprimidos, também, para atenuar a dor. Agora, ultimamente, não tenho tido esse
798 caso porque as feridas estão controladas, evidentemente, a infecção está mais
799 controlada não quer dizer que não haja alguma infecção, nesta não deve estar, na
800 esquerda que é a pior, mais má circulação é na perna esquerda. E, actualmente, não
801 sinto esse peso das pernas porquê? Além do tratamento e controlo que tenho duas
802 vezes por semana fazer o penso, a medicação e pronto controlo da úlcera, elas estão
803 controladas, não quer dizer que estejam bem, estão controladas. No dia-a-dia é uma
804 adaptação tanto do aspecto do penso em si, a compressão, às vezes no Verão é um
805 bocadinho rigoroso suportar por causa do calor, a transpiração mas a pessoa, nós,

806 vamo-nos adaptando às circunstâncias do dia-a-dia. Portanto, eu para mim às vezes
807 fazem-me essa observação: “Você consegue suportar no Verão uma ligadura, o
808 algodão, a ligadura de compressão e isso tudo?” Suporto. Suporto, faz de conta que é
809 uma pessoa normal, enfim, não é, não é normal mas faço as funções disso, quer dizer
810 há dias mais suportáveis, mais cansativos consoante o dia-a-dia de nós, mas pronto
811 vou mantendo até... prontos... eu sei que isto não é futuro. Uma pessoa que eu
812 comecei com isto 30 e poucos, 35 anos ou 34 que me surgiu isto porque isto foi, surgiu
813 por... Prontos na altura foi uma tuberculose que eu tive e que surgiu no avançar da
814 doença, surgiu a, ou seja, portanto... A primeira vez foi uma tromboflebite na perna
815 esquerda e ao fim de 48 horas passou para a direita, tive uma grande dor e que não se
816 podia suportar, deram-me comprimidos para as dores e o médico do hospital onde eu
817 estava internado disse: “Isso é uma tromboflebite vamos-lhe atacar.” Mas naquela
818 altura, segundo dizem os especialistas se fosse atacado de outra maneira talvez não
819 surgisse o caso das úlceras. Mas prontos, ao fim de 1 ano de estar internado surgiram
820 então as úlceras. Andei ali de médico em médico, de hospitais em hospitais, Sta Maria,
821 a fazer vários exames até que surgiu ao fim de uns meses, quase 1 ano, é que eles
822 viram, os outros médicos que aquilo tinha de ser de Cirurgia Vascular, ou seja, má
823 circulação que provocou as úlceras. Ando a fazer tratamentos, algumas partes não
824 muito correctas que se passou e veio até aos dias de hoje. Agora se me disser se eu
825 estou saturado desta vida, porque além de ter uma boa colaboração com, ou seja,
826 onde eu trabalho, tenho bons colegas e boa colaboração entre a direcção e tudo. Não
827 tenho tido razão de queixa, porque dizem primeiro está a saúde e não sei quê. Mas
828 vejo, também, que a gente às vezes sente-se incomodado, não se sente bem e que as
829 outras pessoas há sempre aquela parte de isolamento que a pessoa não se sente bem.
830 Prontos, a gente diz há está melhor, isto é o dia-a-dia porque a gente chega a uma
831 altura que a palavra melhor para nós já não significa nada, está a ver? Mantém-se a
832 pessoa, pronto, é um peso... Como é que hei-de explicar... Uma pessoa chega ao ponto
833 sente-se incomodado.

834 **Entrevistador: Disse-me que a palavra melhor já não significa nada. Então quando faz**
835 **tratamentos e lhe dizem que está ligeiramente melhor...**

836 Entrevistado: Eu noto... Quer dizer nós, como doentes e vocês como técnicos, como
837 enfermeiros, nós como pacientes, nós chega a uma altura que reconhecemos um

838 bocado do que é a doença, conhecemos o nosso organismo. Quando eles dizem
839 “Ah! A perna esquerda está melhor, não sei quê isto está limpo.” Eu digo que não,
840 porque eu sinto não é? Vejo, portanto eles agora estiveram a pôr gel e não sei quê, é
841 porque ela não estava limpa, para ela limpar não é, porque ela não está a 100%. Isso é
842 uma maneira de um enfermeiro ou um técnico ou um médico, ou seja, conformar o
843 doente não dar aquela medida drástica, isto e isto e tal. A gente aceita. Aceita, como
844 quem diz! Aceitamos na altura mas não ficamos satisfeitos. Eu sou uma pessoa, que
845 não sou de estar me a lamentar, isto está mal ou dói-me aqui e dói-me aquela, não sou
846 dessas pessoas. Quando chego a esse ponto está, a coisa está muito mal. E isto é o dia-
847 a-dia de uma pessoa viver com, portanto, com este problema, porque eu reconheço
848 que a perna esquerda não está a 100%.

849 **Entrevistador: Sente que...**

850 Entrevistado: Não sinto o aspecto de dor em si, sinto que há medida que os
851 tratamentos que eles fazem e tudo, não dizem mas a gente também vê.

852 **Entrevistador: Sente que da parte das pessoas que o tratam lhe omitem alguma**
853 **informação?**

854 Entrevistado: Sim, quer dizer os médicos tentam sempre dizer, olha esta nesta perna a
855 ferida está um bocado maior. Às vezes há sempre um médico que diz as feridas
856 estão melhor não sei quê... Há sempre aquela maneira de, pronto, satisfazer o
857 problema em si.

858 **Entrevistador: Acha que com essa forma de lidar desvalorizam o seu problema?**

859 Entrevistado: Às vezes, não digo que seja sempre, mas talvez em certas ocasiões sim.
860 Afecta-me psicologicamente. A gente não se manifesta mas a gente fica cá por dentro,
861 evidentemente, porque a gente vê. Eu agora estou lá no tratamento, estive lá na
862 cirurgia plástica e eu perguntei-lhe, perguntei ao médico: “Mas então não há outra
863 solução?” e o cirurgião: “Há.” Eles não vão dizer que não, eles são os técnicos, é a
864 especialidade deles, não ali não há nada a fazer, o que é que isto não está em
865 condições de fazer, isto é um balde de água fria em cima da pessoa, não é? Agora, as
866 características, ou seja, as situações que a gente vai assumir ou o que é que é, porque
867 eu perguntei-lhe, disse: “Você vai-me fazer a cirurgia. Sim senhor, de pele, qual os
868 efeitos que eu vou ter?” Ele disse: “Então o senhor, está cá internado 8 dias, se correr
869 tudo bem está 8 dias, são feitos os pensos e tal e a gente vai ver, depois vai para casa

870 depois tem de estar uma média de um mês para ver se a cicatrização, se o enxerto
871 pega ou não pega, tem de ter umas certas precauções e fazer o penso.” “Mas eu vou
872 andar?” “Vai, você vai andar. Faz o penso e faz o seu dia-a-dia, além de uma ajuda de
873 uma canadiana ou isso, mas vai fazer a sua vida.” Eh, pá! Isto, são situações que eles
874 transmitem a nós, porque a gente não sabe, porque a gente quer sempre o melhor ou
875 tentar livrar-se desse pesadelo, não é? Isso ao fim e ao cabo é um pesadelo... porque a
876 gente... eu agora venho para aqui, a cada passo, depois há os outros campos, porque
877 uma pessoa faz uma vida não 100% normal, mas consideramos, porque a pessoa
878 certas e determinadas coisas a pessoa não pode ter, não se pode ir a uma praia, e
879 outras coisas quaisquer não pode expor, não se pode... essas características...

880 **Entrevistador: Falava-me que há certas coisas que não pode fazer, sente que a ferida**
881 **o tem limitado ao longo destes 20 anos?**

882 Entrevistado: Sim, tem limitado em algumas coisas, evidentemente, que uma pessoa
883 não pode fazer esforços por aí além, não se pode, apesar de a gente às vezes tem de
884 fazer não é? Mas não podemos, porque uma pessoa fazer esforços já sabe que isso vai
885 ser prejudicial, se forem muito violentos, o que não é o meu caso que a minha
886 profissão não dá isso, porque eu evito, a pessoa evita sempre porque tem
887 conhecimentos de causa, evita sempre de fazer esforços não quer dizer que com isso
888 não faça um dia, mas a gente evita pegar em pesos fora do normal. A gente evita, a
889 gente sabe que isso prejudica, a gente sabe dessas coisas, o estar muito tempo em pé,
890 porque eu agora estou a suportar bem o tempo em pé, apesar que eu tenho cautelas,
891 já por trás a pessoa parece que fica com aquele, prontos, aquele preconceito de que
892 tinha de fazer isto e ao mais pequeno descuido a pessoa, o cérebro diz, eh pá não faças
893 isso. Estamos limitados...

894 **Entrevistador: E lá em casa quais são as alterações que a úlcera lhe provocou?**

895 Entrevistado: A úlcera provoca em todos os aspectos, portanto, a pessoa tem de tomar
896 banho com protecção, e outras coisas mais, porque não pode fazer uma pessoa
897 normal, evidentemente, isso é um dos casos. O resto vai-se fazendo, quer dizer certas
898 e determinadas coisas, um gajo andar de joelhos ou outra coisa, não se pode fazer
899 certas e determinadas coisas com os membros reflecte-se, com o músculo, a gente
900 sabe disso. É limitado.

901 **Entrevistador: Inicialmente, falava-me da dor como é que é a dor com ferida?**

902 Entrevistado: A dor com a ferida quando está bastante infectada é um bocadinho
903 insuportável. Tem casos que a gente, porque quando ela está, não é o caso de agora
904 há 3 anos para cá, é um bocadinho insuportável quando a infecção está grande, não
905 está bem e isso custa um bocadinho a suportar, só á base de medicamentos para a dor
906 ou isso que nós não podemos abusar muito porque prejudica, mas agora não é o caso.
907 Há sempre uma dorzeca, às vezes cansaço ao fim do dia reflecte-se não quer dizer que
908 seja aquela dor constante, mas a pessoa nota.

909 **Entrevistador: O cheiro e o liquido que a ferida deita...**

910 Entrevistado: Eh, pá! Isso e outro problema que eu tive esse problema, há coisa de
911 dois anos quando vim para aqui, quer dizer, isso psicologicamente afecta um
912 bocadinho a pessoa, parecendo que não, porque entre colegas e tudo dentro de uma
913 casa fechada e a pessoa, calor no Verão por exemplo, a pessoa mesmo que vocês
914 metam o carvão para controlar o cheiro, passado mais que 24 horas, vá lá ao fim de 48
915 horas começa-se a manifestar, 2 dias ainda se tolera, começa-se a manifestar um
916 bocadinho. Há colegas mais sensíveis que outros e há que compreender a educação e
917 formação da pessoa, às vezes as pessoas não se controlam porque quem tem estes
918 problemas ou tem familiares que já passou, isto é o dia-a-dia e a formação da pessoa,
919 é o quotidiano da pessoa, é a pessoa saber lidar e ter uma formação especifica que a
920 maioria das pessoas não têm. Isso melindra, psicologicamente e emocionalmente a
921 pessoa fica afectada, porque á sempre aquela piada, eu não suporto isto que cheiro,
922 ou não sei quê é chato! Não o dizem directamente, mas dizem indirectamente, porque
923 eu quando vim para aqui fazer os tratamentos, eu estava aqui á 3 meses, e tu também
924 me estavas assistir e houve uma altura que não sei se soubeste? Passou-se mais aqui
925 com Amália, eu pus baixa obrigatoriamente, porque houve umas colegas que
926 duvidavam do meu carácter, da minha palavra e eu nessa altura fiquei um bocadinho
927 emocionado, toca não é? Estas pessoas às vezes, e uma delas chateia-me mais porque
928 a mãe tem o mesmo problema, mas ignorou-me como não era ninguém da família dela
929 nem nada ignorou e eu senti-me. Emocionalmente a pessoa, quer dizer, fico afectado,
930 portanto, chorei e vim directamente aqui pus atestado e tive quase um mês e tal em
931 casa, melhorou ligeiramente como tu sabes, mas não era o suficiente. Prontos, isto é
932 uma das etapas que me ficou marcada, porque eu tenho sempre aquela sensação,
933 portanto, ainda hoje tenho, no Inverno não é tanto é no Verão, tenho sempre aquela

934 sensação que não me sinto bem ao pé das pessoas, parece que as pessoas estão a
935 notar alguma coisa, não dizem, mas têm aquela sensação estás ver... Eu falo por mim...
936 Não sei se as outras pessoas é o mesmo caso, portanto, isto afecta um bocadinho,
937 afecta a vida da pessoa. A pessoa fica, não quer dizer que a pessoa seja culpada, é a
938 própria doença, mas a pessoa sente-se um bocadinho.

