



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A DOR NA PESSOA COM FERIDA CRÓNICA

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

Por
Salomé Gomes Reis

Lisboa, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A DOR NA PESSOA COM FERIDA CRÓNICA

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

Por
Salomé Gomes Reis

Sob a orientação de
Professora Doutora Maria Teresa Pereira Serrano

Lisboa, 2012

“A dor tem uma componente em branco; não nos conseguimos lembrar de quando começou ou se houve um dia em que não existiu.”

Emily Dickinson

AGRADECIMENTOS

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

Em primeiro lugar quero dirigir um agradecimento em particular à Professora Doutora Teresa Serrano pelo excelente trabalho de orientação, disponibilidade, paciência e motivação que me transmitiu durante todo o decorrer do estudo.

Ao Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo I – Serra D’Aire, pela aceitação da realização do presente estudo, e particularmente aos Centros de Saúde de Torres Novas, Entroncamento e Alcanena, pela simpatia e disponibilidade demonstradas.

Aos participantes deste estudo, sem os quais a realização do mesmo não teria sido possível.

Ao meu marido pelas horas, dias e semanas de compreensão, ajuda e incentivo, e pelo amor, força e carinho, nos momentos de maior desespero.

Aos meus pais pelo carinho, apoio, disponibilidade, motivação e força que me deram durante esta longa caminhada, por vezes tão difícil.

Às minhas amigas e colegas, que me ouviram e apoiaram durante a realização deste estudo.

RESUMO

Apesar de a dor ser considerada como 5º sinal vital e do Ministério da Saúde ter definido um Plano de Luta Nacional contra a Dor, a avaliação e valorização da mesma continuam a não ser consideradas prioritárias, nomeadamente no âmbito do tratamento de feridas.

A avaliação e controlo da dor na pessoa com ferida crónica é prioritário pois, para além das dificuldades e angústias provocadas pela ferida crónica, a dor é sinónimo de sofrimento, comprometendo a qualidade de vida e interferindo nas diferentes Atividades de Vida da pessoa. No entanto, verifica-se uma focalização na cicatrização da ferida, em detrimento da avaliação da dor e do seu impacto, não só no momento de realização do penso, mas também nas atividades do dia-a-dia.

Por estas razões, e pretendendo analisar as vivências da dor na pessoa com ferida crónica, compreender o impacto da mesma nas diferentes Atividades de Vida e identificar os fatores que influenciam a dor e o seu controlo em feridas crónicas, elaborámos o presente estudo, visando contribuir para a qualidade dos cuidados de saúde prestados à pessoa com ferida crónica e com dor associada.

Este estudo enquadra-se no paradigma qualitativo, sendo o mesmo descritivo e transversal. Realizámos doze entrevistas, a pessoas com ferida crónica e dor associada à mesma, que correspondiam aos critérios de seleção da amostra, nos Centros de Saúde de Torres Novas (incluindo Sede, extensão de Riachos e Brogueira), Entroncamento e Alcanena.

Nos resultados obtidos, verificámos que a dor provoca diferentes sentimentos negativos na pessoa, sendo o conformismo relativamente à mesma, um sentimento patente nas entrevistas, o que não seria expectável atualmente, devido às normas definidas, as quais valorizam a avaliação

e controlo da dor. O impacto da dor verifica-se praticamente em todas as Atividades de Vida e nas relações sociais, contribuindo para que se instalem sentimentos de tristeza, depressão e angústia. A diminuição do poder económico familiar é uma consequência associada à incapacidade em desenvolver uma atividade profissional, por causa da dor associada à ferida, e por outro lado coloca em causa a evolução da ferida por incapacidade em manter a terapêutica recomendada. A equipa de enfermagem surge como uma fonte de apoio para ultrapassar aspetos negativos da vivência da dor, apesar de se continuar a verificar lacunas na avaliação e controlo da dor por parte dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Dor; Ferida crónica; Atividades de Vida; Sentimentos.

ABSTRACT

Even though pain is considered the fifth vital sign and the Health Ministry defined a National Plan against it, the evaluation and appreciation of pain still isn't considered a priority, particularly in wound care.

The evaluation and control of pain in the person with a chronic wound is a priority because, besides the difficulties and anxieties caused by the chronic wound, pain means suffering, compromising the quality of life and interfering in the person's different Life's Activities. However, there is a focalization in wound healing, ignoring the evaluation of pain and its impact, not only in the moment when the wound is treated, but also in the daily activities.

For these reasons and intending to analyze the experiences of pain in the person with chronic wound, understand its impact in the different Life's Activities and identify the factors that influence pain and its control in chronic wounds, we developed this study, intending to contribute to the quality of health care, given to the person with a chronic wound and associated pain.

This study is qualitative, descriptive and transversal. We conducted twelve interviews with people with chronic wound and pain associated, that corresponded to the sample selection criteria, in the Health Centers of Torres Novas (including the headquarters, extension of Riachos and Brogueira), Entroncamento e Alcanena.

The results obtained, revealed that pain causes different negative feelings, being the conformism towards it, a feeling present in the interviews, which shouldn't be expected nowadays, due to the guidelines defined, that value evaluation and pain control. The impact of pain is notorious in almost every Life's Activities and in the social relationships, contributing to feelings of sadness, depression and anguish. The reduction of the family's economic power is a consequence of the

inability to develop an occupation, because of the pain associated to the wound, and puts the evolution of the wound at risk, because of the inability to maintain the recommended medication. The nursing staff is considered a source of support to overcome negative aspects of living with pain, although there are still some gaps in the evaluation and control of pain by the health professionals.

Key words: Pain; Chronic wound; Life's Activities; Feelings.

LISTA DE ABREVIATURAS

EWMA – European Wound Management Association

TIME – Acrónimo desenvolvido para uniformizar a preparação do leito da ferida

AV – Atividade de Vida

AV's – Atividades de Vida

IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor

IPTB – Índice de pressão tornozelo-braço

DGS – Direção Geral de Saúde

NPUP – National Pressure Ulcer Advisory Panel

OMS – Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO	iii
ABSTRACT	v
LISTA DE ABREVIATURAS	vii
ÍNDICE GERAL	viii
ÍNDICE DE QUADROS	xi
INTRODUÇÃO	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1. A PESSOA COM FERIDA CRÓNICA	18
1.1 A PELE	18
1.2 O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO	19
1.3 TIPOS DE FERIDA	22
1.4 PRINCÍPIOS GERAIS DO TRATAMENTO DE FERIDAS	28
2. A PESSOA COM DOR	30
2.1 FISIOPATOLOGIA DA DOR	31
2.2 TEORIAS DE TRANSMISSÃO DA DOR	33
2.3 A DOR E O TIPO DE FERIDAS	34
2.4 AVALIAÇÃO DA DOR	37
2.5 O CONTROLO DA DOR	39

3. CUIDAR A PESSOA COM DOR SEGUNDO O MODELO DE ROPER, LOGAN E TIERNEY	44
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	50
4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	52
4.1 OBJECTIVOS DO ESTUDO	53
4.2 TIPO DE ESTUDO	53
4.3 POPULAÇÃO ALVO	54
4.4 AMOSTRA	54
4.5 MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS	56
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	59
4.7 RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS	60
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	64
5.1 O CENTRO SE SAÚDE E A PESSOA COM FERIDA CRÓNICA	64
5.2 SENTIMENTOS ASSOCIADOS À DOR	65
5.3 O IMPACTO DA DOR NAS DIFERENTES ATIVIDADES DE VIDA DA PESSOA COM FERIDA CRÓNICA	71
5.3.1 Alteração na AV Higiene pessoal e vestir-se	71
5.3.2 Alteração na AV Mobilizar-se	72
5.3.3 Alteração na AV Trabalhar e distrair-se	76
5.3.4 Alteração na AV Expressar sexualidade	83
5.3.5 Alteração na AV Dormir	85
5.3.6 Alteração nos Fatores Socio-culturais	88
5.4 CONTROLO DA DOR	93
5.5 FATORES QUE INFLUENCIAM A DOR	98
5.6 AVALIAÇÃO DA DOR	104
5.7 DURAÇÃO DA DOR	106

5.8 SENTIMENTOS DA PESSOA ASSOCIADOS AO TRATAMENTO E À EQUIPA DE SAÚDE _____	107
6. DISCUSSÃO DOS DADOS _____	118
7. CONCLUSÕES _____	124
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	130
ANEXOS _____	136

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 3.1: Categorias e Subcategorias para análise de conteúdo das entrevistas _____ 62

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, na sua essência, procura a promoção, a manutenção e o restabelecimento da saúde das pessoas. Por isso, enquanto enfermeiros, quando cuidamos de pessoas doentes, o que desejamos é ver a pessoa melhorar e, finalmente, ficar curada. O mesmo se passa quando prestamos cuidados à pessoa com ferida crónica. No entanto, para a excelência dos cuidados torna-se necessário olhar para a pessoa de uma forma holística, considerando as diferentes dimensões. Logo, ao cuidarmos da pessoa com ferida crónica, a cicatrização da ferida não pode ser o nosso único objetivo. Temos de olhar não só para a ferida, mas também para a pessoa como um todo. Devemos considerar todos os aspetos relacionados com a ferida, inclusive um aspeto tão pouco reconhecido e valorizado: a dor.

Todos nós já experienciámos alguma vez na vida dor, mas a forma como a vivenciámos varia de pessoa para pessoa. Segundo Metzger, Muller, Schwetta e Walter (2002), “a universalidade da experiência dolorosa abrange as múltiplas facetas das subjetividades individuais. Estas noções estão contidas na definição de dor proposta pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP): “a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão”. Esta definição é válida para toda e qualquer dor independentemente do seu mecanismo, causa e duração”.

A dor é um fenómeno que envolve não só a componente sensorial, mas também as componentes emocional e comportamental e as experiências anteriores de dor, influenciadas pelo contexto cultural, social e individual de cada pessoa.

Apesar de a dor ter sido considerada como 5º sinal vital pela DGS desde 2003, no âmbito do tratamento de feridas, a avaliação e controlo da mesma não parece ter adquirido a importância necessária. A dor associada a feridas crónicas, só por si, é um fenómeno complexo que afeta, de diferentes maneiras a pessoa, sendo complicado pela forma como enfermeiros, médicos e outros

profissionais da saúde a controlam (Benbow, 2006). Em muitos casos a dor é o último aspeto a ser considerado quando se cuida da pessoa com ferida. A ênfase é colocada na escolha do penso em detrimento da abordagem da pessoa como um todo, da atitude da mesma perante o facto de ter uma ferida e da inconveniência e efeito nefasto nas atividades do dia-a-dia provocados pela dor e desconforto que sentem (Benbow, 2006).

Um estudo conduzido por Donovan em 1983 (citado em Benbow, 2006) concluiu que, dos 353 pacientes submetidos a cirurgia, incluídos no estudo, nenhum deles havia sido submetido à avaliação da dor. Existem muitas razões para que as pessoas continuem a experienciar dor desnecessária na ferida e trauma nos tecidos. Algumas das razões para esta situação estão relacionadas com uma abordagem holística e controlo de dor inadequadas, estratégias de tratamento de feridas inapropriadas e enfermeiras que se distanciam das experiências prévias que as pessoas têm de cuidados prestados às feridas. Existem ainda atitudes adquiridas ao longo de anos de prática de enfermeiros e médicos, que dificultam ainda mais a melhoria do controlo da dor em pessoas com feridas crónicas. É necessário abandonar práticas desatualizadas e centrar os cuidados na pessoa (Hollinworth, 2005).

As evidências descritas levam-nos a questionar a formação efetuada por enfermeiros na área do controlo da dor no tratamento da pessoa com ferida e a importância dada a essa mesma área.

Para entendermos o verdadeiro impacto da dor na pessoa com ferida crónica é importante compreender as diferentes dimensões que a mesma afeta na pessoa, incluindo as suas Atividades de Vida, de acordo com o Modelo de vida de Roper Logan e Tierney. Este Modelo de vida, procura apresentar o enquadramento conceptual que identifica a base teórica subjacente à prática da enfermagem, e contempla cinco componentes principais: AV's; duração de vida, *continuum* dependência/independência; fatores que influenciam as AV's e individualidade de vida (Roper, Logan, Tierney, 2001).

Estudos sobre a temática da dor no tratamento de feridas têm procurado compreender as perspetivas e perceções dos profissionais de saúde sobre a vivência da dor pelos utentes, mas pouco tem sido investigado no âmbito da perspetiva dos pacientes sobre esta temática (Price et al, 2008). Além disso, os estudos feitos sobre a dor da pessoa com ferida crónica têm-se focado na dor provocada pelos momentos em que é necessário realizar o penso, e não na experiência da dor no dia – a – dia, provocada pela existência de uma ferida crónica. “A troca do penso necessária para o tratamento de feridas crónicas, está usualmente relacionada com dor, mas

pouca investigação qualitativa tem sido desenvolvida no sentido de compreender o impacto deste aspeto nos pacientes” (Mudge, Price e Spanou, 2008). Estas mesmas autoras desenvolveram um estudo qualitativo, em vários países com exceção de Portugal, com o objetivo de compreender o impacto da dor no dia-a-dia da pessoa com ferida crónica. De acordo com Price et al (2008), existem vivências diferentes a nível pessoal, familiar e cultural que levam a variações na experiência e expressão da dor por parte dos indivíduos, o que nos leva a questionar as vivências da pessoa com ferida crónica, em Portugal.

Pela pesquisa efetuada, e segundo Pina (2007), podemos assumir que o tratamento de feridas em Portugal não tem sido prioritário, tendo em conta a abordagem tradicional do mesmo, a falta de cuidados baseados na evidência de estudos recentes, as baixas taxas de cicatrização e a falta de informação sobre os tipos de feridas alvo de tratamento nos cuidados de saúde primários. Em 2007, a Dr.^a Elina Pina desenvolveu um estudo sobre a epidemiologia das feridas tratadas nos serviços comunitários em Portugal, tendo concluído que 57,7% dos pacientes com ferida, incluídos no estudo, recebiam cuidados no Centro de Saúde e 42,6% no domicílio; existia um predomínio de pacientes femininos (57,7%) e que a média de idades no Centro de Saúde era de 69,9 e de 77,1 no domicílio. Desta forma, os pacientes incluídos no estudo podem ser caracterizados como sendo idosos, com baixos rendimentos e com doenças crónicas associadas (Pina, 2007). No que concerne ao tipo de feridas, predominavam as úlceras de perna no Centro de Saúde (35,6% venosas, 2% arteriais, e 4,3% mista) e as úlceras de pressão no domicílio. De referir ainda que das feridas tidas em conta no estudo, 981 eram crónicas e a duração média das mesmas era de três meses para as úlceras de pressão, doze meses para as úlceras de perna e três meses para as úlceras de pé diabético. Este estudo, abordou ainda a perspetiva das pessoas com ferida, tendo concluído que 41,2% dessas pessoas consideravam significativa ou muito significativa o desconforto provocado pela ferida no dia-a-dia. Cerca de 70,9% das pessoas inquiridas referiram dor que ia desde ligeira (7,5%) a significativa ou muito significativa (45%). É ainda importante ter em conta que 20% das pessoas referiram dor no tratamento de feridas, 15% ao mover-se e 8% em ambas as situações. Apenas 45% das pessoas recorria ao uso de analgésicos. É interessante referir que as enfermeiras mencionaram a presença de dor em apenas 30% dos pacientes.

Segundo a Moffatt (2002), nos últimos dez anos, a investigação no âmbito das feridas tem-se focado na cicatrização como o principal resultado do tratamento das mesmas, descurando outros aspetos relacionados com a ferida, como é o caso da dor, que afeta a pessoa no seu dia-a-dia. No

entanto, com a crescente importância dada à qualidade de vida da pessoa com ferida crónica, a dor tem sido identificada como um aspeto importante a considerar. Após a realização de um estudo por Moffat, Franks e Hollinworth (2002), intitulado “*Understanding wound pain and trauma: an international perspective*”, compreendeu-se a complexidade e importância do problema da dor no tratamento de feridas, contudo, têm sido realizados poucos estudos nesta área. O mesmo estudo revelou também que muitos profissionais estão cientes dos problemas associados à dor na ferida, existindo diferentes práticas a nível internacional. Todavia, é frequente estes serem condescendentes ou não estarem dispostos a aceitar o grau de sofrimento da pessoa, relacionado com a dor associada à ferida.

A última década da investigação focou-se na cicatrização e a próxima década deve-se focar no paciente, sendo o controlo da dor uma prioridade (Moffat, 2002).

Assim, de acordo com os estudos referidos e a realidade atual, surge este estudo, com o objetivo de compreender a dor no âmbito do tratamento da ferida crónica e a forma como ela afeta a pessoa no seu dia-a-dia, visando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Este estudo, enquadrado no paradigma qualitativo, foi desenvolvido no Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo I – Serra D’Aire, através de entrevistas a utentes com dor associada à ferida crónica, procurando compreender as suas vivências, o impacto nas Atividades de Vida e contribuir para o controlo da dor. Para a análise das entrevistas recorreremos à análise de conteúdo.

O estudo está dividido em duas partes: o enquadramento teórico (Parte I) e o enquadramento metodológico (Parte II). No enquadramento teórico procedemos à revisão da literatura sobre a pessoa com ferida crónica (Capítulo 1) e a pessoa com dor (Capítulo 2), abordando também o cuidar da pessoa com dor, segundo o Modelo de Roper, Logan e Tierney (Capítulo 3). Na parte do enquadramento metodológico apresentamos a metodologia de investigação (Capítulo 4), onde definimos os objetivos do estudo, o tipo de estudo, a população alvo, os métodos de colheita de dados adotados, recolha e análise dos dados e as considerações éticas tidas em conta ao longo do estudo. No enquadramento metodológico procedemos à apresentação e análise dos dados (Capítulo 5), onde os dados colhidos foram analisados de forma a podermos dar resposta aos objetivos definidos para o estudo, procedida da discussão dos mesmos (Capítulo 6). Em seguida apresentamos as conclusões do estudo (capítulo 7) e, posteriormente, as referências bibliográficas e os anexos pertinentes para complementar o estudo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A PESSOA COM FERIDA CRÓNICA

Viver com ferida é uma experiência extremamente difícil, não só pelo impacto físico, mas também pelo facto de afetar diferentes aspetos da vida da pessoa.

“A cicatrização mais rápida e eficiente é apenas um elemento do tratamento avançado de feridas – as feridas afetam os pacientes de muitas maneiras. As feridas trazem implicações financeiras, psicológicas e sociais que também devemos ter em conta” (Baharestani, 2004). Todas estas implicações afetam não só a pessoa com ferida, mas também os seus familiares, pelo que se torna essencial compreendermos a origem da ferida, fazendo uma avaliação correta da mesma, para intervirmos de forma eficaz, sendo capazes de contribuir para uma cicatrização rápida, reduzindo o sofrimento da pessoa e da família.

1.1 A PELE

A pele é o maior órgão do corpo. Sendo a maior interface entre o corpo e o ambiente, a pele é adaptada para servir muitas funções diferentes. Ela está constantemente relacionada com atividades biológicas e bioquímicas (Gogia, 2003). Para além de separar fisicamente o ambiente interno do corpo do ambiente externo agressivo, a pele age como uma barreira física contra microrganismos, traumas, luz violeta e muitos parasitas. Desempenha também um papel importante na termorregulação e no metabolismo da vitamina D. De referir que a pele contém componentes celulares e humorais do sistema imunológico e diversos sistemas moleculares de defesa contra microrganismos (Irion, 2005).

A pele é constituída por duas camadas distintas: a epiderme (a camada mais superficial) e a derme (a camada mais interna), separadas por uma camada denominada membrana basal, que prende a epiderme à derme, impedindo-as de avançar ou retroceder. Após a derme encontra-se uma camada de tecido conectivo solto: tecido celular subcutâneo ou hipoderme.

A epiderme é a camada mais fina, avascular, que se regenera a cada 4 a 6 semanas, dividindo-se em cinco estratos: córneo, lúcido, granuloso, espinhoso e basal. Tem como principais funções a proteção da perda de água da epiderme e a manutenção da integridade cutânea contra barreiras físicas, tais como forças de deslizamento, fricção e irritantes tóxicos (Baranoski e Ayello, 2004).

Por sua vez a derme, como segunda camada, é a mais fina, composta por muitas células, sendo o colagénio e a elastina as principais proteínas desta camada. Esta camada dermal é a matriz que suporta a epiderme e pode ser dividida em duas áreas: a derme papilar e a derme reticular. A principal função da derme é fornecer força tênsil, suporte, retenção da humidade, sangue e oxigénio à pele. Protege os músculos, ossos e órgãos subjacentes, e produz o sebo (substância rica em óleo), que lubrifica a pele, através das suas glândulas sebáceas (Baranoski e Ayello, 2004).

No concerne ao tecido subcutâneo ou hipoderme, este une a derma às estruturas subjacentes, sendo a sua função promover o aporte sanguíneo permanente à derme para regeneração. Esta camada é constituída essencialmente por tecido adiposo, que fornece uma almofada entre camadas cutâneas, músculos e ossos. Promove a mobilidade cutânea, molda o contorno humano e isola o corpo (Baranoski e Ayello, 2004).

Para compreendermos o estado da pele da pessoa é necessário avaliar a mesma, o que inclui os seguintes parâmetros: temperatura, cor, humidade, turgidez e integridade (Baranoski e Ayello, 2004). No caso de se observar perda de integridade, torna-se necessário a avaliação da lesão identificada. Mas antes de podermos avaliar a ferida é importante compreender a fisiologia da cicatrização das feridas, para mais facilmente podermos descrever e compreender a lesão.

1.2 O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

Segundo Irion (2005), “após uma lesão, ocorre uma sequência determinada de eventos que levam à correção do defeito e à restauração da superfície da pele. A profundidade da lesão determina a sequência de eventos. As feridas podem lesar apenas a epiderme (superficiais), apenas uma parte da derme (espessura parcial) ou toda a espessura da derme (espessura total), e mesmo estender-se ao tecido subcutâneo”.

As feridas superficiais são inicialmente cobertas por uma crosta, formada por sangue, restos celulares desvitalizados e partículas de tecidos, sendo este processo denominado de

reepitelização. Estas feridas epidérmicas fecham sem deixar qualquer tecido cicatricial, e a duração do processo de cicatrização é mais curto do que no caso da derme (Gogia, 2003).

Segundo Gogia (2003), as feridas dérmicas envolvem a epiderme, a derme e tecidos subcutâneos. Elas podem também envolver músculos e ossos. A cicatrização deste tipo de ferida é altamente complexa, se comparada à cicatrização de feridas epidérmicas, passando por três fases: inflamatória, fibroblástica e de remodelamento. Por sua vez, Baranoski e Ayello (2004) acrescentam ainda uma fase inicial denominada hemóstase, que como o próprio nome indica, consiste na retenção da hemorragia no local do dano, após a ruptura dos tecidos como resultado da lesão.

A fase inflamatória, prepara a ferida para a cicatrização e remove restos celulares e tecidos desvitalizados. Usualmente dura 24 a 48 horas e termina em duas semanas, seguida por uma fase subaguda que também dura sensivelmente duas semanas. A inflamação é uma resposta vascular e celular que remove microrganismos, material inorgânico e tecido desvitalizado. Após o trauma, os vasos sanguíneos e linfáticos sofrem vasoconstrição para reduzir a perda sanguínea na área afetada (hemóstase). Em simultâneo, os leucócitos começam a agregar-se e a aderir à parede do vaso. Imediatamente após a vasoconstrição, os vasos não lesados dilatam e a permeabilidade aumenta em resposta a substâncias químicas libertadas pelos tecidos danificados, levando a extravasamento plasmático para a área lesada. Por sua vez, leucócitos, eritrócitos e plaquetas aderem às paredes endoteliais dilatadas dos vasos sanguíneos. À medida que esta fase chega ao fim, a fibrinolise dos vasos sanguíneos é produzida para auxiliar a dissolução dos coágulos. Nesta fase, a área perilesional fica vermelha, quente, edemaciada e dolorosa.

No que se refere à fase fibroblástica (ou proliferativa), começa três dias após a lesão e dura semanas, sendo caracterizada pela formação de tecido de granulação na zona da ferida. O novo tecido compõe-se de uma matriz de fibrina, fibronectina, colagénios, proteoglicanos, glicosaminoglicanos e outras glicoproteínas (Baranoski e Ayello, 2004). Esta fase continua até à cicatrização da ferida. O reparo epitelial passa por uma sequência de mobilização, migração, proliferação e diferenciação. À medida que a reepitelização está a ocorrer, inicia-se o processo de contração da ferida, recompondo a lesão, resultando numa ferida menor para ser reparada pela formação de cicatriz. Por sua vez, a ferida em cicatrização necessita de resistência para suportar as tensões mecânicas, estando a integridade da mesma depende do colagénio que confere resistência e rigidez à ferida. Para que ocorra proliferação celular é necessária nutrição e aporte

adicional de oxigénio aos tecidos, determinada pelos capilares sanguíneos neoformados. Esta nova rede capilar preenche totalmente o leito da lesão e, junto com o tecido colagénio, forma o tecido de granulação, sendo este muito delicado, pelo que deve ser protegido de qualquer microtrauma repetido ou irritação química (Irion, 2005).

A fase de remodelamento (ou maturação) começa 7 dias após a lesão e pode durar um ano ou mais. A componente inicial da matriz extracelular, que se forma à medida que o processo cicatricial decorre, é a fibronectina e forma uma rede de fibra provisória, incluindo ainda outros componentes como o ácido hialurónico e proteoglicanos. Esta rede atua como um substrato para a migração e crescimento das células e como um modelo para a deposição subsequente de colagénio. A deposição de colagénio torna-se o constituinte predominante da matriz, e depressa forma feixes fibrilares, fornecendo rigidez e força tênsil à ferida. A diferenciação dos fibroblastos em miofibroblastos, com a apoptose celular daí resultante, também são aspetos da remodelação tecidual. A cicatriz é o produto final da cicatrização da ferida, correspondendo a mesma a uma massa de colagénio relativamente avascular e acelular, que serve para restaurar a continuidade celular e algum grau de função e força tênsil. É importante não esquecer que o encerrar da ferida não significa que a cicatrização esteja completa, pois a ferida continua a mudar, num processo de remodelação, que perdura 18 meses pós-encerramento. Durante esta fase, apesar de cicatrizada, a ferida continua vulnerável (Baranoski e Ayello, 2004).

Tipos de cicatrização

O processo de cicatrização pode ocorrer de três formas considerando os agentes causadores da lesão, a quantidade de tecido perdido e o conteúdo microbiano. Desta forma, a cicatrização da ferida pode ser por primeira, segunda e terceira intenção.

A cicatrização por primeira intenção é o tipo de cicatrização ideal. Está associada a feridas limpas, com perda mínima de tecido, que permitem a junção dos bordos da lesão por meio de suturas ou qualquer outro tipo de aproximação e com reduzido potencial para infeção. O processo cicatricial ocorre dentro do tempo fisiológico esperado o que deixa uma cicatriz mínima (Meneghin e Vattimo, 2003).

De acordo com o mesmo autor, a cicatrização por segunda intenção está associada a feridas infetadas e a lesões com perda acentuada de tecido, pelo que não é possível a junção dos bordos

da ferida e conseqüentemente é necessário uma maior produção de tecido de granulação e mais tempo para contração e epitelização da ferida, o que se traduz numa cicatriz significativa.

Por último, a cicatrização por terceira intenção ocorre quando há fatores que retardam a cicatrização de uma lesão inicialmente submetida a um encerramento por primeira intenção, isto é, acontece quando uma incisão é deixada aberta para drenagem do exsudato e, posteriormente, fechada (Meneghin e Vattimo, 2003).

1.3 TIPOS DE FERIDA

As feridas podem ter origem em diferentes situações, quer sejam relacionadas com a pessoa ou com aspetos ambientais, físicos, entre outros, podendo ainda cicatrizar de uma forma organizada e atempada, ou não. “Simplificando, as feridas podem ser classificadas de acordo aquelas que se reestabelecem por si ou podem ser estabelecidas por meio de um processo ordeiro e atempado (ferida aguda) e aquelas que não (ferida crónica)” (Baranoski e Ayello, 2004).

Feridas agudas vs Feridas crónicas

Parece existir pouco consenso no que concerne à definição da etiologia das feridas agudas e crónicas. O conceito de cronicidade implica um processo de cicatrização prolongado, enquanto que as feridas agudas implicam uma cicatrização não complicada, ordeira, organizada ou rápida. Normalmente as feridas cirúrgicas e traumáticas, que cicatrizam por primeira intenção, são classificadas como agudas (Baranoski e Ayello, 2004).

Existem diferentes fatores que podem contribuir para o retardar da cicatrização da ferida, quer sejam associados às condições da pessoa ou aos cuidados inadequados à ferida. Desta forma, a ferida deixa de passar pelas etapas normais de cicatrização devido à cronicidade de uma fase ou ao não começo de uma das fases (Irion, 2005).

Sussman (1998, citado em Baranoski e Ayello, 2004) define uma ferida crónica como “aquela que se desvia da sequência esperada da reparação, em termos temporais, aparência e resposta a tratamentos agressivos e apropriados”. Werdin, Tennenhaus, Schaller e Rennekampff (2009), referem ainda que as feridas crónicas são feridas que não seguiram o processo necessário para produzir integridade anatómica e funcional, de uma forma ordeira e atempada, num período de

três meses. Este tipo de feridas, normalmente cicatriza por segunda intenção, estando associada a patologias como a diabetes, doença isquêmica, danos por pressão e doenças inflamatórias. Uma das causas que se pensa que contribui para o aparecimento de feridas crônicas prende-se com a inflamação crônica da ferida. Hart (2002, citado em Baranoski e Ayello, 2004) refere que a inflamação prolongada ocorre devido à presença de leucócitos inflamatórios, neutrófilos normais e à produção de citocinas pró-inflamatórias.

“A inflamação crônica geralmente resulta da falha na otimização das condições da ferida e da pele circundante, e da preservação da ferida contra as forças que inicialmente a produziram. A incapacidade de remover tecido necrótico de uma ferida, sanar uma infecção, evitar a repetição de um trauma, otimizar o teor de humidade da pele e da ferida, ou a presença de corpos estranhos, são geralmente os fatores responsáveis” (Irion, 2005).

Hart (2002, citado em Baranoski e Ayello, 2004) sugere outros fatores que podem induzir a cronicidade, como por exemplo: trauma físico recorrente, lesão isquêmica de reperfusão, contaminação subclínica e corpos estranhos.

Irion (2005) defende que no caso de uma ferida aguda, a presença de bactérias é causadora de cronicidade, pois a presença persistente de bactérias em feridas agudas está associada ao aumento da produção de citocinas. O tratamento da infecção de feridas é direcionado à restauração do equilíbrio bacteriano no interior da mesma, com as práticas de desbridamento, drenagem e sutura da ferida no momento adequado.

Segundo Baranoski e Ayello (2004), antes de implementar as intervenções apropriadas para cicatrizar a ferida, deve ser determinada a patologia ou causa da mesma. As feridas podem ter uma etiologia cirúrgica, neuropática, vascular ou de pressão. Algumas destas feridas têm tendências a tornarem-se crônicas devido à sua complexidade, tal como refere Krasner (2003): na prática clínica, muitos pacientes têm feridas crônicas como úlceras nas pernas e úlceras diabéticas, podendo também apresentar úlceras de pressão.

Úlceras de pressão

Segundo a definição da NPUAP (2001, citada em Ayello, Baranoski, Lyder e Cuddigan, 2004), as úlceras de pressão são “qualquer lesão provocada por pressão não aliviada, resultando em dano dos tecidos subjacentes. As úlceras de pressão localizam-se habitualmente sobre as proeminências ósseas (como o sacro, cóccix, ancas, calcâneos), e são classificadas de acordo com a extensão de dano tecidual observável”.

As pessoas com alto risco de desenvolver úlcera de pressão são as que apresentam severas restrições de mobilidade, *deficit* neurológico (por exemplo, após AVC, comatosos ou sedados), com *deficit* sensorial (por exemplo, após lesão na medula espinhal ou devido a neuropatia diabética), e doentes crônicos ou críticos (Krasner, 2003).

Segundo Ayello, Baranoski, Lyder e Cuddigan (2004), o principal causador das úlceras de pressão é a pressão, sendo a quantidade e duração da mesma inversamente proporcionais, isto é, baixas quantidades de pressão durante longos períodos de tempo podem ser tão prejudiciais para os tecidos como grandes quantidade de pressão durante curtos períodos de tempo.

“Quando pressão externa é aplicada a um tecido mole sobre uma proeminência óssea, por um período longo de tempo, o fluxo sanguíneo para a área é diminuído, o oxigênio e os nutrientes não são carregados para as células, e os produtos de degradação acumulam-se. Isso resulta em isquemia, seguido por hiperémia, edema, necrose tecidual e, finalmente, morte celular que reconhecemos como ulceração” (Krasner, 2003).

Krasner (2003) define ainda mais três fatores, para além da pressão, que contribuem para o aparecimento de úlceras de pressão: tração (quando camadas de tecido deslizam umas contra as outras), fricção (quando a epiderme é friccionada ou puxada sobre uma superfície) e humidade. Segundo este mesmo autor, os fatores de risco de úlceras de pressão são extrínsecos ou intrínsecos, como: imobilidade, inatividade, desnutrição, incontinência, sensibilidade diminuída, níveis diminuídos de consciência, fraturas e condição física degradada.

As úlceras de pressão não normalmente classificadas usando o sistema de classificação do NPUAP:

- Estadio I: Apresenta-se como uma área definida de vermelhidão persistente.
- Estadio II: Perda parcial da espessura da pele envolvendo a epiderme e a derme. A úlcera é superficial e apresenta-se clinicamente como uma abrasão, flictena ou úlcera superficial.
- Estadio III: Perda total da espessura da pele envolvendo danos ou necrose do tecido subcutâneo, que pode estender-se até, mas não através, da fáscia subjacente. A úlcera apresenta-se clinicamente como uma úlcera profunda com ou sem loca do tecido adjacente.
- Estadio IV: Perda total da espessura da pele com destruição extensa, necrose tecidual ou dano até ao músculo, osso ou estruturas de suporte.

As úlceras de pressão são muitas vezes causa de dor, sofrimento e incapacidade, para além dos custos económicos associados. Têm ainda sérias consequências sociais e económicas e, na pior das hipóteses, pode resultar em morte devido a septicémia (Krasner, 2003).

Úlceras de perna

A principal etiologia da úlcera de perna de muitos pacientes é a doença vascular periférica, o que pressupõe doenças relacionadas com os sistemas venoso, linfático e arterial. A doença venosa crónica é a sétima doença crónica mais comum, sendo a causa subjacente de 95% das úlceras de perna (Sieggreen e Kline, 2004).

De acordo com Sieggreen e Kline (2004), as úlceras arteriais são feridas que não cicatrizam devido ao inadequado fluxo sanguíneo arterial. “A insuficiência arterial resulta comumente da oclusão de vasos importantes e menos comumente da oclusão de pequenos vasos. (...) O suprimento sanguíneo cutâneo não é adequado para atender às necessidades do metabolismo tecidual local e resulta em rutura da pele. Embora as úlceras arteriais sejam mais comuns em homens, o tabagismo e fatores da dieta podem aumentar a sua incidência em mulheres” (Micheletti, 2003).

Ainda de acordo com Micheletti (2003), as úlceras arteriais normalmente envolvem a área pré-tibial ou o dorso dos dedos ou do pé, tendo tendência para serem mais dolorosas que as de origem venosa. Como a gravidade auxilia o fluxo arterial, ficar em pé e caminhar diminui a dor nas úlceras de origem arterial. Quanto ao aspeto deste tipo de úlceras, os bordos são usualmente lisos e bem definidos, sendo a base obscurecida por exsudado amarelo-pálido e necrose, com algumas zonas de gangrena. Usualmente pouco ou nenhum tecido de granulação está presente. São úlceras profundas e os tendões são frequentemente visíveis, sendo a pele em volta seca, quebradiça e fria. Por vezes os pacientes podem apresentar edema da extremidade, pois tendem a estar com ela pendente. Os pacientes usualmente têm um pulso fraco ou ausente em redor da úlcera, mas nada disto serve como diagnóstico por si só, pois é necessário estudo de doppler para diferenciar as úlceras venosas das arteriais.

Para Irion (2005), devido à natureza potencialmente grave da insuficiência arterial, e considerando os tratamentos utilizados para doenças venosas e linfáticas (elevação, compressão, o que pode agravar a doença arterial), torna-se essencial um exame arterial. Existem diferentes testes para diagnosticar a insuficiência arterial, sendo o que apresenta a melhor relação custo-

benefício o índice de pressão tornozelo-braço (IPTB). “Este teste é uma razão simples entre a pressão sistólica no tornozelo, medida na artéria dorsal no pé ou na artéria tibial posterior, e a pressão sistólica da artéria braquial. Normalmente, a razão entre as pressões sistólicas no tornozelo e braquial é de 1,1 ou 1,0. Um valor abaixo de 0,8 ou 0,7 é indicativo de doença arterial” (Irion, 2005).

O tratamento de úlceras de origem arterial deve incluir o aumento de aporte sanguíneo ao local, sendo desencorajado o desbridamento da gangrena na presença de isquémia, pois o fluxo sanguíneo é insuficiente para cicatrizar a nova ferida cirúrgica. Para além disso, feridas isquémicas devem manter-se secas, não sendo adequado o princípio da cicatrização em ambiente húmido, pois proporciona a o crescimento bacteriano em presença de necrose ou tecido gangrenoso. O tratamento de úlceras de perna arteriais necessita de restabelecimento do afluxo arterial antes de se estabelecer qualquer outro tratamento (Sieggreen e Kline, 2004).

“As úlceras venosas são lesões crónicas da pele e subcutâneas que habitualmente se situam na extremidade inferior das áreas pré-tibial e mediana supramaleolares do joelho, onde as veias perfurantes estão localizadas” (Sieggreen e Kline, 2004). Estes mesmos autores referem ainda que, anteriormente, estas úlceras também eram denominadas de “úlceras de estase venosa”, mas a literatura recente indica que a hipertensão venosa, mais do que a estase venosa, é a causa destas úlceras e a razão porque não cicatrizam, devido ao edema que provoca. Segundo Irion (2005), “a hipertensão venosa causa uma pressão capilar elevada até ao ponto em que os capilares começam a extravasar líquidos, macromoléculas e hemácias no espaço intersticial. (...) O extravasamento de hemácias e a sua lise levam ao aparecimento de uma coloração castanho-amarelada visível”.

As úlceras de origem venosa apresentam bordos irregulares, sendo o leito da ferida raso, sem fáscia ou estruturas profundas expostas. Uma úlcera venosa sem infeção apresenta tecido de granulação róseo e saudável. A dor é moderada, piorando quando se está em pé e aliviando com a elevação dos membros inferiores. É frequente existir edema tenso do membro afetado. À medida que a pele reage à perfusão diminuída, observa-se perda de anexos manifestada por alopecia e eczema de estase seco. A fibrose que circunda a lesão, leva a edema acima e abaixo, dando um aspeto de “perna em garrafa de champanhe” (Micheletti, 2003).

Quando ao diagnóstico deste tipo de úlceras, para além da observação das características da lesão, recorre-se também à avaliação do IPTB, para identificar se existe compromisso arterial, o que contribui para o diagnóstico diferencial em relação às úlceras de origem arterial. Pode-se

recorrer também a outros testes venosos como o teste de precursão, teste de Trendelenburg, teste de enchimento venoso e pletismografia venosa (Irion, 2005).

O tratamento de eleição para as úlceras de origem venosa passa pela compressão e elevação da perna, para melhorar a causa subjacente à hipertensão venosa. Na medida em que é virtualmente impossível manter a elevação da perna fora de um ambiente hospitalar, aposta-se na compressão do membro lesado, através de um sistema de ligaduras compressivas em multicamadas. Este sistema de camadas múltiplas gera uma pressão mais uniforme e tem também uma camada para absorção do exsudado. Existe ainda a hipótese de colocar uma Bota de Unna como forma de tratamento, que consiste em aplicar ligadura elástica impregnada de óxido de zinco, que proporciona suporte físico para melhorar a bomba muscular da pantorrilha, em pacientes que deambulam. No entanto, a eficácia desta vai diminuindo à medida que o edema diminui e como é um material com pouca capacidade de absorção, existe o risco de maceração dos tecidos circundantes, pelo que é cada vez menos utilizado (Micheletti, 2003).

Úlceras de pé diabético

Existe ainda um tipo de ulceração associada à diabetes, denominada úlcera de pé diabético. “Cerca de 20% de todos os diabéticos desenvolvem úlceras de membros inferiores em algum momento das suas vidas, e 25% dos internamentos que ocorrem em diabéticos são por problemas nos membros inferiores” (Parisi, 2003). De referir que nos Estados Unidos, cerca de 45% a 83% das amputações atraumáticas das extremidades inferiores realizadas anualmente, envolvem pacientes com diabetes, sendo o risco de amputação das extremidades inferiores em diabéticos 15 a 46 vezes maior do que em pacientes não diabéticos (Lavery, Baranoski e Ayello, 2004). Muitas das amputações que ocorrem nos diabéticos estão relacionadas com úlceras de pé diabético que acabam por ficar infetadas, e a única forma de prevenir uma sépsis passa pela amputação do membro lesado.

As úlceras de pé diabético resultam de complicações crónicas da diabetes como a neuropatia diabética e a doença vascular periférica.

É comum os pacientes com diabetes apresentarem neuropatia sensorial (leva à incapacidade para perceber a agressão ao pé – perda de sensação protetora), motora (altera as biomecânicas do pé, aumentando a fricção e pressão na planta do pé) ou autonómica (causa desvio do sangue e perda da capacidade de transpiração e função da glândula sudorípara, tornando a pele seca e escamosa,

propensa a fendas e fissuras), tendo todas elas um impacto devastador nos múltiplos sistemas do pé. A neuropatia impede uma resposta adequada do corpo à agressão, sendo esta o fator de risco de maior relevo nas complicações das extremidades inferiores. Os pacientes com diabetes sofrem lesões repetitivas nos pés que não são reconhecidas, até que o dano é tão grave que resulta em ulceração com perda total da espessura da pele. A neuropatia sensitiva pode ser detetada através do teste de limiar de percepção de vibração e avaliação da pressão, com o monofilamento de 10 gramas de Semmes-Weinstein (Lavery, Baranoski e Ayello, 2004).

Segundo Lavery, Baranoski e Ayello (2004), “a doença vascular periférica em pacientes com diabetes é caracterizada por múltiplas placas oclusivas de artérias de tamanho pequeno – e médio – dos vasos infrapoplíteos. Esta doença coloca o paciente com diabetes em maior risco de úlceras de pé e infeções secundárias devido a mudanças isquémicas”.

No que concerne ao tratamento da úlcera de pé diabético,

“deve-se desbridar a lesão, retirar o máximo possível das bordas da calosidade da úlcera e, a seguir, aliviar o ponto de pressão que originou o calo e a úlcera. Tal alívio pode ser realizado através de repouso absoluto, do uso de palmilhas ortopédicas de contacto total, ou através do gesso de contato total. Na úlcera neuropática de pressão deve-se desbridar a lesão, mantê-la húmida com soro fisiológico e retirar o uso do calçado responsável pelo traumatismo. Na úlcera isquémica, após avaliação do cirurgião vascular, caso o mesmo autorize, desbridar o tecido necrótico, manter curativo húmido com soro e aguardar o tratamento da isquémia” (Parisi, 2003).