939 **Entrevistador: Não se auto-culpabiliza?**

940 Entrevistado: Não! Não me auto-culpabilizo, eu sei que estou controlado que estou a
941 fazer tudo, mas sinto que sinto essa sensação.

942 **Entrevistador: Tem medo das consequências que podem advir da úlcera?**

943 Entrevistado: Há sempre um certo receio. Há sempre um certo receio que a pessoa
944 tem, é como diz o outro, a gente sente dor, há sempre uma certa sensação, porque a
945 gente vê os outros os nossos familiares, mas não seja entendido. Não quer dizer, a
946 gente não sabe o dia de amanhã o que é que possa acontecer, até posso morrer de
947 outra coisa qualquer, não morrer disto, porque isto não quer dizer que (imperceptível).
948 Mas prontos, a pessoa vai encarando a vida e vai estabelecendo uma harmonia entre
949 os colegas e as pessoas com que convive, entre a enfermagem, às vezes a vontade não
950 é muita de rir, mas uma pessoa tem de rir, é o dia-a-dia da vida. Eu sou um a pessoa
951 expansiva, não sou uma pessoa melancólica, não sou uma pessoa triste, em parte, a
952 solidão para mim por enquanto não me diz nada, não digo que não afecte um
953 bocadinho, mas sou uma pessoa expansiva e alegre, mas não quer dizer com isso que a
954 gente troque tudo, presentemente é isso.

955 **Entrevistador: E tem esperança que as feridas cicatrizem?**

956 Entrevistado: Tenho. Tenho esperança na medicina de hoje, ela está mais evoluída que
957 há 20 anos atrás, porque eu há 20 anos atrás andei-me a tratar no Curry Cabral, em
958 Dermatologia que não era a especialidade em si, está bem que a idade era outra tinha
959 30 e poucos anos, são menos 20 anos, as despesas, as pernas é tudo diferente. Eu sei
960 disso, porque é mais difícil há medida que a idade vai avançando, portanto eu sei que
961 há 20 anos eu em 1 ano fechei as feridas, também eram mais pequenas. Fechei as
962 feridas mas ao fim de 1 ano elas abriram outra vez e assim sucessivamente, tenho essa
963 noção da realidade, portanto eu não sou a pessoa, não vamos ignorar os factos.

964 **Entrevistador: Durante estes 20 anos notou que as feridas aumentaram os seus**
965 **encargos financeiros? Gastou mais dinheiro com as feridas?**

966 Entrevistado: Sim, houve uma altura que eu... Sim gastei, agora actualmente talvez não
967 seja tanto mas sempre afecta os encargos. Agora talvez não, mas monetariamente
968 qualquer coisa, porque eu fazer estes tratamentos agora, mesmo aqui, o actual, eu
969 tenho de ir a Lisboa 1 vez por semana. Nos primeiros três meses que andei lá, eram 3
970 dias por semana, cheguei a gastar por mês só em transportes não olhando ao custo
971 que pagava a ADSE, há volta de 20 contos. Nesse período, depois baixou, mas mesmo
972 assim monetariamente estou a gastar assim por alto, vamos lá, eu vou lá 4 vezes,
973 actualmente uma média de 4€, 32, são 32€ mais o metro... dá uma média de 60€ por
974 mês, actualmente, uma média. Com isto aqui, uma média não estou,
975 aproximadamente.

976 **Entrevistador: E o transtorno que isso lhe causa no seu trabalho...**

977 Entrevistado: Sim, porque e não só... uma pessoa além do cansaço do trabalho, a
978 responsabilidade que uma pessoa tem de ter e o problema do controlo da doença em
979 si afecta muito, num sentido, porque a pessoa não tem aquele descanso devido,
980 porque eu há quinta-feira naqueles três meses foi um bocadinho insuportável, eu tinha
981 de me levantar uma média á volta das 6 horas da manhã ou 5 horas para estar às 8
982 horas no hospital para fazer o penso para sair de lá á volta das 11 horas, uma média,
983 para chegar ao meu trabalho á uma hora da tarde, mais ou menos, 2 horas, quer dizer
984 eu estou sempre a perder meio-dia de trabalho, nesses dias. Aqui, é duas horas que é
985 mais perto mas vai oscilar na mesma coisa, portanto, parecendo que não é o sono que
986 o gajo perde, a pessoa anda cansada, quer dizer isto afecta muito a, pronto, ou seja, o
987 dia-a-dia da pessoa, porque a pessoa não tem aquele descanso devido, tem de beber
988 um café para despertar e além da responsabilidade do emprego.

989 **Entrevistador: Alterou-lhe o padrão do sono?**

990 Entrevistado: Alterou. Tem alterado.

991 **Entrevistador: E a utilização de ligaduras tem sido complicado?**

992 Entrevistado: A situação das ligaduras é o seguinte. As ligaduras, quando eu saí daqui
993 vocês fizeram-me o teste, o exame se eu suportava ou não a ligadura de compressão,
994 as feridas não estavam preparadas para esse aperto, além de que eu tenho o problema
995 que não é arterial é venoso, se fosse arterial não suportava. Então eu comecei, o
996 primeiro tratamento que eu fiz lá, portanto, há 2 anos aquela primeira semana foi um
997 bocadinho doloroso suportar a ligadura, porque a ferida, aquela compressão foi tão

998 forte e eu tomei só a metade dos comprimidos estava a ver que tinha, ou seja,
999 mobilizar a ligadura porque o aperto era, depois a ferida em si á medida que o
1000 tratamento foi-se efectuando foi-se adaptando á compressão, hoje por exemplo a
1001 compressão para mim é uma coisa normal, nem me sinto bem sem a compressão. No
1002 dia-a-dia uma pessoa sente-se mais á vontade para trabalhar e tudo, porque a ferida
1003 está em compressão mesmo a dor está controlada, porque fora da compressão a dor
1004 não está controlada, e tu sabes que uma ligadura normal a dor vai com o dia-a-dia,
1005 com o peso que tem na perna e a circulação em si, a dor vem á superfície, ou como lhe
1006 queiram passar. A compressão ajuda muito.

1007 **Entrevistador: Dizia-me que inicialmente foi muito custoso, apeteceu-lhe desistir?**

1008 Entrevistado: Não. Há aquela esperança que a pessoa tem, eu vou ter resultados. A
1009 minha força de vontade tem sido grande, porque se fosse outra pessoa mais
1010 desanimada que não, prontos, outro género de ser humano era capaz de ter desistido.

1011 **Entrevistador: Sr. (Nome) já lhe fiz todas as perguntas que desejava. Falámos sobre a**
1012 **sua opinião, sobre a sua experiência, sobre os obstáculos que a ferida lhe provoca,**
1013 **não sei se existe mais alguma coisa que gostaria de acrescentar que não foi referida.**

1014 Entrevistado: Não. Agora, presentemente, o que eu tinha a explicar já expliquei. Foi
1015 tudo, quando é que começou a doença, não sei se isto é hereditário mas já perguntei a
1016 vários médicos de especialidade e eles não sabem, dizem que tem 30 ou 40% de
1017 possibilidade mas não têm a certeza, porque o meu pai tinha má circulação numa
1018 perna mas não morreu com isso e nunca abriu ferida, apesar de a perna estar negra
1019 nunca abriu ferida, mas tinha. Agora, á quem diga que na geração da pessoa, se a
1020 pessoa tivesse esses problemas vai-se buscar esses pormenores todos, certo ou não,
1021 não sabemos a 100%.

1022 **Entrevistador: Agradeço a sua colaboração. A entrevista termina aqui.**

ANEXO VI: MATRIZES DE ANÁLISE

MATRIZES DE ANÁLISE

Temas Centrais	Categorias	Sub- Categorias	Localização
<p>Limitações no Quotidiano</p>	<p>Mobilidade Prejudicada</p>		<p>“Olhe eu nem podia sair à rua... não podia sair à rua, porque eu tratava, tratavam-me... Eu sei lá...” E. 01 – L. 4, 5.</p> <p>“Mas também era raro sair... Eu não saio... Eu não saio... A minha gente e a Dra. Conceição, dizia-me: “Oh, D. (Nome) você tem de sair, você não se ponha assim, a vida é curta, e isto e aquilo...” Mas eu não...” E. 01 – L. 74 - 76.</p> <p>“(...) a perna assim um bocadinho coxa e isso assim, mas prontos...” E. 01 – L. 114, 115.</p> <p>“A ferida às vezes estorva, estorva de andar, eu ia sempre à missa às vezes até aos dias de semana e aquilo tudo, eu praticamente quase que deixei de sair... Não era capaz de andar (...)” E. 02 – L. 188 – 190.</p> <p>“(...) em casa ando sem bengala, sem nada, um bocado mal e tal e assim mas ando, agora não sou capaz de andar assim sem a bengala (...)” E. 02 – L. 194 – 196.</p> <p>“A gente cair é uma coisa fácil e aleijar-se. Então, é tentar corrigir esses pequenos problemas ou grandes problemas que venham afectar a ferida.” E. 03 – L. 448, 449.</p> <p>“(...) tinha de descansar, porque a Sra. Dra. diz para descansar, para descansar e tive de descansar.” E. 04 – L. 532, 533.</p> <p>“(...) não consigo correr, há coisas não consigo fazer eu não consigo andar descalça, e custa muito mas pronto tenho de conviver com isto.” E. 05 – L. 684 – 686.</p> <p>“Olhe, descer o autocarro ter de me segurar para descer o autocarro, ou subir é a mesma coisa. Descer as escadas do metro, que agora com a crise as escadas rolantes, há muitas estações que fechar as escadas rolantes e então a gente tem de descer as escadinhas a pé, custa (...)” E. 05 – L. 755 – 758.</p> <p>“Sim, tem limitado em algumas coisas, evidentemente, que uma pessoa não pode fazer esforços por aí além, não se pode, apesar de a gente às vezes tem de fazer não é? Mas não podemos, porque uma pessoa fazer esforços já sabe que isso vai ser prejudicial, se forem muito violentos, o que não é o meu caso que a minha profissão não dá isso, porque eu evito, a pessoa evita sempre porque tem conhecimentos de causa, evita sempre de fazer esforços não quer dizer que com isso não faça um dia, mas a gente evita pegar em pesos fora do normal. A gente evita, a gente sabe que isso prejudica, a gente sabe dessas coisas, o estar muito tempo em pé, porque eu agora estou a suportar bem o tempo em pé, apesar que eu tenho cautelas, já por trás a pessoa parece que fica com aquele, prontos, aquele preconceito de que tinha de fazer isto e ao mais pequeno descuido a pessoa, o cérebro diz, eh pá não faça isso. Estamos limitados...” E. 06 – L. – 882 – 893.</p> <p>“O resto vai-se fazendo, quer dizer certas e determinadas coisas, um gajo andar de joelhos ou outra coisa, não se pode fazer certas e determinadas coisas com os membros reflecte-se, com o músculo, a gente sabe disso. É limitado.” E. 06 – L. 897 – 900.</p> <p>“As dificuldades é uma pessoa não se poder movimentar á maneira como a gente sente (...)” E. 07 – L. 1028, 1029.</p> <p>“Eu fazia movimentos, mas não dava, com as dores, pronto era assim.” E. 07 – L. 1040.</p> <p>“Era em casa sentado, fazia movimentozitos. Enfim, depois fazia uns exercícios, uma bicicleta daquelas de ginásio era isso que eu fazia.” E. 07 – L. 1042, 1043.</p> <p>“Na questão de não poder fazer? Pois com certeza, passava a maior parte do tempo deitada com a perna levantada e se queria fazer alguma coisa na rua evitava de fazer.” E. 08 – L. 1252 – 1254.</p>