1.4 PRINCÍPIOS GERAIS DO TRATAMENTO DE FERIDAS

Durante os últimos anos, o conhecimento sobre a cicatrização de feridas e o efeito de um tratamento bem direcionado nesse processo tem evoluído substancialmente. No entanto, antes de procedermos ao tratamento da ferida em si, não nos podemos esquecer que a ferida está associada a um paciente, e que para tratar a ferida é necessário tratar a causa da mesma e os fatores sistémicos que retardam a cicatrização.

Segundo Rijswijk (2003), o tratamento da ferida passa por tratar a infeção, limpar e desbridar a ferida, para proporcionar um meio ótimo para a cicatrização, para aliviar a dor e o desconforto, e evitar complicações.

Antes de podermos fazer a aplicação do apósito, é necessário remover os tecidos desvitalizados, sendo o uso do soro fisiológico (sob pressão, se indicado) suficiente, em muitos casos, para alcançar o objetivo de desbridamento local. A presença de tecido necrótico na ferida predispõe à

De acordo com o mesmo autor, a descoberta de que um apósito que promova um ambiente húmido é mais benéfico para a cicatrização de feridas, foi um dos avanços mais importantes na cicatrização de feridas, pois não só facilitava a reepitelização, mas também influenciavam a inflamação, bem como o tecido de granulação e a formação do colagénio. No entanto, não podemos esquecer que os apósitos podem ter um efeito profundo na dor associada ao tratamento e à ferida. Por exemplo, se o material de penso aderir à ferida, a sua remoção pode ser dolorosa, logo, devemos selecionar o penso cuidadosamente, tendo em consideração o nível de exsudado da ferida. Estudos clínicos demonstraram que o uso de apósitos promotores da humidade no leito da ferida, resultam em menos dor e desconforto do que os penso com gaze tradicionais.

“As últimas duas décadas têm-se focado na melhoria das taxas de cicatrização dos pacientes com uma vasta quantidade de feridas crónicas. É agora realista esperar que, com cuidados baseados na evidência, muitas feridas irão cicatrizar tranquilamente dentro de um espaço de tempo razoável. No entanto, apesar de grandes progressos, ainda permanece uma pequena, mas significativa proporção de feridas crónicas que falham em cicatrizar, mesmo com o mais elevado padrão de cuidados. (...) A preparação do leito da ferida não é um conceito estático, mas um conceito dinâmico e rapidamente evolutivo. Falanga, numa revisão da evolução do conceito no seu primeiro artigo, descreve o desenvolvimento do TIME. Este modelo engloba quatro componentes que sustentam a preparação do leito da ferida (Gestão do tecido, controlo da inflamação e infeção, gestão dos exsudado, margens (epitélio) que não avançam). Falanga sugere que a estrutura TIME oferece aos clínicos uma abordagem abrangente, onde a ciência básica pode ser aplicada para desenvolver estratégias que maximizem o potencial de cicatrização da ferida” (Moffatt, 2004).

No entanto, não nos podemos esquecer que a estrutura TIME não é linear, pois feridas diferentes requerem atenção para diferentes elementos e também porque uma intervenção pode ter impacto em mais do que um elemento do TIME (por exemplo, o desbridamento, pode ser usado para a gestão do tecido, mas também tem impacto no controlo da inflamação e infeção). Na verdade, a estrutura TIME reconhece a relação das anomalias patogénicas que enfraquecem a cicatrização com a aplicação das terapias e procedimentos existentes, sem esquecer que a preparação do leito da ferida não deve ser vista de uma forma isolada em relação à avaliação holística da ferida, que envolve as necessidades psicossociais do paciente assim como as patologias associadas e subjacentes (Moffatt, 2004).

2. A PESSOA COM DOR

A dor é um fenómeno complexo pois envolve aspetos emocionais, sensoriais, culturais, ambientais e cognitivos, estando ainda dependente da singularidade e individualidade da pessoa que a experiencia.

A singularidade e individualidade de cada pessoa confere ao fenómeno dor, um carácter subjetivo e único que depende não só da perceção individual do indivíduo (influenciada por vários fatores), mas também, da perceção do enfermeiro, sendo fundamental salientar a importância da sensibilização para este fenómeno e do desenvolvimento de uma relação terapêutica que irá consolidar a comunicação e a confiança entre enfermeiro/utente, pilar preponderante para o estabelecimento do plano terapêutico (Azevedo et al, 2008).

O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde. (Direção Geral de Saúde, 2008)

A subjetividade e as múltiplas dimensões que envolvem a dor, dificultam a sua definição, que tem vindo a evoluir ao longo dos tempos.

“A dor tem sido um dos maiores fatores que afetam o curso da história humana. Desde os primórdios dos tempos os povos procuram entender e controlar a dor, conduzindo-se para tanto, ao longo dos séculos, ao melhor diagnóstico e manejo da mesma. (...) Percorrendo a história, no antigo Egito, e entre alguns povos da América pré-colombiana, a dor era vista como resultado da entrada de espíritos dos mortos no corpo através de uma orelha ou narina. Entre os incas, os portadores de doenças dolorosas eram vítimas de espíritos malignos. (...) Foi com a Grécia clássica que os primeiros passos na busca por uma explicação racional da dor ocorreu. Hipócrates de Cós, rejeitou as teorias mágicas e religiosas, então em voga, e pautou-se na observação clínica de que as enfermidades eram desvios dos processos naturais, por alterações dos “humores” do organismo, cabendo ao médico restaurar o equilíbrio dos mesmos. No entanto, durante os primeiros cinco séculos

depois de Cristo, a Igreja Católica destruiu muitos textos gregos e romanos acerca dos conhecimentos médicos, considerando-os de heréticos e suprimindo a Europa Ocidental de uma investigação e experimentação científica milenar” (Karklis e Ferreira).

“Correntemente é bem aceite a noção de que a dor é uma entidade sensorial múltipla que envolve aspetos emocionais, sensoriais, culturais, ambientais e cognitivos. A dor é portanto, um fenómeno complexo, subjetivo e multidimensional difícil de apreender, definir, explicar ou medir” (Rabiais, Nogueira e Falcão, 2003).

A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (Citado em Direção Geral de Saúde, 2008). Esta definição foi adotada no Programa Nacional de Luta contra a dor (Direção Geral de Saúde, 2008) pois tem como corolário a capacidade da dor afetar o indivíduo na sua globalidade, pelo que a sua abordagem, em muitos casos, deve ser multidimensional, tendo em conta não só os aspetos sensoriais da dor, mas, também, as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa.

Segundo McCaffery (1989, Citado em Swenson, 2000), a dor “é aquilo que a experiencia da pessoa diz que é, existindo onde a pessoa diz que existe, sendo a descrição desta centrada no doente”.

Esta última definição vem reforçar a ideia de que a dor é algo subjetivo que só o individuo que a experiencia é capaz de descrever corretamente, para que a equipa de saúde consiga atuar de forma eficaz no seu controlo, pois “para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que a dor causa, provoca alterações fisiopatológicas que vão contribuir para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso”. (Direção Geral de Saúde, 2008)

2.1 FISIOPATOLOGIA DA DOR

A dor resulta da condução de mensagens de dor ao cérebro, através dos nervos (Sorensen e Luckmann, 1998). No entanto, a condução destas mensagens ao cérebro e resposta às mesmas, está dependente das vias nociceptivas, sem as quais a experiência da dor não seria possível. As vias nociceptivas correspondem a um sistema de alerta e resposta a uma

agressão tecidual, pelo que se depreende que a sua função seja a preservação da integridade do organismo. “As vias nociceptivas compreendem o conjunto dos elementos do sistema nervoso que têm como funções detetar, transmitir, analisar, controlar as informações produzidas por uma lesão tecidual e de lhe fornecer uma resposta adequada” (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002). Podemos então dizer que “a complexa atividade neurofisiológica que resulta em dor, compreende quatro passos: transdução, transmissão, percepção e modulação” (Swenson, 2000).

“ A transdução é o processo pelo qual os estímulos nociceptivos (dolorosos) conduzem a atividade elétrica nas extremidades das principais fibras aferentes. O estímulo pode ser mecânico, térmico ou químico, provocando a libertação de substratos bioquímicos que induzem um potencial de ação e alterações elétricas nos neurónios. As principais fibras aferentes da dor são:

A – grandes fibras mielinizadas, que apresentam uma condução rápida.

C – fibras pequenas não mielinizadas que apresentam uma condução lenta” (Swenson, 2000).

A transmissão de mensagens dolorosas é feita através do envio de impulsos desde os nervos aferentes principais até ao início dorsal da medula espinal. Por sua vez, o primeiro nervo aferente ao terminar e o neurónio do trato espinotalâmico levam a mensagem até ao lado contralateral da medula espinal, onde se ajusta a um grupo de fibras que transportam as mensagens dolorosas. Mas para que seja reconhecida sensação de dor é necessária a tradução da resposta neural em sensação ao córtex cerebral: Percepção (Swenson, 2000).

“A modulação é o controlo da transmissão da dor e pode incluir quer inibição, quer realce do estímulo nociceptivo. A modulação envolve recetores opiáceos no córtex, trato gastrointestinal, bexiga e útero. Ligam os opiáceos endógenos e exógenos para bloquear a transmissão da dor” (Swenson, 2000).

Percepção e resposta à dor

Como foi referido anteriormente, a dor provocada por um compromisso orgânico deve-se à existência das vias nociceptivas que têm como função detetar, transmitir, analisar, integrar e memorizar a informação gerada por esse compromisso. A disfunção das vias nociceptivas, pode induzir uma sensação ou percepção dolorosa, mesmo em situações de ausência de compromisso orgânico. “Isto significa que a par do mais trivial mecanismos gerado, ou seja, uma lesão orgânica, existem outros mecanismos geradores de dor (lesão nervosa, perturbação psicológica) que serão sempre descritos pelo doente em associação com experiências vividas” (Swenson, 2000). Assim sendo, compreende-se porque é que

por vezes a queixa dolorosa de uma pessoa, não parece ter uma relação lógica com a extensão ou com a importância da lesão orgânica que é suposto provocá-la.

2.2 TEORIAS DE TRANSMISSÃO DA DOR

Segundo Swenson (2000), as teorias da dor desenvolvidas no passado, surgiram pela dificuldade em determinar o que ocorre fisiologicamente durante a experiência da dor. Surgiram diferentes teorias, sendo a primeira a de Descartes, cientista Francês, que identificou a dor como uma sensação específica que resulta da condução nervosa ao cérebro, após estimulação por um estímulo nocivo (por exemplo, fogo). Esta teoria levou, mais tarde, à teoria da especificidade, que “pressupõe que a dor é a única consequência da excitação das fibras nervosas nociceptivas aferentes. Estas sensações são transmitidas diretamente ao cérebro e todas constituem sensações de dor”. Devido ao alcance limitado desta teoria, esta foi abandonada (Sorensen e Luckmann, 1998).

Em 1965 foi apresentada a teoria do portão, por Melzac e Wall, que defende que “os impulsos nociceptivos são transmitidos via trato espinotalâmico, mas podem ser modulados na medula espinal, tronco cerebral ou córtex cerebral” (Swenson, 2000). Segundo Sorensen e Luckmann (1998):

“ A teoria do portão é uma explicação da transmissão da dor segundo a qual, fibras nervosas mielinizadas (fibras A beta), têm um baixo limiar ao estímulo doloroso e quando ativadas, inibem a resposta a outros estímulos nocivos, fechando os estímulos dolorosos posteriores. As lesões dos tecidos podem levar à ativação das fibras nervosas de pequeno diâmetro que, ao abrirem, causam dor. As fibras C são fibras nervosas não mielinizadas de pequeno diâmetro que transmitem as sensações mais lentamente do que as fibras mielinizadas de grande diâmetro. Devido a esta transmissão mais lenta do que a das outras fibras, as mensagens de dor das fibras C podem ser bloqueadas na medula se estiver ocupada com as fibras A beta”.

Na perspetiva de McGuire Scheidler (citado em Swenson, 2000), a atividade nas grandes fibras pode “abrir o portão”, enquanto a atividade nas fibras pequenas pode “fechá-la”.

Segundo Adams e Field (2002), a estimulação das fibras C produz uma sensação indefinida e difundida, similar a uma queimadura profunda, de natureza semelhante à dor crónica. Por sua vez a estimulação de fibras A-6 produz uma sensação aguda e de picada de natureza similar à dor aguda. As fibras A-beta parecem ter um efeito global e inibitório ao fechar os canais aquando do *input* nociceptivo e na transmissão ascendente, sendo ativadas por estimulação transeletrica de alta frequência/baixa intensidade dos nervos e por terapia manual, como a massagem.

A hipótese de um portão de entrada foi suportada pela descoberta do fenómeno de analgesia produzida por estimulação, a supressão da dor produzida pela estimulação elétrica de locais distintos do cérebro (Sorensen e Luckmann, 1998).

De referir ainda que “o mecanismo dos canais pode ser afetado por influências descendentes que podem ser ativadas por processos psicológicos a partir do sistema de controlo central” (Price, 1999, citado em Adams e Field, 2002). Existem certos fatores emocionais e cognitivos que podem ser utilizados para reduzir a intensidade da dor através de mecanismos corticoreticulares e reticuloespinais, isto é, os fatores psicológicos têm efeito sobre os mecanismos neurofisiológicos e podem aumentar ou reduzir a sensação de dor, dependendo da natureza dos mesmos (Adams e Field, 2002).

2.3 A DOR E O TIPO DE FERIDAS

Quanto à duração da dor, esta pode ser aguda ou crónica. Segundo Metzger, Muller, Schwetta e Walter (2002), “a dor aguda ocorre devido a uma lesão tecidual e é a manifestação do estímulo nociceptivo que essa lesão provoca. (...) A dor aguda é um sintoma que tem como finalidade biológica a preservação da integridade do organismo”. Para Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski (2004), a dor aguda tem uma causa óbvia e é de duração curta, cedendo à medida que a cicatrização da lesão que a provocou vai evoluindo. Por sua vez, defende que a dor crónica persiste durante três meses ou mais, e está habitualmente associada a um compromisso funcional ou psicológico. “Para além da duração, fixada arbitrariamente em três meses (para alguns autores, por vezes seis meses), são as alterações da personalidade e do comportamento do doente que determinam que a dor se tornou crónica” (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002).

Segundo o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, “a dor crónica pode estar presente na ausência de uma lesão objetivável, ou persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem. Nesse contexto, a dor deixa de ser um sintoma para se tornar uma doença por si só” (Direção Geral de Saúde, 2008). Na perspetiva de Metzger, Muller, Schwetta e Walter (2002) “a dor, sobretudo a crónica, condiciona a capacidade de ação, ensombra os horizontes e faz com que aquele que a sofre se sinta “prisioneiro do seu corpo”. Isto significa que para além da modificação da personalidade criada pela dor, o traço

psicológico dominante dos doentes com dor crónica é a depressão, corolário da perda de esperança na cura”.

A dor está muitas vezes associada a feridas, tornando a experiência de viver com uma ferida muito mais penoso. “A dor desempenha um papel importante no tratamento de feridas, controlá-la é essencial para o sucesso da cicatrização. (...) A diminuição ou eliminação da dor contribui para o sucesso do processo de cicatrização e conseqüentemente para a melhoria da qualidade de vida” (Alves, Costeira e Vales, 2009).

Segundo um estudo desenvolvido por Woo et al (2008), no qual se procedeu à análise de vários artigos, *guidelines* e estudos sobre dor associada à ferida crónica, por um grupo de diferentes profissionais experientes na área, a dor na ferida é influenciada por muitos fatores: dano tecidual (pressão, fricção e cisalhamento), irritação química, compromisso vascular (hipertensão venosa ou insuficiência arterial), agentes infecciosos ou inflamação anormal persistente.

Krasner (1995, citado em Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski, 2004) conceptualizou a dor em feridas crónicas como uma experiência, desenvolvendo um modelo em que a dor é dividida em três subconceitos: não cíclica, cíclica e dor crónica. Segundo o mesmo autor:

“A dor não cíclica ou dor incidente é definida como um episódio único de dor que pode ocorrer, por exemplo, após o desbridamento de uma ferida. A dor cíclica ou dor episódica repete-se como resultado de tratamentos repetidos, como mudanças de pensos ou posicionamento ou reposicionamento. A dor crónica ou dor contínua é persistente e ocorre sem manipulação da ferida”.

O tipo de dor que uma pessoa com ferida experimenta, depende do tipo de ferida. De acordo com Woo et al (2008), deve-se assumir que todas as feridas crónicas são dolorosas, a não ser que a pessoa indique o contrário.

Em 1989, o Nacional Pressure Ulcer Advisory Panel, na sua primeira conferência, afirmou que “as úlceras de pressão são feridas graves e que causam dor considerável, sofrimento, incapacidade e até mesmo morte”. No entanto, a etiologia da dor na pessoa com úlcera de pressão não é conhecida, sendo atribuída, por alguns autores, à libertação de químicos nocivos pelo tecido danificado, erosão dos planos tecidulares com destruição dos terminais nervosos, regeneração dos terminais dos nervos nociceptivos, infeção, mudanças de penso e desbridamento. A dor nas úlceras de pressão não depende apenas do estágio da úlcera de pressão, mas igualmente se está a ser realizada a mudança de penso quando se faz a avaliação (Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski, 2004).

Por sua vez, a dor associada à doença arterial periférica por ser claudicação intermitente, a qual pode ocorrer à noite, quando as pernas da pessoa estão elevadas, ou em outros períodos de repouso.

“A dor de claudicação intermitente resulta do exercício ou atividade e tem sido descrita como um câibra, queimadura ou dorido. O fluxo sanguíneo em exercício é inadequado para corresponder às necessidades dos tecidos; a escassa circulação resultante causa dor intermitente. A dor noturna pode ter os mesmos sintomas, mas usualmente precede a ocorrência da dor em repouso. A dor em repouso ocorre – mesmo sem atividade – quando o fluxo sanguíneo é inadequado para corresponder às necessidades dos tecidos das extremidades. É descrita como uma sensação de queimadura ou entorpecimento agravado pela elevação da perna” (Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski, 2004).

A dor associada à úlcera de origem venosa é ampla pois a pessoa pode referir dor moderada, dor entorpecida, aguda ou uma dor muscular profunda. Devido ao edema dos membros inferiores, a dor é mais intensa ao fim do dia. As úlceras de origem venosa são subsequentes a uma redução ou mesmo oclusão do retorno venoso ao coração, podendo produzir dor aguda e prolongada. A elevação das pernas, o uso de meias de suporte, evitando longos períodos de tempo sentado, são essenciais para o tratamento e controlo de dor neste tipo de ferida (Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski, 2004).

No que concerne às úlceras de origem neuropática, a quantidade de dor presente depende da gravidade da neuropatia. A qualidade da dor pode ser dorida, queimadura, aguda e pode incluir sensibilidade cutânea e prurido. No caso de a pessoa apresentar dor excessiva num membro neuropático, onde não tinha dor anteriormente, deverá ser considerada a hipótese de existir infeção (Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski, 2004).

Componentes da dor

Na perspetiva de Metzger, Muller, Schwetta e Walter (2002), independentemente da origem e tipo de dor, para que possamos compreender a experiência da mesma, é importante compreender que esta tem várias componentes: a componente sensório-discriminativa, a componente afetiva e emocional, a componente cognitiva e a componente comportamental. A componente sensório-discriminativa consiste em aspetos quantitativos e qualitativos da sensação dolorosa, permitindo identificar as possíveis causas da sensação dolorosa. Esta componente é frequentemente evidenciada pelos doentes na dor aguda. Por sua vez, a componente afetiva e emocional corresponde aos aspetos penosos e desagradáveis da dor, isto é, ao modo como a pessoa se sente. Esta componente depende do

carácter e personalidade do doente. É mais frequentemente evidenciada nas situações de dor crónica, ou no caso de descompensação psicopatológica. Relativamente à componente cognitiva, esta envolve os processos mentais provocados pela dor, isto é, os significados que o doente lhe atribui de forma consciente ou não, o que é, naturalmente, influenciado não só por fatores sócio-culturais, mas também pela história pessoal e familiar do utente. Por último, a componente comportamental engloba as manifestações de dor conscientes ou não. A manifestação da dor implica que os outros tomem conhecimento da dor, pedindo, explicitamente ou não, que nos compreendam e aliviem, procurando recuperar o controlo da situação. Tendo em conta o que foi referido sobre as componentes cognitiva e afetivo-emocionais, é compreensível que, apesar de um mesmo mecanismo e de uma mesma causa de dor, os doentes não se queixem todos da mesma maneira.

2.4 AVALIAÇÃO DA DOR

Para se poder fazer uma abordagem e um controlo eficaz da dor, é necessário conhecer as suas diferentes dimensões, pelo que é essencial fazer uma correta avaliação da mesma, sem cair no erro de comparar a dor de uma pessoa com a dor de outra, ou de julgar a dor da pessoa de acordo com o nosso quadro de referências.

Segundo Metzger, Muller, Schwetta e Walter (2002), a avaliação da dor torna-se essencial não só porque, tal como foi referido anteriormente, não há uma relação proporcional entre a importância da lesão e a dor referida pelo doente, mas também porque não existem marcadores para a dor, o que contribui para a sua subjetividade. De acordo com os mesmos autores, a qualidade da avaliação da dor, depende da riqueza das informações obtidas junto do doente. De acordo com Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski (2004), existem diferentes dimensões que devem ser avaliadas quando pretendemos fazer uma avaliação correta da dor: fatores paliativos/causadores, qualidade da dor (tipo), região e irradiação da dor, gravidade da dor (intensidade) e aspetos temporais da dor.

Na perspetiva de Metzger, Muller, Schwetta e Walter (2002), a recolha de dados baseia-se na história da dor vivida pelo doente, devendo englobar os seguintes aspetos: história de vida do doente; circunstâncias em que a dor aparece; história da dor; localização da dor; qualidade da dor; frequência da dor; intensidade da dor e repercussão sobre as atividades diárias e sobre a qualidade de vida.

Existem diferentes instrumentos de avaliação, devendo este ser adaptado às capacidades do doente. Atualmente existem diferentes instrumentos validados, que se dividem em três tipos: unidimensional, pluridimensional e comportamental (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002).

“As escalas unidimensionais avaliam globalmente a dor segundo o grau de intensidade. Esta aparente simplicidade não deve, no entanto, levar-nos a esquecer que existem diferenças, aparentemente mínimas, que têm a ver com o modo como a escala é apresentada e que podem induzir os doentes em erros” (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002). Na categoria de escala unidimensional existem três tipos: escala visual analógica, escala verbal simples e escala numérica. A escala visual analógica é uma linha de 10cm que não tem números, estando numa das extremidades da mesma o termo “ausência de dor” e na outra extremidade “pior dor possível” (Dallam, Barkauskas, Ayello, Baranoski, 2004). A escala verbal simples, corresponde a uma escala de auto avaliação na qual, geralmente, se encontram ordenados os seguintes termos: ausência de dor, dor fraca, moderada, intensa e extremamente intensa. No que concerne à escala numérica, esta implica que o doente atribua um número à dor (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002). Para Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski (2004), existe ainda a escala de dor FACES, que consiste em seis faces que variam de face a sorrir (sem dor), até face a chorar, com o sobreolho franzido (pior dor). Esta escala é preferencialmente usada em crianças quando comparada com outras escalas de intensidade da dor.

Quanto às escalas Pluridimensionais, são questionários baseados em adjetivos que analisam de um modo mais específico as componente sensoriais e emocionais da dor. Os mais conhecidos são o MacGill Pain Questionary e o Questionnaire Douleur Saint-Antoine. No que se refere às escalas comportamentais, estas pretendem avaliar as consequências da dor na vida da pessoa, pois as repercussões da dor sobre os comportamentos ou sobre a qualidade de vida em geral, podem ser consideráveis.

Na perspectiva de Woo et al (2008), deve-se avaliar e estudar a dor associada à ferida de uma forma regular, recorrendo sempre à mesma escala de avaliação para a mesma pessoa, sem esquecer que dor na ferida ocorre não só no momento de tratamento da ferida, mas também nas atividades do dia-a-dia.

Dada a problemática da dor, em 2003, a Direção Geral de Saúde publicou uma Circular Normativa, que define a dor como o quinto sinal vital e propõe regras de aplicação das escalas de avaliação da dor:

- *“A avaliação da intensidade da dor pode efetuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas.*
- *A intensidade da dor é sempre a referida pelo doente.*
- *À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua colheita.*
- *As escalas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a três anos.*
- *A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma.*
- *Para uma correta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização.*
- *É fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada” (DGS, 2003).*

Após a publicação desta circular normativa, passou a ser considerado como boa prática e obrigatório, a avaliação e registo regular da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. No entanto, segundo o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (Direção Geral de Saúde, 2008), verifica-se que esta norma ainda não é aplicada em muitos serviços de saúde, talvez por desconhecimento e falta de sensibilização para o dever e o direito ao controlo da dor, não só por parte dos profissionais, mas também por parte da população em geral. Sem dúvida que uma generalização da avaliação da dor, poderá representar um grande salto qualitativo, na humanização dos cuidados prestados nas unidades de saúde.

2.5 O CONTROLO DA DOR

Em 2003, a Organização Mundial de Saúde desenvolveu uma escala analgésica da dor, constituída por três degraus analgésicos, na escada para o tratamento da dor de origem oncológica, que também foram aceites para o controlo da dor de outra origem.

“A abordagem da OMS aconselha os clínicos a compararem a intensidade da dor referida pelo paciente, de 1 a 10, com a potência do analgésico a ser prescrito, começando com a administração de analgésicos não opiáceos e progredindo para medicações mais fortes se a dor não for aliviada” (Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski, 2004).

Existem ainda outros métodos não farmacológicos para o controlo da dor, que utilizados em conjunto com os analgésicos, podem funcionar como adjuvantes no alívio da dor. São métodos pouco dispendiosos e de fácil realização, apresentando poucos riscos e que capacitam de algum modo a pessoa para o controlo da sua dor.

A estimulação cutânea através de massagens, fricção nas costas ou aplicação de calor ou frio são medidas paliativas que vale a pena usar para ajudar no controlo da dor. Existem também outras intervenções ao nível do comportamento que podem ser adotadas. Por exemplo, a distração, que tem como objetivo encorajar a pessoa com dor a focar a sua atenção numa imagem ou estímulo especial, diferentes da dor (por exemplo televisão, música). Esta técnica é mais eficaz na dor moderada do que na dor forte. Pode-se ainda recorrer à imaginação, sendo frequente as pessoas com dor crónica usarem esta técnica para substituir a sua dor por imagens positivas de locais e coisas de que gostam. Têm ainda como opção as técnicas de relaxamento. O relaxamento é a antítese da ansiedade, sendo o objetivo destas técnicas diminuir a tensão e a ansiedade e proporcionar distração da dor. É também essencial proporcionar confiança à pessoa com dor, pois elas necessitam de ser lembradas de que vai ser feito tudo o que for possível para prevenir a dor e para a reduzir quando ela aparece (Sorensen e Luckmann, 1998).

Segundo Swenson (2000), existem ainda técnicas invasivas que ajudam no alívio da dor:

- Bloqueio nervoso: consiste na injeção de agente anestésico no nervo, ou próximo, para entorpecer a via da dor;
- Procedimentos neurocirúrgicos: correspondem à interrupção cirúrgica ou química (álcool) da via da dor;
- Acupuntura: consiste na inserção de agulhas em vários pontos do corpo para aliviar a dor.

O controlo da dor associada a feridas

Relembrando o modelo definido por Krasner (1995, citado em Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski, 2004), referido anteriormente, a dor associada a feridas pode ser não cíclica, cíclica e crónica. Consoante o tipo de dor, existem diferentes intervenções que podem ser adotadas pelos profissionais de saúde, com o intuito de controlar a dor.

Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski (2004), definiram diferentes intervenções consoante o tipo de dor associada à ferida. Para a dor não cíclica são as seguintes:

- “- Administrar analgésicos tópicos ou locais;
- Considerar procedimento em bloco operatório sob anestesia geral, para desbridamento de úlceras de grandes dimensões e profundas, em vez de desbridamento no leito;
- Administrar opiáceos e anti-inflamatórios não esteróis ante e após os procedimentos;
- Avaliar e reavaliar a dor durante e após procedimentos;
- Evitar usar pensos húmidos – secos;
- Considerar alternativas ao desbridamento cirúrgico/cortante, como pensos transparentes, hidrogéis, hidrocolóides, soluções salinas hipertónicas ou agentes enzimáticos”(Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski, 2004).

Por sua vez, as intervenções para a dor cíclica em feridas são:

- “- Realizar intervenções na altura do dia em que o paciente se apresentar menos cansado;
- Fornecer analgesia trinta minutos antes da mudança do penso;
- Avaliar a dor no paciente durante e após a mudança do penso;
- Se o penso do paciente secou, humedeça cuidadosamente a ferida – especialmente a nível dos bordos;
- Observe a ferida destetando sinais de infeção local;
- Suave e cuidadosamente, irrigue a ferida para remover os detritos e reduzir a carga microbiana, que pode levar feridas contaminadas a tornarem-se infetadas. A infeção irá aumentar a inflamação e a dor no local da ferida.
- Evite usar agentes tópicos citotóxicos;
- Evite material de preenchimento agressivo;
- Evite secar o leito e os bordos da ferida;
- Proteja a área perilesional com selantes, pomadas ou barreiras à humidade;
- Minimize o número de mudanças de penso diárias;
- Selecione um penso que providencie redução da dor;
- Evite usar adesivo em pele frágil;
- Coloque talas ou imobilize a área ferida sempre que necessário;
- Utilize dispositivos de redução da pressão na cama ou cadeira;
- Proporciono analgesia, sempre que necessário, de forma a permitir o posicionamento do paciente;
- Evite o trauma (fricção ou quebras cutâneas) na pele frágil no momento da transferência, posicionamento e quando levantamos um paciente”(Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski, 2004).

Para o controlo da dor persistente (crónica) em feridas, devem ser consideradas as intervenções previamente referidas para a dor cíclica e não cíclica e as seguintes intervenções:

- “- Controle o edema;

- Controle a infecção;
- Vigie a dor da ferida enquanto o paciente está em repouso (em alturas em que não está a decorrer mudança de penso);
- Controle da dor para permitir a cicatrização e posicionamento;
- Forneça regularmente analgesia em horário programado, incluindo opiáceos, analgesia para controlo do paciente e preparações tópicas como a lidocaína a 2%, dependendo da gravidade da dor;
- Preste atenção à dor não resultante das feridas para síndromes de dor co-morbida, como as contracturas e diabetes, e dor induzida iatrogenicamente a partir dos vasos centrais, venopunções, cateteres, tubos de alimentação, gasometrias ou outro equipamento ou procedimentos;
- Trate a componente emocional da dor ou o sofrimento do paciente. Por exemplo, verifique o que a ferida representa para ele, o que significa, se ele associou perdas de função e se a ferida alterou a sua imagem corporal. Em acréscimo, determine se o seu estado mental ou comportamento, se alterou relacionando com a dor não aliviada” (Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski, 2004).

Segundo Woo et al (2008), num estudo alargado que envolveu cento e onze pessoas com úlceras nos membros inferiores, a cicatrização da ferida melhorou significativamente nas pessoas que apresentavam um controlo adequado da dor associada à ferida.

3. CUIDAR A PESSOA COM DOR SEGUNDO O MODELO DE ROPER, LOGAN E TIERNEY

Como foi referido anteriormente, a dor, para além da sua função vital de sinal de alarme, não tem qualquer outra vantagem, senão provocar sofrimento e diminuição da qualidade de vida de quem a experiencia. Tendo este conhecimento por base, torna-se essencial para os profissionais de saúde avaliar a dor de forma a poderem identificar a sua causa e controla-la de forma eficaz, contribuindo para a qualidade dos cuidados de saúde e para a humanização dos mesmos. Neste contexto, a Enfermagem tem um papel preponderante na avaliação quantitativa e qualitativa da pessoa com dor, porque “apesar da multidisciplinarietàade dos cuidados aos doentes com dor, na maioria dos casos, os cuidados de enfermagem são a pedra angular, pois o enfermeiro desempenha num papel vital na gestão da dor devido ao contacto contínuo com os doentes” (Swenson, 2000).

“Partindo da premissa que a prestação de cuidados de enfermagem às pessoas – e em concreto às pessoas com sofrimento, como é o caso particular das pessoas com dor –, tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados. Trata-se, então, de conhecer e seguir os princípios científicos que relevam hoje o envolvimento da pessoa na avaliação e no tratamento da sua dor, bem como a finalidade do cuidado” (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Segundo o Guia orientador de boa prática sobre dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008), existem determinados princípios de avaliação e controlo da dor que devem ser cumpridos para a excelência dos cuidados de saúde e enfermagem e que são:

- Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor;
- A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica;
- A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas;

- A percepção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde / doença e o contexto onde se encontra inserida;
- A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua;
- A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação;
- O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada;
- Os cuidadores principais e a família são parceiros ativos no controlo da dor;
- A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família;
- A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida;
- Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado;
- Os enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional;
- Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor;
- Os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor.

Assim sendo,

“... com o que hoje sabemos do fenómeno da dor e dos fatores que a influenciam, ao longo do ciclo vital, na diversidade de cada um, seja neonato ou idoso, em processo agudo, crónico ou paliativo, o que mais releva e é realmente importante, é valorizar a dor, tomá-la verdadeiramente como «5.º sinal vital», avaliar e respeitar a avaliação que o outro faz quando pode (pois que a intensidade da dor é a que a pessoa diz que é) e a o que enfermeiro realiza por ele, quando o próprio não pode” (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Para se atingir a excelência dos cuidados em enfermagem quer seja no tratamento de feridas, no controlo da dor ou em qualquer outra área de intervenção, é necessário ter por base um modelo conceptual que guie a prática de enfermagem.

O pensamento sobre a natureza da enfermagem não é algo recente, até porque em 1859, Florence Nightingale lamentava o fato de a enfermagem ser considerada como pouco mais do que a administração de medicamentos e aplicação de cataplasmas. Não há dúvida de que as tarefas observáveis são um aspecto importante da enfermagem, no entanto, não consideram o processo de raciocínio que é envolvido antes, durante e após essas tarefas observáveis. Assim sendo, ao longo de anos, diversas enfermeiras desenvolveram modelos conceptuais de enfermagem, na tentativa de identificar os conceitos principais que consideram únicos na enfermagem. “Os modelos conceptuais de enfermagem são as apresentações formais de algumas imagens privadas de enfermeiros sobre a enfermagem. Consistem nos conceitos principais que identificam os componentes essenciais da disciplina; mostram o relacionamento entre os conceitos e podem introduzir teorias já estabelecidas de outras disciplinas que são aplicadas numa situação de enfermagem” (Roper, Logan e Tierney, 1990).

Existem diferentes Modelos de Enfermagem desenvolvidos ao longo dos anos, de entre os quais salientamos o Modelo de Roper, Logan e Tierney.

Como seria expectável, torna-se impossível desenvolver um Modelo suficientemente simples para ter significado e simultaneamente, captar todas as complexidades do “viver”. O modelo de vida que sustenta o Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney, é uma tentativa de identificar as características principais desse fenómeno complexo, incluindo estes cinco componentes principais: Atividades de Vida (AV's), duração de vida, *continuum* dependência/independência; fatores que influenciam as AV's; individualidade de vida. Para compreender o Modelo de Vida de Roper, Logan e Tierney é importante saber que a duração de vida, *continuum* dependência/independência e os fatores influentes são todos interpretados em termos da sua relação com cada uma das AV's. Por sua vez estes quatro conceitos interativos (AV's, duração de vida, *continuum* dependência/independência e fatores) combinam-se e dão origem a um outro conceito: a individualidade de vida (Roper, Logan e Tierney, 2001).

No que concerne às Atividades de Vida, de acordo com Roper, Logan e Tierney (2001), são doze:

- Manter um ambiente seguro: todas as pessoas desenvolvem atividades diariamente com o intuito de manter o ambiente seguro quer seja em casa, no trabalho, nos tempos livres, enquanto viajam, entre outros;

- Comunicar: os humanos são na sua essência seres sociais e passam a maior parte do dia a comunicar com outros, fazendo a comunicação parte de todos os relacionamentos e comportamentos humanos;
- Respirar: é uma AV da qual quase ninguém tem consciência, até que qualquer circunstância anormal lhes chame a atenção para a mesma;
- Comer e beber: esta AV desempenha um papel significativo no padrão de vida de todos os grupos etários e é essencial à vida;
- Eliminar: à algo que é praticado por todos os indivíduos, com regularidade constante e durante toda a vida;
- Higiene pessoal e vestir-se: uma boa higiene pessoal e brio são encontrados em muitas culturas, quaisquer que sejam os padrões específicos e normas;
- Manter a temperatura corporal;
- Mobilizar-se: a capacidade de mover-se é uma das características de todos os seres vivos, e a capacidade de movimentar livremente o corpo é uma atividade humana necessária e muito valorizada;
- Trabalhar e distrair-se: o trabalho e a distração são complementares e ambos constituem aspetos fundamentais da vida;
- Exprimir sexualidade: cada ser humano é uma ser “sexual” e tem identidade sexual, existindo uma percepção do *self* como rapaz ou rapariga e, mais tarde, como homem ou mulher;
- Dormir: em média um ser humano passar um quarto a um terço da sua vida a dormir, o que em termos puramente temporais, torna a AV dormir importante;
- Morrer: a morte é o que marca o final da vida, tal como o nascimento marca o seu início.

A duração de vida é um dos componentes do modelo de vida mais fácil de compreender, pois esta vai desde o nascimento até à morte, englobando diferentes fases (lactência, infância, adolescência, idade adulta, anciania), pelas quais nem todos vão passar, consoante a sua duração de vida. Por sua vez, associado a este componente surge o *continuum* de dependência/independência, que relembra que há fases da vida em que a pessoa ainda não pode

ou já não pode realizar determinadas AV's de forma independente, podendo este *continuum* variar de acordo com cada AV (Roper, Logan e Tierney, 2001).

Existem ainda diferentes fatores que influenciam as Atividades de Vida desempenhadas por cada pessoa, pelo que cada individuo fá-las de maneira diferente. Segundo Roper, Logan e Tierney (2001), estes fatores são de origem:

- Biológica: dizem respeito ao desempenho anatómico e fisiológico do corpo humano, o que é em parte determinado pela herança genética do individuo;
- Psicológica: estes não podem ser considerados isoladamente pois também estão relacionados com os fatores biológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos. Também estão relacionados com outros componentes do modelo, afetando a duração de vida, especialmente, o desenvolvimento intelectual e emocional, e têm impacto ao nível da independência da pessoa.
- Sociocultural: engloba os aspetos espirituais, religiosos e éticos da vida.
- Ambiental: estes fatores diferem dos que foram referidos anteriormente, pois não se enquadram no conjunto de conhecimentos associados a um disciplina reconhecida como a biologia, psicologia ou sociologia. Assim sendo, considera-se que o ambiente é tudo o que é externo à pessoa individual, não tendo portanto limites e poderá incluir uma multiplicidade de circunstâncias.
- Político-económica: diz respeito a aspetos da vida que têm uma relação jurídica.

De acordo com as autoras do Modelo de Vida de Roper, Logan e Tierney:

“O nosso modelo de vida tenta oferecer uma conceptualização simples do complexo processo de “viver”. No entanto, ele preocupa-se com a vida tal como ela é experienciada por cada individuo, e este quinto e último componente, o conceito de individualidade de vida, serve para realçar este ponto. (...) A individualidade de cada pessoa ao executar as AV's é, em parte, determinada pela fase em que se encontra na duração de vida e pelo seu grau de dependência/independência, e é ainda moldada pelos diversos fatores biológicos, ambientais, psicológicos, socioculturais e político-económicos” (Roper, Logan e Tierney, 2001).

Ainda segundo Roper Logan e Tierney (2001):

“O objetivo de concetualizar a vida de acordo com os quatro primeiros conceitos do modelo de vida é identificar a individualidade de vida de cada pessoa, o que constitui a base da nossa conceptualização da enfermagem. O objetivo de conceptualizar a enfermagem de acordo com os quatro primeiros conceitos do modelo de enfermagem é identificar o padrão de individual de vida (e os problemas reais ou potenciais em qualquer das AV's) de forma a que o enfermeiro possa individualizar os cuidados de enfermagem àquela pessoa, tomando em consideração o respetivo estilo de vida – e (sempre que se aplique) o da família e outras pessoas significativas”.

Quer o Modelo de Enfermagem, quer o Modelo de Vida, são deliberadamente simples, não porque a enfermagem ou a “vida” seja algo simples, mas porque oferecem uma estrutura geral que ajuda a desenvolver uma forma de raciocínio sobre a enfermagem em termos gerais, que pode depois ser utilizada na prática, como forma de desenvolver uma enfermagem individualizada.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

É essencial que a enfermagem consiga dar resposta, de uma forma proactiva, às necessidades de melhoria da qualidade e do custo/eficácia dos cuidados, de forma a providenciarem cuidados de elevada qualidade, em resposta às necessidades não só individuais mas também das comunidades. Para o poderem fazer, necessitam de atualizar os conhecimentos para prestarem cuidados de forma informada. Estes conhecimentos são desenvolvidos através da investigação. A investigação desenvolve-se com o intuito de averiguar questões específicas. No caso da investigação em enfermagem, estas questões estão relacionadas com aspetos da atividade profissional que são do interesse e responsabilidade da enfermagem (Gerrish e McMahon, 2009).

Para prestar cuidados de qualidade à pessoa com dor associada à ferida crónica, é necessário compreender quais as dimensões da pessoa e da família que são afetadas por essa dor. Assim sendo, compreender as vivências, emoções e necessidades da pessoa com dor associada à ferida crónica revela-se uma necessidade. O estudo realizado incide nesta subjetividade (vivências), ou seja, na forma como cada pessoa percebe e vive a dor associada à ferida, o impacto da mesma nas Atividades de Vida e na vida familiar, e a intervenção da equipa de enfermagem face à pessoa com dor associada à ferida crónica. Acreditamos que assim poderemos contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com dor associada à ferida crónica.

“A questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação” (Ribeiro, 2008). A maioria das questões de investigação começam com um palpite ou uma ideia inicial que não está definida com precisão. A ideia pode surgir da prática clínica, de uma discussão profissional com colegas, de uma questão que surge nos média ou através da leitura de um artigo ou livro (Gerrish e McMahon, 2009).

Neste caso, a convivência com a pessoa com ferida crónica, apesar de recente, levou-nos a questionar qual o impacto da dor na sua vida, procurando com os resultados deste estudo contribuir para o controlo da dor associada à ferida crónica. Assim, após a leitura de vários

artigos relacionados com o tema, surgiu a seguinte questão orientadora do estudo: “Quais as vivências da dor e o impacto nas Atividades de Vida de uma pessoa com ferida crónica, nos cuidados de saúde primários, no Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo I - Serra d'Aire?”