			<p>“Passar a ferro é que eu já não posso passar a ferro porque, realmente, estar ali de pé já não consigo, é dores que eu tenho de levantar a perna e não posso, pronto, não posso passar a ferro. E quando estou um bocadinho mais de pé tenho de me sentar, porque não posso, não posso mesmo, as dores são imensas.” E. 09 – L. 1368 – 1372.</p> <p>“Normalmente, de manhã quando me levanto tenho de andar em bicos de pés, pelo menos da perna esquerda, depois passado um bocado já começo assentar o pezinho no chão, já... pode-me doer na mesma mas já consigo assentar o pé no chão, porque tenho sempre a tendência para, pelo menos na perna esquerda na parte de trás, parece que tenho o tendão preso que eu não consigo assentar o pé completamente no chão, pelo menos de manhã e depois se eu me assentar é a mesma coisa. É só se me sentar, se estiver andar não me dói tanto.” E. 10 – L. 1548 – 1554.</p> <p>“(…) se eu estiver muito tempo em pé, tenho de me sentar (…)” E. 10 – L. 1556 – 1557.</p> <p>“Não consigo estar em pé a fazer força nas pernas, prontos, a direita não me faz diferença, mas normalmente a esquerda faz-me muita diferença.” E. 10 – L. 1559 – 1561</p> <p>“(…) se eu andar mais para um lado mais para o outro, já fico aflita, mas então suspensão é a coisa que mais me custa é estar suspensa (…)” E. 11 – L. 1773 – 1774.</p> <p>“(…) noto que vou piorando as minhas limitações cada vez estão a ser mais (…)” E. 11 – L. 1861 – 1861.</p> <p>“(…) é assim de eu querer andar e ela fazer-me doer a perna (…)” E. 12 – L. 2046 – 2047.</p>
	<p>Interferências na AVD's</p>	<p>Hábitos de Higiene</p>	<p>“Tomar banho, não tomo... Não tomo, isto é, às vezes... elas não gostam muito, mas eu tiro isto tudo e tomo banho porque eu não. Às vezes é lavar-me, porque usava muito para por um saco plástico até ao joelho e depois atava um elástico muito apertado e assim, mas como tivemos que mandar, nós em casa tínhamos 2 casas de banho mas nenhuma tinha polibã, e então mandámos, o meu marido mandou arranjar agora por um polibã tem assim uns certos biquinhos para não cairmos, e então não sei se é por isso que os sacos mesmo bons, fortes rebentavam e molhava a ligadura toda, ainda pior era, e então por isso tive que, agora é lavar-me para não molhar, ou tenho de lhe dizer a elas e depois tirar e vir cá ou então tenho que me lavar aos bocados.” E. 02 – L. 175 – 183</p> <p>“Com ligadura, é um plástico, atava um plástico aqui ao joelho.” E. 03 – L. 430.</p> <p>“Metia o pé dentro de um saco plástico, ainda lá tenho, e ainda faço isso, ainda faço isso. Punha um saco grande, que lá tenho, de plástico... o plástico é atado aqui por cima do joelho, do joelho e tomo banho normal. O plástico é para não molhar a ferida.” E. 03 – L. 432 – 435.</p> <p>“(…) tomar banho com as duas pernas dentro da banheira é um sacrifício, porque eu não consigo, só quando a ferida fecha.” E. 05 – L. 648 – 649.</p> <p>“(…) o facto de tomar banho com a perna de fora, que é uma chatice muito grande. Sei lá...” E. 05 – L. 720 – 721.</p> <p>“(…) a pessoa tem de tomar banho com protecção, e outras coisas mais, porque não pode fazer uma pessoa normal, evidentemente, isso é um dos casos.” E. 06 – L. 895 – 897.</p> <p>“Tomar banho com a ligadura, enrolo um saco plástico, ato aqui por cima com uns adesivos, aqui por cima do joelho, tomo banho. Assim como chegou a ser no hospital igual quando estive 21 dias internados em Vila Franca era a mesma coisa, um saco.” E. 07 – L. 1157 – 1160.</p> <p>“(…) era complicado, claro. Punha um saco plástico e uma data trapos á volta e tal, até cheguei aparecer aqui com a</p>

		<p>ligadura um bocadinho molhada, tinha mais complicação em tomar banho do que propriamente a fazer as coisas.” E. 08 – L. 1328 – 1330.</p> <p>“Eu agora tenho tomado banho, mas agora estava a dizer á Sra. Enfermeira, agora não posso tomar banho com esta ligadura e ela: “Olhe lave-se á gato.” É o que tenho de fazer, tomo banho todos os dias, mas com o penso que elas me faziam lá em cima na Abrigada, punham um penso que era impermeável ou o que era aquilo, e eu tomava banho encantada da vida nunca molhava o penso. Agora, vamos ver como vai ser.” E. 09 – L. 1430 – 1435.</p> <p>“Banho eu normalmente tomo sentada, porque sentada num banco que tenho no polibã, meto o banco sento-me no banco, meto uma toalhazinha, por causa do sítio onde tenho a ligadura para não molhar, depois tenho de ficar sempre com os pés do lado de fora do polibã, mas tomo banho, prontos, bem. Quase normal.” E. 10 – L. 1564 – 1568.</p> <p>“(…) custa-me tanto tomar banho que é com um saco plástico e depois tenho de por o pé em cima da, do polibã e eu até fiquei com um bocadinho com esta anca, que já foi operada á 18 anos bastante dorida, porque tinha, ainda, bastante tempo porque não tenho mobilidade para tomar um banho assim rapidamente como outra pessoa que pode e então tentava em cima daquela parte mais alta do polibã a ver se a água mesmo com o plástico não entrava tanto, porque a água mesmo com o plástico entra sempre um bocadinho.” E. 11 – L. 1721 – 1727.</p> <p>“Para já foi difícil, porque é assim eu para evitar molhar tanto além de ter um saco grande de plástico, pronto tive que alterar, porque punha sempre a perna, mas ultimamente já me custava muito.” E. 11 – L. 1752 – 1755.</p> <p>“É um bocadinho complicado e sem aquilo custa, sem a ligadura e sem o coiso custava-me menos tomar banho. Já me custava antes, depois com aquilo ainda pior.” E. 11 – L. 1759 – 1761.</p> <p>“Ai! É muito incomodativo. A gente quer se lavar, quer fazer as coisas, quer...” E. 12 – L. 1946 – 1947.</p>
	<p>Actividades Domésticas</p>	<p>“(…) eu agora venho para aqui, a cada passo, depois há os outros campos, porque uma pessoa faz uma vida não 100% normal, mas consideramos, porque a pessoa certas e determinadas coisas a pessoa não pode ter, não se pode ir a uma praia, e outras coisas quaisquer não pode expor, não se pode... essas características...” E. 06 – L. 876 – 879.</p> <p>“Sim, tem limitado em algumas coisas, evidentemente, que uma pessoa não pode fazer esforços por aí além, não se pode, apesar de a gente às vezes tem de fazer não é? Mas não podemos, porque uma pessoa fazer esforços já sabe que isso vai ser prejudicial, se forem muito violentos, o que não é o meu caso que a minha profissão não dá isso, porque eu evito, a pessoa evita sempre porque tem conhecimentos de causa, evita sempre de fazer esforços não quer dizer que com isso não faça um dia, mas a gente evita pegar em pesos fora do normal.” E. 06 – L. 882 – 888.</p> <p>“Pois as dificuldades, eu não fazia nada pronto, o que é que eu podia fazer? Para o campo não podia ir, trabalhar de pedreiro não podia ir, eu era pedreiro, claro já estou na reforma.” E. 07 – L. 1046 – 1049.</p> <p>“Passar a ferro é que eu já não posso passar a ferro porque, realmente, estar ali de pé já não consigo, é dores que eu tenho de levantar a perna e não posso, pronto, não posso passar a ferro. E quando estou um bocadinho mais de pé tenho de me sentar, porque não posso, não posso mesmo, as dores são imensas.” E. 09 – L. 1368 – 1372.</p> <p>“(…) às vezes quero fazer o comer se estiver a fazer assim qualquer coisa que dê para estar sentada, sento-me e vou fazendo. Se não tenho de apoiar o pé sempre em cima de qualquer coisa. Não consigo estar em pé a fazer força nas pernas, prontos, a direita não me faz diferença, mas normalmente a esquerda faz-me muita diferença.” E. 10 – L. 1557 – 1561.</p>

			<p>“(…) claro as minhas limitações para me movimentar, para me vestir e para me despir, por exemplo, eu em casa ando com outra roupa para estar á vontade, mas não foi, teve algum impacto, mas não foi, a minha vida teve de ser um bocadinho alterada (…)” E. 11 – L. 1930 – 1933.</p> <p>“Vou de manhã ao pão e já não saio mais de casa, aos domingos não saio com o meu marido.” E. 12 – L. 1981 – 1982.</p>
		Alterações do Padrão do Sono	<p>“(…) tinha azar á cama que não queira saber, porque eu quando estava pior, quando era ali 3 ou 4 da manhã não dormia mais com dores, eu só dormia o bocado que tomava dois comprimidos.” E. 02 - L. 154 – 156.</p> <p>“(…) havia noites que não dormia nada (…). Qual dormir? Mas é que as dores são mais fortes, eu não posso dormir…” E. 02 – L. 160 - 162.</p> <p>“(…)às 6 horas já estou levantada, porque estava sempre desejando de me levantar por causa de estar mal na cama (…)” E. 02 – L. 217 – 218.</p> <p>“Agora esta noite é que passei pior, esta noite passei pior mas pronto…” E. 06 – L. 669 – 670.</p> <p>“(…) a pessoa não tem aquele descanso devido (…)” E. 06 – L. 979.</p> <p>“(…) parecendo que não é o sono que o gajo perde, a pessoa anda cansada, quer dizer isto afecta muito a, pronto, ou seja, o dia-a-dia da pessoa, porque a pessoa não tem aquele descanso devido, tem de beber um café para despertar e além da responsabilidade do emprego.” E. 06 – L. 985 – 988.</p> <p>“(…) as noites eram passadas, tive 10 meses passados num sofá que não conseguia dormir na cama.” E. 07 – L. 1031 – 1032.</p> <p>“O calor, o calor da cama ou qualquer coisa assim afectava a coisa e não conseguia ficar estendido na cama (…)” E. 07 – L. 1034 – 1035.</p> <p>“(…) quero dormir não consigo, quero estar na cama nem sei como hei-de estar (…)” E. 09 – L. 1465 – 1466.</p>
		Vestuário e Calçado	<p>“(…) eu comecei a usar calças como de homem e eu não usava, usava era saias mas como eu não podia vestir colãs no inverno porque tinha frio, e então comecei a usar calças por causa desta perna que tenho frio.” E. 02 – L. 205 – 207.</p> <p>“Eu, praticamente, ando sempre de calças.” E. 04 – L. 609.</p> <p>“(…) é não podermos calçar aquilo que queremos, é não poder vestir aquilo que queremos, é muito complicado.” E. 05 – L. 653 – 654.</p> <p>“Eu sapatos não calço. Eu só calço ou botas ou chinelos, porque o sapato bate depois aqui na parte (aponta para a área da lesão), nem as sabrinas que eu gosto tanto daquilo não consigo andar com aquilo, bate nesta parte que tem a ferida, mas mesmo que esteja fechado, como a pele está mais sensível e eu com medo de ali do bordo do sapato bater ali, tenho medo que aquilo abra não calço. Ou calço botas ou calço chinelos.” E. 05 – L. 699 – 704.</p> <p>“A roupa é só calças. (…). Oh Sr. Enfermeiro eu não vou andar de saias com as ligaduras.” E. 05 – L. 706 – 709</p> <p>“Sei lá... Gostava de andar de saias...” E. 05 – L. 721 – 722.</p> <p>“Tinha de andar de chinelos, porque andava sempre tudo molhado (…)” E. 07 – L. 1060 – 1061.</p> <p>“(…) tinha de andar sempre com um chinelo.” E. 07 – L. 1108 – 1109.</p> <p>“Ainda tenho lá umas botas para estrear que podiam ter sido estreadas, não as calço por causa do pé estar enrolado com uma ligadura (…). Portanto, comprei umas botas novas que não as consigo calçar, tem de ser o sapato que está mais largo.” E. 07 – L. 1148 – 1152.</p>

		<p>“Pois, não podia calçar sapatos. Aquilo vinha tudo enrolado desde o peito do pé até cá cima não podia usar sapatos, eram chinelos, e eram uns que se desabotoam que tiveram de alargar. Tivemos de comprar uns chinelos daqueles com velcro.” E. 08 – L. 1300 – 1303.</p> <p>“Ai, isso altera, até trouxe estes mais largos a pensar que dava mesmo assim já não dá e da roupa não posso ter outra coisa que é as calças, porque tenho as pernas que está tudo que é uma desgraça.” E. 09 – L. 1411 – 1413.</p> <p>“Pelo menos o calçar. Prontos, o vestuário não, porque ando sempre de calças, como ando sempre de calças não tenho muito... Agora o calçado isso... o calçado, é sempre ter de comprar o número maior do que calço...” E. 10 – L. 1573 – 1575.</p> <p>“(...) quando chovia eu só podia andar de chinelos, porque não me cabia outra coisa era só os chinelos, sapatos não podia calçar com duas ligaduras e com o que elas põem por baixo, isso às vezes eu pensava assim: “Se chove muito, eu fico com os pés todos molhados.”” E. 11 – L. 1864 – 1867.</p> <p>“(...) era a dificuldade que a gente mais para me vestir, porque, por exemplo, tinha uma, se vestisse uma calça prendia mais, porque havia 2 ligaduras aquilo era mais grosso (...)” E. 11 – L. 1889 – 1891.</p> <p>“Não podia calçar mais nada, pronto, porque foi de inverno não podia calçar mais nada a não ser chinelos, é que não podia onde é que alguma vez havia sapatos, eu não ia comprar uns sapatos enormes e mesmo assim tinha que ser, só se fosse um sapato por medida (...)” E.11 – L. 1913 – 1916.</p> <p>“(...) aquilo era do género de pantufa, aquilo é tecido, entrava, a água entrava para dentro, não é?” E. 11 – L. 1923 – 1924.</p> <p>“Estes sapatos, agora ainda calcei outros, porque digo às vezes podem me por mais coisas maiores, já trouxe estes sapatos mais coisas. Agora de manhã, até quando fui para Vila Franca, são novos que os comprei lá há tempos, neste pé fica o sapato mais largo e neste fica mais apertado porque tem as ligaduras, está sempre um bocadinho mais inchado e tudo, é sempre mais dificuldade nos sapatos.” E. 12 – L. 2009 – 2014.</p>
	<p>Actividade Profissional</p>	<p>“(...) na agricultura, tenho as hortas e as minhas coisas, tenho as vinhas. Sempre trabalhava.” E. 03 – L. 426 – 427.</p> <p>“Aquilo que eu fazia era agricultura da horta, das vinhas, não era dar assim muito, sacrifício á ferida, ao local.” E. 03 – L. 440 – 441.</p> <p>“Meti baixa porque a médica disse-me para meter baixa e que tivesse descanso com a perna.” E. 04 – L. 521 – 522.</p> <p>“Estive 3 semanas de baixa.” E. 04 – L. 530.</p> <p>“(...) eu há quinta-feira naqueles três meses foi um bocadinho insuportável (...) estar às 8 horas no hospital para fazer o penso para sair de lá á volta das 11 horas, uma média, para chegar ao meu trabalho á uma hora da tarde, mais ou menos, 2 horas, quer dizer eu estou sempre a perder meio-dia de trabalho, nesses dias.” E. 06 – L. 980 – 984.</p> <p>“Para o campo não podia ir, trabalhar de pedreiro não podia ir, eu era pedreiro, claro já estou na reforma.” E. 07 – L. 1047 – 1048.</p> <p>“Foi querer ganhar e não poder, porque a gente somos pobres. Ainda fazia naquele tempo, aqui há 4 anos, 4 ou 5 anos atrás quando isto começou aparecer até andava a trabalhar. Tive de deixar de trabalhar (choro).” E. 07 – L. 1138 – 1140.</p> <p>“Tinha trabalhos e fazia trabalhos na construção, tinha trabalhos aos sábados e aos domingos que eram uns extras e</p>

		<p>ainda fazia, era meter azulejo, meter chão, meter outras coisas assim, só que um gajo começou a ressentir-se, incapacitado, pronto acabou-se.” E. 07 – L. 1143 – 1146.</p> <p>“Ainda ontem, não fiz nada eu tive de arranjar qualquer coisa para fazer, porque eu tenho um espírito para trabalhar.” E. 09 – L. 1354 – 1355.</p> <p>“Se fosse outra pessoa limitava, porque as dores são imensas só que eu tenho, gosto de trabalhar, tenho este espírito assim e vou fazendo dentro daquilo que posso. (...)Que posso, mas não posso.” E. 09 – L. 1357 – 1361</p> <p>“A maior dificuldade que eu tenho é ter de trabalhar e não poder, por causa das dores que tenho (...)” E. 09 – L. 1438 – 1439.</p>
	<p>Utilização de Ligaduras / Meias</p>	<p>“Se apertava as pernas parece que pior era (...)” E. 01 – L. 7 – 8.</p> <p>“Andei muito tempo com elas ligadas... mas depois a Enf.^a apertou e, talvez, foi o que me curasse (...)” E. 01 – L. 35 – 36.</p> <p>“Oh, dor e comichão... e a perna assim um bocadinho coxa e isso assim, mas prontos...” E. 01 – L. 114 – 115.</p> <p>“Comecei a usar estas ligaduras fez agora um ano no dia 14 de Outubro que ela começou com este tratamento. Isto melhorou, depois fechou foi uma alegria não é?” E. 03 – L. 313 – 315.</p> <p>“(...) eu dizia-lhe aperte-me a ligadura, mas demais não. Aperta-me a ligadura, a perna está um bocadinho inchada depois quando a perna desincha a meia fica larga e vai-me ferir a perna. Não! Está bem apertada. Está bem apertada, não estava nada. Quando foi no outro dia começou a doer-me, fui tirar e a ferida está outra vez lá.” E. 03 – L. 321 – 325.</p> <p>“No dia-a-dia é uma adaptação tanto do aspecto do penso em si, a compressão, às vezes no Verão é um bocadinho rigoroso suportar por causa do calor, a transpiração mas a pessoa, nós, vamo-nos adaptando às circunstâncias do dia-a-dia.” E. 06 – L. 803 – 806.</p> <p>“A ligadura, é andar sempre com o pé tapado, tinha de andar sempre com um chinelo.” E. 07 – L. 1108 – 1109.</p> <p>“É pior a meia elástica, é pior num sentido se eu a calçar para fazer uma caminhada sinto-me bem com ela, agora se for para estar parada não, tenho de a tirar. Não aguento aquele mal-estar, a perna está, não está bem.” E. 08 – L. 1263 – 1265.</p> <p>“Agora elas punham-me umas ligaduras com uma grossura, que aquilo era um calor desgraçado e no Verão está a ver, foi Julho e passado o Verão todo assim (...)” E. 08 – L. 1286 – 1288.</p> <p>“(...) eu tinha uma comichão tão grande por debaixo daquilo, porque há uma semana que eu não fazia já o penso (...) Mas já há uma semana e tinha uma comichão (...)” E. 11 – L. 1708 – 1712.</p> <p>“Tinha comichão, por baixo tinha muita comichão.” E. 11 – L. 1801.</p> <p>“Pronto, tinha uma comichão tão grande debaixo, que eu tinha uma vontade, tanto que uma vez que tirei a ligadura (...) quando me apanhei sem ligadura eu já tinha comichão, olhe cocei, cocei que até ficou vermelho ali naquele sítio (...)” E. 11 – L. 1818 – 1822.</p> <p>“Mas eu comprei uma meia nova, só que não aguento com ela, no outro dia vi-me e tive de a tirar, porque não aguentava com dores. Punha as almofadas e aquilo tudo e com a pressão da meia, estava muito apertado, tive de voltar á velha.” E. 12 – L. 2000 – 2003.</p>

		<p>“Elas agora ligaram-me outra vez a perna, aqui há tempos puseram uma coisa e ligaram a perna, bem mas quando foi uma certa altura eu tive de a desligar, porque era tanta dor, tanta dor na perna que não... aquilo estava tudo repassado, era ligaduras era tudo e eu não aguentava com a ligadura na perna. Da maneira que ela estava posta não aguentava.” E. 12 – L. 2094 – 2098.</p>
	<p>Encargos Financeiros</p>	<p>“Exactamente... Gastei dinheiro... E ainda hoje, compro cremes para por nas pernas. As meias, o meu filho, passa de vez em quando pela loja das meias e traz mesmo daquelas meias para eu calçar. De vez em quando compro meias, não é dizer que posso mas, prontos, compro para estas não se rasgarem.” E. 01 – L. 54 – 57.</p> <p>“Elas diziam-me: “Ao dinheiro que tu gastas ias ao Cartaxo e punhas-te boa num instante...”” E. 01 – L. 60 – 61.</p> <p>“Com a ferida, elas quase que praticamente não me exigem... As meias, gastei com as meias, já tenho gasto também, já tenho tomado antibiótico.” E. 02 – L. 258 – 259.</p> <p>“Sim, não foi muito mas sim. Porque eu agora tenho aqui no saco duas pomadas que uma custou-me 12€ e outra 7 ou 8. (...) Uma delas é, uma é. Antigamente não era, eu pagava do meu bolso, e cada farmácia tinha o seu preço, mas agora não, é comparticipada. O halibut já não é, sinalar também já não é, que é cara (...). São tudo coisas que custam muito dinheiro. E eu ando á 4 anos a comprar medicamentos, comprava compressas, e tudo...” E. 03 – L. 479 – 488.</p> <p>“(...) ia de carro, tinha a gasolina para pagar e outros custos que o carro custa (...) Só isso as finanças é que aguentavam os custos. São suportáveis, felizmente que se suportou bem.” E. 03 – L. 494 – 498.</p> <p>“Ah, mas muito mais. Ah, mas muito mais, Sr. Enfermeiro. O venosmyl que eu tomo todos os dias, que são dois comprimidos, acho que vou ter de tomar aquilo até morrer. Depois, quando tenho muitas dores, eu chegava a tomar quatro clonix por dia, quatro clonix. Agora não sei, que já há muito que não tomo desde que encontrei a enfermeira, não é? Depois passado uns tempos, praí quê? Desde Agosto, desde Agosto que não tomo nada, olhe desde Agosto que eu não tomo nada. Pronto, queria ver se não voltava, porque é muito dinheiro.” E. 05 – L. 661 – 667.</p> <p>“Sim gastei, agora actualmente talvez não seja tanto mas sempre afecta os encargos. Agora talvez não, mas monetariamente qualquer coisa, porque eu fazer estes tratamentos agora, mesmo aqui, o actual, eu tenho de ir a Lisboa 1 vez por semana. Nos primeiros três meses que andei lá, eram 3 dias por semana, cheguei a gastar por mês só em transportes não olhando ao custo que pagava a ADSE, há volta de 20 contos. Nesse período, depois baixou, mas mesmo assim monetariamente estou a gastar assim por alto, vamos lá, eu vou lá 4 vezes, actualmente uma média de 4€, 32, são 32€ mais o metro... dá uma média de 60€ por mês, actualmente, uma média. Com isto aqui, uma média não estou, aproximadamente.” E. 07 – L. 966 – 975.</p> <p>“O dinheiro que tínhamos foi todo para mim, de médico em médico. Esta receita não serve esta também não.. Uma vez fui a um médico particular que era no Cacém, o Dr. Alves da Cunha, só numa vez foram 20 contos, dos medicamentos que ele me receitou, só na farmácia paguei 180€ e não havia este medicamento, e era para ser um medicamento que era para vir do Brasil, que era não sei quanto. Mas pronto, o medicamento não me fez nada e era um grande médico um grande especialista.” E. 07 – L. 1099 – 1105.</p> <p>“ E da outra ferida gastei muito dinheiro, fui ao Abrisaúde, e cada vez que lá ia eram 15€ dia sim, dia não, depois quando ia ao médico também era o seu dinheiro.” E. 09 – L. 1449 – 1451.</p> <p>“(...) bem agora com a reforma estou a receber mais. Eu recebia de baixa 189€ e agora recebo 300€, é mais uma ajuda</p>