4.1 OBJECTIVOS DO ESTUDO

“À questão de investigação, segue-se a formulação dos objetivos da investigação. Estes representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação” (Ribeiro, 2008). Assim, tendo por base a questão de investigação, definimos os seguintes objetivos:

- Analisar as vivências da dor na pessoa com ferida crónica;
- Identificar o impacto da dor nas Atividades de Vida da pessoa com ferida crónica;
- Identificar os fatores que afetam o controlo da dor em feridas crónicas.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Tendo por base a questão de investigação e os objetivos propostos, definimos a utilização de uma metodologia qualitativa. “A investigação qualitativa tem por objetivo estudar as pessoas nos seus contextos naturais, recolhendo dados que emergem naturalmente, sem os constrangimentos de uma investigação mais organizada, mais estruturada, mais próxima de condições laboratoriais como tende a ser a investigação quantitativa” (Ribeiro, 2008). “Na abordagem qualitativa, o investigador não se coloca como perito, dado que é de uma nova relação sujeito-objeto que se trata. O investigador reconhece que a relação sujeito-objeto é marcada pela intersubjetividade. O sujeito produtor de conhecimentos está, enquanto ser humano, ligado ao seu objeto e o objeto, igualmente um sujeito humano, é dotado de um saber e de uma experiência que se lhe reconhece. Esta intersubjetividade marca uma posição inovadora quanto ao desenvolvimento do conhecimento” (Rosseau e Saillant, 1999).

Ainda de acordo com Rosseau e Saillant (1999), e interligando a perspetiva das autoras com este estudo, as pessoas (sujeitos) que participam no estudo têm a experiência de um fenómeno particular (dor associada à ferida crónica), possuem uma experiência e um saber pertinente (vivência da dor associada à ferida crónica e o impacto da mesma nas AV's) ou partilham a

mesma cultura (são utentes do mesmo Agrupamento de Centros de Saúde onde recorrem para tratamento de feridas crónicas e têm dor associada às mesmas). “O grande objetivo desta metodologia é compreender o significado do fenómeno em estudo, tomando a perspetiva única dos indivíduos estudados, e no contexto onde ocorrem os fenómenos, permitindo considerar a complexidade dos fenómenos em estudo” (Ribeiro, 2008).

Para além de se enquadrar na metodologia qualitativa, segundo Duhamel e Fortin (1999), o presente estudo é descritivo pois o objetivo deste tipo de estudo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo, o que se enquadra nos objetivos definidos anteriormente. “O estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (Duhamel e Fortin, 1999). Por sua vez, Ribeiro (2008) define 3 tipos de estudos descritivos. Este estudo enquadra-se no tipo de estudo descritivo transversal, pois este foca, geralmente, um único grupo representativo da população em estudo, e os dados são colhidos num único momento.

4.3 POPULAÇÃO ALVO

Designa-se de população um conjunto de pessoas acerca das quais se pretende produzir conclusões (Ribeiro, 2008). Segundo Fortin (1999), “uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. (...) Uma população particular que é submetida a um estudo é chamada de população alvo. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador pretende fazer generalizações”.

A população alvo deste estudo corresponde aos utentes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo I - Serra d'Aire, com ferida crónica e dor associada à mesma.

4.4 AMOSTRA

Segundo a perspetiva de Ribeiro (2008), quando se pretende recolher informação acerca de uma população podem-se seguir dois caminhos: recolher a informação de toda a população através de um censo ou recolher informação de uma amostra que represente a população. “A amostra é um

subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo” (Fortin, 1999).

Assim que o investigador tenha delimitado a população potencial para o estudo, deve precisar quais os critérios de seleção dos seus elementos, de forma a poder permitir a escolha dos elementos constituintes da amostra (Fortin, 1999).

Tendo em conta os estudos, já referidos anteriormente, desenvolvidos por Mudge, Price e Spanou (2008), Werdin, Tennenhaus, Schaller e Rennekampff (2009) e o Modelo de Vida de Roper, Logan e Tierney, definimos como critérios de inclusão na amostra:

- Ter entre os 18 e os 80 anos;
- Presença de ferida(s) há mais de 3 meses;
- Ter dor associada à ferida;
- Não estar dependente total nas Atividades de Vida (por razões de compreensão e capacidade de contribuir para o estudo).

Após a definição dos critérios de seleção da amostra, é necessário definir um método de amostragem. Segundo Fortin (1999), existem dois métodos de amostragem: amostragem probabilística e não probabilística. Neste estudo, recorreremos à amostragem não probabilística acidental. “A amostra acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso. (...) Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado” (Fortin, 1999). Assim sendo, estabelecemos contacto com os enfermeiros chefe dos Centros de Saúde de Torres Novas, Alcanena e Entroncamento, informando-os acerca dos critérios de seleção para inclusão no estudo, tendo sido selecionados os primeiros doze utentes inscritos nestes centros de saúde, que correspondiam aos critérios. A amostragem acidental tem a vantagem de ser simples e pouco onerosa, no entanto, limita a generalização dos resultados (Fortin, 1999). Mas, de acordo com Rousseau e Saillant (1999), “considerando a importância que os métodos qualitativos atribuem ao saber e à experiência das pessoas selecionadas para o estudo, é preferível questionar-se em que medida estas pessoas são suscetíveis de fornecer dados válidos e completos do que perguntar-se se elas são “representativas da população” de onde provêm”.

De acordo com Paulo (2000) (citado em Gerrish e McMahon, 2009) a amostra deve ter pelo menos 10 pessoas, pois se o investigador não está preocupado com variações dentro do grupo,

mas com as características do mesmo, uma amostra de 10 elementos deve ser suficiente. Morse (1994, citado em Gerrish e McMahon, 2009) também desenvolveu estimativas similares em termos da dimensão da amostra, na investigação qualitativa. No caso deste estudo, a amostra é constituída por doze elementos, provenientes de diferentes Centros de Saúde constituintes do Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo I - Serra d'Aire: Centro de Saúde de Torres Novas; Centro de Saúde de Torres Novas – Extensão da Brogueira; Centro de Saúde de Torres Novas – Extensão de Riachos; Centro de Saúde de Alcanena e Centro de Saúde do Entroncamento. Foram selecionados doze utentes, pois após realizarmos as entrevistas, concluímos que tínhamos atingido a saturação dos dados. “Este conceito de saturação é muitas vezes mencionado nos relatórios de investigação qualitativa e faz referência ao momento de colheita de dados a partir do qual o investigador não aprende nada de novo dos participantes ou das situações observadas” (Rousseau e Saillant, 1999).

4.5 MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS

Tendo em conta a metodologia qualitativa e os objetivos do estudo, a colheita de dados foi realizada através de entrevista, pois esta permite colher informação junto dos participantes, relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes (Fortin, Grenier e Nadeau, 1999). Ainda segundo os mesmos autores, a entrevista “trata-se de um processo planificado, de um instrumento de observação que exige dos que o executam uma grande disciplina. Este método é frequentemente utilizado nos estudos exploratórios-descritivos, se bem que seja também utilizado nos outros tipos de investigação. A entrevista preenche geralmente três funções: servir de método exploratório para examinar conceitos, relações entre as variáveis e conceber hipóteses; servir de principal instrumento de medida de uma investigação; servir de complemento a outros métodos, tanto para explorar resultados não esperados, como para validar os resultados obtidos com outros métodos ou ainda para ir em profundidade”.

“As entrevistas variam em função de dois parâmetros: o grau de liberdade deixado aos interlocutores e o grau de profundidade da investigação. De modo geral, distinguem-se dois tipos de entrevistas: a entrevista estruturada ou uniformizada e a entrevista não estruturada ou não uniformizada” (Fortin, Grenier e Nadeau, 1999).

Tendo em conta os objetivos definidos para este estudo, as entrevistas realizadas foram semi-estruturadas, pois segundo Tod (2009), as entrevistas semi-estruturadas são as menos diretivas e mais aprofundadas, sendo o objetivo explorar em detalhe um domínio de interesse geral ou um fenómeno.

De acordo com o mesmo autor as entrevistas semi-estruturadas necessitam de tópicos pré-determinados e questões abertas, de forma a manter a flexibilidade necessária para explorar assuntos inesperados referidas pelos entrevistados. O entrevistador detém o controlo e a direção das entrevistas desta natureza, mantendo-se, no entanto, recetivo à perspectiva do entrevistado. Na entrevista semi-estruturada é essencial programar a mesma de forma a balançar adequadamente a sua direção e flexibilidade. Desta forma, a questão orientadora da investigação foi abordada, mas permitiu-se também a exploração de respostas novas e interessantes.

Assim sendo, foi elaborado um guião de entrevista para este estudo, pois segundo Fortin, Grenier e Nadeau (1999), “para a entrevista não estruturada utiliza-se um guião com as grandes linhas dos temas a explorar, sem indicar a ordem ou a maneira de colocar as questões. A grelha da entrevista fornece um inventário dos temas a cobrir. (...) O investigador formula questões de resposta livre. As questões de resposta livre ou questões abertas deixam o sujeito livre para responder como entender, sem que tenha de escolher respostas predeterminadas. São propostas questões pelo entrevistador, mas sem que este forneça uma estrutura para a resposta: o respondente cria as suas respostas e exprime-as pelas suas próprias palavras. As questões abertas podem ser gerais ou combinadas com subquestões. A entrevista não estruturada inclui geralmente questões abertas, mas pode também incluir os dois tipos de questões (abertas e fechadas). As questões abertas têm a vantagem de estimular o pensamento livre e de favorecer a exploração em profundidade da resposta do participante”. Assim sendo, o guião de entrevista (Anexo I) inclui não só questões de resposta fechada, mas também questões de resposta aberta, pois são estas que permitem explorar as vivências da pessoa, de acordo com os objetivos do estudo. Organizámos as questões da seguinte forma:

- Dados de caracterização;
- Experiência da dor;
- Impacto da dor nas AV's e relações interpessoais;
- Fatores que influenciam a dor;

- A dor no tratamento de feridas e a relação com os profissionais de saúde.

As questões de resposta aberta do guião de entrevista deste estudo, apresentam alguns indicadores, que ajudaram a guiar a entrevista, de forma a que os objetivos fossem atingidos, assegurando a abordagem dos temas pretendidos. A elaboração deste guião teve por base a revisão da literatura realizada previamente, considerando principalmente os estudos/artigos de Mudge, Price, Spanou (2008), Pina (2007), Hollinworth (2005) e Woo et al (2008).

Segundo Tod (2009), o sucesso da entrevista depende da capacidade de se desenvolver um clima de confiança e compatibilidade, pelo que a atitude e a conduta do entrevistador têm um papel preponderante. O entrevistador deve parecer genuíno e interessado na perspetiva dos entrevistados. Segundo Legard et al (2003, citado em Tod, 2009) se o investigador se demonstrar confiante, tranquilo e credível facilitará o processo. Assim sendo, realizámos um contacto prévio com a pessoa antes da entrevista, numa das suas vindas ao Centro de Saúde, para que as partes envolvidas na entrevista (entrevistador e entrevistado) se apresentassem e dialogassem. O facto de haver um contacto prévio com o entrevistado, num dos momentos em que este vem realizar o tratamento à ferida no Centro de Saúde, pode também demonstrar à pessoa o interesse do investigador no seu problema, e facilita também ao entrevistador, a abordagem do tema da dor na ferida na entrevista, permitindo-lhe sentir-se mais confiante e tranquilo.

Segundo Phaneuf (2005), “o principal instrumento de que a enfermeira dispõe para realizar uma entrevista, é ela própria, com a sua sensibilidade, a sua perspicácia e a sua capacidade de observação e de contacto caloroso com a pessoa. Um outro meio precioso é a sua escuta”. Ainda de acordo com Tod (2009), ser organizado, eficiente e concentrado, tendo as questões bem organizadas e sendo recetivo ao humor, linguagem corporal e prioridades dos entrevistados, ajuda a desenvolver uma boa entrevista.

Com base no que foi referido anteriormente, de forma a ter uma abordagem organizada e eficiente, não só realizamos um guião de entrevista, mas também obtivemos informações junto dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa, e através do processo de cuidados da mesma. Desta forma, ao iniciar a entrevista, já tínhamos algum conhecimento sobre a pessoa que íamos entrevistar, o que facilitou a interação com a mesma.

Existem diferentes formas de registar os dados obtidos numa entrevista. Segundo Tod (2006), o mais comum é a gravação áudio, complementada por registos escritos de pormenores que não tenham ficado registados na mesma. Assim sendo, as entrevistas deste estudo foram gravadas em

formato áudio, após ter sido entregue e assinado o consentimento informado, pois ao escolher um meio de gravação da entrevista, é importante ter em conta os aspetos éticos relacionados com a confidencialidade e privacidade. A gravação áudio das entrevistas, foi complementada com notas escritas sobre o comportamento da pessoa ao longo da entrevista, que possam ajudar a interpretar as suas respostas. Estas notas só foram escritas no final da entrevista, pois de acordo com (Tod, 2009), se estas forem registadas durante a entrevista, é fácil o entrevistador parecer, ao entrevistado, mais absorvido em escrever as notas do que em participar na entrevista.

Tal como qualquer método de colheita de dados tem as suas vantagens e desvantagens. Apesar de a entrevista ser um método de colheita de dados flexível e ajustável, permitindo colher dados de uma forma eficaz numa variedade de sujeitos, incluindo as suas perspetivas, atitudes, comportamentos e experiências, existe o risco de introduzir viés no estudo através de amostragem ou técnica de questionamento incorretas. (...) A presença do investigador durante a entrevista pode em si ser um risco, levando a alterar as perspetivas ou perceções do entrevistado (Tod, 2009). Para contornar esse problema, tal como foi referido anteriormente, tentámos falar o mínimo necessário durante a entrevista, evitando a exposição de opiniões, para assim reduzir o risco de enviesamento dos dados.

A vantagem da entrevista deste estudo reside no facto de ser semi-estruturada, pois segundo Tod (2009), tem uma capacidade incomparável de criar dados complexos e profundos, dando ainda a oportunidade de explorar a complexidade de um assunto, da perspetiva individual do entrevistado.

As entrevistas decorreram num local sossegado, sem interrupções, tendo sido assegurada a privacidade da pessoa.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

“Os aspetos éticos são decisivos em investigação. Sem um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação é a própria investigação que fica em causa” (Ribeiro, 2008).

Segundo Bogdan e Biklen (1994),

“... duas questões dominam o panorama no âmbito da ética relativa à investigação com sujeitos humanos: o consentimento informado e a proteção dos sujeitos contra qualquer espécie de danos. Tais normas tentam assegurar o seguinte:

- 1. Os sujeitos aderem voluntariamente aos projetos de investigação, cientes da natureza do estudo e dos perigos e obrigações nele envolvidos.*

2. *Os sujeitos não são expostos a riscos superiores aos ganhos que possam advir. Estas diretrizes são normalmente postas em prática mediante o recurso a formulários contendo a descrição do estudo, o que será feito com os resultados e outras informações pertinentes. A assinatura do sujeito aposta no formulário é prova de um consentimento informado”.*

Foram então realizados procedimentos neste estudo, de forma a respeitar os aspetos éticos necessário a um estudo de investigação:

- Pedido para realização da colheita de dados dirigido ao Exmo. Sr. Diretor do Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo I – Serra D’Aire. (Anexo II)
- Autorização para a colheita de dados, dada pelo Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo I – Serra D’Aire. (Anexo III)
- Consentimento informado, livre e esclarecido para participação na dissertação de mestrado. (Anexo IV)
- Autorização para gravação audiovisual da entrevista (Anexo V)

De referir que a identidade dos entrevistados foi protegida, pois os seus nomes verdadeiros nunca foram referidos ao longo de todo o estudo, tendo sido utilizado um nome fictício.

“As identidades dos sujeitos devem ser protegidas, para que a informação que o investigador recolhe, não possa causar-lhes qualquer tipo de transtorno ou prejuízo” (Bogdan e Biklen, 1994).

4.7 RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS

A recolha de dados decorreu nos meses de Julho a Outubro de 2011, pois inicialmente a colheita de dados iria ser feita nos Centros de Saúde de Torres Novas e Entroncamento, mas como nem todos as pessoas seleccionadas pela instituição correspondiam aos critérios de seleção da amostra, não existiam pessoas suficientes com as características necessárias para o estudo. Assim sendo, procedeu-se à procura de mais pessoas que se enquadrassem neste estudo, noutros Centros de Saúde dos Agrupamento Médio Tejo I – Serra D’Aire. Desta forma, a colheita de dados também decorreu na Extensão de Riachos e Brogueira e no Centro de saúde de Alcanena, o que levou a alongar o período de recolha de dados.

Após a realização das entrevistas, os dados recolhidos foram analisados. De acordo com Fortin, Grenier e Nadeau (1999), “os dados registados devem ser transcritos antes da análise. A análise dos dados colhidos durante as entrevistas consiste essencialmente em proceder a uma análise de

conteúdo. Trata-se de medir a frequência, a ordem, a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos. São estabelecidas categorias de acontecimentos a partir dos dados, mas as características do conteúdo a medir são geralmente definidas e determinadas previamente pelo investigador”.

A análise de conteúdo corresponde a um” conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 1994). De acordo com Guerra (2010), existem diferentes tipos de análise de conteúdo: categorial, avaliação, enunciação e expressão. No caso deste estudo, procedeu-se à análise de conteúdo categorial, a qual “constitui sempre a primeira fase da análise de conteúdo e é geralmente descritiva” (Guerra, 2010).

Na perspetiva de Bogdan e Biklen (1994), “à medida que vai lendo os dados, repetem-se ou destacam-se certas palavras, frases, padrões de comportamento, formas dos sujeitos pensarem e acontecimentos. O desenvolvimento de um sistema de codificação envolve vários passos: percorre os dados na procura de regularidades e padrões bem como de tópicos presentes nos dados e, em seguida, escreve palavras e frases que representam estes mesmos tópicos e padrões. Estas palavras ou frases são categorias de codificação”.

Para se poder proceder à leitura e análise dos dados colhidos nas entrevistas foi necessário fazer a preparação prévia do material. Neste caso específico, as entrevistas gravadas, foram transcritas na íntegra em suporte informático, constituindo o *corpus* de análise. As gravações foram conservadas. Na transcrição cada entrevistado é denominado de E, sendo seguido de um número (p.e. E1; E2; E3; E4... E12), de forma a manter a confidencialidade. As expressões retiradas do discurso aparecem com a associação relativa à entrevista a que pertence (E1, por exemplo).

Também foi utilizado suporte informático através do programa informático NVivo® para transcrição das entrevistas. A ideia inicial era aproveitar todas as potencialidades do programa informático, mas devido à inexperiência em utiliza-lo (apesar de termos realizado formação sobre o mesmo), não nos foi possível proceder à análise dos dados através do programa.

Após a preparação do material, procedeu-se à análise de conteúdo do mesmo, sendo necessário a definição de categorias de codificação que permitissem a análise dos dados, validadas por um perito na área.

Segundo Bardin (1994), para que a análise seja válida, é necessário obedecer a certas regras, na constituição das categorias de codificação. Devem ser: homogêneas, exaustivas, exclusivas, objetivas e adequadas ou pertinentes.

Assim sendo, tendo por base a leitura dos dados colhidos e tendo presente o que foi dito anteriormente, definimos categorias e subcategorias, apresentadas no quadro 3.1, de forma a proceder à análise de conteúdo dos dados colhidos através das entrevistas.

Quadro 3.1: Categorias e Subcategorias para análise de conteúdo das entrevistas.

Categorias	Subcategorias
1 – Sentimentos associados à dor	Medo
	Angústia
	Conformismo
	Revolta
	Incapacidade
	Ansiedade
	Tristeza
	Incompreensão
2 – Impacto da dor	Alteração na AV Higiene Pessoal e Vestir-se
	Alteração na AV Mobilizar-se
	Alteração na AV Trabalhar e Distrair-se
	Alteração na AV Expressar sexualidade
	Alteração na AV Dormir
	Alteração dos fatores socioculturais
3 – Controlo da Dor	Adesão ao regime terapêutico ou estratégias não medicamentosas
4 – Fatores que influenciam a dor associada à ferida	Edema
	Infeção
	Remoção do penso anterior
	Limpeza da ferida
	Material utilizado
	Quem realiza o penso
5 – Avaliação da dor	
6 – Duração da dor	
7 – Sentimentos associados ao tratamento e à equipa de saúde	Medo
	Resignação/ Conformismo
	Exaustão
	Esperança
	Satisfação
	Apoio
	Confiança
	Empatia
Rejeição	

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo, pretende-se apresentar os dados obtidos nas entrevistas realizadas, de acordo com a metodologia de investigação apresentada anteriormente e, proceder à sua análise e interpretação com o intuito de responder à questão de investigação e objetivos inicialmente formulados.

5.1 O CENTRO DE SAÚDE E A PESSOA COM FERIDA CRÓNICA

Este estudo decorreu no Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo I – Serra D’Aire, nos Centros de Saúde de Torres Novas (Sede e Extensões de Riachos e Brogueira), Entroncamento e Alcanena. Foram realizadas sete entrevistas no Centro de Saúde de Torres Novas (duas na Extensão dos Riachos, uma na Brogueira e quatro na sede), duas no Centro de Saúde do Entroncamento e duas no Centro da Saúde de Alcanena.

Cerca de 60% das pessoas apresenta idade superior a 60 anos. Quanto à etiologia da ferida, apenas dois dos entrevistados (17%), apresentam úlceras de origem arterial, sendo as restantes de origem venosa. Segundo Sieggreen e Kline (2004), “estima-se que entre 1 e 22% da população com mais de 60 anos sofra de úlceras cutâneas nas extremidades inferiores. (...) A principal etiologia da úlcera de perna em muitos pacientes é a doença vascular periférica. A doença venosa crónica é a sétima doença crónica mais comum. É a causa subjacentes em 95% das úlceras de perna”.

De referir que 50% das pessoas entrevistados neste estudo apresentam uma ferida recorrente, isto é, já tiveram anteriormente úlceras de perna, antes dos 50 anos, que cicatrizaram e que agora surgiram novamente. As úlceras de perna são normalmente vistas como sendo um problema relacionado com a idade avançada, mas quando se analisa a idade em que surgiu o primeiro

episódio do aparecimento da úlcera verifica-se que mais de um terço dos pacientes tinham tido úlceras antes de terem 50 anos (Morison e Moffatt, 1995).

No que concerne ao sexo da amostra, 87% da amostra é do sexo feminino. De acordo com Morison e Moffatt (1995), em idades inferiores a 40 anos, a prevalência de úlceras de perna nas mulheres e nos homens é similar, mas com o avançar da idade, a prevalência nas mulheres é mais elevada. De referir que a idade mínima da amostra é de 40 anos e máxima de 78 anos.

As úlceras de perna cicatrizam muito lentamente, tendo um estudo demonstrado que 50% das úlceras estavam abertas há um ano ou mais, tendo ainda sido referido num outro estudo que 50% dos pacientes com úlceras ativas, referiram que a úlcera esteve aberta durante 9 meses, 20% não havia cicatrizado ao fim de dois anos e 8% ainda tinha a úlcera ativa após 5 anos (Morison e Moffatt, 1995). Neste estudo não foi possível obter a duração da ferida de todas as pessoas, mas é importante referir que uma delas apresenta a ferida acerca de 38 anos e um outro tem a ferida há 40 anos, considerando neste período, as recidivas das mesmas. Sem dúvida que para algumas pessoas, as úlceras de perna crónicas se tornam-se um flagelo presente em toda a sua vida adulta.

“Porque eu já tenho isto desde que a minha filha nasceu e ela tem quarenta anos”. (E5)

5.2 SENTIMENTOS ASSOCIADOS À DOR

Como já foi referido anteriormente, as pessoas entrevistadas neste estudo, apresentam dor associada à sua ferida. Para muitas a dor representa medo. Medo de que a dor significasse o agravamento da ferida ou mesmo algo ainda mais grave, tendo um dos entrevistados ponderado a hipótese de poder estar associada a um tumor. Segundo Bidarra (2010), “a experiência emocional de dor ocorre na sequência de sentimentos, isto é, desperta no indivíduo sentimentos sensoriais intimamente ligados ao corpo, à sensação de que “algo está a acontecer”, sentimentos vitais de mal-estar desagradável. A emoção mais frequentemente associada à dor é o medo. O medo está associado com a ameaça à integridade biológica, ao bem-estar, podendo desencadear um estado de ansiedade e de pânico”.

“Quando eu sentia mais dor, era quando ela estava pior. Quando andava com mais dor até tinha medo do dia em que era para fazer o penso. (...) Às vezes pensava que era mesmo alguma coisa má. Que como me doía tanto, era uma doença grave”. (E11)

“Então não tenho que ter receio de um tumor, por exemplo? (...) Em qualquer sítio que seja, a dor para mim... Assusta-me muito”. (E4)

“Sente mais algum medo associado à dor na ferida? Receou que fosse algo mais para além da ferida quando lhe surgiu pela primeira vez dor intensa?”

Até fui ao hospital. E no hospital disseram-me que era natural. Que era da variz ter rebentado.

Mas sentiu receio de que fosse algo de errado, mais grave?

Sim. Qualquer pessoa sente”. (E2)

“E o facto de sentir dor associada à ferida, fazia-a sentir algum receio? Por exemplo, noutras entrevistas, as pessoas referenciaram que tinham receio que a dor associada à ferida pudesse significar outro problema associado. Isso passou-se consigo? Sim. Muita vez. Muita vez. (...) Porque havia lá pessoas que só de arranjarem um calo mal, levavam a perna cortada. E eu, de alto a baixo toda ferida, tinha medo de levar o mesmo destino. Pensava o pior. Ainda penso, não é?” (E11)

“Pois, mesmo que cicatrize sente receio que abra novamente. Pois. É uma cruz que se carrega”. (E7)

“Quando fechou esta apanhei logo aquela. É um medo que eu tenho, né?” (E1)

Outros referiram ainda sentimentos de angústia e desespero, tendo mesmo dificuldade em definir o impacto da dor na sua vivência. Tal como refere Bidarra (2010), “a dor crónica, prolonga-se no tempo, por vezes as múltiplas intervenções terapêuticas falham, e esta acaba por estar associada a estádios emocionais de frustração, desmoralização, desespero, sofrimento, insónia, irritabilidade, dependência”.

“Eu nem sabia onde é que estava. Ficava desnorteada. (...) Era dores de morrer. (...) Aquilo era

dores que eu pensei: "Ai eu nem sei. Nem quero pôr na minha ideia. Nem ao meu maior inimigo eu desejo as dores que eu aqui passei". (E5)

“E o que é que a dor na ferida, altera na sua vida?”

Ai, quando eu... Eu nem penso em nada. Eu fico... Eu sei lá. Não sei o que é que eu penso naquele momento. Não estou bem. Naquele momento não estou bem. Não me apetece nada. (...) Depois choro muito”. (E8)

“Mas o facto de estar com dores, como é que isso a fazia sentir? Como é que sentia por causa disso? Ai credo. Queria respirar, nem era capaz. Até o ar me fazia aflição e tudo. Sentia-me mal por estar o mal adiantado”. (E10)

“É uma dor insuportável. Tem-me custado mais isto do que ter os meus filhos. E custou-me muito a ter os meus filhos. (...) A dor é constante. Eu tenho estado aflita. Parece que está ali um bicho a comer. (...) E depois comunica aqui com o cérebro. E a gente entra em parafuso”. (E4)

“Eu notava que andava sempre aborrecida nessa altura, porque... Era com as dores. As outras pessoas não tinham a culpa”. (E5)

Por vezes a dor e o desespero tornam-se tão fortes que um dos entrevistados chegou a considerar a morte como solução para o sofrimento. Emoções negativas como raiva, tristeza, desesperança e desespero são comuns em casos onde a dor associada à ferida controla a existência da pessoa (Mudge et al, 2008).

“Agora está-me a doer tanto! (...) Às vezes, eu queria-me morta. Eu penso tanto na morte. Eu penso muito. Ai a minha vida. Estou muito aborrecida. (chorosa) (...) Esta dor toda. Eu não posso. É um desespero”. (E9)

Para alguns dos entrevistados, o facto de terem dor prolongada, levou a que se habituassem à mesma. Segundo Luckmann e Sorensen (1998), a adaptação é o último objetivo do *coping*, correspondendo a uma tentativa ou empenho para lidar com exigências externas (do ambiente) ou internas (do próprio sujeito) percebidas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa. A adaptação humana divide-se em três níveis principais: fisiológico ou biológico, psicológico e sociocultural. Neste caso, referimo-nos à adaptação psicológica dos entrevistados ao facto de terem dor crónica, pois esta envolve “o ajustamento da nossa atitude através de uma situação psicologicamente geradora de stress, de forma a sermos capazes de lidar com ela. Para atingir este ajustamento, podemos utilizar mecanismos de defesa ou aprendizagem de novos comportamentos para lidar com a fonte de *stress*. (...) Na tentativa de se adaptarem a uma situação geradora de *stress*, muitos indivíduos podem-no fazer de uma forma que possa aliviar, temporariamente, a ansiedade e o desconforto psicológico” (Luckmann e Sorensen, 1998). Neste caso os entrevistados optaram pelo conformismo e aceitação da sua dor. No entanto, não nos podemos esquecer que “as pessoas adaptam-se às fontes de *stress* o melhor que podem naquele momento. O comportamento de *coping* pode nem sempre ser adequado. Contudo é sempre importante” (Luckmann e Sorensen, 1998). O conformismo relativamente à dor, não deveria de ser algo necessário principalmente tendo em conta as intervenções para controlo da dor sugeridas por Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski (2004) e o Guia orientador de boa prática sobre a dor da Ordem dos Enfermeiros (2008).

“Como já tenho isto há muito ano, fui-me habituando à dor”. (E5)

“Já está habituada à dor. É isso? Já. Já estou habituada à dor”. (E8)

“Tinha alturas que notava mais dor. Mas pensava assim: “Tenho que aguentar”. (E10)

Um dos entrevistados referiu mesmo descrença de que alguma vez venha a deixar de sentir dor.

“Olhe, tenho que me aguentar. Não me posso desorientar. Tenho que levar a cruz, até ao fim. Eu

já sei que tenho dor. Ninguém ma vai tirar senão o nome de Deus". (E12)

A frustração de uma das entrevistadas prende-se com o facto de ser alvo de gozo por parte dos que a rodeiam, por não conseguir deambular de forma equilibrada devido à dor associada à ferida. Logo, para além de ter de lidar com o desconforto da dor, tem de lidar com emoções ao ser alvo de chacota por parte dos vizinhos e frequentadores do seu café.

“Às vezes sinto-me inútil. (chorosa) Agora já estou com mais força, mas sinto-me frágil e sensível, porque havia dias que não conseguia andar bem, coxeava muito. E as pessoas faziam pouco de mim, lá no meu café”. (E1)

As pessoas sentem-se frustradas pelo facto de verem o seu papel de mulher, mãe ou avó alterado, por não poderem realizar certas atividades domésticas. “Devido à doença, a família tem muitas vezes, necessidade de redistribuir os papéis. Algumas famílias podem ter mais dificuldade em se adaptar aos seus novos papéis” (Pereira, 2007).

“Eu queria, mas não consigo fazer mais em casa por causa das dores na ferida. Queria ajudar o meu filho, a minha nora e as minha netinhas, mas não sou capaz. (...) Deixei de fazer tudo. (...) É que é umas dores muito fortes para andar em cima das pernas muito tempo. Paciência”. (E3)

“É triste não ser capaz de cuidar da casa como dantes, por causa disto me doer, e não ter ninguém que me ajude. Custa muito”. (E8)

Para alguns dos entrevistados, a dor levou-os a sentir tristeza, na medida em que esta afetou o seu bem-estar impedindo-os de aproveitar os prazeres e a alegria da vida como antigamente. Segundo Coniam e Diamond (2001), a dor constante é deprimente e assustadora, levando à perda do bem-estar, o prazer do movimento, em comer, em viajar e na atividade sexual. Naturalmente a sociabilidade depende em larga escala de um prazer mútuo.

“É uma vida muito triste. Porque eu sempre fui um homem cheio de vida. De brincadeira com este e com aquele. Um homem com vida, pronto. Amigo de viver a sua vida. E até castiço com as pessoas. Muito popular e isso tudo. E agora ao manter-me assim em casa, faz de conta que estou quase numa prisão. Para mim é uma tristeza. Faz de conta que estou quase numa prisão. (...) O pior que eu tenho, é ter uma vida muito triste. Sempre com dor e sempre deitado. É quase uma prisão domiciliária. Tenho que levar isto com paciência. Com muita paciência”. (E7)

De referir ainda que o estado emocional do indivíduo pode afetar a ingestão de alimentos (Roper, Logan e Tierney, 2001), pelo que não admira a falta de apetite que uma das entrevistadas refere, associada ao facto de se sentir triste com a vivência da dor.

“Nem me apetece fazer a comida. Nem tenho apetite. É uma tristeza por causa das dores (...)”. (E3)

A ansiedade também é um dos sentimentos referidos por uma das entrevistadas, como consequência da dor que sente, tal como é referido por Coniam e Diamond (2001): a perspectiva de dor – ou a sua presença – gera ansiedade, a qual poderá aumentar o sofrimento causado por qualquer dor que surja.

“Comunica-me com a cabeça. Sinto-me sempre ansiosa, nervosa”. (E1)

A dor associada à ferida é algo tão complexo, não só pelo misto de sentimentos que provoca, mas também pelo impacto que tem na vida da pessoas, que uma das entrevistadas refere-se à dor como algo que de certa forma não consegue entender, descodificar, compreender.

“Em que sente que esta ferida mudou a sua vida? Mudou... Não me mudou nada. Esta ferida para mim é um quebra-cabeças sempre que eu ali tenho.

Mas por causa de quê? É a dor. É a dor”. (E8)

Para além do sofrimento associado, a dor é algo que lhes faz lembrar a ferida.

“Quando eu não tenho dor sinto-me bem em qualquer lado porque nem me lembro da ferida”.
(E1)

“Quer dizer, a dor é que a faz lembrar a ferida? É”. (E11)

É natural que estes sentimentos negativos que os entrevistados associam à dor, tenham impacto no seu dia-a-dia, levando a alterações em algumas das suas AV's e nas suas relações sociofamiliares.

5.3 O IMPACTO DA DOR NAS DIFERENTES ATIVIDADES DE VIDA DA PESSOA COM FERIDA CRÓNICA

A dor funciona como sinal de alarme para o organismo, indicando a presença de um fenómeno de agressão. Cumprida esta função, a dor não apresenta qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo. Assim sendo, de acordo com Alves, Costeira e Vales (2009), a dor é uma constante nas feridas, podendo a sua presença condicionar a qualidade de vida do doente, bem como ter um impacto direto e negativo nas pessoas com quem convivem diretamente.

Ao longo das entrevistas, verificou-se que a dor afeta diferentes Atividades de Vida da pessoa.

5.3.1 Alteração na AV Higiene pessoal e vestir-se

A preocupação com o vestuário tornou-se notória, principalmente nos entrevistados do sexo feminino. Analisando os seus comentários é possível compreender que esta preocupação está relacionada com a ferida em si e, com o facto de os outros a poderem ver e comentarem. Assim sendo, alteraram os seus hábitos de vestir de forma a ocultar a ferida. “Feridas que são invisíveis – escondidas debaixo de roupas ou cobertas por pensos – podem poupar os pacientes de espanto e de olhares estranhos” (Baharestani, 2004).

“Eu adorava saias e desde que tenho a ferida só uso calças. A minha mãe já não. Já está tão habituada que ela usa na mesma. Mas eu não consigo. Não me sinto confortável. Ficam todos a ver”. (E1)

“Isto (a ferida) babava muito. As pessoas comentavam quando me viam na rua. Às vezes nem me apetecia sair. Comecei a usar calça, para as pessoas não estarem sempre: "Ai! Está pior. Tens sempre a perna ligada”. E assim disfarçava um bocadinho”. (E6)

Constatámos que referem saudades de poder utilizar calçado ao seu gosto. “O vestuário é um meio de comunicação não-verbal. (...) A maioria das pessoas veste-se por razões de adorno pessoal e tira grande satisfação disso. Essa atividade permite tomadas de decisão que ajudam a desenvolver um sentimento de autodeterminação – uma parte importante da auto-realização e uma das características fascinantes de AV Expressar Sexualidade” (Roper, Logan e Tierney, 2001).

“... gostava de estar de outra maneira com as pernas e não estou, né? A gente vê as pernas de outras pessoas. Há pessoas que com a idade, têm as pernas ali limpinhas como deve de ser. E eu não. Eu às vezes tenho estes complexos que as pessoas estão para ali a olhar. Já não posso calçar um bom sapato. Pois. Ando sempre com estes chinelinhos. (...) Eu tenho lá sapatos, que só queria que você visse. Sapatos com tacão alto como eu usava dantes. Agora já não. Aquilo agora está para ali”. (E8)

5.3.2 Alteração na AV Mobilizar-se

Sem dúvida que a capacidade de mover livremente o corpo é algo valorizado por qualquer pessoa, estando este aspeto presente nas diferentes entrevistas realizadas. Esta valorização dada à capacidade de se mover, está intimamente ligada com o facto de “todo o comportamento associado às atividades de respirar, comer, beber, eliminar, trabalhar, jogar e assim por diante, implica movimento” (Roper, Logan e Tierney, 2001). Muitos dos entrevistados revelaram que o facto de não se poderem mobilizar afeta outras atividades da vida diária.

“Tenho que estar quieta e não fazer nada porque tenho de descansar para não me doer a perna. Custa muito. Nem sair à rua. Não. Sair à rua é horrível. Tenho alturas que nem um garrafão de água posso trazer com as dores. Não posso trazer nada nos braços”. (E6)

“Mas quando está com mais dor não consegue sair? Não. Não. Porque não estou bem com a dor, para andar”. (E8)

Uma das entrevistadas referiu que apesar de a dor ser intensa, por vezes tinha que sair na mesma de casa para realizar certas tarefas que eram realmente necessárias, apesar do sofrimento que sentia.

“E para sair para ir às compras? Não, não ia. Quando eu estava pior da dor não ia. Mas quando eu via que realmente era capaz de ir, ia. Mesmo que me doesse, olhe, tinha que chegar a casa e sentar-me. (...) Às vezes ia com muitas dores, para me ir aviar. Eu ia à mesma. Eu ia à mesma. Ah... Às vezes vinha de lá que nem estava a ver o carro. Nem estava a ver o carro. Por isso é que eu pedi os comprimidos ao médico”. (E5)

“Então e as compras da casa? Isso era ao fim de semana. E ia com dores. Claro. Tinha que comprar para ficar, para me abastecer. Tinha que ser assim. Pronto”. (E10)

“Entretanto, eu piorei e estava quase sempre de cama, porque sentia uma dor... Horrível. (...) Havia dias que não conseguia andar bem, coxeava muito. (...) O prédio tem umas escadas. E nos primeiros dias eu tinha que vir de recuo. Não conseguia pôr bem o pé no chão, por causa da dor”. (E1)

Para um dos entrevistados o facto de não se poder mobilizar devido à dor, alterou os seus hábitos alimentares, impedindo-o por vezes de fazer refeições em família.

“Sou casado. Ela ajuda-me. Às vezes... Quase sempre. Tem que me levar o almoço à cama e o jantar à cama. Algumas vezes, quando tenho mais dores. Outras vezes vou comer à mesa. Porque eu tenho dores sentado. Não almoçando no quarto, estou sentado e as pernas estão para baixo como estão agora. E eu às vezes almoço no quarto sozinho e ela sozinha na cozinha. Outras vezes vou à mesa”. (E7)

Este indivíduo refere ainda que evita a mobilização ao máximo, devido à dor que lhe provoca.

“Às vezes a andar custa-me muito. Eu só ando, senhora enfermeira, desculpe falar, quando vou à casa de banho fazer as necessidades fisiológicas”. (E7)

Alguma das entrevistadas, referiram ainda que necessitaram de recorrer a auxiliares de marcha (ainda que uma delas tenha sido temporariamente) devido à dor associada à ferida, para se poderem mobilizar. Uma delas tem 47 anos e necessitou de recorrer temporariamente ao uso de canadianas para se poder deslocar, o que não é expectável para alguém da sua idade. “Para aqueles que sucumbem a uma doença ou ferimento que os imobilize, poderá significar a adaptação a um estilo de vida com menor atividade física mas de igual realização pessoal: a adaptação poderá ser temporária ou necessitar de uma vida inteira de adaptações. É importante que em qualquer grupo etário as pessoas com ajudas à deslocação, sejam levadas a compreender a sua importância enquanto pessoas” (Roper, Logan e Tierney, 2001).

“Depois por causa disso tudo, por causa das dores e da falta de força, não posso andar sem andarilho”. (E3)

“Ao princípio eu não conseguia pôr o pé no chão. Eu tive que andar de muletas e tudo. Eu não conseguia pôr o pé no chão. (...) Agora já não. Tive que andar com as muletas lá por casa e assim. Tive que andar. Agora, graças a Deus, não ando muito depressa, mas ando devagar e devagar também lá chego”. (E2)

A incapacidade de mobilidade provocada pela dor, faz com que se torne necessário o apoio de outras pessoas para que consigam realizar certas atividades do dia-a-dia, o que acaba por inculcar um sentimento de dependência dessa ajuda.

“O meu marido chegou a vir-me aqui pôr. Eu dizia-lhe assim: "Vai-me lá pôr na mota. Ah... Vai-me lá pôr ao posto médico, que eu não posso pôr o pé no chão com tanta dor. " E ele vinha. E Eu não moro assim muito longe”. (E5)

No entanto, nem sempre os membros da família estão dispostos ajudar nos momentos de maior dependência, tal como foi referido por algumas entrevistadas, inibindo-as de pedir ajuda. “É desejável que as pessoas sãs tenham maior consciência da forma como as pessoas podem ser auxiliadas a alcançar um estilo de vida satisfatório nas situações de trabalho, descanso, divertimento e família” (Roper, Logan e Tierney, 2001).

“... também não é um filho que me dê muito apoio. Às vezes vem me aqui pôr ao posto médico, quando eu estou com mais dores. Mas custa-me pedir, porque também não posso estar com muitas coisas com ele, porque ele pronto... Diz que tem a vida dele”. (E8)

“Tive alturas em que eram eles que me tinham que fazer os recados. À quarta e ao sábado, o meu filho mais novo ia comigo à praça às sete horas da manhã e depois deixava-me em casa e ia trabalhar. Ia-me pôr as coisas a casa, porque eu tenho dezasseis degraus para subir. É difícil. Às vezes há coisas nos supermercados maiores mais em conta, mas o meu outro filho nem sempre quer ir comigo. São diferentes”. (E6)

Existe ainda uma outra dimensão da incapacidade em se mobilizar, relacionado com a exposição dessa dificuldade publicamente. Para alguns dos entrevistados ter de sair à rua a coxear, leva-os a contactar com outras pessoas e a ter de ouvir certos comentários sobre a sua incapacidade, contribuindo para sentimentos de vergonha. “As pessoas dependentes na sua mobilização, podem ficar chocadas com a atitude pública para com a dependência” (Roper, Logan e Tierney, 2001).