		<p>um bocadinho melhor (...)” E. 10 – L. 1623 – 1624.</p> <p>“(...) se não fosse a minha filha vir-me trazer quase todos os dias, ia aumentando porque tinha de vir de táxi, não podia vir a pé, (...) hoje por acaso vim de táxi. Vim de táxi, porque a minha filha não estava em casa e vim de táxi, pronto aí era já uma conta acrescida, não é?” E. 11 – L. 1845 – 1849.</p> <p>“(...) também tive gastos com a meia e gastos com medicação e assim.” E. 11 – L. 1856 – 1857.</p> <p>“(...) só que vir para aqui para vir a pé daqui para lá e de lá para cá, é um bocado longe tenho sempre de vir num carro é 2€ por cada vez que venho. (...) Eu não tenho vindo bem, não é bem por causa disso, porque se for preciso tenho que fazer mais esse sacrifício, não é?” E. 12 – L. 2020 – 2026.</p>
	Obrigatoriedade de deslocação ao Centro de Saúde	<p>“Pois, com certeza, todos os dias a fazer sacrifícios. Levantar-me para ir ao posto médico, ter de alugar um carro, não poder... Ter essa missão de não falhar, que é uma coisa que eu nunca falhei, foi um minuto nem chegar ao trabalho tarde, nunca. Marcam para as X horas e eu estou lá, essa preocupação é estar lá, nunca falhar com aquilo que está combinado.” E. 03 – L. 465 – 469.</p> <p>“(...) cheguei a ir a Lisboa ao médico, e vinha de Lisboa aqui Abrigada ao posto médico para fazer o tratamento. (...) Tinha sempre a preocupação de nunca falhar e ter sempre combinado para não haver problemas. Foi uma coisa que eu fiz sempre, sempre.” E. 03 – L. 471 – 477.</p> <p>“O que notei mais foi o tempo que perdia, o tempo que perdia nos tratamentos. Se era às 9 e meia, 10 ou 11 horas estava meio-dia perdido.” E. 03 – L. 492 – 493.</p> <p>“(...) tive de vir ao posto médico fazer o penso dia sim, dia não, e eu depois vim.” E. 08 – L. 1244 – 1245.</p> <p>“O ir para o posto médico, isto é uma chatice, andar para o posto médico temos de lá estar que tempos de pé (...)” E. 11 – L. 1686 – 1687.</p> <p>“(...) para mim é um transtorno, nem é aqui o meu posto médico, porque é um transtorno, chateia-me estar a pedir ao meu médico se ele me pode atender (...)” E. 11 – L. 1765 – 1766.</p> <p>“(...) eu evitei, ia evitando tanto que até disse assim: “Vou ao hospital e depois logo se vê.”” E. 11 – L. 1775 – 1776.</p>
Viver com Dor	Dor Provocada pelo Tratamento	<p>“(...) o primeiro tratamento que eu fiz lá, portanto, há 2 anos aquela primeira semana foi um bocadinho doloroso suportar a ligadura, porque a ferida, aquela compressão foi tão forte (...)” E. 06 – L. 995 – 998.</p> <p>“Aumenta, quer dizer, não quer dizer que aumente muito mas por exemplo agora neste momento estou cheia de dores daquilo que me estiveram a fazer. Depois, quando ia ao penso vinha de lá com umas dores horríveis, mas depois com a continuação aquilo ia passando (...)” E. 09 – L. 1375 - 1378.</p> <p>“(...) agora á pouco tempo, pôs-me um produto que parece que cheira a lixívia, aquilo é horrível, tanto que aqui as enfermeiras tiveram de mudar o tratamento que eu não aguentava...” E. 10 – L. 1637 – 1639.</p> <p>“(...) só andei a fazer este tratamento 2 dias ou 3 que eu não aguentava com tanta dor.” E. 10 – L. 1641 – 1642.</p> <p>“Mas esse tratamento é horrível.” E. 10 – L. 1647.</p> <p>“Acho que é quando me fazem o tratamento, para mim é mau... Prontos, a dor quando fazem o tratamento, a dor que depois tenho. Depois passado um bocado passa, não tenho.” E. 10 – L. 1656 – 1658.</p>

	<p>Dor Intensa e Persistente</p>	<p>“Era dores, fortes mas fortes... Ah, pois era...” E. 01 – L. 31.</p> <p>“Era chorar com dor (...)” E. 01 – L. 87.</p> <p>“Ai! É uma coisa dolorosa. Muito dolorosa (...)” E. 02 – L. 138.</p> <p>“Porque isto dores, para as dores pouco passa, nada me tirava as dores (...)” E. 02 – L. 158 – 159.</p> <p>“(...) deitada as dores eram insuportáveis (...)” E. 02 – L. 144.</p> <p>“(...) eu tive 3, ao mesmo tempo, nesta perna e as dores não eram tão grandes como esta no pé.” E. 02 – L. 164 – 165.</p> <p>“Ai umas dores faz favor, dor á volta da perna. Tinha muita dor (...)” E. 04 – L. 535.</p> <p>“Quando ando mais um bocadinho em cima da perna, foi umas dores de noite fogo.” E. 04 – L. 545.</p> <p>“(...) já me doeu mais do que o que me está a doer agora.” E. 04 – L. 564.</p> <p>“As dores, principalmente as dores, que são dores horrorosas.” E. 05 – L. 645 – 646.</p> <p>“Mas é não ter, não saber o que é estar um dia sem dores (...)” E. 05 – L. 652 – 653.</p> <p>“(...) eu não tendo dores eu ando bem, eu não tendo dores para mim é uma vitória.” E. 05 – L. 750 – 751.</p> <p>“(...) dói-me tem dias que me dói, agora não, mas tinha dias que eu para descer as escadas do metro ou para andar mesmo é quase com o pé de lado.” E. 05 – L. 761 – 763.</p> <p>“(...) oh! É uma dor horrorosa.” E. 05 – L. 766.</p> <p>“Uma pessoa chega a uma altura do fim do dia não pode suportar, tem de estar, agora além da dor, estar mais assentado ou deitado ou sentado, não é?” E. 06 – L. 794 – 795.</p> <p>“A dor com a ferida quando está bastante infectada é um bocadinho insuportável.” E. 06 – L. 902 – 903.</p> <p>“Há sempre uma dorzeca, às vezes cansaço ao fim do dia reflecte-se não quer dizer que seja aquela dor constante, mas a pessoa nota.” E. 06 – L. 907 – 908.</p> <p>“(...) das outras vezes isto era dores agora por sinal não tenho dores mas cheguei a ter dores.” E. 07 – L. 1029 – 1030.</p> <p>“(...) eram umas dores uma coisa horrível.” E. 07 – L. 1035.</p> <p>“Olhe eram dores, era mau estar, era comichão. Era mau estar, realmente, um mau estar e doer, não é?” E. 08 – L. 1233 – 1234.</p> <p>“É dores de morrer tenho passado dores que não desejo a ninguém (...)” E. 09 – L. 1342 – 1343.</p> <p>“(...) faz-me muita dor. Faz-me diferença em fazer, mas faço.” E. 09 – L. 1367 – 1368.</p> <p>“(...) as dores que tenho incomoda-me porque eu quero fazer as coisas e não consigo.” E. 09 – L. 1441 – 1442.</p> <p>“(...) nesse dito banquinho que eu tenho na sala e descuidei-me e bati lá no bico, tive tanta dor. Tanta dor que digo assim, valha-me Deus tive ali mais de um quarto de hora com esta dor, que me fez doer, bati com a ferida (...)” E. 09 – L. 1500 – 1503.</p> <p>“(...) ninguém calcula a dor que eu tenho tido, porque vocês, o Sr. Enfermeiro e os médicos, que lêem podem saber, realmente, a dor que isso dá porque está lá escrito, podem imaginar porque o Dr. Jucelino quando me fez a cirurgia disse: “Eu sei que tem muita dor.” Ele não sabe porque tinha, ele sabe porque talvez lê-se e sabia-me dar o valor á dor que eu tinha, mas quem as sente custa um bocado. Mas não há nada a fazer...” E. 09 – L. 1512 – 1517.</p> <p>“(...) faz muitas dores. Agora por enquanto não tenho tido assim muita razão, mas tenho tido muitas dores normalmente, então, durante a noite é pior. Durante a noite é muito pior.(...) Tenho muita dor. Às vezes eu deito-me</p>
--	---	--

		<p>bem, mas depois durante a noite acordo com bastante dor.” E. 10 – L. 1532 – 1537.</p> <p>“(…) depois começou-me, tinha dores e começou a perna a inchar muito.” E. 11 – L. 1684.</p> <p>“(…) há horas em que eu estou em casa e às vezes tenho dor já me tem acontecido, choro e digo assim: “Ai, porque é que eu sofro tanto?” (….) às vezes há horas que estou saturada, cheia de dores, querer fazer as coisas, mesmo o mínimo dos mínimos e cheia de dores (….)” E. 11 – L. 1902 – 1907.</p> <p>“(…) hoje então, tenho estado cheinha de dores, é muito…” E. 12 – L. 1947.</p> <p>“Sinto umas bicadas.” E. 12 – L. 1956.</p> <p>“Ai, a gente sente-se mal. Sente aquele mau estar ali assim, não tenho posição, é... estar assim, mas tenho alguns dias nem é sempre, hoje está e ontem á noite também (….)” E. 12 – L. 1958 – 1960.</p> <p>“(…) às vezes faz-me doer andar. Ando sempre a coxear.” E. 12 – L. 2005.</p>
	<p>Estratégias para controlar a dor</p>	<p>“Olhe primeiro é que eu estava mal na cama, era onde me dava pior, só estava bem com a perna pendurada. (….) Com ela pendurada para fora e então passava assim, depois tinha muita dor, muita dor e desde que me levantasse, quer dizer não passava de todo mas continuava na mesma, mas deitada as dores eram insuportáveis e, então, eu pendurava a perna pra baixo, para aliviar a dor e tinha muito calor na perna e esse calor, ora, eu já fazia aquilo também para ela ficar ao fresco, (….) ia buscar soro e com algodão em rama ensopava em soro e molhava por cima…” E. 02 – L. 142 – 148.</p> <p>“E o meu marido comprou-me uma cadeira que tem assim, estica para por a perna mas eu nem me sinto muito bem com a perna assim e gosto dela de “sarapantão” (pendurada).” E. 02 – L. 225 – 227.</p> <p>“Tomando uma caixa de clonix numa semana, 20 clonix numa semana, tirando os ben-u-ron, o brufen 600.” E. 05 – 657 – 658.</p> <p>“(…) só á base de medicamentos para a dor ou isso que nós não podemos abusar muito porque prejudica (….)” E. 06 – L. 905 – 906.</p> <p>“(…) aquela compressão foi tão forte e eu tomei só a metade dos comprimidos estava a ver que tinha, ou seja, mobilizar a ligadura (….)” E. 06 – L. 997 – 999.</p> <p>“Era de noite estar na cama com dores, tinha de pendurar a perna, outras vezes levantar a perna, outras vezes levantar-me e andar para trás e para diante no fundo do corredor. Há noite chamava por vezes uma enfermeira, porque não podia com dores para me fazer outra vez o coiso e dar-me um comprimido para combater essa dor. A perna estando lá debaixo da cama fazia mais dor, passei lá noites…” E. 07 – L. 1165 – 1170.</p> <p>“Não! Não tomava medicação. Aguentava-a e era com o tratamento que me faziam.” E. 08 – L. 1270 – 1271.</p> <p>“(…) ia tomando um Ben-u-ron e tal, e aquilo ia passando, passando mas não era total, passava. (….) Tenho de tomar o Ben-u-ron, é só o que tomo, é só o que tomo.” E. 09 – L. 1378 – 1381.</p> <p>“A dor que eu tenho é que é difícil, quero dormir não consigo, quero estar na cama nem sei como hei-de estar, ou ponho a perna para cima ou ponho a perna para baixo ou para o lado, de todas as maneiras me faz dor. (….) Não tenho posição para estar.” E. 09 – L. 1465 – 1469.</p> <p>“Acho que é mesmo das pernas, porque às vezes tenho de me sentar na cama e estar ali com as mãos ali a passar por cima para ver se alivia mais um bocadinho a dor.” E. 10 – L. 1539 – 1541.</p>