“Uma pessoa vai na rua e as pessoas mais velhas: “Tu vens tão coxa. Estás tão empenada”. Eu por vezes digo ao meu marido: eu antes não quero sair. Deixa-me estar em casa. Se queres vai tu. Às vezes vou com ele para fora da terra. Ao menos ninguém me conhece. Não sabem se sou empenada ou não. Se estou melhor. Se estou pior. Parece que gostam de ver as pessoas mal”.
(E4)

“Eu tenho vergonha de andar na rua. Pareço uma velha. Sou pior que certas velhas. Coxeio por causa da dor. Estou toda empenada. Eu a andar sinto-me pior que certas velhas de 80 anos. (chorosa) Uma pessoa que sempre se mexeu para tudo e mais alguma coisa, ver-se nesta situação é muito complicado”. (E4)

“Hoje em dia, os adultos de todas as idades são mais saudáveis, estão mais informados e em melhores posições do que estava a geração anterior. (...) O grupo da meia idade continua a aumentar a esperança de vida máxima. (...) Algumas pessoas de meia idade têm problemas de saúde, enquanto que outras se preocupam por ter uma vida saudável, realçando a dieta o exercício e a preparação física” (Roper, Logan e Tierney, 1990). Talvez por isso, seja tão difícil para esta última entrevistada referida aceitar a sua condição e a sua incapacidade ao comparar-se com pessoas que se encontram na velhice e não na meia-idade como ela (tem apenas 50 anos), o que provoca sentimentos de vergonha e sofrimento.

5.3.3 Alteração na AV Trabalhar e distrair-se

De acordo com Roper, Logan e Tierney (2001), a maioria das pessoas passa um terço do dia a dormir e o resto a trabalhar e a distrair-se, logo é natural que esta seja uma AV muito valorizada, sendo afetada por múltiplos aspetos.

Quanto ao trabalho/emprego, 42% dos entrevistados referiram que se reformaram antecipadamente por não conseguirem continuar a sua atividade profissional devido à dor associada à ferida. Segundo Baharestani (2004), num estudo realizado, todos os pacientes sentiam que a úlcera de perna limitava a sua capacidade de trabalho e 50% acrescentam que os seus trabalhos obrigavam a estar de pé a maior parte dos seus turnos.

“Trabalhava na fábrica do tomate.

***E não conseguiu continuar porque...** Não, porque eu não conseguia estar em cima da perna com dores. E quando era de noite, eu ia entrar à meia-noite e sair às oito. E estar ali em cima de uma passadeira custava muito”. (E5)*

“Eu fui logo reformado cedo. (...)

***Mas porquê? Por causa da dor? Pois. E porque tinha fistula aberta”.** (E12)*

“Depois, comecei a ter mais dores e então meti os papéis para a reforma.

***Quer dizer, a ferida e a dor associada à mesma acabou por acelerar a sua reforma. É isso? Foi. Foi. As dores que tinha tanto na perna esquerda, como na perna direita, mas mais na perna esquerda, foi uma coisa complicada. Foi difícil”.** (E7)*

Dois dos entrevistados que ainda se encontram em idade ativa (40 e 63 anos), não conseguem encontrar emprego ou mantê-lo devido à dor associada à ferida. “Dado que o trabalho é necessário, ele é muitas vezes encarado de uma maneira negativa, mas na realidade, um emprego não só proporciona proventos como constitui também uma parte importante da identidade pessoal” (Roper, Logan e Tierney, 2001).

“Eu não posso com dores. (...) Ele (marido) queria que eu andasse lá a trabalhar e ganhasse dinheiro, mas não posso estar muito tempo em pé. Tenho que me sentar, senão dói-me muito”. (E9)

“Agora não trabalho, mas sempre trabalhei. Já fui cozinheira no Porto, e aqui já fui ajudante de cozinheira num restaurante.

Tendo em conta a sua atividade profissional, acha que como se encontra atualmente, com dor associada à ferida, a conseguiria exercer? Não. Já não aguentava. Já não aguentava. E agora

apareceu-me um trabalho para eu ir, e eu disse que não ia, que eu não aguento. Para que é que eu vou? Não. Não aguento”. (E2)

Na perspetiva de Roper, Logan e Tierney (2001), as pessoas trabalham para ganhar um salário, com o qual façam face às necessidades da vida, para si e para os seus dependentes. Quando confrontada com o facto de estar desempregada e de não poder aceitar certas ofertas de emprego devido à dor associada à ferida, esta última entrevistada, refere perda de poder económico, mas na sua perspetiva mantém a capacidade de assegurar as necessidades básicas da sua família, apesar de não poder comprar a medicação de que necessita.

“... graças a Deus, fome nunca passámos. Para comprar... Para comprar certos medicamentos, eu não compro. Não tenho, não compro. Agora, antes quero ter um prato para comer que comprar isso. Sou mesmo assim”. (E2)

Apesar do trabalho/emprego ser concebido, primariamente, como uma atividade remunerada, é também uma parte importante da identidade pessoal, dando um sentido de projeto e realização, uma estrutura para cada dia e um estatuto não só na família mas também na sociedade. Por sua vez, os desempregados ficam privados desses benefícios na família e na sociedade (Roper, Logan e Tierney, 2001). É importante referir que dos entrevistados que trabalham (42%), cerca de 60% dos mesmos, apesar da dor associada à ferida, mantêm-se a trabalhar por necessidade económica, principalmente para aquisição da medicação de que necessitam.

“Trabalhar, sempre trabalhei. Então, para comprar tanto medicamento, tinha que ser, por mais que custasse”. (E6)

Alguns dos entrevistados, sabem que estão a prejudicar a cicatrização da ferida devido à sua atividade profissional, mas necessitam de a manter por razões económicas, podendo esta situação criar ansiedade.

“Eu sei que o meu trabalho só piorou as varizes e as feridas, mas o que eu havia de fazer? Precisava do dinheiro e por isso continuei até não poder mais”. (E7)

“Porque eu precisava das melhoras rápidas. E às vezes a gente não consegue isso, não é? A minha ansiedade é mais nesse aspeto. E o precisar de dinheiro. Se eu pudesse estar sentada de perna direita uns dias... Mas tenho que trabalhar para ganhar, senão não posso comprar os medicamentos e outras coisas. (...) Se eu pudesse colaborar um bocadinho mais em termos de descanso, eu sei que também era melhor. Mas eu sei que é. Eu sei. Só que eu tenho que trabalhar para manter a casa e ajudar os filhos”. (E4)

Para uma das entrevistadas, trabalhar torna-se difícil pois para que consiga desenvolver a sua atividade profissional, acaba por revelar alguma da incapacidade provocada pela dor na ferida, sendo alvo de comentários que a levam a recusar trabalhar, evitando assim o contacto com outras pessoas.

“Já me disseram, quando estou a servir: “Lá vem ela trabalhar a coxear”. Para ouvir estas coisas prefiro não ir trabalhar”. (E1)

Quando ao aspeto de saírem para se divertir, muitos deixaram os hábitos que tinham, devido à dor associada à ferida e também por causa dos comentários dos outros com que se cruzam. “Para aqueles com ferida visíveis, o troçar, a alcunha, o olhar de pena, os olhares de espanto e os comentários insensíveis podem mesmo tornar um simples passeio pela rua uma experiência aterradora”. (Baharestani, 2004)

“Não passeio. Chego do trabalho... Não consigo andar com dor. Eu tenho vergonha de andar na rua. Pareço uma velha. Sou pior que certas velhas. Coxeio por causa da dor”. (E4)

“Sabe que eu tive um casamento e nem fui. Por causa do meu pé ligado. Nem fui. Por causa de ser o dia todo. Nem sei como é que eu ia andar. E o mal é que eu tenho medo que a veia se volte

outra vez para fora”. (E2)

“Mas quando está com mais dor não consegue sair? Não. Não. Porque não estou bem com a dor para andar. E para andar por lá e ainda correr o risco de isto ficar ensopado, também não dá nada. Ficam as pessoas a olhar e tudo. É muito chato isto”. (E8)

Depois dos filhos saírem de casa, muitos adultos descobrem os tempos livres, sendo as suas atividades de lazer muitas e variadas: ver televisão, comer fora, confraternizar com amigos e vizinhos, participar em atividades com membros de família (Sorensen e Luckmann, 1998). No entanto, esta realidade não é possível para alguns dos entrevistados deste estudo, devido à dor associada à ferida. Não só não podem realizar as atividades de lazer que realizavam anteriormente, pois a dor na ferida piora, mas também porque sabem que devem repousar para melhorar a ferida e têm receio de prejudicar a sua cicatrização.

“Eu ia sempre à danceteria, e estava lá muita vez sentada. Agora já não vou tanto. (...) Por causa da ferida. Porque me dói e não aguento”. (E1)

“Estou muito triste, porque dantes tinha uma vida em que saía com os amigos para ali e para acolá e agora não posso. Se estou muito tempo em pé e isto incha logo e começa a doer. Portanto, não pode ser.

Mas esses amigos com quem saía acabaram por se afastar? Pois. Eu já não podia sair com eles. Às vezes perguntam à minha mulher: "Então, como é que o senhor Manuel está?" "Vai indo. Está cheio de dores. Vai fazer tratamento ao Centro de Saúde à terça e à sexta. Está cheio de dores! Ele está cheio de dores! Está quase sempre deitado. Com os pés mais altos que a cabeça". É assim". (E7)

“Quando estava mais aflita com dor como é que fazia quando tinha que sair de casa? Evitava. Evitava. (...) Para não estar a sobrecarregar a perna, senão depois doía-me muito”. (E10)

“Eu dantes, às vezes, ia às excursões. Quando isto estava melhor e eu não tinha assim dores. Agora já há sete anos que não vou a excursão nenhuma, nem festas para aqui nem para acolá. (...) Porque tenho que estar em casa a descansar as pernas. Senão as pernas incham muito e piora a ferida”. (E7)

“Tinha o hábito de sair, passear? Sim. Sim Gostava muito.

E isso alterou-se por causa desta situação? Alterou. Alterou. Nunca mais fui. (...) Não dá para andar assim o dia todo em cima da perna, por causa da dor”. (E2)

“Você passeava? Sim.

E deixou de o fazer porquê? Porque com as pernas assim, não consigo. E eu gostava. Mas já não posso. É que é umas dores muito fortes para andar em cima das pernas muito tempo. Paciência!” (E3)

São notórias as saudades de poder conviver com a família sem as restrições provocadas pela dor na ferida.

“Sinto falta de sair com a minha família”. (E1)

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, é evidente a redução das atividades de lazer por parte dos entrevistados, como resultado da dor associada à ferida, não será por isso de estranhar que, segundo Woo et al (2008), 75% das pessoas entrevistados no seu estudo, identificam a dor como determinante para a redução da atividade física, acabando por fazer com que as pessoas com ferida estejam confinados ao seu domicílio e socialmente isolados.

“Para que é que vou sair? Para me queixar mais com dor? Mesmo em casa a dor custa-me muito”. (chorosa) (E4)

“Quando é nessas alturas de maior dor, não saio de casa. Nem tenho vontade de ver ninguém”.
(E8)

“Quer dizer, nem com a sua irmã desabafa? Não. Não. Com ninguém. Sozinha. Na altura ainda me sentia mais só porque as dores na ferida não me davam vontade de ir ter com ninguém”.
(E10)

“Isolei-me mais há coisa de seis, sete anos. (...) Por causa da ferida e da dor e inchaço quando ando muito. Há coisa de quatro anos, ainda ia ao café lá da terra. Ia ao café. Aqui ou acolá. Via televisão e tal. Falava com eles. Há coisa de quatro anos, três anos e meio, cheguei a fazer isso. Agora aí há dois anos e meio, três anos, tenho-me mantido sempre em casa”. (E7)

Por vezes o afastamento dos amigos, ou pessoas próximas, leva que a que estes também se distanciem, talvez por não compreenderem a razão do afastamento.

“Nota que se isolou mais desde que esta situação começou? Sim.

Mas porquê? Não tenho vontade e depois dá-me as dores e eu não consigo estar ao pé deles. Antes não quero ir. (...) Tinha casais que tinham carro e vinham buscar-nos a casa para irmos passear. Agora não. Tenho pena”. (E2)

Outros acabam por se isolar por se sentirem olhados de forma diferente por terem uma ferida. Os participantes do estudo de Mudge et al (2008), referem sentir-se estigmatizadas por causa de terem uma ferida crónica e ainda por causa do aspeto da ferida e dos pensos, sendo a dor associada algo que contribui para a sua marginalização.

“Quando chego do tratamento, elas estão na esplanada e o meu marido vai no carro comigo, com o meu pai e com a minha mãe, e eu não consigo lá parar. Fico com aquela sensação de que estão sempre a olhar. (...) Eu retiro-me muito. Retiro-me muito para o meu canto, porque eu não quero responder mal às pessoas. Mas eu sinto que elas estão a fazer pouco de mim”. (E1)

“Às vezes eu vou lá casa de uma senhora e ela está-se a rir, e eu não tenho vontade de rir. “Ó rosa põe-te alegre”. Não tenho vontade de rir. Tenho uma tristeza dentro do meu coração. (chorosa) Por isso prefiro estar sozinha do que acompanhada. Ao menos sofro sozinha e não incomodo ninguém”. (E9)

“Embora o trabalho predomine na idade adulta e o lazer nos anos iniciais, ambas as atividades são um aspeto integral importante em cada estadio das etapas de vida; na verdade especialmente nos anos de trabalho, um desequilíbrio pode ser prejudicial para a saúde” (Roper, Logan e Tierney, 1990).

5.3.4 Alteração na AV Expressar sexualidade

“Homens e mulheres, sempre adotaram estilos diferentes de vestuário e tenderam a desempenhar papéis tradicionais, tanto a nível doméstico como social, embora em muitas partes do mundo estejam a desaparecer rapidamente as diferentes entre os sexos há muito estabelecidas” (Roper, Logan e Tierney, 2001). Apesar destas mudanças e evolução dos papéis femininos e masculinos, nos dias de hoje, muitas mulheres idosas ainda sentem que têm a responsabilidade de realizar as tarefas da casa, enquanto mulher, tal como foi referido por uma das nossas entrevistadas. O facto de não conseguir desempenhar essas tarefas devido à dor na ferida, leva a que esta se sinta incapaz de desempenhar o seu papel de mulher, mãe e avó.

“Eu queria, mas não consigo fazer mais em casa por causa das dores na ferida. Queria ajudar o meu filho, a minha nora e as minha netinhas, mas não sou capaz. (...) Deixei de fazer tudo. (...) É uma tristeza por causa das dores. (...) É que é umas dores muito fortes para andar em cima das pernas muito tempo. (...) Mas às vezes dá-me, senhora enfermeira, uma pena de ser uma mulher como eu era para trabalhar. Fazia tudo, tudo. (...) Eu cozinhava pão. Eu lavava a roupa. Dantes nem havia essas máquinas. Sempre houve! Mas a gente pobre não tinha. Lavava a roupinha. Fazia o asseio na minha casinha. Fazia tudo. A comida. Fazia tudo”. (E3)

Para sabermos se alguém tem dor ou não, dependemos da sua demonstração verbal ou não-

verbal, a respeito desse fato. Quando isto acontece, a experiência e percepção privadas da dor tornam-se um acontecimento público e social: a dor privada torna-se pública. No entanto, a dor pode permanecer privada em determinadas circunstâncias. Este tipo de comportamento é comum em sociedades que valorizam o estoicismo e autocontrole, esperada essencialmente dos homens (Helman, 1994, citado em Sarti, 1998). “As clivagens de gênero também instituem formas muito distintas de lidar com a dor. Suportar a dor em silêncio pode ser sinal de virilidade em certas culturas, que, em contrapartida, permitem e valorizam nas mulheres a expressão explícita de sofrimento” (Sarti, 1998). Talvez por isso, um dos entrevistados sinta que por exprimir publica e frequentemente a sua dor, já não é o homem que era.

“Sinto muita tristeza pelo facto de não ser o mesmo homem. De me estar sempre a queixar com dor e de isso não me deixar fazer o que fazia”. (E7)

Uma outra entrevistada deste estudo, revela sentimentos de culpa quanto ao seu desempenho enquanto mãe. Sente que não consegue desempenhar o papel de mãe, pois devido à dor na ferida, não consegue acompanhar as filhas em todas as atividades como gostaria, sentindo ainda que toda esta situação as revolta.

“Eu queria ajudar mais e criar as minhas filhas bem. A minha filha acabou o curso agora de assistente social, e eu fiquei muito feliz de poder ir com ela. Mas eu não estava bem em lado nenhum. Sentia a perna muito mal nesse dia, mas eu fui na mesma. Tanto que hoje a minha filha acredita, mas dantes não acreditava. Ela dizia-me: “Faz alguma coisa por mim”. E eu dizia-lhe o que eu faço é sempre por ti, mas eu não faço milagres. (...)

De que forma é que a dor associada à ferida afetou a sua relação com as suas filhas? É assim, esta situação revoltou-as mais. Porque como eu tenho que descansar mais por causa da dor, não as posso acompanhar como gostava. E depois fico mais em baixo”. (E1)

O processo de envelhecimento implica alterações em todos os sistemas orgânicos, mas estas alterações ocorrem a ritmos diferentes consoante a pessoa. Ocorrem perda pessoais que podem ser físicas ou psicossociais. As alterações físicas (p.e. mobilidade alterada por dor associada à

ferida), podem levar a perdas psicossociais, como por exemplo alterar o seu estatuto social e familiar, a saúde física, autoconfiança e a autoestima (Sorensen e Luckmann, 1998). Esta situação está patente nos testemunhos que serão referidos em seguida, pois as entrevistadas sentem a sua identidade enquanto mulher alterada, pois não conseguem desempenhar atividades que as definiam no seu seio familiar e na sociedade, por causa da dor associada à ferida.

“É triste não ser capaz de cuidar da casa como dantes, por causa disto me doer, e não ter ninguém que me ajude. Custa muito”. (E8)

“Custa muito. Porque a gente quer começar aqui e acabar acolá, e não se pode como dantes. É triste não ser a mesma pessoa. Tenho que descansar mais as pernas, senão as dores não se aguentam. Sempre a evitar fazer força”. (E10)

5.3.5 Alteração na AV Dormir

O sono é algo essencial para o bem-estar e para a manutenção da saúde de cada indivíduo. Este é afetado por uma diversidade de factos biológicos e, por sua vez, os ritmos sono-vigília afetam a fisiologia e a bioquímica do corpo humano, mas o estado psicológico individual também está ligado com diversos aspetos do sono (Roper, Logan e Tierney, 2001).

Muitos dos entrevistados deste estudo referiram dificuldade em dormir por causa da dor na ferida, levando a sentimentos de desespero e desconforto (pois não encontravam posição confortável para descansar). Acabam por ter de dormir desconfortáveis pois têm que adotar uma posição que alivie a dor, apesar de não ser a que mais gostam.

“A noite agora tem sido mais ou menos. Mas já foram noites em que eu não conseguia dormir com dores. Em que andei a pé todas as noites. (...) Já foram noites horríveis para mim. Mas agora até ver. (...) Tenho um tijolo na cama. E depois pus um travesseiro para estar com a cama para cima. Não me dói tanto. Não me dói tanto assim”. (E2)

“Enquanto tiver deitado na cama e que ela esteja inchada, ela dói-me sempre. Mas depois vai

adormecendo por ela própria. Mas tenho de ter a perna sempre nessa posição. Se eu fizer algum movimento à perna aquilo começa a doer outra vez. E depois está claro, o facto de não me poder mexer não me deixa descansar tão bem". (E12)

"Tinha alturas que nem dormia com dores. Nem tinha posição na cama. Mas depois acabava por tomar um comprimido para as dores para poder dormir. Pronto. (...) Virava-me sempre para o lado direito. Para a perna estar virada para a parte de cima e assim não me doía. Era isso que fazia. Não dormia nada com jeito, porque não podia dormir como gostava". (E10)

"Eu rebolo para ali. Eu rebolo para acolá. (...) Eu levanto-me, vou para as janelas da sala. Vou para a rua. A minha filha: "Ó mãe para onde é que tu vais?" "Vou para a rua que eu estou cheia de dores". "Não vais nada que é de noite". Depois lá me sento. Lá ela, às vezes me dá uns comprimidos. Lá tomo um comprimido. Lá me passa, mas torna a vir outra vez". (E9)

Uma das entrevistadas teve mesmo que deixar de dormir com o marido em certas noites, pois devido à dor nem conseguia encontrar posição, não o deixando descansar.

"Durante a noite eu tentava pôr a perna para um lado. Tentava pôr a perna numa posição que ela começava a ficar estável. Eu tinha que procurar a posição que ela queria. Não era aquilo que eu queria. Era o que ela queria. (...) As noites custavam quando doía porque era eu a querer dormir. (...) Tinha que sair da cama para não incomodar o homem porque ele ia trabalhar. Apesar de eu na altura desta, estar a trabalhar. (...) Cansada com sono. Eu a querer dormir porque no outro dia tinha que me levantar cedo e esta dor não me deixava. Eu levantava-me. Eu ia para o sofá. Eu ia para ali. Eu ia para acolá. Eu punha a perna no ar. Que é para ver se... Eu sei lá". (E11)

Para alguns, a dificuldade em adormecer devido à dor, contribuiu para que recorressem a medicação analgésica.

“E só uma vez é que eu vim aqui, pedir uns comprimidos para as dores, porque de noite não aguentava com tanta dor. Ele (médico) coitado receitou-me uns comprimidos para as dores. (...) Eu dormia sempre virada para este lado (lado contrário ao da ferida), para ter a perna assim. Porque se a tivesse assim (voltada para a ferida), parecia que estava ali uma coisa a “criar”. Não descansava bem”. (E5)

“Para dormir à noite, quer dizer, quando estou para me ir deitar, se eu tenho muita dor tomo o tal comprimido para as dores e vai amainando. Depois adormeço”. (E3)

Segundo Woo et al (2008), muitas pessoas apresentam dor associada a problemas em dormir. A dor é muitas vezes exacerbada à noite por causa de espasmos musculares, má circulação e alterações de posição. Está bem estudado que os distúrbios do sono são uma fonte constante de preocupação, fadiga e redução do bem-estar da pessoa. “A falta de repouso e sono irá diminuir o limiar da dor do paciente, diminuir o seu desempenho mental e aumentar a sua resposta emocional à dor” (Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski, 2004).

“Eu tomo o Xanax, mas mesmo assim não durmo. Mas além disso, como eu tenho muitas dores nas pernas e cansaço por causa das próteses é mais difícil. E depois comunica aqui com o cérebro. E a gente entra em parafuso. (...) Mas tenho noites que não durmo duas horas. E depois uma pessoa anda desorientada de todo. (...) Eu tive uma noite, já depois de ter esta ferida, (chorosa) que eu não desejo ao meu maior inimigo. Eu gritei. Eu estava com medo dos vizinhos. Não foi fácil”. (E4)

“Como eu dormia muito mal por causa da dor, eu às vezes até desmaiava. (...) Agora ultimamente tenho tido menos, mas inicialmente quando tinha aquela dor, aquela picada, tinha que me levantar. Parecia que eu queria desaparecer. Eu não aguentava as dores. Até tinha que morder. Não tinha posição na cama. Tinha que morder uma coisa para não gritar. (E1)

Quando a infeção está muito adiantada, eu já nem na cama posso estar. É em claro. A noite é

em claro. Às vezes até vou buscar um calmante. (a rir) Para ver se eu acalmo. Para ver se eu sossego. Que isto dá uma força de nervos que eu sei lá”. (E8)

“Ai, dores na ferida. (...) Estava noites e noites em claro. Em claro. Não foi um mês, nem dois. Foi anos”. (E6)

A dor na ferida pode ser de tal forma esmagadora que a pessoa chega a sentir receio da noite.

“É assim, o que me fazia sentir pior era quando fosse dormir, porque sabia que ia sentir dor”. (E1)

5.3.6 Alteração nos Fatores Socio-culturais

Existem diferentes maneiras de lidar com a dor, podendo esta ser influenciada por diferentes fatores, que incluem disposição, incapacidade, crenças e o nível de apoio da relação conjugal (Adams e Field, 2002).

Na verdade, muitos entrevistados realçaram a importância da presença da família (filhos, esposos, irmãos) para os ajudar a lidar com a dor, pois sentiam apoio e tinham alguém com quem desabafar sobre o seu sofrimento. “A unidade familiar afeta a prestação de cuidados, tratamentos e recuperação dos membros de família, quer se trate de doença física ou de doença familiar” (Luckmann e Sorensen, 1998).

“O que tenho tido de bom é o meu marido. Se o meu marido me faltasse, não sei. Tem-me ajudado muito”. (E4)

“Graças a Deus, tenho amigas. Tenho. (...)

Sente que o facto de ter apoio é muito importante para lidar com a situação da dor associada à ferida? Ai sim. E mesmo os maridos delas (amigas) e tudo são impecáveis. (...) E sempre com cuidados.

E o seu marido? Ah! Ele já é assim mais... Às vezes nem pergunta como é que vai. Vá lá, perguntou ontem. (...) Mas tenho pena que ele seja assim. Sinto-me por vezes sem apoio. É triste ele não se preocupar". (E11)

"Às vezes pensava que era mesmo alguma coisa má. Que como me doía tanto, era uma doença grave. (...) Tentava esquecer e... Depois entretanto também houve o casamento do filho. Depois nasceu o neto. Foram coisas boas que me ajudaram a esquecer os pensamentos menos bons". (E11)

"Falo com a minha filha mais velha. Ela dá-me muito apoio". (E1)

"Antes do meu marido morrer, eu já tinha isto nas pernas. Ele coitadinho é que me ajudava: "Deixa lá. Tens que te conformar. Deixa lá. Tem que se dar tempo ao tempo. Mal seja que não te aches melhor"." (E3)

"Com quem é que desabafa nesta alturas, em que está mais atrapalhada com a dor? Tenho o meu companheiro. Falo muito com ele". (E2)

"Olhe, às vezes vai lá o meu irmão ver-me. Desabafo com a minha mulher. (...) E esse apoio ajuda-me muito a ultrapassar os momentos de maior sofrimento. O meu irmão, se não me pode ir ver, telefona a saber como estou". (E7)

Alguns dos entrevistados, quando questionados sobre com quem é que desabafam, muitos relembram familiares que lhes eram próximos e de quem sentem saudades, assumindo os mesmos uma figura de apoio e força, apesar de já terem falecido.

"Com os meus pais que já lá estão. Falo com eles. Peço-lhes ajuda. A vida tem sido muito complicada. As pessoas que a gente mais gosta vão-se". (E4)

“Eu quando me sinto apertada, só chamo por uma pessoa, que é a minha avó. Deus a tenha em descanso”. (E1)

No entanto, apesar de a família ser referida como fonte de apoio, nem sempre a relação entre a pessoa com ferida crónica e a família é fácil, por causa das limitações e emoções que a situação causa. “A doença de um membro representará uma ameaça para a manutenção da unidade familiar. A doença exigirá alteração de funções, de forma a ser mantida a unidade familiar se o membro doente não for capaz de desempenhar as atividades habituais incluídas no seu papel. (...) Quando a família tem um membro a sofrer de doença, todos os membros sofrem de ansiedade e *stress*. Como consequência destas preocupações, os membros da família referem sentimentos de medo, desamparo, vulnerabilidade, insegurança, frustração e depressão” (Luckmann e Sorensen, 1998).

“Sinto falta de sair com a minha família. E ele (marido) fica revoltado comigo. (chorosa) E ele não é muito atencioso comigo”. (E1)

“A sua filha é que a trazia aos tratamentos? Sim. Trazia-me. Mas eu via que isso lhe transtornava a vida. Custava-me. Agora venho na carrinha do Centro de Dia. Já não é preciso ela cá vir por isso. Para não estar a sobrecarregá-la tanto”. (E10)

“Mas acha que a partir do momento em que deixou de trabalhar, a relação com o seu marido alterou-se? Sim. Deixou de ter respeito. Ele queria que eu andasse lá a trabalhar e ganhasse dinheiro, mas não posso estar muito tempo em pé. Tenho que me sentar, senão dói-me muito”. (E9)

“A minha filha também tem muitos problemas, porque ela se enerva muito comigo. (...) Mas ela está é nervosa, porque ela coitada é que apanha tudo. Até lá no café é com ela que fazem comentários”. (E1)

A combinação entre os efeitos da dor persistente associada à ferida e o aparecimento súbito de dor intensa são debilitantes, sendo difícil aos pacientes lidar com a imprevisibilidade da dor, manifestando-se ainda relutantes em falar sobre a dor com amigos e familiares (Mudge et al, 2008).

É ainda importante referir que apesar do apoio dos familiares, as pessoas nem sempre estão dispostas a manifestar a dor que sentem e o sofrimento que esta lhes causa, por receio de se tornarem repetitivos, queixando-se constantemente e, além disso, também pretendem evitar preocupar aqueles que lhes querem bem.

“E quando estava mais aflita com dores, com quem é que desabafava? Sozinha. Chorava. Chorava. Porque isto é assim, as minhas irmãs, esta e a outra, de facto são muito amigas, mas não as quero preocupar”. (E10)

“O meu marido às vezes vê-me triste e diz-me assim: O que é que tu tens? Não tenho nada. Se eu lhe vou estar sempre a dizer: doí-me aqui, doí-me acolá, doí-me no outro, doí-me assim. Como é que é?”

***Mas com quem é que desabafa sobre a dor?** Não tenho ninguém. Tenho-o a ele mas também não pode ser sempre. Os meus filhos coitadinhos. O meu filho não me pode ver chorar. Fica logo todo aflito. A minha filha está na casa dela, também já pouco... Quer dizer, vimo-nos mais de passagem. (...). Eu por vezes tento esconder ao meu marido o que estou a sentir, para não o preocupar”.* (E4)

“E com quem é que desabafa? Só com Deus. Com mais ninguém. Às vezes vou para o café, mas não vou lá falar destas coisas de dores e assim. Vou lá para me distrair”. (E12)

Muitos dos entrevistados, também recorreram à sua fé em Deus para conseguirem suportar a dor na ferida e o impacto que isso tem na sua vida.

“A saúde espiritual de uma pessoa é o estado de equilíbrio que transcende as coisas materiais e físicas. Revela receptividade para aceitar uma força superior tal como o indivíduo o define. Para a maioria das pessoas, essa força superior é definida como uma força sobrenatural ou Deus tal como as crenças religiosas o concebem. A relação entre a saúde fisiológica, a saúde psicológica e a saúde espiritual é intrincada. Embora esta relação varie conforme os indivíduos, a verdade é que, geralmente, a saúde espiritual pode afetar a saúde física e mental e inversamente, uma crise física ou mental pode dar origem a uma crise espiritual” (Luckmann e Sorensen, 1998).

Assim sendo, como a dor associada à ferida provoca sofrimento não só físico, mas afeta também as AV's de cada indivíduo e a sua família, daí a necessidade de recorrerem à sua fé em Deus para lidarem com estas dificuldades.

“Eu cá, às vezes ponho-me assim: “Ó meu Deus. Conforme dá a chaga, dá a mezinha”. Pois, dá-me este conforto, não é? É que há pessoas piegas”. (E5)

“Quer dizer, desabafa sozinha? Com Deus”. (E4)

“Mas a minha perna vai ao sítio. Vai. É preciso é ter fé no Senhor. (...) Eu já sei que tenho dor. Ninguém ma vai tirar senão o nome de Deus. Que é a quem eu peço”. (E12)

“Depois rezo aos santinhos para me darem força e coragem, para eu me animar. Para levar a minha cruz às costas”. (E10)

“Às vezes pensava que era mesmo alguma coisa má. Que como me doía tanto, era uma doença grave. Mas depois: “Tens que esquecer isso que há-de ser o que Deus quiser. Vá. Vá. Vá. Esquece. Esquece”.” (E11)

“Quer dizer, desabafa sozinha? Com Deus (...) Posso dar graças a Deus. Embora às vezes a gente diga assim: “Não tenho ninguém”. Mas é mentira. Porque no fundo a gente tem. E há quem não tenha mesmo ninguém. (...) O bichinho está lá. A dor está lá. A gente às vezes mostra uma cara de riso, mas sabe Deus o que lá está dentro”. (E4)

“Já cá não tenho com quem desabafava mais, que era a minha filha que Deus tem. (...) E agora desabafa com quem? Com a minha irmã. É uma pessoa excepcional. E com a minha filha. A outra que está no Entroncamento. Mas falo muito com esta irmã que eu tenho. É muito boa irmã para comigo. Eu já tenho dito assim. Deus tirou-me uma filha, mas parece que me

deixou cá outra". (E8)

Mas tal como foi referido anteriormente, se por um lado a fé em Deus ajuda a ultrapassar momentos de crise, pode também ser posta em causa numa mesma situação. Tal experiência foi relatada por uma das entrevistadas.

"Eu dantes ia muito a Fátima. Retirei-me desses locais todos.

Mas deixou de ir a Fátima porquê? Porque deixei de acreditar. Por tudo o que se tem passado e por esta ferida, que me faz sofrer. Quando vinha de lá sentia-me em paz". (E1)

De forma a reduzir o impacto da dor nas Atividades de Vida da pessoa com ferida crónica, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida, é necessário um controlo eficaz da dor.

5.4 CONTROLO DA DOR

Para que seja possível fazer o controlo da dor associada à ferida, é necessário não só recorrer a intervenções farmacológicas, mas também a técnicas não farmacológicas de alívio da dor.

Na medida em que a maioria das pessoas entrevistadas apresentam úlceras de perna de origem venosa, o edema é um problema comum entre eles, o qual deve ser controlado o melhor possível para ajudar a controlar a dor associada à ferida. "Controle o edema para evitar a diminuição do fluxo sanguíneo, que pode conduzir a dor adicional" (Dallam, Barkauskas, Ayello, Baranoski, 2004). Assim sendo, é frequente serem recomendados a repousarem com o membro afetado elevado, o que muitos tentam cumprir.

"Tento fazer as coisas de manhã, mais ou menos. Pronto. O indispensável. (...) E à tarde... Tento estar "sentadinha" no sofá com uma cadeira destas. Ponho uma almofada para estar com a perna mais alta.

Quando está com mais dor, o que é que lhe alivia a dor? Só me puxa para estar deitada com a perna no ar". (E11)

"Enrolava um cobertor. Punha-o pela parte debaixo do colchão. Lá estava eu com a perna um

bocadinho mais alta". (E5)

"Esta ferida piorou quando tirei duas grades de cerveja lá do café. E ela (enfermeira) disse-me logo: A Isabel andou a fazer força. Nunca mais peguei em grades de cerveja". (E1)

"Tenho um tijolo na cama. E depois ponho um travesseiro para estar com a cama para cima. Não me dói tanto. Não me dói tanto assim". (E2)

"Ponho uma almofada, um travesseiro na cabeça e ponho almofadas mais altas para ter as pernas mais altas que cabeça, para fazer o sangue deslizar para baixo, porque como me disseram aqui, faz bem. E também me ajuda a reduzir a dor". (E7)

"Estou todo o dia com as pernas mais altas que o corpo. (...) Assim com as pernas levantadas, a dor parece que ia sempre aliviando". (E10)

"Eu venho fazer o penso. Vou para casa. Acabo de almoçar e não vejo mais nada que não a cama. Não é para dormir. É só para descansar. Enquanto tiver a perna inchada, dói-me sempre". (E12)

No entanto, apesar de saberem as vantagens de repousar com o membro elevado para aliviar a dor associada à ferida, nem sempre cumprem essa recomendação, alguns por necessitarem de trabalhar, outros por necessitarem de cuidar dos filhos e da casa. Naturalmente, esta dificuldade em cumprir o repouso por estas razões, verificou-se nos entrevistados em idade ativa.

"Se eu pudesse estar sentada de perna direita uns dias... Mas tenho que trabalhar para ganhar, senão não posso comprar os medicamentos e outras coisas. (...) Se eu pudesse colaborar um bocadinho mais em termos de descanso, eu sei que também era melhor. Mas eu sei que é. Eu sei. Só que eu tenho que trabalhar para manter a casa e ajudar os filhos". (E4)

“Para a dor a médica diz que eu havia de estar sempre com a perna para cima. Só que eu acho que quem tem filhos para tratar e quem tem uma casa para tratar, não posso fazer isso, né?” (E2)

“Faço um bocadinho de repouso, mas também não posso sempre. Tenho três homens em casa. Já tive lá cinco, com a miúda”. (E6)

Um dos entrevistados refere que não consegue cumprir o repouso com a perna elevada, pois esse tratamento entra em conflito com o tratamento recomendado para a apneia do sono e para outras patologias cardíacas das quais padece.

“Sabe que eu tenho um aparelho de respiração. Quanto mais alto tiver a cabeça melhor é. Eu uso o travesseiro e duas almofadas. (...) Se eu puser a perna levantada abafó logo daqui (peito). Portanto, antes prefiro a perna a doer do que abafar daqui”. (E12)

Quanto ao controlo da dor recorrendo à toma de medicação, nem todos os entrevistados se encontram dispostos para tomar analgésicos. As pessoas estão frequentemente relutantes em discutir a dor associada à ferida e em tomar uma dose efetiva de medicação analgésica. Muitas das preocupações das pessoas incluem medo de adição sem fundamentação, ou que os bons pacientes não se queixam e ainda que os profissionais de saúde devem saber quando estão com dor (Woo et al, 2008).

“Foram-lhe receitados medicamentos paras as dores? Sim, sim. Mas eu não me dava com eles. Não me sentia bem com eles.

E falou com o médico para mudá-los? Não. Não quis incomodar. As dores mais tarde ou mais cedo acabam por passar”. (E1)

No estudo realizado por Mudge et al (2008) foi referenciado, frequentemente pelos indivíduos do estudo, a preocupação em usar prolongadamente medicação analgésica e ainda receio de polimedicação. Santos et al (2010) salienta ainda, como fatores que afetam o nível de adesão do indivíduo: conhecimento insuficiente, crenças negativas em relação à eficácia da terapêutica, inquietações acerca de possíveis efeitos adversos, medo de dependência de “drogas”, entre outros. Estes aspetos estiveram patentes em diferentes entrevistas realizadas neste estudo.

“Mas como tem dor associada à ferida que não passa com o paracetamol, porque é que não pede ao seu médico de família para lhe passar outro medicamento mais forte? Não pode ser. É que eu tenho arritmia cardíaca.

Então tem receio de tomar medicação para a dor, mais forte, por causa de toda a medicação que o senhor toma? Pois. Pois”. (E7)

“Para tomar comprimidos já basta agora. Tomo tanto, não é? Mas, eu penso que se eu me visse muito aflita com dores, tinha que ir pedir uns quaisquer, que eles entendessem que eu podia tomar junto com estes que eu agora ando a tomar. Porque eu quando tive o enfarte, a médica receitou-me uns comprimidos que eu tinha que tomar só seis meses. E então, junto com os outros de manhã ao pequeno-almoço, era um para a tensão e era esse e era outro. Um daqueles, “combatia” com outro. Parecia eu que me estava a passar”. (E5)

“E medicação para as dores? Pouco. Olhe, era o Bem-u-Ron. Só isso.

E fazia efeito? Nenhum. Eram uns atrás dos outros. Eu admira-me esta dor não passar com isso. Eu fui operada à vesícula e eu tomava-os, e desaparecia-me a dor. A dor é diferente. A dor é diferente”. (E6)

“Eu também estava sempre a evitar tomar comprimidos com medo que me fizessem mal ao estômago. Como fui operada, tinha medo e então preferia sofrer com as dores. E fazia assim. Às vezes nem tomava. Andava ali o resto do dia. E pronto. Aquilo acabava também por abrandar mais. Pronto”. (E10)

Não se poderia deixar de salientar que alguns dos entrevistados referiram razões de ordem económica para não poderem aderir ao regime medicamentoso prescrito para o controlo da dor. “A adesão ao aconselhamento médico pode ser influenciada por fatores económicos e sociais. (...) Embora o estatuto socioeconómico não tenha sido encontrado de forma consistente como preditor independentemente de adesão, nos países em desenvolvimento verifica-se que o indivíduo portador de um baixo estatuto socioeconómico, confronta-se com a problemática de optar por prioridades, que incluem os limitados recursos disponíveis para satisfazer as necessidades do seu núcleo familiar” (Santos et al, 2010).

“Vivo com o ordenado do meu companheiro. Não é muito mas pronto. Não dá para certas coisas. Eu já tomei esse medicamento. Só que cheguei a um ponto em que disse: “Não. Eu não posso tirar de comer à casa para medicamentos”. E foi quando isto começou a ficar pior. Que a minha médica diz que eu vou ter que tomar aquele medicamento sempre. Só que é um medicamento caro. Não é participado”. (E2)

“Às vezes a senhora enfermeira vai assim: “Vá ali ao Dr. a ver se ele lhe receita alguma coisa para as dores”. Tenho lá três receitas para levantar mas não tenho dinheiro. Não posso trabalhar. Nunca mais vou poder trabalhar. A minha vida acabou-se. (...) Vim aqui ao médico de família pedir comprimidos para as dores. Pedi ao meu homem para comprar, porque eu tenho lá a receita, mas ela já não presta. Já passou do prazo. A minha filha diz que já passou do prazo. Ele diz que não tem dinheiro”. (E9)

“A gente vê-se assim. Viver assim com necessidades... Eu tenho alturas em que não levanto os medicamentos porque não posso gastar dinheiro. E vai suceder muita vez”. (E6)

Hollinworth (2005) refere ainda que a analgesia deveria ser administrada antes do tratamento, como forma de reduzir a dor que o utente experiêcia durante o tratamento. Para além de tomarem analgésicos antes do tratamento, para reduzir a dor durante o mesmo, alguns dos entrevistados tomavam-nos também um pouco antes de dormir, para aliviar a dor e adormecerem

mais facilmente.

“Tomei um comprimido para as dores antes de vir. Porque já estava a senti-la. Estava a almoçar. (...) Depois vou com o efeito para o tratamento. À noite tomo outra vez. Para dar para a noite. É assim que tenho gerido a medicação”. (E4)

“Eu de manhã tomei, é sempre, um para a circulação de sangue e à noite tomo outro. E para as dores é logo de manhã antes de vir.

E esse medicamento para as dores, toma antes de vir ao tratamento porquê? Que é para não me doer. (...) Para dormir à noite, quer dizer, quando estou para me ir deitar, se eu tenho muita dor tomo o tal comprimido e vai amainando. Depois adormeço”. (E3)

“Tomo sempre um comprimido para as dores antes de dormir. Ou mais forte, ou mais fraco, tomo. Se tiver muita dor tomo o mais forte que é para ver se não me acorda de noite. Depois tenho assim que gerir. Tenho sempre esses medicamentos assim”. (E2)

A dor é um fenómeno multidimensional que para ser corretamente controlado, tem de ser compreendido e para tal é necessário entender quais os fatores que o influenciam.

5.5 FATORES QUE INFLUENCIAM A DOR

Alguns dos entrevistados identificaram que a dor se tornava mais acentuada quando a ferida estava infetada, pelo que associavam o facto de sentir mais dor à possibilidade de estarem a desenvolver uma infeção. Esta ideia é corroborada por Alves, Costeira e Vales (2009) ao referirem que a dor pode ser indicador de infeção, tendo vários estudos demonstrado que a infeção pode aumentar a gravidade da dor associada à ferida.

“Aqui há três... Nem tanto. Três meses. Tive uma infeção. E eu noto logo. (...) Porque ela dói-me. Parece que está ali um cão mesmo ali a esfarrapar... Pronto. (...) Quando sentia muita mais

dor na ferida pensava logo que poderia ser uma infecção na ferida ou no osso”. (E11)

“Ai, isto é dores horríveis. Quando isto começa a aparecer. No início, quando está com as infecções é da gente morrer com dores”. (E8)

Outros referem ainda o edema como fonte de adicional de dor associada à ferida. Esta ideia é também partilhada por outros participantes num estudo desenvolvido por Phillips et al (citado em Baharestani, 2004), que apresentam úlceras de perna e descrevem a sua mobilidade como adversamente afetada pela sua úlcera e, o edema era considerado como sendo o fator dominante.