		<p>“Tomo, realmente eu só tomo os comprimidos para as dores quando tenho mesmo dor.” E. 10 – L. 1651 – 1652.</p> <p>“(…) deixou de me doer, porque depois também tenho medicamento, claro, que a médica de lá me receitou (…)” E. 11 – L. 1735 – 1737.</p>
Alterações Emocionais	Medo Relacionado com a Ferida / Alteração da Imagem Corporal.	<p>“Sei que aquilo até metia respeito, das pessoas olharem para as minhas pernas.” E. 01 – L. 33 – 34.</p> <p>“Via as pernas assim.” E. 01 – L. 64.</p> <p>“(…) as pessoas: “Ai! Como é que tu tens as pernas rapariga, tu tens de ter cuidado, tu ficas sem as pernas... Ai Jesus!” E. 01 – L. 94 – 96.</p> <p>“(…) teve vezes quando ela estava muito, muito, muito, muito feia dizia-me tantas vezes: “A senhora não pensa bem mas isto é um perigo iminente porque pode ter... Ai! Eu nem lhe quero dizer.” Eu sei, o que é que isso pode levar, pode levar á amputação da perna do pé ou assim.” E. 02 – L. 212 – 215.</p> <p>“Ficou as pernas negras, com as pernas negras pronto e então fiquei com muita comichão, muita comichão (…)” E. 03 – L. 295 – 296.</p> <p>“(…) quando pensavam que eu ficava sem as pernas, fiquei com as pernas (…)” E. 03 – L. 350 – 351.</p> <p>“Medo, nunca tive medo da doença. Nunca tive nenhum problema. Nunca pensei em amputar a perna, nem nada, nada, nada.” E. 03 – L. 422 – 423.</p> <p>“(…) tem cá uma mancha faz favor.” E. 04 – L. 557.</p> <p>“As pernas inchadas, as manchas nas pernas, já eu preocupada por causa de me apareceu os derrames nas pernas. E agora com essa ferida cá me fica a mancha, agora é que eu estive a ver, que elas põem me o penso e só vejo, e estou deitada mal vejo a mancha, já tenho sempre uma mancha e isso, claro, tudo fica-me.” E. 04 – L. 593 – 597.</p> <p>“(…) mas agora vejo a mancha assim grande.” E. 04 – L. 599 – 600.”</p> <p>“Depois, claro, então vai me ficar uma mancha. Agora os derrames nas pernas e agora com esta mancha vamos lá ver o que se vai passar.” E. 04 – L. 625 – 626.</p> <p>“É uma coisa, principalmente no Verão e assim andam mais expostas. Então as pernas inchadas, porque toda a gente diz: “Ah, tens as pernas inchadas, tens as pernas inchadas, que é que se passa?” É só isso.” E. 04 – L. 634 – 636.</p> <p>“Sim, por estarem alteradas coisa que eu não tinha.” E. 04 – L. 639.</p> <p>“Ai isso tenho, isso tenho. Muito medo, muito medo.” E. 05 – L. 679.</p> <p>“Não é vergonha, mas também não me sentia bem em andar de saias com a ligadura ali. (...) Não me sentia á vontade. Eu própria, não era aquilo que os outros dissessem, porque eu aquilo que os outros dizem não me importa nada.” E. 05 – L. 710 – 715.</p> <p>“Quem é que gosta de andar aqui toda entapada.” E. 05 – L. 773.</p> <p>“Medo, medo, o medo que é, é ter medo daquilo que me tinham dito que me cortavam a perna, era isso. Tanto que aqui o Dr. “chrq” (movimento de corte na perna com a mão).” E. 07 – L. 1119 – 1121.</p> <p>“Oh pá! Esses dias... (choro) ... ver-me sem a perna...” E. 07 – L. 1125.</p> <p>“Queriam amputar e um médico disse: “O meu colega está maluco! Nem vamos pensar nisso (…)” E. 07 – L. 1201 – 1202.</p>

		<p>“(...) estava com medo que fizesse pior, ainda.” E. 08 – L. 1256.</p> <p>“Sim, sinto. Sempre tenho medo (...)” E. 09 – L. 1402.</p> <p>“Preocupa-me, sabe porquê? Porque, outro dia diz-me assim uma pessoa: “Mas então, tenha cuidado com isso, olha que o não sei quantos ficou sem uma perna, ficou sem não sei quê...” Pronto é estas coisas.” E. 09 – L. 1402 – 1404.</p> <p>“(...) sentir-me que tenho uma ligadura ou deixar de ter ligadura para mim não faz diferença porque eu ando de calças e as pessoas nem notam.” E. 09 – L. 1439 – 1441.</p> <p>“Pois preocupa, eu tenho a perna toda negra ali á volta e não vejo melhoras.” E. 09 – L. 1459 – 1460.</p> <p>“Ai, isso, isso até em casa tenho medo de bater com a perna em qualquer lado. Tenho lá uma cadelinha pequenina que de vez em quando anda lá ao pé e eu digo assim: “Por amor de Deus, não me batas...”” E. 09 – L. 1496 – 1498.</p> <p>“(...) eu às vezes penso que com a idade que eu tenho se isto não passar, às vezes ficar sem as pernas ou isso. Então isso para mim era...” E. 10 – L. 1582 – 1583.</p> <p>“(...) às vezes a ferida quando a gente vem fazer tem um aspecto mau (...). Calha muitas vezes vir aqui, houve uma vez que eu cheguei aqui e a ferida em volta estava toda negra... Eu para mim ficou, mas depois quando vim fazer a segunda vez, passando 2 dias, já estava diferente.” E. 10 – L. 1660 – 1664.</p> <p>“Fico sempre um bocadinho preocupada, fico sempre preocupada com o problema, prontos, das feridas.” E. 10 – L. 1666 – 1667.</p> <p>“(...) as “pistelas” foram a ficando mais grossas e aquele sitio da “pistela” quando caía, começou a ficar profundo, veio aprofundando e começou a fazer falta na perna, pronto, a retirar aquele bocadinho da carne (...). Tinha a perna muito inchada (...)” E. 11 – L. 1681 – 1685.</p> <p>“(...) fazia-lhe confusão que há volta da ferida estava muito escuro, assim vermelho aquele mais um vermelho assim pró negro (...)” E. 11 – L. 1701 – 1702.</p> <p>“Um dia ia estando pior que o outro, encontrava-me muito vermelho e pronto tinha já um, já porque demorou um bocadinho de tempo para que a carne ficasse á superfície da outra, porque já havia um grande buraquinho (...)” E. 11 – L. 1794 – 1797.</p> <p>“Fica feio, uma pessoa vai para um lado qualquer, bem eu agora já não vou a sítio nenhum.” E. 12 – L. 1951 – 1952.</p> <p>“Tenho medo sempre que ela vá para pior e que venha daqui outra coisa pior. (...) Sei lá uma coisa má, ou uma perna amputada (choro). É esse o meu problema.” E. 12 – L. 2034 – 2038.</p>
	<p>Efeitos do Odor e Exsudado / Baixa Auto- Estima</p>	<p>“Aquilo ganhava aquele pus, se depois eu vinha pra rua as mocas vinham, aquilo fazia-me confusão e tinha de estar fechada em casa... “ E. 01 – L. 6 – 7.</p> <p>“Aquilo fazia uma aguadilha, aquilo rebentava tudo, depois aquela aguadilha caia pelas pernas abaixo, ganhava crostas, parece resina ou como é aquilo... depois aquilo secava... Era uma coisa tão... Nem tem explicação...” E. 01 – L. 26 – 29.</p> <p>“(...) você já viu uma pessoa com umas pernas como tinha e tudo a olhar para as pernas (...) Senti vergonha, pronto...” E. 01 – L. 69 – 72.</p> <p>“(...) tinha vergonha. Não era vergonha... Então já viu, mais no Verão, ia ao peixeiro, lavava a perna de manhã e tudo: “Ah! Como está a tua perna...” e as moscas de roda de mim, era logo de me enfiar em casa...” E. 01 – L. 87 – 90.</p> <p>“O cheiro nunca ninguém me disse que tinha cheiro... (...) Agora aquela água, deitar bastante e ficar em sangue (...)” E.</p>

01 – L. 92 – 94.
 “(...) nunca tive, pode estar às vezes um bocado agarrada ou assim, já tem chegado a deitar sangue, mas não repassar.” E. 02 – L. 239 – 240.
 “(...) eu sou uma pessoa muito, sou uma pessoa muito optimista, tenho muita força de vontade, para tudo para fazer sempre tudo, sempre tive.” E. 03 – L. 347 – 349.
 “Depois começou a deitar muito líquido foi quando comecei a ser tratado no Posto da Abrigada, aí é que era...” E. 03 – L. 401 – 402.
 “A minha esposa já estava acostumada. Não era assim muito, mas incomodava, de qualquer das maneiras era um cheiro, assim um bocado activo. Era um líquido assim meio amarelado, mas foi também por causa do medicamento.” E. 03 – L. 406 – 409.
 “Elas quando me fazem o penso, o penso vem um bocadinho sujo. (...) Assim, cheiro não noto. Porque as enfermeiras tiram o penso e não está, mesmo agora vinha um bocadinho de sujo.” E. 04 – L. 540 – 543.
 “Pois deitava quando a placa ficava lá agarrada, depois para tirar, era horrível. Agora não, agora está, pronto foi este bocadinho agora mas não... e incomodava então não incomodava? Quando, às vezes até saía para a ligadura, ficava com a ligadura toda suja.” E. 05 – L. 768 – 771.
 “Se incomodava, nunca ninguém disse nada. Eu cheirava-me, cheirava a podre, cheira mesmo a podre, aquilo cheira a podre. Se incomodava, nunca ninguém me disse nada, nunca, nunca.” E. 05 – L. 775 – 777.
 “(...) a gente às vezes sente-se incomodado, não se sente bem e que as outras pessoas há sempre aquela parte de isolamento que a pessoa não se sente bem.” E. 06 – L. 828 – 829.
 “(...) a pessoa parece que fica com aquele, prontos, aquele preconceito de que tinha de fazer isto e ao mais pequeno descuido a pessoa, o cérebro diz, eh pá não faças isso. Estamos limitados...” E. 06 – 891 – 893.
 “(...) isso psicologicamente afecta um bocadinho a pessoa, parecendo que não, porque entre colegas e tudo dentro de uma casa fechada e a pessoa, calor no Verão por exemplo, a pessoa mesmo que vocês metam o carvão para controlar o cheiro, passado mais que 24 horas, vá lá ao fim de 48 horas começa-se a manifestar, 2 dias ainda se tolera, começa-se a manifestar um bocadinho. Há colegas mais sensíveis que outros e há que compreender a educação e formação da pessoa, às vezes as pessoas não se controlam (...) Isso melindra, psicologicamente e emocionalmente a pessoa fica afectada, porque á sempre aquela piada, eu não suporto isto que cheiro, ou não sei quê é chato! (...) Estas pessoas às vezes, e uma delas chateia-me mais porque a mãe tem o mesmo problema, mas ignorou-me como não era ninguém da família dela nem nada ignorou e eu senti-me.” E. 06 – L. 910 – 929.
 “(...) no Verão, tenho sempre aquela sensação que não me sinto bem ao pé das pessoas, parece que as pessoas estão a notar alguma coisa, não dizem, mas têm aquela sensação estás ver... Eu falo por mim...” E. 06 – L. 933 – 935.
 “Era líquido amarelo, era uma coisa do pior.” E. 07 – L. 1055.
 “(...) era assim um líquido assim esverdeado, mesmo com os pensos feitos aquilo era uma coisa.” E. 07 – L. 1059 – 1060.
 “Cheirava mal, pois então. (...) Eh pá, um cheiro, um cheiro a podre, pronto. (...) Pois incomodava, claro o líquido, andava com um chinelo, o líquido punha-se o pé no chão e fazia “chac-chac”. O liquido corria pela perna abaixo (...)” E.

		<p>07 – L. 1075 – 1080.</p> <p>“Fazia o penso em casa duas vezes porque o penso escorria tanta vez, elas deram-me luvas, desinfectantes para lavar a perna e tudo, ao fim de semana era sempre 3 e 4 vezes. Aos dias de semana eram sempre as enfermeiras que o faziam mas ao fim de semana éramos nós.” E. 07 – L. 1109 – 1112.</p> <p>“Não, o líquido não. Nem cheiro.” E. 08 – L. 1268.</p> <p>“As pessoas que me tratam é que podem dizer, só que eu também não tenho assim muito, não sou muito apurada de cheiro, de maneira que o cheiro não sei se tenho (...) E. 09 – L. 1389 – 1391.</p> <p>“Está baixa (auto-estima). Esta baixa (choro).” E. 09 – L. 1462.</p> <p>“(...) às vezes quando está assim repassado se eu passar a mão, às vezes noto não é bem o cheirar mal, tem assim um cheiro diferente. Também está a deitar aquela aguadilha.” E. 10 – L. 1610 – 1612.</p> <p>“Às vezes quando repassa eu tenho lá compressas, meto em cima que é para não andar a roçar, portanto, nas outras coisas.” E. 10 – L. 1616 – 1618.</p> <p>“Deitava já um bocadinho de aguadilhazinha, mas não chegou a deitar liquido nem repassava para os lençóis nem nada. (...) quer dizer líquido, liquido mesmo não, chegava às vezes, realmente, às vezes os lençóis estavam marcados, estavam, realmente, estavam.” E. 11 – L. 1832 – 1836.</p> <p>“Cheira e um liquido verde. (...) Incomoda sempre, então andar ali sempre com uma perna ali assim coisa... e não sou capaz de andar com aquilo nem de me deitar na cama com aquelas compressas assim todas sujas.” E. 12 – L. 1964 – 1968.</p>
	<p>Tristeza e Desorientação</p>	<p>“(...) não sei explicar como foi, isto não foi só agora que me apareceu... Também não sei, eu era magra, depois estou em casa... o sistema nervoso, eu tenho um sistema nervoso muito grande, muito grande, ponho-me em casa a chorar e a comer. Até estou admirada não estar aqui a chorar ao pé de você...” E. 01 – L. 9 – 11</p> <p>“Quando vou ali á Dra. Conceição (médica de família) ela diz-me: “Parece que estou mesmo a ver você” Ela é muito minha amiga... “Parece que estou a ver você é em casa a chorar e a comer...” Andei mesmo desgraçada da cabeça... Andei para ir para o outro mundo... Foi tudo...” E. 01 – L. 16 – 19.</p> <p>“Eu via-me assim, vivo triste... (...) É eu ver enfortecer muito, porque como coisas que não devia de comer e... as pernas, pronto... você já viu uma pessoa com umas pernas como tinha e tudo a olhar para as pernas e uma coisa qualquer...” E. 01 – L. 67 – 70.</p> <p>“Não, por amor de Deus... Ninguém teve a culpa não é? Ninguém teve a culpa.” E. 02 – L. 255 – 256.</p> <p>“(...) eu sou uma pessoa muito, sou uma pessoa muito optimista, tenho muita força de vontade, para tudo para fazer sempre tudo, sempre tive.” E. 03 – L. 347 – 349.</p> <p>“Olhe eu nem sabia o que era.” E. 04 – L. 519.</p> <p>“Quando tenho muitas dores, esqueçam porque eu quando tenho muitas dores embirro com tudo e com todos e choro e grito (...)” E. 05 – L. 681 – 683.</p> <p>“(...) faz de conta que é uma pessoa normal, enfim, não é, não é normal mas faço as funções disso (...)” E. 06 – L. 808 – 809.</p> <p>“(...) a gente chega a uma altura que a palavra melhor para nós já não significa nada, está a ver? Mantém-se a pessoa,</p>