“Dantes só me enrolavam a perna até aqui (meio da perna), e a menina não sabe o que eu passava com dores. Inchava e eu parecia que nem tinha sangue cá em baixo”. (E6)

“O inchaço faz com que a ferida me faça doer”. (E7)

Por sua vez existem ainda outros fatores referidos pelos entrevistados que influenciam a dor na ferida, mas que se relacionam com o tratamento da ferida em si. “A dor desempenha um papel importante no tratamento de feridas. Controlá-la é essencial para o sucesso da cicatrização”. (Alves, Costeira e Vales, 2009) Segundo Solowiej, Mason e Upton (2009), num estudo realizado com pacientes cirúrgicos, verificou-se que a dor pós-cirúrgica persistente, é um bom preditor do tempo de cicatrização, isto é, quanto mais tempo persiste a dor, mais tempo demora a cicatrização.

A dor que acompanha a troca do penso anterior pode ser intensa à medida que o novo tecido é “arrancado”, devido a uma seleção inapropriada do penso que foi colocado anteriormente. A pele circundante pode estar friável devido à remoção frequente de pensos que aderiram, ou por pensos que não têm o perfil de absorção necessário. A experiência da dor pode ser exagerada por falta de conhecimento sobre a correta abordagem da ferida e seleção do penso a colocar. (Benbow, 2006)

“A senhora enfermeira tira-me o penso, parece que aquilo está pegado. Dói-me. Quando ela está a lavar, também me dói. (E9)

“E quando é para retirar as ligaduras? Isso é... Fico logo retraída”. (E1)

Alguns dos entrevistados associam a dor que sentem na remoção do penso, ao facto de serem utilizadas compressas no tratamento da ferida. “Pensos tradicionais feitos de gaze ou linho absorvem o exsudado através de osmose e aderem ao tecido da ferida provocando não só dor mas também trauma no tecido neoformado, aquando da remoção”. (Benbow, 2006) Ainda segundo Santos (2008), “a remoção de um penso molhado a húmido que tenha secado, pode causar uma nova lesão da ferida, provocando dor e atraso na cicatrização da ferida”.

“Para tirar a compressa era difícil porque estava agarrada. (...). Eu pensava assim: será que é por ter a compressa seca que a dor é mais forte? É que a compressa custava muito a tirar”. (E10)

“... e então, ela conforme punha aquela pomada, punha uma compressa em cima da pomada. Ora, eu andava em cima da perna, com a humidade que a perna deitava, às vezes aquilo agarrava. Quando eu aqui chegava fartavam-se de pôr soro, água oxigenada e soro, em cima da compressa, para poder levantar, para não fazer o buraco maior.

Mas doía-lhe a tirar, é isso? Sim. Pois sempre doía”. (E5)

“Houve algum tratamento antes deste, que lhe provocasse mais dor? Eram as gazes”.

“E custava-lhe quando as tiravam? Não. Não custava muito tirar. Era um alívio”.

“Mas era desconfortável antes do tratamento? Era desconfortável e arrepanhava até eu vir ao tratamento”. (E8)

A limpeza da ferida também foi referida, por alguns dos entrevistados, como momento de dor

aquando do tratamento da ferida. Segundo o estudo internacional desenvolvido por Moffatt, Franks e Hollinworth (2002), já referido anteriormente, a altura da remoção do penso é a mais dolorosa, seguida pela limpeza do leito da ferida. Segundo Benbow (2006), a limpeza da ferida pode ser outra fonte de dor no tratamento da mesma quando soluções frias, antissépticos tópicos ou técnicas de limpeza que são usadas de forma brusca e inapropriada.

“Mas o que lhe custava mais? Era quando lhe mexiam na ferida para limpar. É isso? Sim. Quando mexiam na ferida. Quando limpavam”. (E5)

“Sentia dor durante o tratamento? É assim, se me carregassem cá com força doía ao limpar”. (E11)

“É quando o penso sai. Mas mais quando estão a limpar mesmo a ferida. É mesmo quando passam no centro doloroso. (fácies de dor) Aquele centro ali é onde me dói mesmo”. (E4)

“O que é que durante o tratamento, lhe provoca mais dor? É ao lavar. É ao lavar”. (E12)

“Quando me mexem. É quando me mexem a limpar. Custa muito. Tenho muitas dores”. (E2)

“Quando ela está lá com as pinças a tirar aquilo (tecido desvitalizado ou necrosado). Ai isso... Ai isso, eu começo a tirar o bracinho dela”. (E8)

“É assim o rebordo. Quando limpam à volta. Sinto a ferida aos “refinões””. (E6)

“Quando fazem o tratamento, às vezes tenho mais dores quando a enfermeira, por exemplo quando vai limpar a ferida, é obrigada a carregar um bocadinho mais, para pôr o produto junto à ferida, para desinfetar e para tratar”. (E7)

“Quando ela está a lavar, também me dói”. (E9)

De referir que uma das entrevistadas, sentia dor aquando da lavagem da sua ferida com o chuveiro, rejeitando inicialmente esse tratamento. Mais tarde, na medida em que viu evolução positiva da ferida, tolerou a dor associada ao tratamento e ela própria quer fazer o tratamento.

“Então, quando vem fazer o penso, lavar a ferida com o chuveiro é o que lhe custa mais? É. E já me doeu mais. No princípio ela dizia: "Ó Joana, volta para ali as tuas pernas". "Ai! Não me faça isso. Ai que eu não aguento isso". "A água está fresquinha". "Ai não aguento isso em cima da ferida. Ai eu não posso. Ai enfermeira, pela sua saúde". "Pronto, é só mais um bocadinho". Eu aguentava porque via a ferida melhor. E eu agora eu é que abro a água toda e não digo nada. Porque não está tão grande como estava”. (E3)

Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski (2004), referem algumas sugestões para facilitar o processo de mudança do penso, que se forem adotadas pelos profissionais de saúde no tratamento de feridas, podem reduzir a dor associada à ferida dos entrevistados deste estudo, pois alguns dos problemas identificados pelos mesmos, podem ser resolvidos seguindo essas soluções. “Não use soluções citotóxicas, tais como o Betadine ou peróxido de hidrogénio, para limpar as feridas. Eles não só impedem a cicatrização da ferida como podem causar sensação de queimadura, aumentando o desconforto do paciente” (Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski, 2004).

“Tinha muita dor quando era a Betadine. (...) Agora tenho tido menos dores desde que me puseram o soro”. (E1)

“E, por exemplo, a sua ferida aqui, está a ser limpa com soro fisiológico. Nunca usaram Betadine? Ah. Já, já. Antes de eu vir aqui para esta enfermeira, havia um enfermeiro e eu vinha aqui ao tratamento com ele. Ele chegou a pôr-me isso. E eu disse: "Ó senhor enfermeiro, não me

ponha isso”. Eu cheguei a casa, tirei a ligadura. Lavei o pé. Que isto ardia-me muito. Dava dor”. (E9)

“Quer dizer a enfermeira ficou de férias e fui ao Centro de saúde a Torres Novas. E lá é que me fizeram o tratamento com Betadine e aquela coisa ainda agravou mais”. (E4)

Por sua vez “o soro fisiológico a 0,9% é o que apresenta menor probabilidade de causar traumatismo ou inflamação ao tecido. (...) Nem sabão nem detergentes são suficientemente seguros para serem utilizados em feridas” (Irion, 2005).

“E agora quando foi a lavagem com água e sabão, doeu, mas depois ela (enfermeira) lavou-me logo com soro”. (E1)

“O soro fisiológico não lhe provoca dor? Não”. (E9)

È ainda importante realçar que para uma das entrevistadas, a dor associada ao tratamento, também depende de quem realiza o penso. Quando são determinados enfermeiros, a mesma refere não vai para casa com dor após o tratamento.

“Quando apanho esta enfermeira, fico toda contente. Quando apanho o enfermeiro António, também fico. E aquela senhora enfermeira que saiu, que eu nunca me lembro do nome. Acho que é Luísa. Também gosto muito dela, porque também se interessa. E quando a gente os vê, parece que nem me vai a doer o pé nem nada, com estes enfermeiros. (...) Quando saio daqui com estas enfermeiras que eu disse, não costuma ir a doer. Agora quando são outros...” (E2)

Considerando que procuramos um controlo eficaz da dor associada à ferida crónica, faz todo o sentido que após identificarmos os fatores que a influenciam, necessitemos de fazer uma avaliação correta da mesma.

5.6 AVALIAÇÃO DA DOR

Segundo Donovan (1987, citado em Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski, 2004), 58% dos pacientes hospitalizados referiram dor excruciante, mas menos de metade tinham tido um elemento da equipa de cuidados de saúde que lhe tivesse perguntado sobre a sua dor ou referido a sua dor nos seus registos. Para além disso, o uso de medidas de avaliação da dor tem mostrado melhorar o tratamento da dor nos pacientes.

De todos os entrevistados, apenas um referiu que não lhe perguntavam se sentia dor aquando do tratamento, tendo os restantes manifestado que sentiam preocupação por parte dos enfermeiros em saber se sentiam dor ou não durante o tratamento. Apenas um entrevistado referiu o uso da escala da dor FACES, aquando da realização do penso.

“Eu estou a falar de uma escala que há de 0 a 10, sobre a dor. Que serve para medir a intensidade da dor. A mim mostraram-me as caras. A enfermeira dizia-me: Ó Isabel quando você está a dormir faz caras. Eu achava graça. E quando está com a dor da Betadine, qual é a cara? Entretanto ela fazia-me rir por causa das caras.

Você identificava o nível de dor através das diferentes caras da escala da dor. É isso? Sim”.
(E1)

“Eu fui operada, vai fazer 6 anos. E tinha todos os dias uma enfermeira, não é? Mas havia uma altura durante o dia, ou durante a noite em que perguntavam se a gente tinha dor de 0 a 10. Eu dizia sempre 8. Tinha... Não sei se era da cama, se era o colchão. E depois passava-me.

E aqui também costumam perguntar se tem dor com essa escala? Não. Não. Não. Mas isto é um horror. Isto é dez. (...) Perguntam sempre se sinto dor ou assim”. (E11)

“... “Está-lhe a arder? Está-lhe a doer?” Elas coitadas, tinham sempre preocupação. “Ai, está-lhe a doer D. Elisa?” “Ó enfermeira, não faz mal. O óleo está a arder. O que arde cura. O que é que a gente há-de fazer”. (E5)

“E durante o tratamento sente que há uma preocupação com a sua dor? Isso sim. Pelo menos aqui tenho sentido. Quanto a quem me tem feito o penso, tenho sentido”. (E4)

“Costumam perguntar-lhe se você está a sentir dor durante o tratamento? Têm a atenção de lhe perguntar? Sim. E quando me perguntam eu desabafo com elas. Todas têm sido impecáveis comigo”. (E1)

“Mas perguntam-lhe se tem dor? Perguntam”. (E3)

“Perguntam se eu tenho dor quando estão a fazer o penso”. (E12)

“Perguntam-me sempre. “Então como é que é a dor?” “Então como é que está? Como é que não está”. “Então tens tido bastantes dores?” Perguntam-me sempre”. (E2)

“Mas acha que se preocupam com a sua dor? É. É. Preocupam-se. Aqui a enfermeira, também não há pai para ela. Tem sido uma pessoa excepcional para comigo. Tem sim senhora”. (E8)

“Mas perguntam-lhe se tem dor? Perguntam-me sempre. Durante o tratamento: “Ó D. Luciana, você está com muita dor”. “Ai não que não tenho!”” (E6)

“Às vezes perguntam. Quando põem a ligaduras elásticas: “Estou a apertar muito?” “Não. Não. Pode pôr assim que está muito bem”.” (E7)

“... E não dizia à enfermeira que lhe estava a doer mais? Não dizia nada. Não dizia nada.

Mas ela não lhe perguntava? Também não. Fazia o tratamento. Está feito. Bom dia e muito obrigada. Mas sempre bem-disposta. A enfermeira é sempre simpática e bem-disposta comigo. Não tenho razão de queixa”. (E10)

Como já compreendemos pelos testemunhos dados anteriormente, a dor não se limita a surgir nos momentos de mudança de penso. Contudo, torna-se interessante identificar qual a duração da dor provocada pelo tratamento da ferida, após o *términus* do mesmo.

5.7 DURAÇÃO DA DOR

Aquando da realização destas entrevistas, muitos dos entrevistados referiram manter dor após o tratamento, não referindo no entanto, a duração da mesma. De acordo com Price et al (2008), no estudo que realizaram sobre dor associada à ferida em paciente com ferida crónica, 40,2% dos inquiridos referiam que demorava cerca de uma hora para melhorar; para 22,2% demorava 1 a 2 horas; para 9,5% demorava 3 a 5 horas e para 7,6% demorava 5 horas.

“Quando acabo de sair é intensa. Agora por exemplo está a relaxar. Ao fim de meia hora já sinto a diminuir”. (E4)

“Se vier de manhã, ainda estou a manhã toda assim. Tenho que tomar o comprimido e mesmo assim não passa logo aquela dor. Mesmo assim não passa logo”. (E2)

“Na altura ficava-me a doer muito”. (E8)

“Agora já não me dói assim muito, mas fica com uma dor mais fraca durante todo o dia”. (E7)

“No outro dia já não me dói”. (E9)

“No dia em que fazia o tratamento a dor ficava sempre mais forte. Mas depois ia aliviando durante o dia. Mas assim até ao pôr do dia. Durante a noite depois já era diferente, não doía tanto”. (E10)

“Depois do tratamento, fico cá com umas dores.

E essa dor demora quanto tempo a passar depois de terminar o tratamento? É todo o dia. Todo o dia”. (E11)

Para alguns, tornou-se necessário a toma de analgésicos para que a dor melhorasse.

“Durante quanto tempo é que você continuava com dor, depois de sair do tratamento? Ai, muito, muito. Andei quase todos os dias com dor. Tanto que quando eu chegava a casa tomava 2 ou 3 Brufen. E só isso é que me ajudou”. (E1)

“Ela coitada, fez-me o tratamento, e estou aqui que nem sei como é que hei-de estar daqui a nada. Tenho que tomar os comprimidos antes de almoço, para ver se isto acalma”. (E3)

5.8 SENTIMENTOS DA PESSOA ASSOCIADOS AO TRATAMENTO E À EQUIPA DE SAÚDE

Na perspetiva de Swenson (2000), “apesar de multidisciplinaridade dos cuidados aos doentes com dor, na maioria dos casos, os cuidados de enfermagem são a pedra angular”. “O papel dos prestadores de cuidados consiste, idealmente, em encontrar resposta para a queixas sem fazer juízos sobre a sua intensidade e sem projetar os seus próprios valores e comportamentos ao avaliar a atitude dos doentes. Existem vários trabalhos sobre a matéria, que revelam existir por parte dos prestadores de cuidados, uma frequente subvalorização da dor” (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002). Esta tendência para subvalorizar a dor referida pelas pessoas esteve patente nas entrevistas realizadas, tendo levado, numa das entrevistas, a que a pessoa não referisse a todos os profissionais qual o procedimento do tratamento da ferida, que lhe causava dor, comprometendo assim a qualidade dos cuidados e o bem-estar da mesma. “A pessoa ativa e com saúde não se encontra na melhor posição para julgar o sofrimento dos outros, arriscando-se a projetar a sua própria psicologia, com prejuízo para o doente” (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002).

“Um dia destes, foi a enfermeira Joaquina que me fez o curativo. “Ó senhora enfermeira, está-me a doer”. “Pois mas tem que ter calma”. Não. Mas não é assim”. (E2)

“Assim, não peço a todas. Só algumas. Porque dantes só me enrolavam a perna até aqui (meio da perna), e a menina não sabe o que eu passava com dores. Inchava e eu parecia que nem tinha sangue cá em baixo. E depois comecei-me a queixar, e a Enfermeira Patrícia é que me começou a enrolar até mais a cima. “Você não havia de ter a perna enrolada assim. É até cá a cima”. E é”. (E6)

Alguns dos entrevistados valorizaram o facto dos enfermeiros humedecerem o penso com soro antes do remover e o facto de avaliarem a evolução da ferida de uma forma atenta e preocupada. No entanto, outros entrevistados manifestaram-se descontentes com o facto de alguns profissionais serem bruscos a fazer o tratamento, apesar dos mesmos referirem dor. No estudo desenvolvido por Price et al (2008), já referido anteriormente, alguns dos indivíduos do estudo fizeram sugestões para os profissionais de saúde, tendo 8% enfatizado que gostaria de que o profissional de saúde fosse mais cuidadoso e gentil durante o tratamento; 4% sublinharam a importância de serem consultados, ouvidos e distraídos durante os procedimentos dos tratamentos; 3,3% valorizaram o facto do penso ser humedecido antes da sua remoção e 2,3% o facto de não apressarem os procedimentos do tratamento. De referir ainda 2,1% aconselham os profissionais a evitarem tocarem ou friccionarem a ferida.

“Ó senhora enfermeira agora está a doer mais um bocadinho, porque está a carregar”. “Tenho que carregar para fazer o tratamento, senão de outra maneira não consigo fazer o tratamento”. (E7)

“Por exemplo, se ela visse que estava pior, ou se eu dissesse que estava com dores e, elas vissem que isto realmente não estava bem, elas automaticamente, chamavam o médico. E ele vinha ver”. (E11)

“Agora tenho tido menos dores desde que me puseram o soro. (...) E agora quando foi a lavagem com água e sabão, doeu, mas depois ela (enfermeira) lavou-me logo com soro, porque ela já me conhece. (...) Elas (enfermeiras) agora metem logo o soro antes de tirar as ligaduras. E sai melhor e dá menos dor. Já estão a fazer isto há bastante tempo. No início, era tirado sem o soro, mas foi pouco tempo, porque eu começava logo a dizer que não aguentava com a dor”.
(E1)

A dor causa, frequentemente, dificuldades físicas, psicológicas e sociais. Como profissionais responsáveis, enfermeiras e médicos deveriam basear as intervenções clínicas na evidência e não no hábito, prática ou tradição (Benbow, 2005). Existem vários estudos que demonstram que soluções de iodopovidona, têm tido o seu uso desaconselhado devido à sua toxicidade (Irion, 2005). No entanto, verificou-se neste estudo que o seu uso ainda persiste, tendo o mesmo provocado dor à pessoa durante o tratamento (tal, como já foi referido no subcapítulo 5.5), o que levou a sentimentos de medo por parte das pessoas, aquando do momento da realização do penso, por receio que lhe colocassem Betadine.

“Quando eram os tratamentos eu chegava a ter pavor à Betadine. E não era só à Betadine era também aos pensos, dos quais eu não recordo os nomes, mas que provocavam dor. Já experimentei tantos que já nem me lembro. (...) Tenho medo que me ponham a Betadine. Eu já usei Inadine. Com o Inadine já não tinha tanta dor”. (E1)

Alguns dos entrevistados revelaram que apesar de sentirem dor durante certos procedimentos, aceitam a mesma com resignação, pois sentem que é algo que faz parte do tratamento, que é necessária para a cicatrização da ferida ou porque vêm uma evolução positiva da ferida. Segundo Santos et al (2010), o grau de adesão dos pacientes ao regime de tratamento, depende da gravidade, como o indivíduo entende a doença, da suscetibilidade à doença e dos benefícios da terapêutica recomendada.

“Perguntam-me: “Está a doer?” Ou: “Eu sei que lhe estou a fazer doer”, durante o tratamento.

A gente sabe que dói, mas tem que sofrer para se tratar”. (E4)

“Eu aguentava (a dor) porque via a ferida melhor. E eu agora eu é que abro a água toda do chuveiro e não digo nada. Porque não está tão grande como estava”. (E3)

“Elas coitadas, tinham sempre preocupação. “Ai, está-lhe a doer D. Elisa?” “Oh enfermeira, não faz mal. O óleo está a arder. O que arde cura. O que é que a gente há-de fazer”. (E5)

No entanto, nem sempre a ferida e os tratamentos são aceites com resignação, tendo mesmo uma das entrevistadas desistido, durante um período, de continuar os tratamentos. A doença crónica leva a diferentes reações sendo uma delas a reação depressiva. “O doente apresenta uma quebra da autoestima, um sentimento de ser falível que lhe faz renascer a angústia infantil de invulnerabilidade. Estas fases depressivas podem ser agudas, com sentimentos de desvalorização, de fatalidade, com incapacidade de fazer qualquer projeto com resignação, e portanto, com risco de abandono da terapêutica e dos projetos médicos” (Metzger, Muller, Schwetta e Walter, 2002).

“Houve um tempo em que eu já estava cansada e deixei de vir (aos tratamentos)”. (E2)

Alguns entrevistados referem ansiedade e medo antes de virem ao tratamento, estando este aspeto relacionado, em alguns casos, com a possibilidade de sentirem dor durante o mesmo. De acordo com Woo et al (2008), o aumento da ansiedade pode reduzir o limiar de dor e a tolerância à mesma. Num estudo referido pelo mesmo autor, noventa e seis pacientes com dor crónica apresentavam níveis elevados de ansiedade antes da mudança do penso, relacionados com a antecipação da dor, com a dor na remoção do penso e com a dor aquando da limpeza da ferida.

“Mas como é que se sente enquanto aguarda para entrar para o tratamento? Sente medo? Não. Não sinto medo. (...) Mas eu venho com aquele anseio, a tremer, porque já sei que ela vai-me tratar e dói-me”. (E9)

“E como é que você se sente antes de vir para o tratamento? Muito nervosa por causa de problemas familiares e com receio.

Mas do que é que você tem receio quando vem para o tratamento? Tenho receio, mas agora já não tenho tanto. Tenho medo que me ponham a Betadine. Eu já usei Inadine. Com o Inadine já não tinha tanta dor”. (E1)

“Quando vem o tratamento aqui ao centro de saúde, como é que se sente antes de entrar? Sinto-me ansioso antes de entrar, mas pronto, tem que ser”. (E7)

“Mas, quer dizer, tinha receio nos dias em que vinha ao tratamento? Tinha. Tinha. Pois. Ficava sempre um pouco ansiosa”. (E10)

Quanto aos cuidados de enfermagem durante o tratamento, cerca de 50% dos entrevistados manifestaram-se satisfeitos. “Quando se trata de contacto com a pessoa, as manifestações de aceitação e de respeito da enfermeira são a chave da abertura para uma relação significativa e calorosa, numa convivência terapêutica essencial a um trabalho profissional”. (Phaneuf, 2002)

“Olhe, eu dei-me sempre, nestes cinco anos, eu dei-me sempre com as enfermeiras, qual delas a melhor. Não tenho razão de queixa nenhuma. E quando ia ao recurso, quando elas não vinham, fui ao recurso ai umas quatro ou cinco vezes, e cheguei lá a apanhar enfermeiras muito boas. Dei-me sempre com as enfermeiras, todas impecáveis”. (E5)

“É assim, as atitudes são quase sempre as mesmas. São todas simpáticas comigo”. (E1)

“Aqui a enfermeira, também não há pai para ela. Tem sido uma pessoa excepcional para comigo. Tem sim senhora”. (E8)

Esta satisfação está muitas vezes relacionada com o empenho no tratamento e cicatrização das

feridas, demonstrado pelos profissionais.

“Andei em vários tratamentos. Os enfermeiros compraram muita coisa para mim, para ver se ficava tudo melhor (a ferida)”. (E1)

“As senhoras enfermeiras aqui já me conhecem e qualquer delas todas, sem diferença, fazem o tratamento o melhor que sabem e como deve de ser. Qualquer das senhoras enfermeiras dá o melhor para me fazer o tratamento”. (E7)

Outros estão satisfeitos pelo cuidado e atenção demonstrados durante o tratamento, atendendo a certas atividades, como a lavagem da perna que costuma estar ligada, que a pessoa não consegue fazer por si.

“... no tratamento elas costumam ter muito, muito, muito cuidado”. (E1)

“É isso mesmo. Fazem como eu gosto: Lavam tudo com deve de ser e não é a despachar. Enquanto andei com a Cristina, que ela sabe quem é, a minha perna fechou. Tanto é que, de vez em quando, chamo a esta Cristina. Eu também gosto desta. Eu venho mais cedo para ser o primeiro, ou segundo, ou terceiro, para ser ela a fazer o penso. Ela é muito boazinha”. (E12)

“O tratamento nem todos fazem igual. Gosto muito do tratamento feito pela enfermeira Maria, e pelo enfermeiro António. E também gosto daquela senhora que saiu. (...) Esta enfermeira Maria, lava-me sempre o pé e assim. Porque eu não consigo. Por causa do penso eu não consigo. A parte da frente ainda fica, agora a parte de trás não consigo. E esse enfermeiro António, também já me fez isso. Mas nem todos são iguais”. (E2)

Alguns entrevistados desenvolveram sentimentos de empatia para com algumas das enfermeiras que lhes prestavam cuidados. Estes sentimentos surgem ou por sentirem preocupação por parte

das mesmas ou porque o contacto já é tão frequente, que sentem que elas os conhecem muito bem, realizando o tratamento da forma que estão habituados e que mais gostam. A comunicação também é valorizada. As pessoas “tendem a associar simbolicamente as enfermeiras a empatia, cuidado e recuperação e a interação entre enfermeira e doente pode por isso ser um importante mediador do resultado do tratamento” (Adams e Field, 2002).

“Porque ela (enfermeira) coitada, vê que aquilo não adiantava com o tratamento que ela punha e então decidiu começar a lavar a ferida no chuveiro. Que é... As outras são boas também, mas eu estou é mais acostumada a ela. (...) Todas são queridas. Mas noto que esta se preocupa mais. Tanto que quando me dizem que ela não vem. Ai Jesus! Então quando é que ela vem? Eu digo à rapariga que vem aqui comigo: "Então quando é que vem a Sra. Enfermeira?" "Ainda não sei". Estou mais habituada a ela”. (E3)

“Havia aqui uma enfermeira. Gostava muito da maneira dela me tratar.

***O que é que era diferente nela, para gostar mais?** Porque me punha outros tratamentos, além deste que me puseram agora cinzento (Carboximetilcelulose sódica com prata). Punha-me um tipo de pomada, que me cicatrizava mais depressa. Agora a menina Maria também pôs. Eu não tenho razão de queixa de nenhuma. A menina Mariana, também gosto muito dela.*

***Mas valoriza mais essas enfermeiras porquê? Por que falam mais consigo?** A menina Maria, por exemplo, tem um menino na música, onde está o meu neto. Às vezes fala-se nisso. Desabafo mais. Mas, pronto não dá para falar da minha vida, senão nunca mais dali saí e era chata. E ela: "Vi os seus netos. Estão muito bonzinhos". Eu gosto da maneira dela”. (E6)*

“Enfermeiras boas, boas é esta, é a Márcia. Há aí outra muito boa: a Marina. Não fazem diferente.

***Mas o senhor gosta delas porquê? O que é que elas fazem de diferente?** Porque elas são atenciosas para mim e eu tenho que ser atencioso para elas.*

***Mas por exemplo, durante o tratamento, há alguma coisa que elas façam, por exemplo, limpar a ferida, que você goste mais?** Sim. Sim. É isso mesmo. Fazem como eu gosto: Lavam tudo com deve de ser e não é a despachar. (...) Enquanto andei com a Cristina, que ela sabe quem é, a*

minha perna fechou. Tanto é que de vez em quando chamo a esta Cristina. Eu também gosto desta. Eu venho mais cedo para ser o primeiro, ou segundo, ou terceiro, para ser ela a fazer o penso. Ela é muito boazinha”. (E12)

Um dos entrevistados manifestou rejeição face a alguns dos membros da equipa de enfermagem, por sentir que não havia continuidade de cuidados e que o tratamento é realizado à pressa, prejudicando a evolução da sua ferida, chegando mesmo a referir que se não fossem estas situações a sua ferida já poderia estar encerrada. De referir que no estudo realizado por Price et al (2008), já referido anteriormente, 2,3% dos inquiridos referem que não gostam quando os procedimentos associados ao tratamento são realizados de forma apressada e 1,5% gostariam que houvesse consistência dos cuidados.

“Porque você vai a ver uma coisa. É que se elas fizessem sempre o penso... Se fossem ver ao livro como é que é o penso, era de outra maneira. Já tinha a perna mais fechada. Não o fazem. É despachar freguês. Pronto. Tem que compreender. Tem de ser assim. Tenho que dizer a verdade. Se elas fizessem todas pelo mesmo ramo, pois está claro, a minha perna estava fechada”. (E12)

Alguns dos entrevistados manifestaram também confiança na equipa de saúde, provavelmente relacionado com o fato do contacto ser frequente e se estabelecer uma relação de proximidade e conhecimento mútuo. “Na base de qualquer relação entre o paciente e o profissional de saúde, a base é a confiança, essencial a qualquer aliança terapêutica, dado que ajuda a pessoa a descobrir-se, a fazer uma representação clara da sua dificuldade e a reorientar-se para pistas de soluções ou vias de mudança de acordo com as suas possibilidades. A enfermeira torna-se então instrumento de evolução” (Phaneuf, 2002).

“E agora quando foi a lavagem com água e sabão, doeu, mas depois ela (enfermeira) lavou-me logo com soro, porque ela já me conhece. Basta olhar para mim porque ela conhece-me logo. Estou mais à vontade com todas, mas principalmente com ela (com esta enfermeira). (...) Eu desabafo com elas. Todas têm sido impecáveis comigo. (...) Mas eu dantes não me sentia, mas

agora já me sinto, porque elas já me conhecem”. (E1)

“Sente-se segura? Que está bem acompanhada?” (Abana a cabeça afirmativamente) (E11)

Alguns dos entrevistados sentem apoio por parte da equipa de enfermagem, pois desabafam com os profissionais e sentem que estes valorizam o seu sofrimento e lhes dão força. A relação com o outro é algo primordial, numa perspetiva humanista. “Não é só um instrumento de cura, mas é também uma ajuda para autorrealização para a pessoa cuidada. É como se o contacto consigo próprio passasse pela intervenção do outro; como se a enfermeira ou o grupo de terapia ajudasse a pessoa a descobrir o seu eu autêntico e as suas possibilidades. É, portanto, no calor da relação que a pessoa pode desabrochar e, no caso de problemas que ela não pode enfrentar sozinha, é na relação de ajuda com a enfermeira que ela pode encontrar alívio, reconforto e crescimento” (Phaneuf, 2002).

“Apanhei aqueles traumas. Quer dizer, eu fiquei muito revoltada. Entretanto elas (as enfermeiras) é que me ajudaram muito psicologicamente. (...) Depois quando eu vinha com muito nervosa, por causa da dor, elas falavam comigo. (...) Na segunda-feira vinha muito magoada com pessoas lá em casa, no café e com o meu marido. Vinha muito magoada. E ela (a enfermeira) agarrou num pano para eu chorar. Tive que desabafar. Tive que chorar. Ela conheceu-me logo pelo olhar. (...) Desde que estou em tratamento com elas, sinto-me com mais força”. (E1)

“Então que dizer que você sente que aqui (Centro de Saúde) as pessoas se preocupam consigo e com a sua ferida. É isso? Sim. E é assim, são todas muito simpáticas comigo. As enfermeiras, até as auxiliares e as da limpeza. “Então Isabel está boa? Está melhor?” São todas impecáveis”. (E1)

“Eu dizia que tinha dor. Eu é que dizia. Dizia: “Ai, desta vez eu tive mais dores. Custou-me mais ou não sei. Ou porque foi mais mexido”. Pronto. Eu queixava-me. Verdade. Pronto. Mas elas

também concordavam comigo e eram mais cuidadosas para não me doer tanto, o que me dava apoio. Pronto”. (E10)

“Não tenho queixa de ninguém. Têm sido as pessoas que me têm ajudado nisto. Não tenho razão de queixa nenhuma”. (E2)

6. DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste estudo, constatou-se que a dor provoca diferentes sentimentos em cada pessoa. Alguns mencionam medo, tal como refere Bidarra (2010), receando que a mesma signifique que existe mais alguma patologia associada, como por exemplo um tumor. Para outros, a presença da dor na sua vida leva a sentimentos de angústia, tristeza, desespero e ansiedade, estando também patente o sentimento de descrença face ao facto de virem a deixar de sentir dor. A associação destes sentimentos à dor é corroborada por Bidarra (2010) e Coniam e Diamond (2001). Os sentimentos de conformismo face à dor e de descrença face à possibilidade de melhoria da mesma, poderiam ser evitados se a dor fosse avaliada e controlada de uma forma eficaz.

A presença de dor também afeta as relações sociais. Tal como refere Bidarra (2010), alguns entrevistados sentiam irritabilidade associada à dor, o que se reflete nas suas relações sociais. Outros sentiram-se frustrados com o facto de serem alvo de gozo por parte dos que os rodeiam, devido a alterações na sua mobilidade, impostas pela dor, levando-os a isolarem-se.

Algumas das entrevistadas sentem-se frustradas ao verem o seu papel de mãe, mulher ou avó alterado por causa da dor associada à ferida, pois tal como refere Pereira (2009), a doença pode levar à alteração dos papéis no seio familiar, o que nem sempre é bem aceite, tal como se verifica neste estudo.

Muitos estudos realizados com pessoas com úlceras de perna ou de pé diabético, indicam que a dor está intimamente ligada à diminuição da qualidade de vida (Mudge et al, 2008). A dor levou a que algumas das pessoas deixassem de ter o mesmo nível de bem-estar que tinham, pois impediu-os de aproveitar os prazeres da vida como anteriormente, contribuindo para sentimentos de tristeza, o que é corroborado por Coniam e Diamond (2001) e por Mudge et al (2008).

A dor relembra a presença da ferida e é um fenómeno tão complexo, que alguns dos entrevistados têm dificuldade em compreendê-la ou descodificá-la. E por vezes a dor e tudo

aquilo que esta envolve e condiciona, torna-se de tal forma desesperante que chegam a ponderar o suicídio.

Ao longo das entrevistas tornou-se notório o impacto da dor associada à ferida, nas diferentes Atividades de Vida. Tal como refere Baharestani (2004) e Roper (2001), verificou-se que ao nível da AV Higiene e Vestir-se, algumas das entrevistadas do sexo feminino, alteraram o seu modo de vestir, para poderem ocultar a ferida, evitando assim comentários por parte dos outros. Deixaram também de ter liberdade de escolha quanto ao calçado, devido à ferida e ao penso, alterando assim a sua imagem corporal, o que pode contribuir para alterações ao nível da autoestima.

No que concerne à AV Mobilizar-se, muitos dos entrevistados referiram que o facto de terem dificuldade em movimentar-se devido à dor associada à ferida, impediu-os de desenvolverem outras atividades do dia-a-dia como por exemplo sair de casa, ir às compras, entre outros, o que vai ao encontro da perspetiva de Mudge et al (2008). No entanto, por necessidade, tiveram de desempenhar essas mesmas atividades, apesar do sofrimento provocado pela dor que sentiam.

A dificuldade em mobilizar-se por causa da dor se intensificar com a atividade, levou um dos entrevistados à impossibilidade de ter refeições em família, acabando este por comer na cama, para evitar mobilizar-se, de forma a controlar melhor a dor com o repouso. Para Mudge et al (2008), as atividades que são necessárias ao dia-a-dia como trabalhar, andar, estar em pé e subir escadas, podem exacerbar a dor associada à ferida, levando a um estilo de vida com restrições e sensação de confinamento.

A alteração na AV Mobilizar-se, levou mesmo à necessidade de recorrer a auxiliares de marcha, inclusive no caso de uma das entrevistadas que tem 47 anos, o que pode ser algo frustrante, pois este estado de dependência não é algo expectável para a alguém da sua idade. De referir ainda que esta dificuldade em mobilizar-se, levou a que alguns entrevistados necessitassem do apoio de outros, para poderem realizar atividades da vida diária, levando a um sentimento de dependência dos mesmos, o que se torna particularmente complicado quando este nem sempre é dado de forma voluntária pelos familiares mais próximos. De acordo com Mudge et al (2008), a perda de mobilidade foi entendida pelos participantes, como algo que os impede de desenvolver, de forma independente, diferentes atividades diárias, o que reduz o seu sentimento de bem-estar e a qualidade de vida em geral.

A mobilização pode ser de tal forma dolorosa, que a pessoa evita fazê-lo ao máximo, isolando-se em casa e repousando no leito, deixando mesmo de conviver com a família, inclusive às refeições, levantando-se apenas para ir à casa de banho.

Tal como refere Mudge et al (2008) e Roper, Logan e Tierney (2001), a exposição pública das dificuldades de mobilização torna-se penosa, pelos comentários dos outros, levando a sentimentos de vergonha, que por vezes também estão associados ao facto de alguns entrevistados se sentirem inferiores em comparação com pessoas mais idosas que mantêm independência na mobilidade.

Para muitos a dor associada à ferida teve impacto na sua atividade profissional, indo ao encontro da perspetiva de Baharestani (2004), levando-os ou a reformarem-se antecipadamente ou, no caso de estarem em idade ativa, a não serem capazes de manter a sua atividade profissional ou a encontrarem uma que consigam desempenhar. Mais uma vez a identidade pessoal é posta em causa, pois um emprego não é só uma forma de sustento é algo que identifica a pessoa, dá estrutura ao dia-a-dia e sentido de realização, tal como refere Roper, Logan e Tierney (2001). Esta incapacidade em encontrar emprego provoca dificuldades económicas na família. Apesar de não ser referida dificuldade em suprir as necessidades básicas familiares, a perda de poder económico traduz-se na incapacidade de adquirir medicação necessária. De referir que dos entrevistados que mantêm atividade profissional apesar da dor associada à ferida, fazem-no por necessidade económica, principalmente para poderem comprar a medicação de que necessitam para melhorarem. No entanto, sabem que ao manterem a atividade profissional podem estar a prejudicar a cicatrização da ferida, mas precisam de o fazer. Esta dualidade de situações leva a sentimentos de ansiedade.

Muitos dos entrevistados não mantiveram os seus hábitos de sair de casa para passearem e divertirem-se, devido aos comentários que os outros fazem sobre a ferida quando se cruzam com eles ou por receio que o penso fique sujo e os outros se apercebam. Alguns deixaram de poder fazer algumas das suas atividades de lazer, pois a dor na ferida piora e também por que sentem necessidade de repousar, de forma a ajudar a cicatrizar a ferida. Estes resultados também foram identificados nos estudos realizados por Woo et al (2008) e Mudge et al (2008). A incapacidade em manter atividades de lazer leva a isolamento social e sentimentos de estigmatização, sendo notório em alguns dos entrevistados as saudades que têm em realizar atividades em família ou com os amigos.

Para evitar alguns destes constrangimentos associados ao contato com outras pessoas, algumas das entrevistadas passaram a utilizar calças de forma a esconder a ferida/penso.

A dor associada à ferida leva a sentimentos de culpa por incapacidade em acompanhar os filhos em certas atividades, não desempenhando o papel de mãe, como seria suposto. “A família entra em crise quando não se consegue adaptar a novos papéis que a doença exige e os papéis anteriores não respondem às novas necessidades da família” (Pereira, 2009). Esta incapacidade em estar presente em certos eventos com os filhos leva a sentimentos de revolta por parte dos mesmos, acabando por ter impacto nas relações familiares. “A desordem crónica invade as rotinas, prioridades e tradições que organizam a família e lhe dão um sentido de coerência e continuidade. Quanto maior for a invasão da doença na estrutura familiar, maior é o risco de a identidade da família ser afetada e de surgirem no seu seio problemas” (Pereira, 2009).

Quanto à AV dormir, a qualidade do sono para muitos é inferior pois para poderem dormir com o membro inferior afetado elevado, de forma a controlar melhor a dor, acabam por dormir numa posição desconfortável. A dificuldade em adormecer por causa da dor, levou-os a recorrer a medicação analgésica. Naturalmente, a redução da qualidade do sono traduz-se em fadiga, diminuição do bem-estar geral e do limiar da dor da pessoa, tal como refere Mudge et al (2008) e Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski (2004). Por vezes a dor à noite é de tal forma intensa e difícil de controlar, que se traduz em receio da noite.

A presença e apoio dos familiares tornou-se essencial para ultrapassar os momentos de maior dor, o que vai ao encontro da perspetiva de Luckmann e Sorensen (1998). Segundo Pereira (2009), “a família funciona como fonte de suporte, permitindo ao elemento doente lidar melhor com a doença”. Apesar de a família ser uma fonte de suporte, nem sempre as relações familiares são fáceis, pois as limitações impostas pela dor associada à ferida afetam não só o indivíduo mas também os membros familiares mais próximos, levando por vezes a sentimentos de revolta e de incompreensão, o que é corroborado por Luckmann e Sorensen (1998). De referir ainda que devido à imprevisibilidade e constância da dor, muitos dos entrevistados preferem não falar sobre a mesma com receio de se tornarem repetitivos e de incomodarem os familiares com quem desabafam, sendo este aspeto também mencionado no estudo de Mudge et al (2008). A fé em Deus foi também considerada por muitos, como sendo uma fonte de apoio e força para ultrapassar os momentos de maior dor. No entanto, para uma das pessoas, ao verificar que a dor

não melhora e que a ferida não tem evoluído, a sua fé foi abalada, referindo mesmo que deixou de acreditar.

Muitos reconheceram que o repouso reduz a dor associada à ferida, mas alguns não são capazes de cumprir o repouso recomendado, principalmente as pessoas em idade ativa, pois têm certas tarefas domésticas e responsabilidades familiares que os impedem de o fazer.

No que concerne à toma de medicação analgésica, alguns recusam-se a tomar a mesma para não “incomodarem” os profissionais de saúde ou por receio de polimedicação. Outros não cumprem o regime medicamentoso instituído por dificuldade económica. Estes aspetos também são referidos por Woo et al (2008), Mudge et al (2008) e Santos et al (2010).

A infeção da ferida, o edema e o tratamento da ferida em si foram identificados como fatores que agravam a dor associada à ferida não só pelos entrevistados mas também por Alves, Costeira e Vales (2009) e Baharestani (2004). Quanto ao tratamento da ferida, as compressas foram identificadas como um material que provoca dor, sendo o seu uso direto no leito da ferida algo que já não se devia verificar atualmente, pois existem *guidelines* internacionais e muitos autores que desaconselham o seu uso dessa forma, como é o caso de Santos (2008), Benbow (2006). A remoção do penso e a limpeza da ferida, foram identificados como os momentos de maior dor durante o tratamento, tal como refere Moffatt, Franks e Hollinworth (2002). O uso do Betadine foi identificado como mais um fator que contribui para exacerbar a dor, o que é corroborado por Dallam, Barkauskas, Ayello e Baranoski (2004). No entanto, este já não deveria ser utilizado no tratamento de feridas crónicas, à luz dos conhecimentos atuais e das *guidelines* emitidas pela EWMA em 2002, no documento de posição: “*Pain at wound dressing changes*”. Os próprios entrevistados preferem o uso de soro fisiológico, pois não provoca dor, para além de este ser o método de limpeza de eleição segundo os autores atuais, como é o caso de Irion (2005). O uso de soluções de iodopovidona levou mesmo a sentimentos de receio quanto ao tratamento.

Relativamente à avaliação da dor, de todos os entrevistados, apenas um referiu que não lhe perguntavam se sentia dor aquando do tratamento. No entanto, de todos os que referiram sentir preocupação por parte dos enfermeiros em saber se sentiam dor ou não durante o tratamento, apenas um deles referenciou o uso de escalas de avaliação da dor. A avaliação e registo regular da dor é considerada boa prática e obrigatória, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com a circular normativa da DGS em 2003: “A dor como quinto sinal vital – Registo sistemático da dor”. O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DGS, 2008), também

refere que esta norma ainda não é aplicada em muitos serviços de saúde, talvez por desconhecimento e falta de sensibilização para o dever e o direito ao controlo da dor, não só por parte dos profissionais, mas também por parte da população em geral.

Muitos dos entrevistados mantêm dor após o tratamento, não referindo no entanto, a duração da mesma.

Verificou-se que em alguns casos existe subvalorização da dor por parte dos enfermeiros, tal como é mencionado por Metzger, Muller, Schwetta e Walter (2000), pois no tratamento da ferida, alguns dos entrevistados sentiram que apesar de referirem dor, os procedimentos eram mantidos e as suas queixas não eram valorizadas. Por outro lado, apesar de sentirem dor durante o tratamento, alguns dos entrevistados aceitaram o mesmo com resignação, por verem melhoras, aspeto referido por Santos et al (2010).

A maioria das pessoas está satisfeita com os cuidados de enfermagem, relacionando mesmo o nível de dor que sentem após o tratamento da ferida com o enfermeiro que realizou o penso. Verificou-se que a satisfação dos entrevistados está relacionada com o empenho demonstrado pelos enfermeiros no tratamento da ferida, com a cicatrização da mesma (para muitos a ferida já esteve cicatrizada e abriu novamente) e com a atenção demonstrados durante o tratamento, atendendo a certas atividades, como a lavagem da perna que costuma estar com a ligadura, pois a pessoa não o consegue fazer por si.

Houve entrevistados que desenvolveram sentimentos de empatia para com algumas das enfermeiras ou por sentirem preocupação por parte das mesmas, ou porque o contacto já é tão frequente, que sentem que elas os conhecem muito bem, realizando o tratamento da forma que estão habituados e que mais gostam. A comunicação e a continuidade dos cuidados são também aspetos valorizados nos cuidados de enfermagem, tal como refere Phaneuf (2002) e Price et al (2008). Segundo Mudge et al (2008), a continuidade dos cuidados e a presença de prestadores de cuidados que são conhecidos pela pessoa, facilita o momento do tratamento da ferida.

Estão patentes nas entrevistas sentimentos de confiança e apoio relativamente aos enfermeiros, pois estes ajudam a ultrapassar algumas dificuldades relacionadas com ferida crónica e com a dor que lhe está associada.

7. CONCLUSÕES

Neste capítulo pretende-se apresentar as principais conclusões obtidas após a análise dos dados, tendo por base os objetivos definidos para o estudo. Serão também apresentadas algumas das limitações do estudo e sugestões para futuras investigações a realizar nesta área.

Tal com havia sido identificado na revisão da literatura, verificou-se que a dor é uma componente importante da vivência da pessoa com ferida crónica. Como conclusões, relativamente às vivências da dor, temos:

- A dor relacionada com a ferida é, frequentemente, associada a sentimentos de medo, angústia e desespero, levando a considerar a possibilidade de existir mais uma patologia grave associada à mesma.
- Foram ainda associados sentimentos de descrença, face ao fato de virem a deixar de sentir dor; frustração e tristeza, por constatarem que a sua vida foi alterada pelas limitações impostas pela dor na ferida.
- A presença constante da dor, não só leva a sentimentos de ansiedade mas, é algo que relembra a existência da ferida.
- A família, os amigos e a fé em Deus, são fontes de apoio para lidar com os aspetos negativos de viver com dor associada à ferida crónica. No entanto, as limitações impostas pela dor afetam não só a pessoa mas também os familiares, o que leva a sentimentos de revolta por parte dos mesmos. A própria fé em Deus mostrou-se abalada, por não verem o seu sofrimento aliviado.

No que concerne ao impacto da dor nas Atividades de Vida, concluímos que ao afetar uma Atividade de Vida, isso repercute-se nas outras, demonstrando a interligação entre as mesmas, tal como refere Roper, Logan e Tierney (2001): “O termo “Atividades de Vida” é utilizado num

sentido amplo. Cada “Atividade” tem muitas dimensões. (...) Quanto mais se analisam as AV’s mais se percebe a complexidade de cada uma delas. Um fato integrante dessa complexidade é o fato de todas se encontrarem intimamente relacionadas”.

- A dor associada à ferida leva a alterações na AV Mobilizar-se, tornando algumas tarefas diárias um tormento, pois apesar da dor, não podem deixar de as realizar. Em alguns casos, implica mesmo o recurso a auxiliares de marcha e ao repouso prolongado, como forma de reduzir a dor.
- As alterações na mobilidade levam à necessidade de pedir ajuda a outros para a realização de certas tarefas, os quais nem sempre se mostram disponíveis, inculcando sentimentos de inutilidade e dependência, inibindo a pessoa de pedir ajuda.
- A exposição pública das dificuldades de mobilização leva a sentimento de vergonha, devido aos comentários dos outros.
- As limitações associadas à mobilidade acabam por provocar isolamento social, não só pelas limitações em si, mas também pelo facto da pessoa se sentir olhada de forma diferente pelos outros.
- Verifica-se que o impacto da dor associada à ferida na AV Mobilizar-se, afeta outras AV’s como o caso da AV Trabalhar e distrair-se, AV Dormir e AV Expressar sexualidade.
- Quanto à AV Trabalhar e distrair-se, a mobilidade deficiente, incapacita as pessoas de poderem manter uma atividade profissional, o que se traduz em diminuição do poder económico familiar, causando em algumas situações, incapacidade de adquirir os medicamentos necessários.
- Algumas pessoas mantêm-se a trabalhar, apesar do sofrimento provocado pela dor na ferida e de saberem que estão a prejudicar a cicatrização, por necessidade económica.
- A incapacidade da pessoa em poder desenvolver uma atividade profissional, causa dificuldades económicas e conflitos familiares e leva mesmo a pensamentos suicidas.
- Verifica-se que a pessoa ou dorme desconfortável, pois têm de adotar posições que diminuam a dor, mas que são pouco confortáveis, ou não consegue dormir por causa dor, acabando por recorrer a medicação analgésica. Por vezes, deixa mesmo de dormir com o esposo(a), por não encontrar uma posição confortável e para não incomodar, vai para

outro local. A dificuldade em dormir por causa da dor é de tal forma devastadora que provoca receio da noite.

- No que se refere à AV Higiene pessoal e vestir-se, ocorrem mudanças, principalmente nas mulheres, pois o vestuário foi sujeito a alterações, para esconder a ferida, evitando assim comentários dos outros.
- No que concerne à AV Expressar sexualidade, para algumas das entrevistadas, o papel de mulher, mãe ou avó é colocado em causa por não poderem realizar atividades que o caracterizam, causando sentimentos de tristeza e frustração.

Relativamente aos fatores que afetam o controlo da dor, identificámos que os mesmos são a infeção, o edema e o momento de troca do penso. Concluimos ainda que:

- O repouso com o membro afetado elevado ajuda a reduzir o edema e a diminuir a dor. Mas apesar de o saberem, nem todos o fazem, principalmente as pessoas em idade ativa, por razões profissionais ou para poderem cuidar da casa e da família.
- Durante o tratamento, a remoção do penso anterior e a limpeza da ferida foram referidos como os momentos de maior dor.
- Mantem-se o uso de compressas como penso primário e de Betadine no tratamento de feridas, apesar do mesmo ser desajustado tendo em conta as normas e literatura atuais, sendo esta atitude mais uma fonte de dor para a pessoa.
- A pessoa aceita o fato de sentir dor durante o tratamento com resignação, pois considera que faz parte do mesmo ou porque vê uma evolução positiva na ferida.
- Apesar da toma de medicação analgésica ajudar no controlo da dor, alguns não o fazem por receio de polimedicação. Outros, não chegam a pedir aos profissionais de saúde analgésicos para não incomodarem e existem ainda pessoas que não os podem adquirir por dificuldade económica. Normalmente, a medicação analgésica é tomada antes do tratamento ou antes de irem dormir.
- Verificam-se lacunas na utilização de escalas de avaliação da dor, havendo subvalorização da dor por parte dos profissionais.

- A dor após o tratamento é frequente, não tendo sido possível determinar a duração da mesma. De referir que alguns entrevistados consideram que a dor que sentem após o tratamento depende de quem o realiza.
- Verifica-se que a pessoa valoriza a continuidade de cuidados e, associa a empatia que sente para com os enfermeiros ao empenho no tratamento e cicatrização da ferida e ao fato de já os conhecerem há muito tempo, o que faz com que já saibam os seus gostos no que toca ao tratamento da ferida.
- A equipa de enfermagem surge como fonte de apoio, estando disponível para ouvir e dar força, nos momentos de maior sofrimento.

Este estudo apresenta algumas limitações relacionadas com a metodologia utilizada. O facto de se enquadrar no paradigma qualitativo leva a que a reduzida dimensão da amostra não permita a generalização dos resultados obtidos. A escolha da entrevista como método de colheita de dados também se apresenta como uma limitação, uma vez que as entrevistas decorreram no mesmo local onde os entrevistados efetuavam o tratamento, apesar da garantia de anonimato. A presença do investigador na entrevista poderá ter induzido alterações nas perspetivas e respostas dos entrevistados, apesar de conscientemente termos tentado manter a imparcialidade e rigor durante a mesma.

Implicações para a prática

Sugerimos que na realização do tratamento da ferida, se proceda à implementação das recomendações da DGS contidas na Circular Normativa n.º 9/DGCG de 14/06/2003 e na Circular Normativa n.º 11/DGCG/DPCD de 18/06/2008 nos Centros de Saúde de Entroncamento, Torres Novas (incluindo extensão dos Riachos e Brogueira) e Alcanena.

Implicações para a Investigação

Tomando como referência o percurso efetuado, parece-nos pertinente alargar este estudo a outros Agrupamentos de Centros de Saúde, de diferentes zonas do país, de forma a obter dados representativos da população portuguesa.

Sugerimos também a realização de um estudo desta natureza, visando compreender qual o impacto na família, das limitações da dor na pessoa com ferida crónica.

Sugerimos ainda a realização da colheita de dados através de grupos focais, em vez de entrevistas individuais, contribuindo para a partilha e aprofundamento de experiências no grupo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams N, Field L. Controlo da dor: aspetos psicológicos e sociais. *Nursing*. 2002 Set; (169): 36 – 42.
- Alves P, Costeira A, Vales L. Reduzir a dor e o trauma no tratamento de feridas. *Nursing*. 2009 Out; 21 (250): 24 – 6.
- Ayello E, Baranoski, S, Lyder, C, Cuddigan J. Úlceras de pressão. In: Baranoski S, Ayello E. O essencial sobre o tratamento de feridas – Princípios Práticos. Loures: Lusociência; 2004. p. 279 – 314.
- Azevedo A, Maia I, Pedro J, Ribeiro J, Barbosa M. Abordagem autónoma do enfermeiro na dor. *Ser Saúde*. 2008 Jul; (11): 68 – 85.
- Baharestani M. Qualidade de vida e questões éticas. In: Baranoski S, Ayello E. O essencial sobre o tratamento de feridas – Princípios Práticos. Loures: Lusociência; 2004. p. 3 – 22.
- Baranoski S, Ayello E. Pele: um órgão essencial. In: Baranoski S, Ayello E. O essencial sobre o tratamento de feridas – Princípios Práticos. Loures: Lusociência; 2004. p. 251 – 275.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1994.
- Benbow M. Holistic assessment of pain and chronic wounds. *Journal of Community Nursing*. 2006 Mai; 20 (5): 24 – 8.

- Bidarra A. Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Instituto de formação avançada. Curso de mestrado em ciências da dor; 2010.
- Bodgan R, Biklen S. Investigação qualitativa em educação. Porto: Porto editora; 1994.
- Coniam S, Diamond A. Controlo da dor. Lisboa: Climepsi Editores; 2001.
- Dallam L, Barkauskas C, Ayello E, Baranoski, S. Gestão da dor em feridas. In: Baranoski S, Ayello E. O essencial sobre o tratamento de feridas – Princípios Práticos. Loures: Lusociência; 2004. p. 251 – 275.
- Direcção-Geral da Saúde. A dor como quinto sinal vital – Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa. 2003; (09): 1 – 4.
- Direcção-Geral da Saúde. Programa nacional de luta contra a dor. Circular Normativa. 2008; (11): 1 – 15.
- Duhamel F, Fortin MF. Os estudos de tipo descritivo. In: Fortin MF. O Processo de Investigação: Da conceção à realização. 2ª ed. Loures: Lusociência; 1999. p. 161 – 172.
- European Wound Management Association. Pain at wound dressing changes. London: Medical Education Partnership; 2002.
- Fortin MF, Grenier R e Nadeau M. Métodos de colheita de dados. In: Fortin MF. O Processo de Investigação: Da conceção à realização. 2ª ed. Loures: Lusociência; 1999. p. 239 – 265.
- Fortin MF. Métodos de amostragem. In: Fortin MF. O Processo de Investigação: Da conceção à realização. 2ª ed. Loures: Lusociência; 1999. p. 201 – 214.
- Gerrish K, McMahon A. Research and development in nursing. In: Gerrish K, Lacey A. The research process in nursing. 5ª ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2009. p. 3 – 15.
- Gogia P. Fisiologia da cicatrização de feridas. In: Gogia P. Feridas – tratamento e cicatrização. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 1 – 9.

- Guerra I. Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – Sentidos e formas de uso. Parede: Principia; 2010.
- Hollinworth H. The management of patients' pain in wound care. *Nursing Standard*. 2005; 20(7): 65 – 73.
- Irion G. Feridas – novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- Karlis I, Ferreira R. Dor: uma experiência na história. [homepage da internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de História da Medicina. [acesso em 21 de Abril de 2012]. Disponível em: <http://www.sbhm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=108>
- Krasner D. Úlceras de pressão. In: Gogia P. Feridas – tratamento e cicatrização. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 69 – 78.
- Lavery L, Branoski S, Ayello E. Úlceras de pé diabético. In: Baranoski S, Ayello E. O essencial sobre o tratamento de feridas – Princípios Práticos. Loures: Lusociência; 2004. p. 361 – 386.
- Meneghin P, Vattimo M. Fisiopatologia do processo cicatricial. In: Jorge S, Dantas S. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 31 – 42.
- Metzger C, Muller A, Schwetta M, Walter C. Cuidados de enfermagem e dor. Loures: Lusociência; 2002.
- Micheletti G. Úlceras das extremidades inferiores. In: Gogia P. Feridas – tratamento e cicatrização. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 79 – 88.
- Moffat C; European Wound Management Association. Preparação do leito da ferida. Position Document – Preparação do leito da ferida na prática. 2004: 1 – 7.
- Moffatt C, Franks P, Hollinworth H; European Wound Management Association. Understanding wound pain and trauma: na international perspective. Position Document - Pain at wound dressing changes. 2002: 2 – 7.

- Morison M, Moffatt C. A colour guide to the assessment and management of leg ulcers. 2ª ed. Aylesbury: Mosby; 1995.
- Mudge E, Meaume S, Woo K, Sibbald R, Price P. Patients' experience of wound related pain: na international perspective. EWMA Journal. 2008; (8)2. 19 – 28.
- Mudge E, Price P, Spanou C. A focus group study into patients' perception of chronic wound pain. Wounds UK. 2008; 4(2).
- Ordem dos Enfermeiros. Dor – guia orientador de boa prática. Cadernos da OE. 2008; 1(1): 1 – 55.
- Parisi, M. Úlceras no pé diabético. In: Jorge S, Dantas S. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 279 – 286.
- Pereira, M. Família, saúde e doença: teoria, prática e investigação. In: Teixeira, J. Psicologia da saúde – contextos e áreas de intervenção. Lisboa: Climepsi editores; 2007. p. 251 – 271.
- Phaneuf, M. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência; 2002.
- Pina E. Epidemiology of wounds treated in community services on Portugal. The EWMA Journal. 2007 Mai; 7(2): 21 – 7.
- Price P, Morton H, Mudge E, Beele H, Ruiz J, Nystrom T. Dressing-related pain in patients with chronic wounds: an international patient perspective. International Wound Journal. 2008; (5) 2. 159 – 71.
- Rabiais S, Nogueira P, Falcão J. A dor na população portuguesa – alguns aspetos epidemiológicos. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde; 2003.
- Ribeiro J. Metodologia de investigação em psicologia e saúde. 2ª ed. Porto: Legis Editora; 2008.

- Rijswijk L. Princípios Gerais do Tratamento de Feridas. In: Gogia P. Feridas – tratamento e cicatrização. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 23 – 41.
- Roper N, Logan W, Tierney A. Modelo de enfermagem. 3ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill; 1990.
- Roper N, Logan W, Tierney A. O Modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney. Lisboa: Climepsi; 2001.
- Rousseau N, Saillant F. Abordagens de Investigação Qualitativa. In: Fortin MF. O Processo de Investigação: Da conceção à realização. 2ª ed. Loures: Lusociência; 1999. p. 147 – 160.
- Santos C. O uso de compressas de gaze pode sair caro. Nursing. 2008 Dez; (240 Suppl 1): S3 – 4.
- Santos R, Ramalinho G, Fernandes B, Gaspar T, Marques A, Fernandes M. Adesão à terapêutica em doentes com patologia cardíaca. Nursing. 2010 Jun; (258): 11 – 20.
- Sarmiento M. Guia prático sobre a metodologia científica para a elaboração, escrita e apresentação de teses de doutoramento, dissertações de mestrado e trabalhos de investigação aplicada. 2ª (Universidade Lusíada Editora). Lisboa: Universidade Lusíada Editora; 2008.
- Sarti C. A dor, o indivíduo e a cultura. Reflexões sobre o tema “A dor como fenómeno sócio-cultural” no II Encontro de Enfermagem Neonatológica; 1998 Setembro 8-10; Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Faculdade de saúde pública, universidade de São Paulo; 2001. p. 3-13.
- Sieggreen M, Kline R. Úlceras Vasculares. In: Baranoski S, Ayello E. O essencial sobre o tratamento de feridas – Princípios Práticos. Loures: Lusociência; 2004. p. 315 – 360.
- Solowiej K, Mason V, Upton D. Review of the relationship between stress and wound healing: part 1. Journal of wound care. 2009; 18 (9): 357 – 65.

- Sorensen J, Luckmann J. Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica. Loures: Lusociência; 1998.
- Swenson C. Gestão da dor. In: Otto S. Enfermagem em oncologia. Loures: Lusociência; 2000. p.815 – 863.
- Tod A. Interviewing. In: The research process in nursing. 5^a ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2009. p. 337 – 352.
- Werdin F, Tennenhaus M, Schaller H, Rennekampff H. Evidence-base management strategies for treatment of chronic wounds. Open Acess Journal of Plastic surgery. 2009 Jun; 9: 169 – 179.
- Woo K, Sibbald G, Fogh K, Glyn C, Krasner D, Leaper D, et al. Assessment and management of persistent (chronic) and total wound pain. International Wound Journal. 2008;5(2): 205 – 15.

ANEXOS

ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

GUIÃO DE ENTREVISTA

Dissertação de mestrado intitulada

“A dor na pessoa com ferida crónica”

Lisboa, Maio de 2011

Esta entrevista tem como objetivos:

- Identificar as vivências da dor em pessoas com feridas crónicas.
- Identificar os factores que interferem nas actividades de vida de pessoas com ferida crónica.
- Identificar os factores que afectam o controlo da dor em feridas crónicas.

Condições a considerar:

Para garantir a confidencialidade e anonimato do participante, ser-lhe-á entregue um consentimento informado para ler e se concordar assinar.

Os dados serão recolhidos através de gravação áudio.

Em qualquer altura o participante poderá decidir parar ou mesmo terminar a entrevista sem qualquer compromisso dos cuidados de saúde a serem prestados ou represálias.

Dados de caracterização:

N.º de Entrevista: _____	Data: __/__/2011
Duração da Entrevista: ____ minutos	
Idade:____	Sexo: M / F
Residência (Localidade): _____	
Localização da Ferida: _____	
Tipo de Ferida: _____	
Duração da Ferida: _____	
Frequência do tratamento: _____	
Estratégia de tratamento: _____	

Fases da entrevista	Objectivos	Tópicos/ Questões orientadoras	Indicadores
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma descrição da dor associada à ferida. - Compreender o impacto da dor nas Actividades de Vida. - Compreender o impacto da dor na relação com os outros. - Identificar factores que aliviam / agravam a dor associada à ferida. - Compreender a dor no tratamento da ferida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fale-me da sua dor. Como é que sente a dor? - De que forma é que a dor tem afectado o seu dia-a-dia? - Que estratégias/ medidas utiliza para lidar com a dor associada à ferida? - Que alterações na sua relação familiar ou com amigos foram provocadas pela dor? Como é que isso o faz sentir? - Com quem fala sobre a dor? - Há factores no seu dia-a-dia que relaciona com o facto de haver diminuição da dor? - E pelo contrário, o que leva a aumentar da dor? - Descreva a dor que sentiu na última vez que veio fazer o tratamento à ferida. - De que forma é que o momento de mudança do penso afecta a sua dor? O que sente? - Qual dos momentos do tratamento da ferida é para si mais doloroso? 	<ul style="list-style-type: none"> - Localização, intensidade, duração da dor. - Como interpreta a dor. - Que receios tem relacionados com a dor. - Impacto da dor nas actividades de vida: <ul style="list-style-type: none"> - Dormir; - Higiene e Vestir-se; - Trabalhar e divertir-se; - Mover-se. - Impacto na vida social/ familiar/ pessoal do indivíduo. - O que mudou depois de começar a sentir dor. - Factores ou actividades que influenciam positivamente ou negativamente a dor na ferida. - Localização da dor (na ferida, à volta da ferida...), intensidade e a duração da dor (quanto tempo é que a dor demorou a subsistir depois do tratamento). - Identificação de sentimentos associados ao momento de realização do penso (antes de vir para o centro de saúde, durante o período que aguarda antes de ser atendido, durante o

Desenvolvimento	<p>- Identificar diferenças na vivência da dor associadas ao tratamento da ferida e aos profissionais de saúde.</p>	<p>- É capaz de me descrever algum procedimento que poderia diminuir a dor? - Quando tem de realizar o penso, mobiliza alguma estratégia/técnica para minimizar a dor.</p> <p>- Nota alguma diferença na dor associada à ferida desde que iniciou o tratamento até agora? - Como é que acha que os profissionais de saúde vêm a sua dor? Como é que isso o faz sentir?</p>	<p>tratamento).</p> <p>- Identificação do momento mais doloroso do tratamento da ferida (retirada do penso, lavagem da ferida, aplicação do novo penso). - Se toma analgésicos (quando e quem é que lhos prescreveu).</p> <p>- Se nota diferença no tipo de penso aplicado, na enfermeira que lhe faz o penso, etc. - Se os profissionais de saúde avaliam a dor (e como). - Se propõem estratégias para reduzir a dor. - Como é valorizada a dor e por quem.</p>
Conclusão	<p>- Averiguar a reação da pessoa à entrevista.</p> <p>- Valorizar a participação da pessoa.</p>	<p>- Como sentiu durante a entrevista? - Quer dizer mais alguma coisa acerca desta situação?</p> <p>- Agradecer a participação do entrevistado.</p>	

Nota: as questões aqui colocadas são meramente indicativas, não tendo de ser colocadas nesta sequência.

**ANEXO II – PEDIDO PARA REALIZAÇÃO DA COLHEITA DE
DADOS**



Agrup de Centros de Saúde Médio Tejo I – Serra d’Aire
Att.: Exmo. Senhor Director
Praceta entre Águas
São Pedro
2350-761 TORRES NOVAS

Nossa Referência

Data de Expedição

ICS/0277/2011

2011-04-13

ASSUNTO: Pedido para realização de colheita de dados

Exmo. Senhor,

O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Ex.cia autorização para que a aluna Salomé Gomes Reis, Mestranda em Feridas e Viabilidade Tecidual, portadora do BI nº 12767515, residente na Rua José Abreu - Lote 52, 2º Esq. – Torres Novas, possa realizar a colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Mestre, cujo projecto intitulado: "Vivências da dor na pessoa com ferida crónica" foi aprovado pelo Conselho Científico do ICS.

Da recolha de dados, a fazer junto de cerca de 10 utentes do Centro de Saúde, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a instituição sendo garantido o anonimato dos utentes que voluntariamente aceitem participar no estudo.

A recolha dos dados seria realizada nos meses de Abril a Junho/2011.

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 – AUTORIZAÇÃO PARA A COLHEITA DE DADOS

Salomé Reis

De: "Saude" <saude@lisboa.ucp.pt>
Data: quarta-feira, 11 de Maio de 2011 15:27
Para: <salomegr_85@hotmail.com>
Assunto: FW: Pedido de realização de colheita de dados
Boa tarde,

Reenvio o e-mail de resposta ao nosso pedido de recolha de dados .

Os nossos cumprimentos,

Zita Bento

Secretariado do Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Católica Portuguesa
Palma de Cima | 1649-023 LISBOA
Tel.: 217 214 147 | Fax.: 217 263 980

From: Secretaria Aces Serra Daire [mailto:secreaces@cstnovas.srссantarem.min-saude.pt]
Sent: quarta-feira, 11 de Maio de 2011 12:02
To: saude@ics.ucp.pt
Cc: Ana Martins
Subject: Pedido de realização de colheita de dados

Bom dia.

A/c: Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas, Director

Em resposta ao pedido apresentado pelo V. Ofício n.º ICS/0277/2011 de 2011-04-13 para realização de colheitas de dados no ACES Serra D'Aire, pela aluna Salomé Gomes Reis, informa-se V. Exa. que está autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

Mécia Fernandes
Secretariado ACES Serra d'Aire
Praceta Entre Águas
2350-761 Torres Novas



**ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E
ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

**Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação na Dissertação
de Mestrado intitulado “A dor na pessoa com ferida crónica”**

Eu, _____,

permito que o meu nome seja divulgado, pelo ACES de ACES de Medio Tejo I – Serra D’Aire, à Enfermeira Salomé Gomes Reis, no âmbito da Dissertação de Mestrado intitulada “A dor na pessoa com ferida crónica”, não implicando a minha participação no estudo.

Assinatura do Utente

____/____/2011

**ANEXO V – AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO AUDIOVISUAL
DA ENTREVISTA**

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Gravação Audiovisual de Entrevista

Eu, Salomé Gomes Reis, aluna do Curso de Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, na Universidade Católica Portuguesa, confirmo que expliquei ao utente, de forma adequada e inteligível, o âmbito do trabalho intitulado “A dor na pessoa com ferida crónica”, que conduziu a esta entrevista. As gravações, feitas com conhecimento prévio do Presidente do ACES de Medio Tejo I – Serra D’Aire, destinam-se exclusivamente a ser utilizadas para realizar a Dissertação de Mestrado intitulada “A dor na pessoa com ferida crónica”, ficando à minha guarda e responsabilidade.

Em qualquer caso é garantido ao utente que pode retirar a presente autorização, recusando a participação no estudo, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte os cuidados a prestar à pessoa.

Salomé Gomes Reis

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Eu, _____,

1. Recebi informação que considero suficiente sobre o estudo;
2. Tive oportunidade de colocar questões sobre o estudo e esclarecer as minhas dúvidas;
3. Falei com o Investigador do estudo: Salomé Gomes Reis;
4. Compreendi que a minha participação neste estudo é voluntária;
5. Compreendo que posso desistir se o desejar, sem ter que dar qualquer explicação e sem qualquer repercussão em relação aos cuidados que posso receber.

Concordo em participar neste estudo de livre vontade.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Investigador

____/____/2011

____/____/2011

ANEXO VI – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTA DE IRINA (Nome Fictício)

Dados de caracterização

N.º de Entrevista: 1

Data: 15/07/2011

Duração da Entrevista: 50 minutos

Idade: 48

Sexo: Feminino

Residência (Localidade): Torres Novas

Localização da Ferida: Perna Esquerda

Tipo de Ferida: Úlcera Venosa

Duração da Ferida: Cerca de 9 meses

Frequência do tratamento: 3 vezes por semana

Estratégia de tratamento: Lavagem da ferida água e sabão e posteriormente com soro fisiológico. Aplicação de nitrato de prata, compressas embebidas em soro e ligadura elástica.

Entrevista

Estava a dizer-me que teve, anteriormente, cinco feridas nesse mesmo local (perna esquerda)?

Sim. Foram abrindo lentamente. Não foram todas juntas.

Que idade é que você tinha quando isso aconteceu?

Eu acho que eu já tinha o café há nove anos. Foi para aí há nove anos. Porque eu comecei a sentir isto, tipo uma alergia, e eu disse à minha mãe: estou a sentir tipo uma alergia. Mas eu não liguei por tinha umas calças cremes assim todas justas, e entretanto senti uma alergia. Quando foi no outro dia, tinha um buraquinho pequenino, curiosamente no dia da festa: 1 de Agosto. Entretanto, nesse dia da festa já não pude ir porque me abriu um buraco de parecia tipo uma agulha. Uma pequenina só. Entretanto disse à minha mãe, que parecia uma abelha que me mordeu, e eu não liguei. Quando fui tirar a meia: “Ai meu deus do céu! O que é que eu tenho?” Eu ia muito à praia. Até tenho fotografias, em como não tinha nada na perna. Quando vou a olhar para mim, qual não é o meu espanto, já tinha um buracão. Passado uns dias... Foi de repente. Tanto que hoje em dia já me tentaram dizer: “Não terá sido uma alergia? Ou que fosse alguma coisa?” Não. É da parte da circulação.

Já os seus pais também têm o mesmo problema (úlceras de origem venosa)

Já. Já. O meu pai coitado...

E a sua mãe também tem (úlceras venosa) há muitos anos?

A minha mãe já usa meias (elásticas) desde que eu nasci. Entretanto, a minha avó que andava nas fazendas, nunca teve nada. As minhas tias também têm. Entretanto, nesse dia já não tive bem. Eu disse: “Ai agora, o que é que vai ser da minha vida?” Depois fui ao hospital. Não fui logo, como aconteceu na segunda (ferida). Eu não fui logo a correr e juntou-se de repente umas "postelinhas". Depois no fim juntaram-se cinco feridas ao mesmo tempo. Não juntaram, foram aparecendo. Tanto que a enfermeira Liliana, não é esta foi a outra, era a D. Céu também. Eram muitas que eu conheci. Felizmente ou infelizmente, mas também fui bem tratada. Havia sempre uma ou outra com um feito mais... Mas todos nós somos diferentes. Por isso é que temos 5 dedos na mão e nenhum é igual. Entretanto, começou então a surgir aqueles problemas. Aquilo foi infetando, infetando. Tive, durante muito tempo, que cá vir todos os dias. Vinha ao fim-de-semana. Tinha muitas infeções. Depois foi nessa altura, passando um tempo, não foi logo, que o meu pai tentou o suicídio. Eu piorei. Foi tudo junto. Parece que aconteceu tudo. Entretanto, eu piorei e estava quase sempre de cama, porque sentia uma dor... Horrível. Tinha os cinco buracos que abriram. Teve o quê... Sei lá! Eu não me recordo é do tempo. Era tanta coisa que eu experimentei. Apanhei uma cola de zinco também. Eu ia morrendo. Tive que arrancá-la toda. Tanto que elas agora falaram-me nisso, e eu disse que cola de zinco não ia pôr porque apanhei aquele susto. Entretanto, tive muito tempo, talvez um ano, ou até dois ou três anos, para cicatrizar. Depois cicatrizou de um momento para o outro. Uma coisa misteriosa. E depois... (utente respira fundo e parece angustiada) Desculpe, são muitos traumas juntos. Entretanto fechou (a ferida), fiquei toda feliz da vida. E passou o quê... Uns anos. Não sei. Fechou tudo de repente. Como veio fechou. São coisas curiosas. Andei em vários tratamentos. Os enfermeiros compraram muita coisa para mim, para ver se ficava tudo melhor. Depois, ganhei anemia e ganhei infeção na perna. Fui internada de urgência no hospital, com essa tal tromboflebite e apanhei erisipela no lado direito. Não tinha nada como vê aqui. Tinha isto, mas não tinha nada. Tinha aqui uma mancha que ainda hoje tenho. Tinha uma bolha enorme. Quando foi para dar alta... Foi tudo a seguir. Quando fechou esta apanhei logo aquela. É um medo que eu tenho, né? Tive no SO três dias quase a morrer com quarenta e tal graus de febre, com uma infeção urinária que me apanhou os pulmões.

Tudo a seguir. Quando fechou esta abriu-me aquela. “Meu deus do céu, será que vou ser operada? O que é que vai ser de mim?” Tanto que elas disseram, lá no hospital: “A Isabel tá tão traumatizada. Tudo lhe acontece”. Então iam para me dar alta, e eu vou assim: “Dar-me alta? Então em tenho a perna toda vermelha!” E a febre não era da infecção urinária era de erisipela. Isto foi tudo seguido. Melhorei da perna (da erisipela) e depois quando melhorei da perna, tinha isto novamente (úlceras venosas na perna esquerda). Foi tudo junto. Tive lá um mês e tal. Chamavam ao meu quarto: quinta das celebridades. Nunca mais me esqueço. Chamavam-lhe quarto VIP, porque eu usava muitos perfumes, usava muito aquelas coisas, né? Quando era de noite, iam todas para lá para o pé de mim. Tava lá no meu quarto uma rapariga que teve um AVC, ainda mais nova do que eu. Nunca mais a vi. E as velhotas gostavam muito de mim, e morreram todas ao mesmo tempo. Só eu é que fiquei. Nem dei por ela. Quando me foram lá ver, no SO, uns primos meus e uns colegas meus, também me diziam: “Ai a Belinha morre. A belinha não está bem. A Belinha morre”. Apanhei aqueles traumas. Quer dizer, eu fiquei muito revoltada. Entretanto elas (as enfermeiras) é que me ajudaram muito psicologicamente. E uma médica disse-me: “A Isabel vai ficar boa, mas de repente vai mudar e vai ter continuamente, mais vezes, erisipela”. E tinha...

Mas esta ferida que tem agora nessa perna (perna esquerda), apareceu-lhe como?

Apareceu-me erisipela. Mas como eu tive a sugestão que como esta ficou boa, e como eu já sabia, não fui logo ao hospital. Porque eu tive isto (erisipela), duas ou três vezes, mas não fui ao hospital porque tinha um medicamento que tomava logo. E tinha uma pomada que me deram. Não foi a pomada, foi tudo junto. Passou-me tudo de repente. Depois andei a fazer exames sozinha. Tanto que eu tinha um pavor a ambulâncias e depois perdi o medo de tudo. Tinha que andar com soro, injeções e tudo, que eu tinha um pavor a isso. Sozinha não é? Nem pude chamar o marido nem nada, porque eu não gosto de telemóveis, não tenho telemóveis, nem nada. Gosto de andar solta. Sozinha. Entretanto fui lá ganhando muitas amizades. “A Isabel é o nome da rainha Santa Isabel, que é o hospital, e é a pessoa que teve mais visitas”. Quando eu cheguei estava lá tanta gente, que até ficaram admirados, né? Tanto que eu tive uma receção enorme quando foi a chegar a casa. Diziam: “Ai! É um milagre estares salva. Desta já te salvaste outra vez”.

E dor associada à sua ferida? Quer associada à ferida que tinha anteriormente, quer associada à ferida atual.

É assim, psicologicamente, mais nesta. Tenho mais do que nas aquelas cinco juntas. Cinco juntas não, que elas eram separadas. Sinto mais agora. Agora, não, sinto-me mais aliviada que no tratamento elas costumam ter muito, muito, muito cuidado. Tinha muita dor quando era a Betadine.

Notava diferença então quando lhe punham o Betadine?

Muito, Muito, Muito. Tanto que eu dizia à enfermeira: “Maldita Betadine!” Tanto que ela dizia: “Não diga isso Isabel. É bem dita. Porque era a única coisa que fazia alguma coisa”.

Mas quer dizer, custava-lhe muito quando lhe punham...

Muito, Muito, Muito.

E quando se ia embora, continuava a dor na ferida?

Era. Era.

Durante quanto tempo é que você continuava com dor, depois de sair do tratamento?

Ai, muito, muito. Andei quase todos os dias com dor. Tanto que quando eu chegava a casa, tomava dois ou três Brufen. E só isso é que me ajudou. O Betadine fazia-me muita dor.

Houve mais algum penso que lhe provocasse mais dor?

É assim, foram tantos, tantos, tantos que depois não retenho. O Ulcerase era o que me aliviava mais.

O Ulcerase era aquele que lhe custava menos a aplicar?

Era, era. E depois era... Os nomes, eu não sabia. Era um líquido que me punham, que me doía muito, muito ou ainda mais que a Betadine. Que eu não sabia.

E nota diferença entre as enfermeiras? Ou seja, em termos do tratamento nota que há alguma diferença?

É assim, elas todas são muito atenciosas comigo.

Não precisa de referenciar nomes. Estou só a tentar perceber se nota diferença nas atitudes.

É assim, as atitudes são quase sempre as mesmas. São todas simpáticas comigo. As dores... Agora tenho tido menos dores desde que me puseram o soro. E agora quando foi a lavagem com água e sabão, doeu, mas depois ela (enfermeira) lavou-me logo com soro, porque ela já me conhece. Basta olhar para mim porque ela conhece-me logo. Estou mais à vontade com todas, mas principalmente com ela (com esta enfermeira).

Costumam perguntar-lhe se você está a sentir dor durante o tratamento? Têm a atenção de lhe perguntar?

Sim. E quando me perguntam eu desabafo com elas. Todas têm sido impecáveis comigo.

Alguma vez lhe mostraram uma escala da dor com números, para a senhora dizer onde é que se situa?

Sim, porque a ferida estava em 18cm e agora está em 16cm. Só que é assim, quando elas viram isto aprofundar, foi quando eu ganhei muitas infeções.

Mas eu não estou a falar do tamanho. Eu estou a falar de uma escala que há de 0 a 10, sobre a dor. Que serve para medir a intensidade da dor.

A mim mostraram-me as caras. A enfermeira dizia-me: Ó Isabel quando você está a dormir faz caras. Eu achava graça. E quando está com a dor da Betadine, qual é a cara? Entretanto ela fazia-me rir por causa das caras.

Você identificava o nível de dor através das diferentes caras da escala da dor. É isso?

Sim. Depois quando eu vinha muito nervosa, por causa da dor, elas falavam comigo. Dantes não sabiam, mas agora como me foram conhecendo, e eu a elas, foram-se habituando. Há uma que eu não conheço tão bem, porque ela costuma tratar mais o meu pai.

Essa dor que você sente na ferida, como é que a faz sentir?

Comunica-me com a cabeça. Sinto-me sempre ansiosa, nervosa. Como eu dormia muito mal por causa da dor, eu às vezes desmaiava. Na primeira vez, a minha filha ligou para aqui para falar com a médica e ela disse para eu tomar um Brufen. O que é que eu vinha

aqui fazer? Tanto que eu quando é assim nem vou ao hospital, nem nada. Também já percebi que isto também tem a ver com a tensão alta.

Então e como é que essa situação da dor na ferida, a faz sentir quando tem de vir ao tratamento?

É assim, o prédio tem umas escadas. E nos primeiros dias eu tinha que vir de recuo. Não consegui pôr bem o pé no chão, por causa da dor. Mais a mais que quando eram os tratamentos, eu chegava a ter pavor à Betadine. E não era só à Betadine, era também a uns pensos, dos quais eu não recordo os nomes, mas que provocavam dor. Já experimentei tantos que já nem me lembro. Entretanto, têm-me estado a dar menos dores. Mas só agora com o soro. Este medicamento de secagem (nitrato de prata), que agora até deixei lá. Elas não ficam com ele. Fica só guardado. Na segunda-feira vinha muito magoada com pessoas lá em casa, no café e com o meu marido. Vinha muito magoada. E ela (a enfermeira) agarrou num pano para eu chorar. Tive que desabafar. Tive que chorar. Ela conheceu-me logo pelo olhar.

Em que é que a dor que sente a tem limitado na sua vida? No seu dia-a-dia?

Logicamente que me afetou, porque às vezes sinto-me inútil. (chorosa) Agora já estou com mais força, mas sinto-me frágil e sensível, porque havia dias que não conseguia andar bem, coxeava muito. E as pessoas faziam pouco de mim, lá no meu café. E eu disse a essas pessoas: “Vocês uma dia não pagar. Não sou eu, é Deus que sabe o que é que vos vai acontecer”.

Quer dizer, quase que fugia das pessoas para não encarar aquilo que elas diziam...

Eu não consigo. Quando chego do tratamento, elas estão na esplanada e o meu marido vai no carro comigo, com o meu pai e com a minha mãe, e eu não consigo lá parar. Fico com aquela sensação de que estão sempre a olhar. Pessoas até de infância que são muito meus amigos, às vezes sinto-me inferior ao pé deles. Mas há um, que eu dou-me muito bem com ele, mas quando estou mais sensível ou mais frágil, sinto que ele está diferente comigo e vou logo buscar seja disto (da ferida), mas não é. Ele também tem muitos problemas familiares. Eu retiro-me muito. Retiro-me muito para o meu canto, porque eu não quero responder mal às pessoas. Mas eu sinto que elas estão a fazer pouco de mim. Por isso é que às vezes faço madeixas, ou pinto-me. Arranjo-me. Mas às vezes também não me apetece fazer nada.

O facto da senhora coxear e sentir dor, também dificultou o seu trabalho no café?

Sim, tanto que já me disseram, quando estou a servir: “Lá vem ela trabalhar a coxear”. Para ouvir estas coisas, prefiro não ir. Tenho dias em que quero dançar e não me dói nada! (admirada) Parece que é uma coisa curiosa. Estou a ouvir a música, a banda... Eu gosto muito da banda. Fui da banda sete anos. Mas depois, casei e tive que sair. Quando falo destas coisas fico mais ansiosa. Agora perdi-me...

Não faz mal. Você estava a falar do seu trabalho.

As pessoas provocam traumas, ao dizerem aquilo que dizem. Algumas dessas pessoas já morreram, mas diziam: “Olha lá está o café dos coxos”. E isso magoa-me muito, porque o meu pai e a minha mãe praticamente mataram a fome a eles. (chorosa) E eu revolto-me muito porque o meu pai também passa muito. E agora tentou o suicídio. A minha mãe também é muito seca para mim. Desculpe lá estar a falar disto.

Você está a vontade para desabafar e falar do que quiser. Está bem?

A enfermeira até já tinha dado conta que eu hoje vinha muito nervosa. É que eu tenho pessoas que eu odeio. (chorosa) Quer dizer, não é odiar, eu não gosto. Eu não consigo fazer mal a ninguém.

Mas o é que a revolta nessas pessoas?

Não consigo encará-las. Amanhã o meu marido vai trabalhar e eu não sei o que é que vai ser no café. O meu pai ouviu tudo lá no café. Mesmo a nível de outras coisas. Eu tenho nojo dos homens que vão ao café. Percebe? Antigamente usava saias.

Mas deixou de usar saias por causa da ferida?