		<p>pronto, é um peso... Como é que hei-de explicar... Uma pessoa chega ao ponto sente-se incomodado.” E. 06 – L. 830 – 833.</p> <p>“Às vezes, não digo que seja sempre, mas talvez em certas ocasiões sim. Afecta-me psicologicamente. A gente não se manifesta mas a gente fica cá por dentro (...)” E. 06 – L. 859 – 860.</p> <p>“Emocionalmente a pessoa, quer dizer, fico afectado, portanto, chorei e vim directamente aqui pus atestado e tive quase um mês e tal em casa, melhorou ligeiramente como tu sabes, mas não era o suficiente.” E. 06 – L. 929 – 931.</p> <p>“(...) a pessoa vai encarando a vida e vai estabelecendo uma harmonia entre os colegas e as pessoas com que convive, entre a enfermagem, às vezes a vontade não é muita de rir, mas uma pessoa tem de rir, é o dia-a-dia da vida. Eu sou um a pessoa expansiva, não sou uma pessoa melancólica, não sou uma pessoa triste, em parte, a solidão para mim por enquanto não me diz nada, não digo que não afecte um bocadinho, mas sou uma pessoa expansiva e alegre, mas não quer dizer com isso que a gente troque tudo, presentemente é isso.” E. 06 – L. 948 – 954.</p> <p>“Agora que eu andava melhor, já me sentia, pronto mais feliz, pronto acabou-se aquele pesadelo passou. (...) Eh pá, com esta é pequena está certo, agora com a outra sentia-me desgostoso.” E. 07 – L. 1127 – 1132.</p> <p>“A pessoa não sente aquela maneira, daquilo que me fizeram e o que é, não sei sente-se diferente, pronto.” E. 07 – L. 1134 – 1135.</p> <p>“Então um gajo vive desgostoso pois com certeza. Quando não tinha a ferida uma pessoa parece que se sentia mais feliz não é? Começa-se a pensar assim (choro) ... Vir a pior ou o caraças... (choro)” E. 07 – L. 1186 – 1188.</p> <p>“Não, não sou assim muito. Não sou assim muito de esmorecer, mas comove-me...” E. 07 – L. 1193 – 1194.</p> <p>“Agora sobre esta coisa isto comove-me. Eu sou um indivíduo sentimental, depois começo a pensar (choro).” E. 07 – L. 1197 – 1198.</p> <p>“Tudo, porque a gente já não se sente como era.” E. 09 – L. 1428.</p>
	<p>Frustração / Revolta / Mal-Estar</p>	<p>“Ai Jesus! Nem posso falar... Você nem pode por ideia...” E. 01 – L. 04</p> <p>“Ah! Então aquilo faz um mau estar.” E. 01 – L. 26.</p> <p>“Aquilo eram feridas nem queira saber, metiam respeito, nem queira saber.” E. 01 – L. 46 – 47.</p> <p>“A cabeça foi abaixo também, não é? Via as pernas assim.” E. 01 – L. 64.</p> <p>“(...) a ferida, cicatrizou e depois voltou abrir porque, realmente, eu é que tive a culpa...” E. 02 – L. 149 – 150.</p> <p>“(...) faz 4 anos dia 6 de Fevereiro do primeiro tratamento que eu fiz em Abrigada, 4 anos dia 6 de Fevereiro. E então, melhorava, piorava. Chegou a estar com, quando a Paula começou assistir-me tinha 12 por 16, 12 de altura por 16 de largura, tinha uma ferida assim e assim (desenha na mesa com os dedos), não é?” E. 03 – L. 309 – 313.</p> <p>“É um bocadinho chato, aquilo que temos fazer quem tem vontade de o fazer. Uma pessoa que não quer fazer sacrifícios, que não quer lutar para que ela não ataque muito ou para se ver livre dela. Faz-lhe vontade e isso não vai incomodar muito.” E. 03 – L. 460 – 463.</p> <p>“Ai Sr. Enfermeiro! Sacrifício, paciência, porque nunca pensei que me acontecesse a mim, isto é tudo. Penso que acontece só aos outros.” E. 04 – L. 506 – 507.</p> <p>“Uma pessoa não está habituada a ter nada, quer dizer, assim estas doenças depois quando aparecem custa-nos a encarar com as pessoas, com a situação. Com paciência temos que encarar, como esta como tudo, que a gente não</p>

estamos á espera, a gente não sabe o dia de amanhã, não é?” E. 04 – L. 509 – 512.

“Ai, Sr. Enfermeiro. Olhe viver com úlcera de perna é horroroso.” E. 05 – L. 645.

“Agora se me disser se eu estou saturado desta vida, porque além de ter uma boa colaboração com, ou seja, onde eu trabalho, tenho bons colegas e boa colaboração entre a direcção e tudo.” E. 06 – L. 824 – 826.

“(…) a gente não sabe, porque a gente quer sempre o melhor ou tentar livrar-se desse pesadelo, não é? Isso ao fim e ao cabo é um pesadelo…” E. 06 – L. 874 – 875.

“(…) isto afecta um bocadinho, afecta a vida da pessoa. A pessoa fica, não quer dizer que a pessoa seja culpada, é a própria doença, mas a pessoa sente-se um bocadinho.” E. 06 – L. 936 – 938.

“Não! Não me auto-culpabilizo, eu sei que estou controlado que estou a fazer tudo, mas sinto que sinto essa sensação.” E. 06 – L. 940 – 941.

“Viver mal como é que há-de ser.” E. 07 – L. 1025.

“A pessoa não sente aquela maneira, daquilo que me fizeram e o que é, não sei sente-se diferente, pronto.” E. 07 – L. 1134 – 1135.

“Uma pessoa sentir-se fora da sociedade…” E. 07 – L. 1146.

“Da primeira vez, tinha as duas pernas feridas qual delas a pior.” E. 07 – L. 1162 – 1163.

“É muito difícil, muito difícil.” E. 09 – L. 1342.

“(…) eu esforço-me imenso, porque toda a gente me diz: “Ai, com o que tu tens e como tu eras e como tu és…” Porque o esforço que eu faço tenho sofrimento. Tenho muito sofrimento.” E. 09 – L. 1363 – 1365.

“Ah pois, mas isso é sempre já se sabe. “Então estás coxa?” Claro que uma pessoa se lhe dói tem que se sentir que lhe dói. “Então, agora está coxa que é que foi isso?” “Outra vez!” Estão sempre com aquele drama, então calha.” E. 09 – 1418 – 1420.

“E o mais depressa possível que eu estou farta de dores, dores. Já á bocadinho estava dizer, tenho de arranjar umas caneleiras porque é só da barriga da perna para baixo, é que isto me dá. Ainda fiz aqui uma feridinha (mostra uma mão), mas isto curou num instante, não sou diabética.” E. 09 – L. 1520 – 1523.

“Para mim não as queria ter (…)” E. 10 – L. 1532.

“É assim, eu tenho de me sentir bem não é? Não posso, não posso fazer nada sobre isso.” E. 10 – L. 1593 – 1594.

“Tenho dias menos bem. Às vezes as pessoas, “Então está melhor?” Eu nem digo se estou melhor se estou pior, estou na mesma, pronto. Acho que já nem vale a pena estar sempre a falar, sempre…” E. 10 – 1598 – 1600.

“A gente às vezes, as pessoas são sempre as mesmas pessoas, estão sempre a perguntar, sempre, sempre, sempre a mesma coisa. Nunca, a gente está sempre a dizer a mesma coisa, perguntam sempre cada vez que vêm a gente, “Então está melhor? Como é que estão feridas?” A sério… E se for ao médico então, “Que é que o médico disse?” Bem isso é, isso é…” E. 10 – L. 1603 – 1607.

“Recorri ao Centro de Saúde porque vi que isto que tinha, pronto, não tinha outra hipótese, tinha que ser através do médico é que me ia resolver este problema, porque de outra maneira não resolvia.” E. 11 – L. 1790 – 1792.

“Ai! É muito incomodativo.” E. 12 – L. 1946.

“Fica feio, uma pessoa vai para um lado qualquer, bem eu agora já não vou a sítio nenhum.” E. 12 – L. 1951 – 1952.

		<p>“Tenho que o fazer tudo, não é? Tenho o meu marido na cama, está encravado, tenho de ser eu a fazer tudo, não tenho ninguém.” E. 12 – L. 1974 – 1975.</p> <p>“Eu sinto-me incomodada, porque sinto este peso parece que na perna e depois mete-se as cãibras e é umas dores assim na perna, aqui assim por baixo do, parece que a perna presa. Não dá nada comodidade nenhuma, não.” E. 12 – L. 2057 – 2059.</p>
	Preocupação com o futuro	<p>“Pensava assim, bem não me dói, é um sacrifício que vou fazendo até ser vivo. Porque ela não me dói, não tem problema nenhum, já não deitava liquido, embora mantinha-se cá, a ferida mantinha-se cá e então eu dizia, bem estou condenado, estou condenado...” E. 03 – L. 417 – 420.</p> <p>“(...) agora quando abriu estas feridas fiquei um bocadinho preocupada. O que é que se vai passar, não é?” E. 04 – L. 622 – 623.</p> <p>“Oh depois quando isto abriu outra vez, portanto isto vai ser assim, vai fechar, vai abrir e acho que vai ser para o resto da minha vida.” E. 05 – L. 732 – 733.</p> <p>“(...) mas pronto vou mantendo até... prontos... eu sei que isto não é futuro.” E. 06 – L. 810 – 811.</p>
Esperança VS Desilusão	Percepção face ao tratamento	<p>“(...) mas isto devia ter sido de antes de fazer qualquer comunicação com o artelho e assim, porque tenho doença de ossos e a Dra. fez exames aos pés e aquilo tudo, está tudo cheio de artroses...” E. 01 – L. 168 – 171.</p> <p>“(...) eu acho que é importante saber esta ilusão de nós nos entregarmos às vezes às mãos destes curandeiros. (...) que nos levam um dinheirão, que ganham uma fortuna. (...) O que lhe sei dizer é que nunca se curaram. Está a perceber? Nunca se curaram (...)” E. 02 – L. 263 – 271.</p> <p>“Não é imposto, é também de acordo connosco não é? Mas a pessoa que se quer curar deve entrar em acordo.” E. 02 – L. 280 – 281.</p> <p>“(...) receitou-me uma pomada mas a pomada, infelizmente, em vez de a ferida diminuir, começou foi a crescer, começou a crescer (...)” E. 03 – L. 300 – 301.</p> <p>“Receitavam-me um produto para pôr na ferida, a ferida ficava quase boa mas de um momento para o outro piorava outra vez, ficava pronto, já não tinha mais desenvolvimento depois precisava-se de outro produto melhorava mais um bocado mas de um momento para o outro, ao fim de um mês ou 3 semanas, piorava outra vez.” E. 03 – L. 304 – 308.</p> <p>“Ao fim de 6, 7 meses fechou, depois arrebentou a pele naquele sítio outra vez, (...) a ferida começou a ficar com a pele assim mais avermelhada, (...) Depois melhorou, piorou, melhorou, depois fechou outra vez.” E. 03 – L. 315 – 320.</p> <p>“(...) uns médicos receitavam uma coisa, outros outra, já era conhecido de eles todos, telefonava para lá e dizia: “Oh, Dr. aconteceu isto ou aquilo. Eh pá agora vais por isto.” Foi a tal receita que eu levei, o tal líquido que era (risos) líxivia especial (risos), e eu fui buscar á farmácia.” E. 03 – L. 332 – 335.</p> <p>“Eu é que tratava, quem tratou senão eu, sempre, sempre, sempre...” E. 03 – L. 391 – 392.</p> <p>“Como ela está agora bonita, a pele está muito mimosinha, está muito frágil, se agora eu desse uma porrada neste sitio aqui com um pau ou uma coisa qualquer, isso fazia uma ferida outra vez e vinha outra vez problemas, porque a pele ainda não tinha força para conseguir cicatrizar com facilidade, isso tem grande mal.” E. 03 – L. 449 – 453.</p> <p>“Eu já criei bichos na perna, lembra-se? Eu criei bichos na perna, foi no hospital de Vila Franca que tiraram, bem mas aí a culpa foi minha que não fazia o tratamento como deve ser.” E. 05 – L. 690 – 692.</p>

		<p>“(…) uma maneira, uma fórmula qualquer, um produto qualquer que faça com que eu não tenha mais buracos na minha vida Sr. Enfermeiro.” E. 05 – L. 782 – 784.</p> <p>“(…) as feridas estão controladas, evidentemente, a infecção está mais controlada não quer dizer que não haja alguma infecção, nesta não deve estar, na esquerda que é a pior, mais má circulação é na perna esquerda.” E. 06 – L. 798 – 800.</p> <p>“Quer dizer nós, como doentes e vocês como técnicos, como enfermeiros, nós como pacientes, nós chega a uma altura que reconhecemos um bocadinho do que é a doença, conhecemos o nosso organismo. Quando eles dizem “Ah! A perna esquerda está melhor, não sei quê isto está limpo.” Eu digo que não, porque eu sinto não é? Vejo, portanto eles agora estiveram a pôr gel e não sei quê, é porque ela não estava limpa, para ela limpar não é, porque ela não está a 100%. Isso é uma maneira de um enfermeiro ou um técnico ou um médico, ou seja, conformar o doente não dar aquela medida drástica (…)” E. 06 – L. 836 – 843.</p> <p>“Eu agora estou lá no tratamento, estive lá na cirurgia plástica e eu perguntei-lhe, perguntei ao médico: “Mas então não há outra solução?” e o cirurgião: “Há.” Eles não vão dizer que não, eles são os técnicos, é a especialidade deles, não ali não há nada a fazer, o que é que isto não está em condições de fazer, isto é um balde de água fria em cima da pessoa, não é?” E. 06 – L. 861 – 865.</p> <p>“(…) hoje por exemplo a compressão para mim é uma coisa normal, nem me sinto bem sem a compressão. No dia-a-dia uma pessoa sente-se mais á vontade para trabalhar e tudo, porque a ferida está em compressão mesmo a dor está controlada, porque fora da compressão a dor não está controlada (…)” E. 06 – L. 1000 – 1004.</p> <p>“(…) mandou-me para o Pulido Valente para uma colega dele, mas já era de cirurgia vascular. (...) com os tratamentos que ela me mandou fazer, (...) a esquerda sarou e a direita depois passou a sarar com os tratamentos que ela me mandou fazer, mas agora não sei, não sei o nome dos medicamentos. Mas sinto que foi através da Dra. Daniela que isto passou a sarar e a fechar, fechar, fechar. Até que fecharam mesmo, com os tratamentos da médica do Pulido Valente.” E. 07 – L. 1066 – 1073.</p> <p>“(…) isto é uma ligadura de pressão que é para fazer uma pressão para o sangue circular, foi aqui a Enf.ª Paula que a receitou.” E. 07 – L. 1149 – 1151.</p> <p>“(…) agora é outro médico novo que fui lá no dia 2 de Dezembro, fui lá a este médico que por sinal nem viu a ferida nem viu nada. (...) Nem sequer viu a perna nem nada, mandou-me lá ir daqui a 6 meses. (...) Oh enfermeiro, agora digo-lhe uma coisa, o médico que leu a carta, mas além de ler a carta confiar em quem estava a fazer o trabalho, lá o tratamento está bem, certamente o tratamento é digno de confiar, mas acho que o médico que devia ver o problema, ia lá à enfermaria era tirado e via o caso não era? Agora, assim, venha daqui a 6 meses não acho grande interesse. Antes a Dra. Daniela ia lá à consulta e ela mandava sempre fazer o penso para se ver isso, e ela ia ver, este médico agora não, foi o único que não viu, ao fim de 6 meses que não viu a ferida.” E. 07 – L. 1203 – 1217.</p> <p>“Eu cada vez via aquilo afundar mais e ganhava uma coisa branca por dentro e por acaso aqui não fizeram isso, mas nas outras vezes vinha aqui e estavam-me a tirar com uma pinça aquele pus que lá havia, acho que é pus. (...) o que eu punha era betadine, depois foram contra eu por o betadine (...)” E. 08 – L. 1234 – 1239.</p> <p>“(…) houve aqui um tratamento, que a Enf.ª foi um bocadinho desagradável, queixava-me que aquele tratamento lhe</p>
--	--	---

		<p>fazia doer, não sei explicar bem (...)” E. 08 – L. 1271 – 1273.</p> <p>“O Sr. Dr., agora não me lembra o nome, (...) fez-me duas vezes cirurgia á perna (...) Fez uma primeira e teve que fazer a segunda na mesma ferida deste lado, de maneira que levou tempo para curar mas curou.” E. 09 – L. 1345 – 1350.</p> <p>“De maneira que depois comecei ali, mas não tenho achado grande resultado, porque elas puseram-me um penso parecia assim um tipo de borracha e aquele penso fez a ferida ainda maior.” E. 09 – L. 1455 – 1457.</p> <p>“Em Lisboa só acho que o médico cada vez que lá vou muda de tratamento, eu penso na minha ideia que ele já nem sabe o que fazer e então... Não sei, não sei... Faz-me confusão mudar sempre de tratamento, até porque á certos tratamentos que quando muda tenho dores. Ainda agora á pouco tempo, pôs-me um produto que parece que cheira a lixívia, aquilo é horrível, tanto que aqui as enfermeiras tiveram de mudar o tratamento que eu não aguentava...” E. 10 – L. 1634 – 1639.</p> <p>“(...) a perna começou-me a inchar muito e era assim cada vez que eu, a “pistela” ia caindo com os banhos, depois tornava a “pistela” e a “pistela” já era maior, que eu nem me lembro nada de ter batido em lado nenhum (...)” E. 11 – L. 1674 – 1677.</p> <p>“(...) no inicio eles dizem que é sempre mais abrangente, no inicio viu-se as melhoras assim boas depois foi um bocadinho mais compassado.” E. 11 – L. 1699 – 1701.</p> <p>“O efeito que eu tive disso foi só mais enquanto tive na fase em que não comecei, não fui a lado nenhum, ia pondo um creme tinha lá creme, mesmo uma pomada para as úlceras, já tinha posto quando a outra podologista me tinha receitado, mas aquilo não melhorou (...)” E. 11 – L. 1741 – 1744.</p> <p>“(...) ainda pus uns dias uns “pachos” de água, diziam que a água das malvas que é desinfectante, pus mas digo assim: “Não. Isto não vale a pena.”” E. 11 – L. 1792 – 1794.</p>
	<p>Esperança de Cura</p>	<p>“Olhe às vezes tenho, outras vezes não tenho assim, mas tenho esperança. (...) Não sei se chego ao Verão.” E. 02 – L. 249 – 253.</p> <p>“O mais difícil de ultrapassar é a gente estar sempre a pensar que nunca se cura... (...) Pois, passa um mês, passa um ano...” E. 03 – L. 412 – 415.</p> <p>“Aquela coragem, aquela força para mim estou, extremamente, de acordo que o mais importante é a gente acreditar.” E. 03 – L. 502 – 503.</p> <p>“A esperança é sempre a última a morrer.” E. 04 – L. 617.</p> <p>“Há-de ser o que Deus quiser. Tenho fé em Deus. Vai ser o que Deus quiser.” E. 04 – L. 640 – 641.</p> <p>“Eu quando agora fechou o buraco, a ferida eu sinceramente pensei que ia ficar um bom tempo com isto fechado por acaso pensei, porque foi tudo muito certinho e direitinho. (...) Oh depois quando isto abriu outra vez (...) não vou ter uma cura possível, para isto fechar de vez.” E. 05 – L. 724 – 734.</p> <p>“Ai eu esperança tenho, então a medicina muda todos os dias. Há novos tratamentos todos os dias.” E. 05 – L. 736 – 737.</p> <p>“Até descobrirem algo para mim não? Então já descobriram uns comprimidos milagrosos, não há-de descobrir a cura para mim Sr. Enfermeiro (risos). Ai era, era melhor que o Euromilhões pode ter a certeza, mas muito melhor... E acha que isso é possível?” E. 05 – L. 739 – 742.</p>

		<p>“Era...Nunca mais ter úlcera de perna, pode ter a certeza.” E. 05 – L. 786.</p> <p>“(...) gente não sabe o dia de amanhã o que é que possa acontecer, até posso morrer de outra coisa qualquer, não morrer disto (...)” E. 06 – L. 946 – 947.</p> <p>“Tenho esperança na medicina de hoje, ela está mais evoluída que há 20 anos atrás, porque eu há 20 anos atrás andei-me a tratar no Curry Cabral, em Dermatologia que não era a especialidade em si, está bem que a idade era outra tinha 30 e poucos anos, são menos 20 anos, as despesas, as pernas é tudo diferente. Eu sei disso, porque é mais difícil há medida que a idade vai avançando (...) tenho essa noção da realidade, portanto eu não sou a pessoa, não vamos ignorar os factos.” E. 06 – L. 956 – 963.</p> <p>“Há aquela esperança que a pessoa tem, eu vou ter resultados. A minha força de vontade tem sido grande, porque se fosse outra pessoa mais desanimada que não, prontos, outro género de ser humano era capaz de ter desistido.” E. 06 – L. 1008 – 1010.</p> <p>“Acho que sim, então isto está quase.” E. 07 – L. 1191.</p> <p>“Sempre, se não fosse hoje era amanhã, se não fosse daqui a 1 mês era daqui a 2.” E. 08 – L. 1307 – 1308.</p> <p>“Sinto que é uma pessoa que não está bem, estar sujeita a piorar, mas tem se sempre aquela esperança que não vou piorar, vou é melhorar.” E. 08 – L. 1334 – 1335.</p> <p>“Elas têm cicatrizado, vamos lá ver agora.” E. 09 – L. 1400.</p> <p>“Sim. Só que elas já estiveram fechadas, já abriram. A gente tem sempre.” E. 10 – L. 1587.</p> <p>“Ai, eu tenho. Se não me curar lá venho procurar outros meios para me tratar não é.” E. 12 – L. 2042 – 2043.</p>
	<p>Estrutura de Apoio</p>	<p>“Não é estar a dizer isto por fantasia, porque elas eram muito boas... Já me informavam das coisas como é que eram... Eu fiquei com elas cá todas queridas...” E. 01 – L. 117 – 121.</p> <p>“Só bem... Às vezes eu podia dizer assim... Eu sei o nome de elas todas... Não posso dizer mal desta nem daquela...” E. 01 – L. 126 – 127.</p> <p>“(...) as pessoas vão me dar aquele conforto, e assim, apoio.” E. 04 – L. 584 – 585.</p> <p>“Ah, acha? Não ligam, isto para eles é uma dor de cabeça. (...) É como se fosse uma dor de cabeça, isto não interessa nada, isto passa, a mãe faz tudo, portanto... Não, quando eu estou mais aflita eles, coitadinhos, também se sentem, ajudam-me (...)” E. 05 – L. 745 – 749.</p> <p>“Agora se tiver com dores, mas daquelas dores horrórosas e digo: “Oh filhos, a mãe não aguenta, eu não posso.” Eles: “Oh mãe vá se sentar que nós fazemos.”” E. 05 – L. 751 – 753.</p> <p>“Toda a gente tem tido muita atenção com este problema, toda a gente, tanto faz no posto médico lá de Abrigada como faz na Abrisaúde como aqui, realmente, foi a primeira vez que cá vim acho que fui muito bem atendida” E. 09 – L. 1485 – 1487.</p>