Eu adorava saias e desde que tenho a ferida só uso calças. A minha mãe já não. Já está tão habituada que ela usa na mesma. Mas eu não consigo. Não me sinto confortável. Ficam todos a ver.

E ir à praia?

Também não consigo. Por isso é que o meu marido anda muito revoltado. Eu sei que ele anda muito revoltado comigo, mas eu não tenho a culpa. Eu já fui ao Agroal, mas acho que isso me afetou mais a ferida.

Acha que foi por isso?

É assim ele (marido) atira-me com isso, mas eu acho que não foi isso. Sinto falta de sair com a minha família. E ele (marido) fica revoltado comigo. (chorosa) E ele não é muito atencioso comigo. Só quando eu estou mais em baixo é que ele... É assim, ele também anda cansado porque está numa empresa do papel e ele teve agora um acidente muito grave, e nunca mais foi a pessoa que era.

E então quem é que a traz aqui ao Centro de Saúde para fazer os tratamentos?

É ele. Ele é que havia de estar aqui a ouvir estas coisas. É ele que me traz a mim e aos meus pais. Eu não tenho carta. Foi o meu mal não tirar a carta. Quando eu não tenho dor sinto-me bem em qualquer lado porque nem me lembro da ferida. Nós vamos aos fados, porque o meu marido canta e gosta muito de cantar. Ele canta muito bem fado, seja o que for. Entretanto, eu ia sempre à danceteria e estava lá muita vez sentada. Agora já não vou tanto. Mas antigamente eu adorava lá ir, e depois pedia-lhes para cantar. Tanto que quando eu estive muito mal, eles perguntaram por mim. Porque eu era muito brincalhona. Dançava e fazia dançar as outras pessoas.

E agora não vai tantas vezes dançar porquê?

Por causa da ferida. Porque me dói e não aguento. Tanto que eles agora até têm feito Karaoke e agora tive que parar também por um tempo. Havia lá um grupo de brasileiros e a minha filha gosta muito dessas paródias, né? E então comecei a ir a Casével aos Karaoke. Entretanto começámos a conhecer essas coisas novas, diferentes. Eu é que o levei para essas coisas um bocadinho diferentes. É que ele vive no mundo da música. Ele cantou em dois conjuntos.

Você tinha-me falado que tinha comprado Ulcerase, não foi?

Foi.

E deixou de o fazer porquê?

É assim. Eu só deixei de comprar porque elas (enfermeiras) mudaram de tratamento. Elas (enfermeiras) normalmente têm ali os produtos, mas uma vez também tive de comprar uns pensos que custavam cinquenta euros. Só uma vez. Era um penso com prata.

E porque é que teve que comprar esse penso?

Porque não havia aqui no Centro de Saúde. Mas normalmente, elas têm-me ajudado muito. Elas achavam que eu precisava desse penso, mas como não tinham, eu comprei.

Então e lá café, são só vocês que trabalham?

Somos nós e os meus pais.

Ou seja quando você precisa de repousar a perna, como a enfermeira lhe recomenda...

É ele que vai para o café e às vezes a minha filha mais velha. Chegámos a ter empregados ao início, mas agora não dá.

Mas se calhar você precisava de ter alguém que ficasse no seu lugar para você poder descansar.

Era isso. Ele vai trabalhar amanhã e entra à meia-noite. Quando eu não estou lá, as pessoas que me conhecem sentem a minha falta. Agora, de manhã não consigo lá estar. É muito mexerico e calhandrice. Eu às vezes estou na cama, mas não estou bem. A rua da minha casa é quase toda minha, e eu estou deitada e a ouvir: “Olha lá está ela outra vez na cama”.

Então você não repousa porque...

Psicologicamente gostava de estar noutra local que não ali (na aldeia). Porque eu preciso que as minhas filhas também andam todas afetadas, porque as pessoas comentam.

Então para dormir à noite? Como é que a dor na ferida a afeta?

Sim, porque faz-me muito comichão e eu não consigo dormir.

E tem dor na ferida durante a noite?

É assim, agora ultimamente tenho tido menos, mas inicialmente quando tinha aquela dor, aquela picada, tinha que me levantar. Parecia que eu queria desaparecer. Eu não aguentava as dores. Até tinha que me morder. Não tinha posição na cama. Tinha que morder uma coisa para não gritar.

Foram-lhe receitados medicamentos paras as dores?

Sim, sim. Mas eu não me dava com eles. Não me sentia bem com eles.

E falou com o médico para mudá-los?

Não. Não quis incomodar. As dores mais tarde ou mais cedo acabam por passar. O único que eu tomo é o Brufen genérico.

Por exemplo, como a senhora tem dor durante o tratamento, porque não tomar os medicamentos para as dores antes de vir para o Centro de saúde?

Sim, Sim. Foi a sua colega que me sugeriu isso. Assim, já me alivia o tratamento. Tomo o Brufen genérico. Esse a mim aliviou-me muito.

E como é que você se sente antes de vir para o tratamento?

Muito nervosa por causa de problemas familiares e com receio.

Mas do que é que você tem receio quando vem para o tratamento?

Tenho receio, mas agora já não tenho tanto. Tenho medo que me ponham a Betadine. Eu já usei Inadine. Com o Inadine já não tinha tanta dor.

Mas na verdade o que você sentia era medo de ter dor. É isso?

Sim, muita dor. Mas eu dantes não me sentia segura, mas agora já me sinto, porque elas já me conhecem. O pior era quando fazia penso todos os dias, inclusive ao fim-de-semana. Eu queria ajudar mais e criar as minhas filhas bem. A minha filha acabou o curso agora de assistente social, e eu fiquei muito feliz de poder ir com ela. Mas eu não estava bem em lado nenhum. Sentia a perna muito mal nesse dia, mas eu fui na mesma. Tanto que hoje a minha filha acredita, mas dantes não acreditava. Ela dizia-me: “Faz alguma coisa por mim”. E eu dizia-lhe o que eu faço é sempre por ti, mas eu não faço milagres. Eu quando me sinto apertada, só chamo por uma pessoa, que é a minha avó. Deus a tenha em descanso.

De que forma é que a dor associada à ferida afetou a sua relação com as suas filhas?

É assim, esta situação revoltou-as mais. Porque como eu tenho que descansar mais por causa da dor, não as posso acompanhar como gostava. E depois fico mais em baixo.

Mas você tem alguém com quem desabafe sobre a dor?

Sim. Falo com a minha filha mais velha. Ela dá-me muito apoio. A nível de amizades... Eu tinha muitos amigos, mas há dois anos houve umas coisas financeiras, e elas foram-se afastando de mim. E quando eu precisava mais, afastaram-se de mim. Eu até deixei de ir a festas para não ouvir as pessoas a falar mal. Meu Deus, porque é que eu sofro com estas coisas é que eu não compreendo.

Nós falámos da dor no tratamento. E ao longo dia? Havia algo que lhe provocasse dor? Que piorasse a dor?

É assim, o que me fazia sentir pior era quando fosse dormir, porque sabia que ia sentir dor.

Mas não havia nenhuma atividade que você fizesse que piorava ou melhorava a ferida?

Não, porque ultimamente não tenho feito esforços nenhuns. Porque esta ferida piorou quando tirei duas grades de cerveja lá do café. E ela (enfermeira) disse-me logo: “A Isabel andou a fazer força”. Nunca mais peguei em grades de cerveja.

Quer dizer o facto de descansar aliviava-lhe dor. É isso?

Sim. E os medicamentos.

E durante o tratamento? Como é que as enfermeiras lidam com a sua dor?

Elas quando vêm que eu não estou bem dizem: “Ó Isabel respire fundo”.

E quando é para retirar as ligaduras?

Isso é... Fico logo retraída.

E há alguma coisa que elas façam que a faz sentir menos dor?

Sim. Elas (enfermeiras) agora, metem logo o soro antes de tirar as ligaduras. E sai melhor e dá menos dor. Já estão a fazer isto há bastante tempo. No início, era tirado sem o soro, mas foi pouco tempo, porque eu começava logo a dizer que não aguentava com a dor. Tinha medo. Arrepiava-me muito. E quando era assim sinto-me muito tensa.

Então quer dizer que você sente que aqui (centro de saúde) as pessoas se preocupam consigo e com a sua ferida. É isso?

Sim. E é assim, são todas muito simpáticas comigo. As enfermeiras, até as auxiliares, as da limpeza. "Então Isabel está boa? Está melhor?" São todas impecáveis. Isto é quase uma família. Já cá venho há tantos anos. No dia em que fiz anos disseram: "Ó Isabel você hoje faz anos!" Já sabem o dia de aniversário da minha mãe. Eu considero-as já como sendo da minha família. Ou mais. Compreendem-me melhor que alguns da minha família.

Sente que esta ferida, esta dor e tudo que está associada a ela, fez com que você não seja a mesma pessoa?

É isso. Desde que estou em tratamento com elas, sinto-me com mais força. E chego a casa quebro logo.

Quando chega ao ambiente familiar.

É. E essa parte também me afetou. Não me sinto bem. Não consigo lá estar. Não sei como é que vai ser agora. O meu marido vai trabalhar amanhã. É tanta coisa junta. A minha filha também tem muitos problemas, porque ela se enerva muito comigo. Eu digo-lhe: "Não fales assim para a mãe". Mas ela está é nervosa, porque ela coitada é que apanha tudo. Até lá no café é com ela que fazem comentários. Mas eu refugio-me muito e não saio tanto como eu saía. Tenho umas amigas, que me levavam para a danceteria e eu sentia-me mais livre. Mas eu hoje em dia já não confio nelas. Diziam tudo ao contrário daquilo que eu dizia. A partir daí nunca mais confiei nelas. Eu dantes ia muito a Fátima. Retirei-me desses locais todos.

Mas deixou de ir a Fátima porquê?

Porque deixei de acreditar. Por tudo o que se tem passado e por esta ferida, que me faz sofrer. Quando vinha de lá sentia-me em paz.

Não que estar a demorá-la pois tem o seu marido à espera.

Sim se calhar é melhor ir andando.

Obrigada pela sua participação e as melhoras.

ENTREVISTA DE LÍDIA (Nome Fictício)

Dados de caracterização

N.º de Entrevista: 2

Data: 16/09/2011

Duração da Entrevista: 20 minutos

Idade: 40

Sexo: Feminino

Residência (Localidade): Entroncamento

Localização da Ferida: Perna Esquerda

Tipo de Ferida: Úlcera Venosa

Duração da Ferida: Cerca de 9 meses

Frequência do tratamento: 2 vezes por semana

Estratégia de tratamento: Lavagem da ferida com soro fisiológico e aplicação de Hidrogel, Hidropolímero e rede tubular.

Entrevista

Sei que já falámos um pouco durante o tratamento, mas diga-me como surgiu esta ferida?

Esta ferida apareceu derivado a uma ferida. Mas quer dizer... Eu não liguei. Passado uma semana ou quê, começou-me a botar sangue em casa, e eu vinha à minha médica do Centro de Saúde. A minha médica disse: "Ó Lídia, isto é uma variz". Começaram-me a mexer nisto, começou a "botar" sangue. Mandaram-me para o hospital de Torres Novas. Não me fizeram nada. Fizeram-me o penso normal e mandaram-me ir para as consultas, para fazer os curativos. E cá ando. Já estive pior com tanta dor. Agora já não tenho tantas. De vez em quando lá me dá aqui o "coiso", mas elas dizem que é a querer fechar.

E quem é que lhe definiu o tratamento?

Foi a doutora.

A médica do Centro de Saúde?

Aqui do Centro de Saúde. Para vir fazer os curativos. Houve um tempo em que eu já estava cansada e deixei de vir. Mas depois isto ficou pior e eu vim outra vez, porque

uma pessoa chega ao ponto em que pensa que anda a chatear as pessoas e... Pensa na nossa cabeça, mas é mentira porque as pessoas estão aí para ajudar a gente. Agora estou a tomar umas injeções. Estou a fazer um antibiótico. Porque isto estava muito inflamado. Agora já está melhor. Já não tenho aquela dor que tinha, mas ainda tenho. Ainda tenho. Já é mais "miudinha". Como é que hei-de explicar... Já não é tão forte. É mais "miudinha".

Uma vez que está a fazer tratamento desde dezembro do ano passado, já teve outros pensos diferentes na ferida. Houve algum que lhe provocasse mais dor que os outros?

Sim. Sim. Havia uns pensos brancos que me punham com um tratamento qualquer, que até me ganhou, em volta do pé, com tudo em ferida. Fiquei com tudo em ferida. E agora. Optaram por este penso que eu tenho. Diz que é melhor. Nem sei dizer que penso é este.

Mas nota melhoras?

Noto. Noto.

Mas esse outro penso custava-lhe porquê? Era a retirá-lo...

Custava-me a tirar, porque ficava agarrado. E além de ficar agarrado, o pé em si já estava todo... Depois optaram por pôr uma ligadura. Só que a ligadura descia toda para baixo. O tratamento não ficava bem feito. E houve uma enfermeira que viu. A outra que a Sra. Enfermeira viu. A que entrou depois. E disse: "Ó Emília, vamos fazer com este penso. Se tu te deres vai ser melhor, que a ferida vai cicatrizar melhor. Se não te deres, vamos para outra coisa." E desde que me pôs isto em agosto, desde o dia 20... Acho que foi dia 20 ou dia 19. Foi assim uma coisa. Eu comecei-me a dar-me bem. Tomo banho e tudo. O penso não se descola, e elas dizem que é melhor. Que está muito melhor do que o que estava.

Nota que durante o tratamento, há uma preocupação com a sua dor?

Perguntam-me sempre. "Então como é que é a dor?" "Então como é que está? Como é que não está..." "Então tens tido bastantes dores?" Perguntam-me sempre. Lá nisso elas são... Não tenho queixa de ninguém. Têm sido as pessoas que me têm ajudado nisto. Não tenho razão de queixa nenhuma.

Toma medicação para as dores?

Sim. Faço.

Quem é que lhos passou?

A minha médica do Centro de Saúde.

Pediu-lhe?

Eu pedi-lhe. Já tinha dito à enfermeira, e a enfermeira disse: "Vais à médica e falas com a médica". Fui à médica. Só que eu tenho uns que são muito fortes, que são muito fortes e até dá na televisão o reclamo. Só que ela passou-me em genérico que é mais barato, e esses só posso tomar um por dia e só se tiver grande dor. Se não tiver, tenho que tomar o Brufen. Se tiver grande dor, tomo aquele. E se não tiver tomo o Brufen que é mais fraco, e não dou tanto cabo do estômago. E também passou... E a minha médica do Centro de Saúde, passou-me uns também para o estômago. Se me doer o estômago, para tomar um. É derivado à medicação que eu tomo.

Quando está nesses momentos em que tem mais dor, durante o tratamento, qual é o momento que lhe custa mais?

Quando me mexem. É quando me mexem. Custa muito. Tenho muitas dores. Agora não tenho tantas, mas custa-me muito.

Que impacto é que a dor associada à ferida teve na sua vida?

No dia-a-dia... Agora não posso fazer certas coisas que fazia. Tenho que descansar mais a perna para cima. E nos tempos livres, que eu tenho cinco cachopos, não dá para estar...

A senhora toma conta de crianças?

Não. Tenho uma menina minha com cinco anos. Tenho dois filhos com 17 anos que são gémeos. Tenho dois netos do meu companheiro, um com dezassete e outro com dez. Tudo na escola. Tudo na escola, e uma pessoa não tem sossego. Como agora está tudo na escola, tenho sossegado mais um bocado e é quando tenho descansado mais um bocado. Por isso ela diz que já está melhor. Se calhar. Mas fora disso já não consigo andar muito em cima das pernas como andava. Nem consigo... Desde que isto começou a rebentar nunca mais tive...

Quer dizer, o facto de ter de andar com as crianças para todo o lado e de os ter em casa consigo, faz com que não tenha muito tempo para descansar.

Sim.

Nota que quando descansa mais se sente melhor, com menos dor?

Sim. Mas eles... Não que os grandes me deem grande trabalho. É mais os pequeninos. E para a dor a médica diz que eu havia de estar sempre com a perna para cima. Só que eu acho que quem tem filhos para tratar e quem tem uma casa para tratar, não posso fazer isso, né?

As tarefas da casa estão todas a seu cargo?

Não. Tenho lá a... É uma moça que até nem é filha nem nada, mas a mãe batia-lhe. Bateu-lhe e mordeu e tudo, e a miúda veio para o pé de mim aos dezoito anos. E essa moça ajuda-me muito em casa. Ajuda-me muito. Mas dantes não era preciso... Agora tem que ser porque com a dor eu não posso.

Mas o que é que lhe provoca mais dor? O que é que agrava a dor?

Se eu estiver a andar até não me dói assim tanto. Só que se eu fizer forças para andar assim um dia inteiro, ir às compras e vir com coisas pesadas, já eu noto também. Mas se estiver assim com o pé para cima, não me dói assim muito. Ela é que me ajuda. Faz a minha vida de casa antes de ir para a escola. Ela entra na escola ao meio-dia. Faz a minha vida de casa e tudo. Ela é que me tem ajudado muito. Custa-me ser ela, mas eu não consigo. Tem-me facilitado muito.

E relativamente às crianças mais pequenas. Não sente receio que às vezes, na brincadeira, a magoem?

Não, que eu fujo deles. Eu não me meto ao pé deles. Se estiver sentada, eu faço para estar com a perna para o outro lado, para não me tocarem nem nada. Eu fujo deles. Não. Eu fujo deles. Custa-me, mas eu fujo deles. Uma pessoa tem medo, né? Claro. Uma pessoa tem medo.

O facto de ter deixado de conseguir fazer certas coisas, como por exemplo as lidas da casa, por causa da dor na ferida, como é que isso a faz sentir?

Olhe. Para quem gosta de lidar com uma casa em condições, custa um bocadinho ver os outros a fazer as nossas coisas. Mas tem que ser assim. Espero que isto me desapareça. Eu espero, mas pronto...

Tinha o hábito de sair, passear?

Sim. Sim Gostava muito.

E isso alterou-se por causa desta situação?

Alterou. Alterou. Nunca mais fui. Ia às excursões também. Uma tia do meu marido convidava a gente e ia às excursões e tudo. Nunca mais fui. Tenho medo que rebente por lá. Nunca mais fui.

E andar o dia todo em cima da perna...

Também não dá para andar assim o dia todo em cima da perna, por causa da dor. E sou nova. Sou uma mulher que tenho quarenta anos. Há pessoas mais velhas que... Prontos. Mas eu...

Quer dizer, sente que é nova e não consegue...

(Inteligível)

A senhora trabalha?

Agora não trabalho, mas sempre trabalhei. Já fui cozinheira no Porto, e aqui já fui ajudante de cozinheira num restaurante.

Mas, essa ferida surgiu quando ainda trabalhava?

Não. Não. Já estava em casa.

Tendo em conta a sua atividade profissional, acha que como se encontra atualmente, com dor associada à ferida, a conseguiria exercer?

Não. Já não aguentava. Já não aguentava. E agora apareceu-me um para eu ir, e eu disse que não ia, que eu não aguento. Para que é que eu vou? Não. Não aguento. Não vale a pena estar...

Quer dizer, se as coisas economicamente não estão bem, isto dificulta ainda mais as coisas.

Não estão muito bem, mas graças a Deus, fome nunca passámos. Para comprar... Para comprar certos medicamentos, eu não compro. Não tenho, não compro. Agora, antes quero ter um prato para comer que comprar isso. Sou mesmo assim.

Com quem é que desabafa nesta alturas, em que está mais atrapalhada com a dor?

Tenho o meu companheiro. Falo muito com ele. E quando vou à minha médica, falo com a minha médica. É uma pessoa que me ouve e que me diz: "Temos que ter calma. Senão..." Já me disse que se isto não calhando a passar, que me tem que mandar ao hospital. Vamos lá a ver o que é que isto vai dar.

Em relação aos profissionais de saúde, na medida em que já está em tratamento há vários meses, nota diferença entre eles?

O tratamento nem todos fazem igual. Não. O tratamento nem todos fazem igual. Gosto muito do tratamento feito pela enfermeira Maria, e pelo enfermeiro António. E também gosto daquela senhora que saiu. Quando certos... Quando vêm outros enfermeiros... Esta enfermeira Maria, lava-me sempre o pé e assim. Porque eu não consigo. Por causa do penso, eu não consigo. A parte da frente ainda fica, agora a parte de trás não consigo. E esse enfermeiro António, também já me fez isso. Mas nem todos são iguais.

Quer dizer, gostaria de ser sempre acompanhada pelos mesmos?

Sim. Sempre pelos mesmos.

Acha que era uma vantagem?

Pois. Mas não dá. Eles não estão. Não dá. E a minha médica também me disse que não dá. Não vale a pena. Quando apanho esta enfermeira, fico toda contente. Quando apanho o enfermeiro António, também fico. E aquela senhora enfermeira que saiu, que eu nunca me lembro do nome. Acho que é Luísa. Também gosto muito dela, porque também se interessa. E quando a gente os vê, parece que nem me vai a doer o pé nem nada, com estes enfermeiros.

Então não costuma doer-lhe quando vai daqui?

Não. Quando saio daqui com estas enfermeiras que eu disse, não costuma ir a doer. Agora quando são outros... Depois carregam isto assim para baixo. Isto dói! Foi o que eu disse. Um dia destes, foi a enfermeira Joaquina que me fez o curativo. "Ó senhora enfermeira, está-me a doer". "Pois mas tem que ter calma". Não. Mas não é assim. Acho que também deviam... Mas prontos.

Então, e quando vai para casa com dor, quanto tempo é que essa dor demora a passar?

Ainda. Ainda me dói. Ainda estou aí... Se vier de manhã, ainda estou a manhã toda assim. Tenho que tomar o comprimido e mesmo assim não passa logo aquela dor. Mesmo assim não passa logo.

E a noite, como é que é?

A noite agora tem sido mais ou menos. Mas já foram noites em que eu não conseguia dormir com dores. Em que andei a pé todas as noites. Sempre a mexer nesta coisa. Mesmo vindo aqui, uma pessoa... Já foram noites horríveis para mim. Mas agora até ver...

Como é que faz, para estar na cama o mais confortável possível?

Tenho um tijolo na cama, com uma travesseira. E depois pus um travesseiro, para estar com a cama para cima. Não me dói tanto. Não me dói tanto assim. As nossas camas não são... Se fossem aquelas dos hospitais, não era preciso. Agora, as nossas camas não dão e eu tive que arranjar maneira assim. Pôr um tijolo, assim de baixo da cama, como o médico de santarém me disse. E é assim que eu estou.

Toma alguma coisa para descansar?

Não tomo nada. Tomo estes medicamentos. Tomo o antibiótico. Tomo as injeções Lovenox, ou como é que se chama, e os tais comprimidos para as dores, quando tenho muita dor.

Quando está com mais dor, toma-os antes de se ir deitar?

Tomo. Sim. Tomo sempre um comprimido para as dores antes de dormir. Ou mais forte, ou mais fraco, tomo. Se tiver muita dor, tomo o mais forte que é para ver se não me acorda de noite. Depois tenho assim que gerir. Tenho sempre esses medicamentos assim. A minha médica passa-me esses que são bons e são baratos. E fazem-me bem. É que eu havia de tomar uns para a circulação e não tomo porque são muito caros. Não tenho. Não os compro. Antes quero... Os quarenta euros que dou por uma caixa desses medicamentos para sessenta dias, dá para comprar o comer para casa. Tenho que optar. Não se pode fazer tudo. Não tenho como chegar a tudo. Se houvesse alguém que ajudasse assim estas pessoas é que era bom.

E a sua higiene pessoal. Como é que lida com esta situação?

Eu meto um saco que arranjei para pôr no pé. E depois saio da banheira, passo a parte da frente com a esponja e assim, para não molhar aquilo, que eu não posso molhar muito. E faço assim. Não deixo de tomar banho por causa disto.

E a relação com os outros? Nota que se isolou mais desde que esta situação começou?

Sim. Nunca mais fui.

Mas porquê?

Não tenho vontade e depois dá-me as dores e eu não consigo estar ao pé deles. Antes não quero ir. Antes quero que eles, se eles quiserem estar comigo, que vão à minha casa. É o que tem acontecido. Vão à minha casa e estão lá comigo. Mas se me der a dor, e eu estou para ali e "coiso". Pronto. Levanto a perna e... Uma pessoa já não anda assim muito para grandes esforços.

E como é que se sente, na medida em que já não sai de casa como dantes?

Saía. E tinha casais que tinham carro e vinham buscar-nos a casa para irmos passear. Agora não. Tenho pena. Sabe que eu tive um casamento e nem fui. Por causa do meu pé ligado. Nem fui. Por causa de ser o dia todo. Nem sei como é que eu ia andar. E o mal é que eu tenho medo que a veia se volte outra vez para fora.

Quer dizer, tem receio de agravar ainda mais as coisas. É isso?

Pois. É que a variz bota sangue e a gente não dá fé dele sair. E já não é a primeira vez que isso acontece. E eu entro logo em "coiso". E para ir assim a casamentos, não. Antes não quis ir.

Sente mais algum medo associado à dor na ferida? Receou que fosse algo mais para além da ferida quando lhe surgiu pela primeira vez dor intensa?

Até fui ao hospital. E no hospital disseram-me que era natural. Que era da variz ter rebentado.

Mas sentiu receio de que fosse algo de errado, mais grave?

Sim. Qualquer pessoa sente. O que eu acho estranho, foi o que eu disse à minha médica, na altura em que isto me rebentou, é que uma coisa tão pequenina tornou-se uma coisa grande e agora primeiro que feche, demora. E depois a dor. Mesmo a dor. Ao princípio eu não conseguia pôr o pé no chão. Eu tive que andar de muletas e tudo. Eu não conseguia pôr o pé no chão. Tive que arranjar um "coiso" para andar, que eu não conseguia pôr o pé no chão. Agora já não. Prontos. Já não. Tive que andar com as muletas lá por casa e assim. Tive que andar. Porque eu não conseguia pôr... Não conseguia andar. Não consegui andar muito bem. Mas pronto. Agora, graças a Deus, não ando muito depressa, mas ando devagar e devagar também lá chego.

O que é que achou da entrevista?

Acho que isto era bom que pudesse haver alguém que ajudasse estas pessoas mais assim, que precisa destes medicamentos e não os podem comprar. Isso aí é que era. Como eu. Já vi mais pessoas como eu. E pessoas mais velhas também, que as reformas também são poucas. Também vivo com o ordenado do meu companheiro. Não é muito mas "prontos". Não dá para certas coisas. Eu já tomei esse medicamento. Só que cheguei a um ponto em que disse: "Não. Eu não posso tirar de comer à casa para medicamentos." E foi quando isto começou a ficar pior. Que a minha médica diz que eu vou ter que tomar aquele medicamento sempre. Só que é um medicamento caro. Não é participado. Mas devida de haver medicamentos desses participados. Há tanta coisa. Ao menos dessem isso para a saúde. Tirassem noutras coisas e dessem para a saúde... Vá obrigado.

Obrigada eu pela sua contribuição e as suas melhoras.

ENTREVISTA DE JOANA (Nome Fictício)

Dados de caracterização

N.º de Entrevista: 3

Data: 26/07/2011

Duração da Entrevista: 23 minutos

Idade: 78

Sexo: Feminino

Residência (Localidade): Brogueira

Localização da Ferida: Perna Esquerda e Perna direita

Tipo de Ferida: Úlcera Arterial

Duração da Ferida: Cerca de 2 anos e 3 meses

Frequência do tratamento: Dias alternados

Estratégia de tratamento: Lavagem da ferida com o chuveiro e depois com soro fisiológico. Aplicação de sulfadiazina de prata e compressas.

Entrevista

Como é que surgiu a sua ferida?

A minha ferida foi assim. Começou assim as pernas a fazerem-se roxas e, assim umas “bolhinhas”. Mas... Pronto. Eu vim aqui à senhora enfermeira e ela disse: “Não tem importância”. Foi acerca de. Sei lá. Isto já o ano passado estive assim. Já há dois anos que eu ando nisto. E então eu vim aqui ao médico e ele disse: “Ó D. Joana, isso deve ser umas úlceras cancerosas que aparecem, às vezes, nas pernas das pessoas. Assim como tu tens. “Oh fiquei... Receitou-me um “medicamentozinho”, mas não vi melhoras nenhuma. Pronto. A partir daí, é claro, ele disse-me assim: “Então olha, deixas-te andar. Vens aqui à enfermeira. Ela vai-te tratando essas feridas com essa pomada que te estou a receitar”. Mas aquilo tinha poucas melhoras. Talvez a senhora enfermeira não acredite, mas eu andei dois anos com isto, que nem atava nem desatava. Estava sempre na mesma. O tratamento era errado de certeza absoluta. Mas andava só nas mãos da senhora enfermeira e deste senhor doutor. Como eu ainda não estava no Centro de Dia.

Ainda não estava no Centro de Dia?

Não senhora.

Foi para o centro de dia há quanto tempo?

Há quatro meses.

Então estava em casa?

Estava em casa.

Sozinha?

Sozinha. Eu como vi... Tenho só um filho. E duas netinhas. E ele vive comigo. E ele dizia...

Ele vive consigo e as suas netas também.

Sim, sim. E depois eu disse assim para ele: "Ó filho...". Ah! E ele disse-me assim: "Ó mãe, tu aqui não podes estar. Não tens tratamento nenhum. Eu para andar a ganhar qualquer coisinha para o pão, tenho que te deixar. Mas eu ou a minha mulher vamos ali ao centro de dia pôr o teu nome. E vais para lá. Lá tens apoio de tudo. Tens tratamento. É preciso ires ao Hospital ou é preciso ir a um lado qualquer, vais na carrinha. Elas vão contigo". E é. Elas são umas santas. Todas. As doutoras e tudo. E estava... Estou lá há quatro meses. Mas senhora doutora, digo-lhe uma coisa sinceramente, eu só estou a ganhar a reforma mais pequena que há, que é a do campo. Os medicamentos que estou a tomar e aquilo... Vêm ali de Alcorochel. Essa rapariga que vem levar a gente é que lá vai buscar. É os medicamentos, é os transportes. Tenho que pagar tudo. Quando chega ao fim do mês, a reforma vai logo para lá. Para lá. E ele, coitado, faz o "descontozinho". Dá "pocachinho" porque a reforma é pequenina. Mas o meu filho disse: "Mãe não te preocupes. Quero é que tu te cures a tua perna". Ó Sra. Enfermeira, pela sua saúde, veja lá se você me é capaz de tratar isto. (Chorosa) Então, no dia dois do mês que vem, vou lá ao doutor a Tomar, ao cirurgião vascular. Há ali um rapaz, aqui no centro de dia, que ele é que põe a mesa. Ele é um miserável. Tinha as pernas talvez tão más como eu tenho as minhas. Umas coisas que lhe apareceram. Ele andou no tratamento aqui nesta enfermeira. Ela está aí que sabe. E no mesmo doutor. Lá lhe disseram que tinha de ir a outro médico, porque eles não... Não havia solução para as feridas se acharem melhores com estes tratamentos.

Informaram-no para ele ir a Tomar, onde eu fui. Quer ver o doutor? E ele disse-me assim... Mandaram-me deitar lá na cama e disse-me assim: "Ó D. Joana, então oiça lá.

Quem é que lhe disse para vir aqui a mim?" E eu disse: "Ó doutor, pela sua saúde, e digo-lhe mesmo seriamente, veja lá se põe o tratamento como você pôs ao rapaz da Brogueira". "Não me diga". "Digo, digo". "E como é que ele está?" "Um rapaz perfeito. Não tem nada nas pernas. Anda aí e desanda..." (*inteligível*) "Você agora não leva". Mas agora no dia dois, volto lá para ver como é que isto está.

Em que é que a dor que sente na ferida, tem alterado o seu dia-a-dia?

Quer dizer... Pois. Agora dá-me aqueles "refinões" de vez em quando. Agora. Como agora, está-me a refilar. Durante a tarde, tomo um comprimidinho e acalma. A partir daí, começa a melhorar e coisa... Mas tenho lá uns comprimidos que eu tomo. Tomo um daqui a nada antes de almoço e depois ao jantar, já em minha casa, tomo outro e aquilo acalma.

E toma esses medicamentos para as dores só nos dias em que vem ao penso?

É assim uns "refinõezinhos" lentamente. Mas agora está aqui a "refilar", como foi do tratamento. Ela coitada, fez-me o tratamento, e estou aqui que nem sei como é que hei-de estar daqui a nada. Tenho que tomar os comprimidos antes de almoço, para ver se isto acalma. Mas a partir daí em diante, fico melhor e passando um dia ou dois, estou à "lamira" de vir fazer o penso.

Estava a dizer-me que no início tinha mais dores do que tem agora.

Sim.

Quando ainda estava em casa?

Ainda estava em casa. Porque não tinha, quer dizer, o apoio é o filho que precisa de ganhar a fatiazinha de pão. Só tenho aquele e enfim. E ele coitadito, não havia de haver mais nada que era eu vir para o Centro. Mas eu não queria. Porquê Sra. enfermeira? Então não sabe porque é que é? É que a reforma é "pocachinha", é pequena. E eu não queria que ele tivesse a pôr do dinheirinho dele para me auxiliar lá no centro.

E então porque é que tomou a decisão de ir para o Centro de Dia? Teve a ver com a ferida em si?

Sim. Porque já não conseguia fazer as coisas por mim, no dia-a-dia.

Estava sozinha em casa e tinha que fazer tudo. É isso?

Sim. À noite a minha nora fazia o jantarinho. Durante o dia fazia coisinha pouca para comer.

E deixou de conseguir fazer as coisas por causa da dor na ferida?

Claro. E depois minha nora veio aqui pôr o meu nome (no centro de dia) e eu sem saber. E assim: "Você ganhe calma que agora a semana que vem já não está aqui em casa fechada". E eu vou assim: "Então para onde é que eu vou? Para o céu?". (a rir) "Vai para o Centro de dia". (a rir) "Não, você vai para o Centro de dia". "Ai, não me diga isso. A minha reforma é "pocachinha"“. "Deixe lá que algum rumo há-de haver. Se não chegar a gente logo vê".

E como é que a senhora toma os medicamentos para as dores?

Eu de manhã tomei, é sempre, um para a circulação de sangue e à noite tomo outro. E para as dores é logo de manhã antes de vir. Pois. Bebo um bocadinho de - leite não que eu não gosto - um bocadinho de café que é para tomar o comprimido.

E esse medicamento para a dores, toma antes de vir ao tratamento porquê?

Que é para não me doer.

E quem é que lhe passou esse medicamento?

Foi o Doutor.

E foi você que lhe pediu?

Foi.

Então e para dormir à noite?

Para dormir à noite, quer dizer, quando estou para me ir deitar, se eu tenho muita dor tomo o tal comprimido e vai amainando. Depois adormeço.

Consegue controlar a dor com a medicação?

Pois. Pois. É.

Então e o que é que lhe ajuda a aliviar a dor sem ser os comprimidos?

Olhe, não é nada. (Olhar triste)

Por exemplo ter a perna elevada. Ajuda?

Quer dizer, tenho lá um banquinho e uma almofada ali no Centro de Dia. E agora quando lá chegar, tiro os sapatinhos e estico as minhas perninhas em cima daquela almofadinha e estou ali. Fecho os meus olhos. E fico bem.

Então e o que é que piora a dor?

Aquela fase pior é que é assim. Como agora. Depois do tratamento. Isto está assim. E daqui a nada, no fim de almoço, tomo um comprimidinho que eu tenho lá num saquinho, na mala. E tomo um comprimido e isto vai aliviando.

E acha que os profissionais de saúde se preocupam com a sua dor?

Não adivinham.

Mas, perguntam-lhe se tem dor?

Perguntam.

E durante o tratamento à ferida, perguntam-lhe?

Perguntam.

Qual é altura do tratamento que lhe custa mais? Em que tem mais dor?

É agora.

No fim. Não é durante o tratamento, quando lhe tiram o penso, ou quando lhe lavam a ferida. É só no fim é isso?

Quer dizer, é sempre aqui (aponta para o chuveiro).

Quando ela lava aí (no chuveiro), é quando custa mais. É isso?

Sempre. No Centro de Saúde (de Torres Novas) não têm isto. Mas olhe que isto é bom”. (inteligível) “Ó Sra. Enfermeira, estou mal disposta”. “Deixa lá que isso já te acalma. Isso já te acalma”. Porque ela coitada, vê que aquilo não adiantava, com o tratamento

que ela punha e então decidiu começar a lavar a ferida no chuveiro. Que é... As outras são boas também, mas eu estou é mais acostumada a ela.

Nota diferenças entre as enfermeiras?

É, é. Mas as outras... Todas são queridas. Mas noto que esta se preocupa mais. Tanto que quando me dizem que ela não vem. Ai Jesus! Então quando é que ela vem? Eu digo à rapariga que vem aqui comigo: "Então quando é que vem a Sra. Enfermeira?" "Ainda não sei". Estou mais habituada a ela.

Então, quando vem fazer o penso, lavar a ferida com o chuveiro é o que lhe custa mais?

É. E já me doeu mais. No princípio que ela o fazia: "Ó Joana, volta para ali as tuas pernas". "Ai! Não me faça isso. Ai que eu não aguento isso". "A água está fresquinha". "Ai não aguento isso em cima da ferida. Ai eu não posso. Ai enfermeira, pela sua saúde". "Pronto, é só mais um bocadinho". Eu aguentava porque via a ferida melhor. E eu agora é que abro a água toda e não digo nada. Porque não está tão grande como estava.

Quando estava em casa e tinha essa dor na ferida que não a deixava fazer o seu dia-a-dia, como é que isso a fazia sentir?

À filha olhe, era assim... Tinha... Quer dizer, a minha nora chegava. "Está melhorzinha?" "Vou indo. Só estou bem no sofá. Eu não sou capaz de nada". Eu queria, mas não consigo fazer mais em casa por causa das dores na ferida. Queria ajudar o meu filho, a minha nora e as minhas netinhas, mas não sou capaz.

Mas o que é que deixou de conseguir fazer em casa, por causa dor na ferida?

Olhe, deixei de fazer tudo. Só... Nem me apetece fazer a comida. Nem tenho apetite. É uma tristeza por causa das dores, e os joelhos não têm, quer dizer, não têm calço. Isso é que me custa. Depois por causa disso tudo, das dores e da falta de força, não posso andar sem andarilho. Mas não o levo para casa porque não dá jeito andar lá por casa, não é? Tenho uma bengalinha que ele me comprou. Depois, o andarilho vem comigo na carrinha e lá (no Centro de Dia) ando sempre com o andarilho. Comprou-me um andarilho que é o mais jeitoso que lá está, o outros são muito grandalhões. Coitadinho. Quis-me pôr aqui no Centro de Dia porque viu que eu lá não tinha apoio. Não tinha

apetite de comer. E ali sempre como qualquer coisinha. Elas é que... Até esse rapaz que eu estou a dizer, que tinha as pernas magoadas diz: "Tem que comer isso tudo". "Desculpa lá, mas não tenho apetite". "Mas faça para ter". Deixo sempre um "restinho" da sopa, que é o que eu como melhor. E às vezes quando elas vão assim: "Então quer saladinha de alface, ou quer tomate, ou quer rissóis?". "Olhe, só quero um rissol". "Que grande barrigada". (a rir) "Eu não tenho apetite para mais filha".

Você passeava?

Sim.

E deixou de o fazer porquê?

Porque com as pernas assim, não consigo. E eu gostava. Mas já não posso. É que é umas dores muito fortes para andar em cima das pernas muito tempo. Paciência.

A senhora tinha-me dito que tem duas netas. Que idade é que elas têm?

Uma dezasseis e outra onze.

E devido às feridas, quando estava com elas, sentia receio que, sem querer, a magoassem?

Eu tive sempre. Tenho. Tanto que eu quando estou lá no sofá, ou coisa assim, sentada e a ver televisão, eu digo assim à mais velha: "Ó Maria". "Diga". Ela responde-me que é para eu a ver. O que é que a casa é à parte de onde eu estou. "Anda cá que a avó precisa de ir à "casinha" de banho". E elas vêm-me apoiar, a levantar-me, porque eu tenho a bengala, mas não tenho aquela "coisa" nos joelhos. Porquê? Se as feridas sarassem, talvez eu tivesse reação nestes "joelinhos" para eu poder ao menos andar. Bom, se isto tiver caminho. Não sei se tem caminho. Olhe para aqui. Agora tenho que usar isto (fralda). Pois é...

Mas não tinha receio que elas sem querer a magoassem?

Elas são muito acauteladas. Não senhora. Nunca tive receio. Nada, nada. São queridas. Aquilo é do melhor.

Antes de vir ao penso, como é que se sente?

Olhe, estou sempre a pensar assim: "Ai Jesus. Amanhã é o tratamento". Ontem, não fui ao tratamento, porque o meu filho foi lá (a Torres Novas) no sábado comigo. Não foi no sábado. No domingo. E depois quando chego cá, disse: "Estou não sei como". Ele é que me tira do carro, ao pé do portão, e leva-me, porque não venho nada bem das minhas perninhas. Muito maldisposta quando elas me fazem ali o penso. Porque o... Lá estamos na mesma. Eu quero pôr-me em pé, e os joelhos não me deixam.

O facto de ter deixado de fazer as coisas do dia-a-dia por causa da dor na ferida, como é que isso a faz sentir?

À filha sei lá. Faz... É uma "batazinha" que eu tenho...

Não. Não. Como é que você se sente por ter deixado de conseguir fazer as coisas que fazia, por causa da ferida? Como é que isso a faz sentir?

À filha, faz sentir assim, mal. Assim maldisposta. Mal. Triste.

Então, quando é que começou a usar a bengala?

Foi desde que tive as feridas.

Sentia necessidade de apoio?

Pois. Apoio, isto é, eu não andava com nada. Mas comecei a ver que as feridas estavam cada vez estavam maiores e os joelhos não têm, como é que se diz, aquele calço, aquela coisa, para a gente se segurar.

Desabafa com quem a sua dor?

A chorar.

E não fala com ninguém?

Não senhora.

Nem aqui com a enfermeira? Não desabafa com ninguém?

Aqui. Ela é danada. Está sempre a perguntar isto e aquilo.

E no Centro de dia, não tem ninguém? E o seu filho, a sua nora?

O meu filho só me vê à noite. Porque vai lá a carinha buscar-me. E ele de manhã, sai às sete e meia, e vai ao... Está numa empresa de ferro. Já lá está há doze anos. E ele coitado, vai-se embora às sete e meia, para pegar no camião às oito para o Alentejo. Deus mo guarde, a ele e a todos os que andam na estrada. E a todos prontos. E então só o vejo assim à noite. Mas às vezes dá-me, senhora enfermeira, uma pena de ser uma mulher como eu era para trabalhar. Fazia tudo, tudo. Eu cozia pãozinho. Tenho um "forninho" tão longe da minha casa como daqui, aqui. Ali ao centro de dia. Tenho um "forninho". Eu cozia pão. Eu lavava a roupa. Dantes nem havia essas máquinas. Sempre houve! Mas a gente pobre não tinha. Lavava a roupinha. Fazia o asseio na minha casinha. Fazia tudo. A comida. Fazia tudo. Antes do meu marido morrer, eu já tinha isto nas pernas. Ele coitadinho é que me ajudava: "Deixa lá. Tens que te conformar. Deixa lá. Tem que se dar tempo ao tempo. Mal seja que não te aches melhor". Pois é. Ele já lá está há cinco anos e eu já tinha isto nas pernas.

Há cinco anos você já tinha isto nas pernas?

Mas eram umas manchinhas só. Pequeninas.

E tinha dores nessa altura?

Não. Mais tarde é que foi alastrando. Foi alastrando. Nessa altura não tinha.

E você não desabafa com ninguém quando está a sofrer com a dor?

Só choro. E elas ouvem-me chorar. "Ó avó". "O que é filha?". "Estás chorar porquê? Ó avozinha porque está tu a chorar?" "Porque tenho tanta dor". "A gente já te vai aí acalmar". Uma de um lado e outra do outro. Andam na banda dos Riachos. Ou você julga... É ver aquela que já toca melhor. É a mais velha. "Ó avó. A gente traz a nossa música aqui para o nosso quartinho e tu ouves, não ouves avó?" "Oiço". Agora no domingo foram lá tocar. "Ó avó se te dói a cabeça, a gente pára". "Não. Eu estou a gostar de ouvir a música".

Então e o que é que nota de diferente quando faz o tratamento aqui ou noutra local?

Qual é diferença que a faz sentir melhor aqui?

Sabe o que é? Esta faz melhor o tratamento que lá. (a sussurrar)

Melhor em que sentido? O que é que é diferente? (Apontou para o chuveiro) Lavar?

É o lavar. É que elas lá não lavam.

E você sente diferença quando lhe lavam a ferida?

Sim. E esta é sempre a coisa feita por ela. E lá é hoje uma. Amanhã é outra. A que vai esta semana já é outra. Estão lá duas ou três. São três. Tenho que me contentar.

Estão sempre a mudar é isso?

Estão.

E não gosta disso?

Não senhora. Ser sempre a mesma dá-me mais confiança. Se essa estiver sempre aí, melhor.

Pois é. Olhe...

Estou muita contente de falar com você.

Então?

Agora já não a vejo tão depressa, pois não?

Pois não. Gostou a entrevista?

Gostei.

ENTREVISTA DE GUILHERMINA (Nome Fictício)

Dados de caracterização

N.º de Entrevista: 4

Data: 08/08/2011

Duração da Entrevista: 40 minutos

Idade: 50

Sexo: Feminino

Residência (Localidade): Riachos

Localização da Ferida: Perna Esquerda

Tipo de Ferida: Úlcera Venosa

Duração da Ferida: Cerca de 4 meses

Frequência do tratamento: 3 vezes por semana

Estratégia de tratamento: Lavagem da ferida com soro fisiológico e aplicação de Carboximetilcelulose sódica com prata, compressas e ligadura elástica.

Entrevista

Então diga-me, como é que surgiu a sua ferida?

Comecei a andar com um ardor na perna. Um ardor que eu já conhecia. Já tinha conhecimento da outra (ferida), quando me abriu. Mas da outra vez comecei com um vermelhão na perna. Depois eu lavava o pé e sentia a pele ali fininha. E disse: “Que raio, mas isto está a ficar vermelho e a pele a modos que a ficar fina”. E comecei a ter atenção àquilo. Não tinha dor na altura. No ano passado. E nisto começo a ver um tipo de uma escama. E disse: Isto vai-me abrir aqui. Bem, o vermelhão começou a alastrar mais. E eu vou assim: “Ai. Eu vou ter que ir mostrar isto é à médica”.

Quando vim à médica, já vinha com um "buraquinho" e com uma infeção "maluca". Ela disse-me que era para vir no outro dia. Por que eu vim mesmo diretamente aqui à médica. E ela como tinha muita gente, disse que não me podia atender. “Mas diga à doutora que isto é um caso de urgência, que é uma infeção grave e que eu não estou bem. Ela sabe que eu só cá venho quando preciso”. Disse que não me atendia. (fácies frustrado) Então fui à enfermeira. Foi obrigada a chamá-la, não é? Eu disse à enfermeira: “Eu não estou bem. Não posso ir com isto assim”. A médica foi lá ver-me. Medicou-me com antibiótico e mandou fazer o tratamento. Andei aqui umas três semanas a fazer tratamento. E a coisa melhorou. Porque foi "pequeninha". Esta,

também começou "pequeninha" mas depois o tratamento não aderiu. O primeiro tratamento. E começou a alastrar.

Portanto aquela foi assim. Esta começou com ardor. Aquele ardor ali. Quente. Naquele sítio estava quente, mas era assim mais a arder. E eu num sábado estava ali a lavar os pés. É que eu costumo pôr os pés de molho num alguidar, no quintal, para estar mais ao "fresquinho". E estava assim: Ó marido, há-de ver ali no "ortelho" (maléolo), a ver se tenho algum buraquinho. Porque eu desde que pus próteses custa-me muito a baixar para ver. E ele disse assim: "Não. Não me parece que seja buraco". "Deve ter, porque ele ardeu-me com a água, quando a água entrou ali naquele sítio". Quando limpou, viu que tinha um "buraquinho". Foi então quando eu vim aqui. Já tinha a infeção. A doutora viu logo. Medicou. E comecei a fazer o tratamento. Mas sem comprimidos para as dores nem nada. Só que o primeiro antibiótico não deve de ter feito efeito. E agora este que estou a tomar, acho que está a fazer efeito. Porque aquilo continuou com o vermelhão. A ferida a aumentar cada vez mais. É que ela começou assim muito "pequeninha". Com um vermelhão muito grande mas "pequeninha". E com muita dor. E eu de noite não dormia. Eu continuei a fazer o antibiótico. Acabei-o, e continuou a dor cada vez mais forte. Até que quando vim aqui. Quer dizer a enfermeira ficou de férias e fui ao Centro de saúde a Torres Novas. E lá é que me fizeram o tratamento com Betadine e aquela coisa ainda agravou mais.

Tanto que quando eu cheguei aqui com esse tratamento a enfermeira disse-me assim: "Parece-me que isto não é nada de jeito". Que eu não costumo ser alérgica. Elas perguntaram se eu era alérgica a alguma coisa. Eu acho que não. Talvez tenha sido o material que não fosse o adequado. Depois ela chamou a doutora nesse dia, outra vez. Ela esteve a ver e medicou-me então com outro antibiótico. E um comprimido para as dores (diclofenac), para tomar 2 por dia. Quando começa a passar o efeito é dores de morrer. Está sempre assim, a latejar. E de noite...

Diga-me, como é a sua dor? Começou logo quando a senhora começou a fazer tratamento?

Logo, logo.

Como é que esta dor a faz sentir?

Mal, mal, mal. Eu não durmo. Quando estou deitada... Eu agora vou-me deitar quando chego a casa. Procuro ter a perna alta. Ou de lado. O mais alto que eu possa.

Mas porquê? Porque é a posição mais confortável? Que provoca menos dor?

É. Experimento as posições para aliviar a dor. Há posições em que eu não consigo mesmo estar. Se eu estiver de lado com ela (após demonstração da utente, apercebi que é com a ferida em contacto com a superfície de apoio), aquilo parece que está tudo a abrir. Às vezes estou assim um bocado, mas também tem um contra, as minhas próteses. Estar deitada com as próteses na mesma posição, também não posso. Quer dizer, é tudo a contradizer o tratamento daqui. Depois tenho que procurar posição. Depois estou assim um bocadinho mais coisa e daí a um bocado começa aquilo outra vez ali, parece que me está a morder. Tenho que mudar outra vez de posição. E é uma dor insuportável. Tem-me custado mais isto do que ter os meus filhos. E custou-me muito a ter os meus filhos.

A dor da ferida é pior do que o parto dos seus filhos?

É.

Mas porquê?

A dor é constante. Eu tenho estado aflita... Parece que está ali um bicho a comer. Que eu estava assim: Estou deserta para ir tirar este tratamento, a ver como é que isto está. E dá-me impressão que... Portanto, eu vim fazer o tratamento na terça-feira. Na quarta estive mais ou menos. Hoje é?

Hoje é segunda.

Vim na sexta. Assim é que foi. Estive no sábado mais ou menos. No Domingo começou outra vez a morder mais um bocadinho. Dá ideia que quando o tratamento começa a secar a ferida ou não sei, puxa mais a dor. Não sei se é normal, se não é normal. Ainda não conversei com a enfermeira. Não sei se está a ser muito tempo. Portanto, agora venho quarta-feira. Está a ser dia sim, dia não. Mas na sexta, foi sexta, sábado, domingo e segunda. Foi mais um dia. Ontem e hoje de manhã foi horrível. Está a perceber a situação? Não sei se é o tratamento que já está seco e ajuda a ferida a estar ali a moer, se o que é.

Estava a dizer há pouco que para dormir era complicado. Como é que faz para conseguir descansar melhor?

Não durmo (encolhendo os ombros).

Não toma medicação para dormir?

Eu tomo o Xanax, mas mesmo assim não durmo. Mas além disso, como eu tenho muitas dores nas pernas, cansaço por causa das próteses é mais difícil. E depois comunica aqui com o cérebro. E a gente entra em parafuso. Esta noite por acaso até nem dormi muito mal. Mas tenho noites que não durmo duas horas. E depois uma pessoa anda desorientada de todo.

Então, e os comprimidos que a senhora tem para as dores, se os tomar à noite não ajuda?

É assim, eu tomo às nove horas que é quando tomo o antibiótico. Tomo os dois. Aquele bocadinho, ali uma hora, antes de fazer efeito, está mais ou menos. Depois vou-me deitar lá para as 22h30min ou 23h e quando são duas da manhã já não durmo. Ou então, tenho que ir tomar outro (comprimido) para aliviar as dores. O que não é conveniente também estar a tomar medicação assim de qualquer maneira. Ou tenho que estar em claro.

Mas já falou com a sua médica para lhe arranjar outro medicamento para as dores?

Ainda não vim à doutora depois disso. Quando foi agora na sexta-feira. Na sexta-feira... No dia dois. Na terça-feira é que ela me viu. Na quarta comecei o antibiótico e os comprimidos (para as dores). E agora estava a ver a evolução disto. Eu acho mesmo assim, que sinto melhoras já, ligeiramente, em questão da dor. Estou um bocadinho mais leve. Mas na sexta-feira e no domingo... Eu tive dores nesta perna que eu não desejo ao meu maior inimigo. O meu irmão tinha tantas (dores) que ele dizia-me assim: Não sei como é que a nossa mãe aguentava.

O seu irmão também uma úlcera como a senhora?

O meu irmão teve muito mal. Abriu-lhe esta parte aqui toda. E eram nas duas (pernas). Depois teve de estar montes de tempo... Esteve mais de um ano a fazer tratamento. Abriu-lhe assim um buraco deste tamanho. (fácies triste e angustiado)

E a dor que tem é mesmo no local da ferida ou à volta dela?

É mesmo no centro da ferida. É que às vezes podia ser a infeção à volta, mas é mesmo na ferida. No local da ferida.

O que é que se alterou no seu dia-a-dia por causa da dor associada à ferida?

Não se pode alterar muito, porque a vida está muito difícil.

A senhora trabalha?

Tenho que trabalhar. Embora não devesse.

O que é que faz?

Estou a tomar conta de idosos. Estou a ajudar. Faço umas horas lá e assim, mas não é... (desanimada)

Como é que consegue trabalhar com a dor associada à ferida?

Quer dizer eu de braços e assim é onde eu puxo mais. E para aliviar esta perna (a ferida) carrego na outra. E então, quando eu tento levantar, quando é para levantar e assim, tento sempre aliviá-la (a perna) o máximo que posso. Mas não quer dizer com isso, que não sofra com isso. Eu tenho uma patroa excelente nesse aspeto. Só não faz mais porque não pode.

O estar com a perna levantada é o que alivia mais a dor, não é?

É.

E o que é que piora?

É estar muita hora em pé. Eu noto. E depois se eu andar sempre no “gira-gira”, tudo bem. Agora, quando chego a casa a partir das oito, sento-me e que a ponho no ar. Começa ali aquilo a latejar. Ó que coisa!

E em casa. As tarefas domésticas: roupa, comida. Como é que lida com isso?

A comida faz o marido. Eu não faço nada em casa praticamente. Para fazer o outro serviço. Foi combinado mesmo assim. Então eu disse-lhe a ele: para te ajudar de uma maneira (economicamente, trabalhando), de outra não posso. Então ajudas-me e os meus filhos também. O meu filho que estava ainda em casa, também teve que ajudar na

lida da casa. Eu unicamente o que faço em casa é passar a ferro. Mas passo sentada. Não passo em pé porque não consigo. Passo sentada a roupa que tenho. Sempre, sempre.

Então e sair de casa, passear?

Não passeio. Chego do trabalho... Não consigo andar. Eu tenho vergonha de andar na rua. Pareço uma velha. Sou pior que certas velhas. Coxeio por causa da dor. Estou toda empenada. Eu a andar sinto-me pior que certas velhas de 80 anos. (chorosa) Uma pessoa que sempre se mexeu para tudo e mais alguma coisa, ver-se nesta situação é muito complicado.

Mas esse coxeiar é relacionado com...

Com as próteses.

Não é relacionado com a dor?

A dor agora também contribui. Uma pessoa vai na rua e as pessoas mais velhas: tu vens tão coxa, estás tão empenada. Eu por vezes digo ao meu marido: “Eu antes não quero sair. Deixa-me estar em casa. Se queres vai tu”. Às vezes vou com ele para fora da terra. Porque isto aqui. Ao menos ninguém me conhece. Não sabem se sou “empenada”. Se sou “desempenada”. Se estou melhor. Se estou pior. Parece que gostam de ver as pessoas mal.

Mas acha que o facto de ter essa dor associada à ferida contribui para o seu isolamento?

É. Para que é que vou sair? Para me queixar? Mesmo em casa custa-me muito. (chorosa) O meu marido às vezes vê-me triste e diz-me assim: “O que é que tu tens?” “Não tenho nada”. Se eu lhe vou estar sempre a dizer: dói-me aqui, dói-me acolá, dói-me no outro, dói-me assim. Como é que é? Ele também se sente.

Mas com quem é você desabafa sobre a dor?

Não tenho ninguém. Tenho-o a ele, mas também não pode ser sempre. Os meus filhos coitadinhos. O meu filho não me pode ver chorar. Fica logo todo aflito. A minha filha está na casa dela, também já pouco... Quer dizer, vimo-nos mais de passagem.

Quer dizer, desabafa sozinha?

Com Deus. Com os meus pais que já lá estão. Falo com eles. Peço-lhe ajuda. A vida tem sido muito complicada. As pessoas que a gente mais gosta vão-se. Então a partir daí a vida... O que tenho tido de bom é o meu marido. Se o meu marido de faltasse, não sei. Tem-me ajudado muito.

E lidar com as pessoas? Com as crianças. Sente receio, por medo que lhe provoquem dor na ferida?

Não. Não tenho medo. Também tenho mais contacto com os idosos. E eles, coitadinhos, estão sempre: "Olhe a sua perna!" Tenho uma amputada de uma perna que está sempre a dizer: "Cuidado com a tua perna. Olha que eu já não tenho a minha. Cuidado com a tua". Estas coisas ajudam a gente a superar, a ter forças para lhes dar forças. Quer dizer a ter forças para nós e para dar para eles também.

No tratamento da ferida em si, havia algum material de penso que a senhora sentisse que lhe causava mais dor?

Na primeira (ferida) foi muito eficaz o tratamento. Como foi tão "pequenina" a ferida. Esteve muito pouco tempo aberta. Foram três semanas. Esteve muito pouco tempo aberta, porque aderiu muito bem a um tratamento. Começámos com esse, mas nesta (ferida) não deu resultado. Portanto, foi um pó que o meu irmão conseguiu para as dele, que fez efeito durante um tempo: a colagenase. O meu irmão mandou vir de Espanha para ele. A enfermeira nem conhecia e pediu para eu trazer a caixa. E ela começou a experimentar comigo. Como viu que deu tanto efeito, pediu para experimentar noutra, mas acho que não deu. Agora nesta (ferida), com este tratamento piorou ainda mais.

Mas quer dizer isso encarece mais as coisas. Você tem pagar esse material.

Não é fácil, não. Mas como vi melhoras justificou. Por acaso não paguei. O meu irmão é que o pagou. Mas no caso de necessitar de comprar agora, teria que ser eu.

O momento em que tem que vir ao tratamento. Como é que encara isso?

Eu não sou muito piegas, está a ver? Estou deserta por mudar para ver se está melhor. É a minha ansiedade. Porque eu não queria que piorasse.

A sua ansiedade não tem a ver com o receio de sentir dor. Tem a ver com...

As melhoras. Porque eu precisava das melhoras rápidas. E às vezes a gente não consegue isso, não é? A minha ansiedade é mais nesse aspeto. E o precisar de dinheiro. Se eu pudesse estar sentada de perna direita uns dias... Mas tenho que trabalhara para ganhar, senão não posso comprar os medicamentos e outras coisas. Também no sítio onde estou agora, preciso de ajudar quem me ajuda a mim. A pessoa está muito mal também, e precisa de ser operada. A quem me ajudou muito, não posso voltar as costas. Não é fácil a vida... A gente sabe que ninguém é insubstituível. Mas às vezes a gente vai andando até poder e quando não pode pára. Foi o mesmo que me aconteceu com as próteses. Andei a trabalhar ainda de muletas, antes de ser operada. Até que não deu mais. Depois parei três anos. Depois entrei em parafuso. Três anos para quem nunca esteve parada a não ser com o parto dos filhos. Desde os nove anos que comecei a trabalhar. É muito doloroso para estar parada. E com encargos às costas, pior ainda. É um desespero.

E quando a senhora vem aqui ao tratamento. Qual é altura em que sente mais dor?

É quando o penso sai. Mas mais quando estão a limpar mesmo a ferida. É mesmo quando passam no centro doloroso. (fácies de dor) Aquele centro ali é onde me dói mesmo. Onde estão a limpar, é onde... (contraiu-se fez um som de dor). Embora eu não me manifeste muito. Mas a parte onde me dói mais é essa.

E durante o tratamento sente que há uma preocupação com a sua dor?

Isso sim. Pelo menos aqui tenho sentido. Quanto a quem me tem feito o penso, tenho sentido.

Alguma vez lhe perguntaram com uma escala com números para identificar o seu grau de dor?

Não. Perguntam-me: "Está a doer?" Ou: "Eu sei que lhe estou a fazer doer", durante o tratamento. A gente sabe que dói, mas tem que sofrer para se tratar.

Esta situação da ferida, da dor, do não descansar bem, de ser difícil trabalhar, como é que isto a faz sentir?

Mal, né? Mal, porque a gente não se sente bem. O levantar de manhã com dor. Sair de casa. Não é fácil.

E você consegue conduzir?

Consigo, até ver. Também não ando depressa. São distâncias curtas. É de Torres Novas para aqui. Trabalho em Torres Novas. Moro aqui mesmo pertinho nestes prédios. Só que como venho (de Torres Novas), venho logo direito e depois vou um bocado para casa descansar a perna. À noite, vou lá mudar fraldas e isso. Depois venho. É um bocado que descanso, é um bocado que atraso.

E esses comprimidos que a Sra. está a tomar, foi a doutora que lhos passou?

Sim. Eu disse: "Doutora, tenho muitas dores, receite-me alguma coisa". "Mas são mesmo muitas?" "É doutora. Não aguento. Você sabe que eu só peço quando não posso". É uma coisa que eu não gosto. Tomar medicação assim... Eu se pudesse evitar todos, eu evitava todos. Tomo para a tensão. É para a circulação. É mais não sei quantos. Já estou a ficar pior que os velhos. Tenho um mapa de medicação com algum jeito.

Está situação da dor faz-lhe ter receio de alguma coisa?

Então não tenho que ter receio de um tumor, por exemplo? Que possa surgir.

Por causa de...

Da dor. Da dor. Em qualquer sítio que seja, a dor para mim... Assusta-me muito. E hoje digo... Tenho visto muita coisa. Muita ferida, em muitos velhotes e tudo. E hoje percebo a dor de quem tem dor. Não sei se me estou fazer explicar. Não temos noção do que é a dor. É que a gente sente que a pessoa que está ao lado, que está com dor. Nós sabemos pôr na gente a dor que eles estão a sentir. Porque já tivemos uma dor idêntica ou muito parecida. Eu, por acaso tive lá um utente que teve uma ferida no "ortelho". Teve várias feridas. Mas a do "ortelho" metia-me muita impressão. E hoje quando vejo a minha,

lembro-me tanto do velhote. (fácies de sofrimento) Realmente tu devias ter dores de morrer, quando te estavam a limpar, não é? Tenho muita pena de quem sofre. (chorosa)

Mas tem uma família que se preocupa consigo.

É. É isso que eu digo. Posso dar graças a Deus. Embora às vezes a gente diga assim: "Não tenho ninguém". Mas é mentira. Porque no fundo a gente tem. E há quem não tenha mesmo ninguém.

E tomar banho. Como é que a senhora faz?

Olhe, eu ponho um saco na perna. São dois para não molhar a ligadura. São dois para não molhar a ligadura. Ponho um mais pequenino do supermercado e depois ponho um preto (saco) até cá o cima. Depois quando é para limpar os dedos e assim, o marido limpa. A perna fica dentro da banheira. Não consigo pô-la em cima de nada para estar em pé, porque para tomar banho de banheira, porque não tenho poliban nem nada. Tenho que ir para dentro da banheira. Então, estou em pé. Procuo proteger o máximo. No fim, tiro o saco com cuidado. É Esse o meu trabalho todos os dias de manhã. Tomo sempre banho. Nunca me lavo só.

E quando a Sra. sai do tratamento a dor na ferida é mais intensa...

Quando acabo de sair é intensa. Agora por exemplo está a relaxar. Ao fim de meia hora já sinto a diminuir.

E tem que tomar alguma coisa quando chega a casa?

Tomei um comprimido para as dores antes de vir. Porque já estava a senti-la antes. Estava a almoçar. Tomei o Daflon, o das dores e o da tensão. Depois vou com o efeito para o tratamento. À noite tomo outra vez. Para dar para a noite. É assim que tenho gerido a medicação, para ver se aguento este bicho. Este bicho que anda aqui a morder. Se eu pudesse colaborar um bocadinho mais em termos de descanso, eu sei que também era melhor. Mas eu sei que é. Eu sei. Só que eu tenho que trabalhar para manter a casa e ajudar os filhos. Eu sei muito bem como é que isto funciona. Infelizmente, há muito ano que lido com varizes. E a minha mãe foi uma desgraçada. (chorosa) A minha mãe foi até morrer sempre com elas, uns bocados abertas... Uns meses abertas, outros fechadas. As pernas dela eram mato. E o meu irmão, pelo jeito agora também. Já há uns três ou

quatro anos que lhe começaram a abrir, pronto. Agora fez um tratamento para fazer um enxerto. Fez para tapar porque não fechavam. Numa já está boa. Já está destapada. A outra é que ainda anda tapada. Não sei se não colou bem ainda. Era para lhe perguntar ontem, mas esqueci-me. Ele fez um enxerto mesmo como deve de ser. Ficou bom. Mas antes disso teve que fazer um tratamento muito grande. Teve ligado a uma máquina, e só o desligavam duas horas. Por causa da infeção não passar. Sei que ele fez um tratamento mesmo hospitalar. Teve que fazer antibiótico em Torres Novas. Quinze dias. Não fez efeito o injetável. Depois foi fazer esse tratamento para Tomar. E então depois foi operado. Foi só através disso que ele conseguiu depois o transplante, e ficar bom. Andou aí montes de tempo, aqui no Centro de Saúde e depois foi em casa. Os enfermeiros iam lá a casa fazer o penso e ele sempre deitado. Esteve um ano deitado, com as pernas em pé sem se poder mexer. Depois muito peso. Ele estava mais gordo que eu. Depois fez bypass e perdeu muitos quilos. Eu fiz a banda, mas a banda não me ajudou muito. Perdi na altura vinte e tal quilos. Depois com esta última prótese que fiz, descontrolou-se, saiu fora. Eu tive assim, só coisas para me chatear. Saltou fora e eu sentada na borda da cama cheinha de dores, e eu assim: "Ai a minha vida".

Eu a levantar-me da cama com o máximo de cuidado ao fim de 15 dias da operação, de estar em casa. Telefono para o Dr. que me tinha operado, que tinha assistido à operação também. Não foi o que me operou, foi o colega dele. Primeiro foi esse para quem eu telefonei e ele disse-me: "Então, mas venha cá ao Entroncamento que eu faço-lhe um Rx, para ver como é que isso está". Fui lá ter com ele. Aquilo conforme saltou, depois encaixou outra vez. Quando tentei levantar-me, aquilo foi ao sítio. Na radiografia não se via nada. Estava tudo bem. Eu vinha para casa. Passado uns dias aquilo outra vez fora do sítio. Andei naquilo alguns seis meses. Descontrolei-me de uma maneira. O sistema nervoso andava... Pus peso... E agora para o perder... Eu já perdi algum, mas não tem sido nada fácil. Eu digo, isto é um descontrolo de cabeça. Pronto. Eu é uma coisa... Se eu andar a trabalhar nem me lembro. Agora, se eu estiver em casa com um problema qualquer, aquela casa é corrida por todos os cantos a ver onde posso ir mexer. Por isso é que eu engordo. Ao menos esqueço-me de tudo. Eu queria ajudá-la mais...

O que é que achou?

Eu gostei de conversar consigo.

E eu agradeço-lhe a sua contribuição.

Se disse algo que não devia, olhe...

Não. Disse-me a sua experiência. E isso vai ajudar outras pessoas. Para alertar também os profissionais do impacto da dor.

O bichinho está lá. A dor está lá. A gente às vezes mostra uma cara de riso, mas sabe Deus o que lá está dentro. Eu por vezes tento esconder ao meu marido o que estou a sentir, para não o preocupar. Depois fico sozinha. Depois os “bocaditos” que estou em casa, por exemplo, agora que me vou deitar, choro. Estou sozinha, choro. Agora tem sido: um dia ele está, outro dia não está. Um dia fica comigo, outro dia fica com a mãe. Porque ele tem a mãe que vou ajudar a tratar dela, mas ficar de noite fica lá ele, porque não tem casa nem cama suficiente para eu me sentir bem com os meus problemas. Então eu disse sempre: "Não há necessidade. Se houver alguma coisa, eu chamo-te". Então é assim, um dia fico sozinha em casa, outro... Já aconteceu ter noites que eu dava dinheiro para ter alguém ao pé de mim, de tanta dor. Eu tive uma noite, já depois de ter esta ferida, (chorosa) que eu não desejo ao meu maior inimigo, que eu penso que não tenho. Eu gritei. Eu estava com medo dos vizinhos. Não foi fácil. Agora está um bocadinho mais leve, mas não foi fácil. Eu não tinha posição para a perna. Que eu procurava posição para ver se ela acalmava. Mas a dor era tanta ali em cima daquele osso. É mesmo no "ortelho". Parece que estava ali um ferro a espetar o osso. Matava-me. Mas parece que está a querer passar. O enfermeiro também estava a dizer que neste sítio a pele, às vezes quando está a sarar, também ajuda a ter dor. Não sei se é se não.

A dor nem sempre é mau sinal, mas custa sempre.

Custa muito. Eu penso que talvez esteja no bom caminho.

Vai ver que sim. Isto demora o seu tempo. Tem que ter paciência. Muita.

Por acaso. Quando isto me apareceu, desta vez. Estava a minha vizinha do lado, que também tem montes de problemas. Ela sabe o que é sofrer. E eu estava a dizer: "Ó Maria, vai-me abrir a perna". E ela vai assim: "Vai-te abrir a perna?" "Vai porque já estou a sentir dor. Já estou a sentir aquela coisa que senti o ano passado". Ela disse: "És tonta". Sou tonta? No outro dia disse-lhe assim: "Eu não te disse? Já fui fazer o penso

ao Centro de Saúde porque ela já está aberta”. E ela disse-me assim: "Realmente...". Eu não sou tonta. Lá nesse aspeto, ainda as coisas estão não sei onde, parece já eu estou a adivinhar. Desculpe lá.

Agradeço-lhe a sua contribuição e desejo-lhe o melhor para si e que isso sare rapidamente.

ENTREVISTA DE ELISA (Nome Fictício)

Dados de caracterização

N.º de Entrevista: 5

Data: 08/08/2011

Duração da Entrevista: 43 minutos

Idade: 75

Sexo: Feminino

Residência (Localidade): Riachos

Localização da Ferida: Perna Esquerda

Tipo de Ferida: Úlcera Venosa

Duração da Ferida: Cerca de 5 anos e 9 meses

Frequência do tratamento: 2 vezes por semana

Estratégia de tratamento: Lavagem da ferida com soro fisiológico e aplicação de Carboximetilcelulose sódica com prata, compressas e ligadura elástica.

Entrevista

Como é que surgiu a sua ferida? Como é que isto tudo começou?

Isto apareceu assim. Ali naquele sítio fez uma "manchazinha" assim escura, e depois quando fez aquela mancha escura, eu andava assim a olhar, e vou assim: "Isto está aqui uma mancha escura. O que é que será isto?" A partir daí começou a ganhar assim uma... Parecia uma "postelazinha". E eu vi que aquilo estava a alastrar. Fiquei assustada com aquilo e fui ao médico. Naquela altura. E eu fui lá mostrar a perna. "Ó Sr. Doutor, afinal tenho aqui uma "coisa" e tal". "Ó rapariga! O que tu tens aqui é uma úlcera varicosa, que se está aqui a formar". E eu... Coitada de mim. Não percebia nada do que é que era isso. Depois ele disse-me: "Sabes o que é? Isto é precisamente como uma pessoa que tem uma úlcera no estômago, ou noutro lado qualquer. Isto é precisamente resumido, daqui das veias". Eu andei assim, sei lá quantos anos. Pronto. Ele explicou-me aquilo e não me explicou mais nada. Agora aqui, na entrada do ano, estive uma enfermeira e disse-me assim para mim: "Ó D. Emília, diga-me lá uma coisa: você sabe-me dizer a qualidade de úlcera que você aí tem?" E eu disse: "Não". Eu digo assim: "Ó Maria, não sei. Não sei porque o médico nunca me explicou o que era isto". "Se você não se importar e se você quiser, vai ao hospital e vai ver o que é que é isto". "Eu não me

importo. Afinal eu nunca soube o que é que era”. E então eu fui. "Mas antes de ir ao hospital, vai ao recurso lá a uma consulta de uma médica”. Ela é que telefonou daqui para a médica, que a conhecia. Eu fui daqui. Não foi preciso preencher papeis. Não foi preciso nada. Quando eu lá cheguei chamaram-me. Ficou combinado aquela hora. Pronto. Fui lá à médica, e então a médica... "Pronto. Olhe, já estou a ver como é que é, já estou a ver. Agora a senhora leva aqui este papel e vai ao hospital no dia tal, que é para ir lá fazer um exame”. Eu fui lá. Fui ao hospital. Quando chegou a altura de eu ir lá fazer o exame, chamaram-me. Deitei-me lá numa marquesa. Estava uma médica e uma rapariga ao lado dela. Uma enfermeira, com certeza. Lá me andou a carregar na barriga. Era uma barulheira. Era no sangue que aquilo estava ligado. Era no sangue. E eu cá comigo: "Credo! Tanto barulho que as tripas estão a fazer”. Era o sangue e eu a julgar que eram as tripas. Bem. Fiz então aquele exame. E depois... "Pronto. Já se pode levantar. Já se pode ir vestir e tal”. "Então e agora como é que eu faço?" "Não se esteja a ralar que vai ali direita à secretaria e já lá está a senhora e, dá-lhe o papelinho". Deu-me o papel lá com o exame. Eu trouxe o papel. E ficou outra vez a marcação feita, para eu ir mostrar à médica, que me assistiu a primeira vez. Por azar, aquilo como é médica de recurso, por azar não calhou a mesma. Claro. Mas eu li o papel que elas me deram no Hospital. Li lá o papel, onde vinha a dizer o que é que era.

E então. Quando eu fui a essa médica, ela agarrou no papel. Estava a ler, a ler, a ler. E disse-me assim para mim... Ela tinha cara de poucos amigos, mas é para onde eu durmo melhor. Para mim, uma médica é tanto como a menina, como outra qualquer. O que tenho a falar falo. Não estou cá com aqueles medos. Porque uma médica ou um médico, seja um doutor, seja o que for, é como eu. Estudou. Mais nada. E ela vai, leu e vai assim para mim: "Oiça lá, a senhora não quer ser operada?" "Não senhora". "Então e porque é que a senhora foi fazer o exame?" "Porque era para saber o que é que era que a minha perna tinha. Se era úlcera varicosa ou se era venosa”. E ela já não me explicou mais nada, como quem diz: já sabes e eu agora... Nem me procurou se devia tomar isto, se havia de pôr isto, se havia de pôr aquilo... Nada. Porque ela pensava na ideia dela e respondeu-me assim com duas pedras na mão: "Então, oiça lá a senhora não quer ser operada?" E eu digo assim: "Não senhora". E vai assim: "Então e porque é que a senhora foi fazer o exame?" "Fui fazer o exame, porque a enfermeira que me anda a tratar, queria saber a qualidade de úlcera que era esta. Se era venosa, se era varicosa, se era venosa”. E então ela ficou calada. Depois como viu que eu que lhe falei assim

pensou lá para com ela: "Eh pá já está a saber mais que aquilo que eu lhe expliquei". A minha nora até tinha ido comigo e vai assim para mim: "Você fez muito bem em dizer isso". Então com certeza. Então estavam a perguntar se eu queria ser operada? Para já, eu já tenho isto há muito ano. E o médico, esse tal médico que morreu, disse assim a mim para eu nunca ser operada, porque as minhas varizes é assim: a perna está mística com tantas "veiazinhas" lá dentro. Eles se me fossem operar cortavam aquilo, era deitar sangue sem destino, porque estavam a cortar uma e outra. Cortavam as duas. Já tenho isto há muito ano, e eles dizem, que as pessoas que olham para uma perna com aquelas que parecem umas tripas de porco... Essas não são as ruins. As ruins são estas pequenininhas que estão internas, por dentro.

Quem é que decidiu o tratamento?

Depois a médica não me disse mais nada, e só me procurou assim: "Então você não quer nenhuma receita, nem quer nada?" "Se a Sra. Dra. me passar, aproveito". Lá lhe pedi os medicamentos que andava a tomar. Porque eu não tomo nada para isto. Ela depois passou-me... Não foi ela. Foi outra médica lá no recurso. Essa do recurso é que me passou por causa dessa enfermeira. Eu fui lá fazer o penso, porque elas aqui não tinham vindo. Estavam de férias. E eu fui lá e a Maria (enfermeira) vai assim: "Então oiça lá, o que é que a médica lhe disse?" E eu contei-lhe. "Então e ela não lhe receitou nada para você tomar?" "Não. Nada". E então, ela vai assim: "Então espere aí um bocadinho que eu vou ali falar com a médica que ela está a dar consulta". Ela foi lá e trouxe-me uma receita. Com uns comprimidos para eu tomar, que eram para a má circulação do sangue. Mas eu nunca os aviei, nem os quis por isto: porque eu já fui alérgica. Sou muito alérgica a certos medicamentos. E eu não quis tomar aquilo porque eu já uma ocasião, tinha tomado para a má circulação. Quer dizer, no lugar de fazer bem a uma coisa fez mal a outra. Apanhei uma alergia. Depois fiquei com a perna cheia de bolhas ensanguentadas, teve que lá ir o enfermeiro cortar-me as bolhas. Olhe, eu tenho um sobrinho que é enfermeiro no Hospital de Torres Novas. (...) E eu disse-lhe assim: "Ó Joaquim, tens que cá vir". Nessa altura ele ainda tinha mais ocasião de atender a gente que agora. "Ai! Ó Joaquim, tens que cá vir. Passou-me isto assim, assim. Vem cá a casa". Ele passou lá e viu os tais comprimidos que ela me tinha receitado, e ele vai assim: "Isso tudo daqui para fora. Tudo daqui para fora, porque se você está com comichão, coce-se". Como quem diz: mas não tome mais. Quanto mais tomar pior.

Depois, fui ao Hospital, daí a um tempo. Que a perna estava cada vez pior. E eles meteram-me uma ligadura de cola de zinco. E eu disse assim: "Vocês não me ponham isso. Olhe que eu tenho medo. Sou alérgica a essas coisas". Diz uma enfermeira: "Não tenha medo. Não tenha medo". À pois não, não tenha medo. Fui alérgica a ela. Lá vai o enfermeiro outra vez cortar-me. Foi lá, cortar-me aquelas bolhas. Quer dizer, era a cola de zinco a dar cabo da perna. Era os comprimidos que eu estava a tomar, que eram de cortisona. O meu sobrinho: "Você não tome isto!" Dei em engordar. Eu de si, já sou gorda, mas naquela altura estava cá uma pantufa.

Então, e quem é que decidiu o tratamento da ferida?

Depois eu disse à Maria: "Está bem, eu vou levar a receita". Mas quando eu cheguei à farmácia, disseram-me que para eu começar aquele tratamento, tinha que tomar sempre. O resto da... Enquanto cá andasse. E o pior de tudo é que aquilo não tinha participação e eu tinha que pagar à minha conta. E eu disse: "Não. Não. Para já eu não tomo porque eu já tomei e já me dei mal com o tratamento para a má circulação". E há outra. Também a pagar à minha conta. Custava-me quase vinte euros cada caixa. Eu digo assim: "Ai, não posso. Há-de ser o que Deus quiser". Eu já a tive aqui tão grande, tão grande. E só uma vez é que eu vim aqui, pedir uns comprimidos para as dores, porque de noite não aguentava com tanta dor. Ele (médico) coitado, receitou-me uns comprimidos para as dores, mas sempre a medo porque eu sendo muito cativa, não posso tomar todas as coisas assim.

Afinal. Tomei dois comprimidos. O primeiro ainda foi. O outro dá-me em dar dores na barriga por baixo. E eu era assim: "Ai. Eu nunca tive, mas ouvia as pessoas a dizer que quando vinha a menstruação que tinham muitas dores na barriga". E eu tinha aquelas dores. Não! Isto deve ser dor dos comprimidos. No outro dia já não os tomei. As dores desapareceram. Depois disse ao médico, assim: "Ó Sr. Dr., afinal tomei aqueles comprimidos. Não há daquilo um bocadinho mais fraco, porque eles fazem-me doer a barriga. Eu fico assim, um bocado... Não fico bem". Ele disse-me assim: "Olha rapariga. Daquela qualidade é só aquilo assim". E eu: "Ai. Assim não posso". "Então se não podes, não tomas". Nunca mais tomei mais nada. Tenho aguentado muita dor, mas nunca mais tomei mais nada, para estas coisas. Tenho feito os tratamentos, aqui sempre o penso. Só assim e mais nada.

Essa dor que a senhora refere, como é que era?

Era eu que tinha a ferida muito grande e como o sangue havia de girar na veia e não girava, quando chegava aqui (maléolo onde se encontra a ferida) (*inteligível*), aquilo eram dores, porque a veia estava entupida. Queria e não podia. Eu julgo que seria isso. Porque depois eu... O médico dizia para mim: "E tu tens que usar sempre umas meias elásticas". Quer dizer, a partir daí nunca mais deixei de usar meias elásticas nesta perna. Depois nesta comecei a usar, porque começaram-me a aparecer e tal, e eu... Ando sempre com elas até aqui ao joelho. Tenho collants, mas ando toda à "lamira" para andar aqui com a barriga apertada.

Então e dói-lhe mais à volta da ferida. É isso?

Sim.

Mais do que na ferida em si?

Pois. Quando eu punha o pé no chão. Aquilo era ali umas dores.

Como é que isso a fazia sentir D. Elisa?

Ai. Eu nem sabia onde é que estava. Ficava desnorтеada. Depois andei um ano na campanha, na Unital. Tive que desistir, porque não podia estar lá.

Desculpe, mas o que é a Unital?

Era acolá numa rua, a fábrica do tomate.

Ah! Trabalhava na fábrica do tomate.

Trabalhei.

E não conseguiu continuar porque...

Não porque eu não conseguia estar em cima da perna com dores. E quando era de noite, eu ia entrar à meia-noite e sair às oito. E estar ali em cima de uma passadeira custava muito. E o médico que estava aqui (Centro de saúde) ia lá também à fábrica. Quando ele me lá viu... "O que é que tu andas aqui a trabalhar. Malvada cachopa. Então não vês... E onde é que tu estás?" "Estou nas passadeiras". "Ó desgraçada, na passadeira estar "tumba-tumba" toda noite".

Então quer dizer, teve que deixar o trabalho...

Tive que deixar. Não podia.

Por causa das dores?

Pois porque era dores de morrer. E eu não descansava nada nem de noite, nem de dia. Porque os turnos eram assim. Nos bocados em que eu havia de ir da fábrica descansar, não vinha. Não era. Não vinha. E então, aquilo era dores que eu pensei: "Ai eu nem sei. Nem quero pôr na minha ideia. Nem ao meu maior inimigo eu desejo as dores que eu aqui passei". Eu nunca tomava nada para as dores.

Tinha receio?

Era eu que tinha medo de tomar para a má circulação.

Mas para a dor em si: o Ben-U-Ron, ou...

Não tomava na disso. Sabe porquê? Porque eu é assim... Eu tive um enfarte aqui há seis anos. Já há seis anos. Ah... Já vai a caminhar para sete. E depois, comecei a tomar muitos comprimidos para o coração. E eu a partir daí, nem um comprimido até se me doer a cabeça.

Mas ficou com receio porque...

Depois estes comprimidos que o médico aqui me receitou, eu levei-os à minha médica, ao Hospital. À médica que é que me está a assistir. Pois. E mostrei-lhe e ela disse-me: "Olhe, estes comprimidos são muito bons". E eu digo: "Ó senhora Dra., mas fizeram-me isto assim, assim". "Então, mas experimente outra vez". A menina experimentou? Eu não.

Mas esses de que me está a falar são para a circulação, não é?

Era.

E para as dores?

Era para as dores.

Ah! Esses eram mesmo para as dores.

Era para as dores.

E nunca tomou?

Nunca mais quis tomar. Porque eu já tomo tantos de manhã. Tomo alguns três.

Então e como é que lidava com a dor? O que é que fazia para ajudar a não ter dor?

Tinha que me sentar. Depois estendia as pernas, com perna assim mais alta em cima de uma almofada numa cadeira.

Era como ficava melhor?

Pois. Estava tardes inteiras ali sentada. Era assim. De manhã fazia ali o meu almoço. Às vezes fazia almoço e jantar tudo junto para não andar sempre em cima da perna. E quando eram horas de despachar, que estava a fazer o almoço, punha a máquina a lavar a roupa. Estendia a roupa. Na parte da manhã andava ali numa correria a fazer o que precisava. Depois na parte da tarde, no fim de almoço, lavava a loiça. E passava a roupa a ferro. Depois descansava. Ficasse o que ficasse para fazer.

Mas porquê? Porque as dores pioravam?

Porque andava em cima da perna. Porque na altura que eu andava pior da perna não podia calçar a meia elástica. Eu agora, agora posso calçar. Mas na altura não podia. E eu... Ora se eu andava sem meia elástica andava em cima da perna. A perna andava ali a "empantufar" à vontade, não é? E eu ficasse o que ficasse, ficava para trás. Eu tinha que me sentar.

Não tinha ajuda nas lidas domésticas? Ajuda nas lidas da casa?

Ah. Era só eu, porque os meus filhos depois casaram. Os meus filhos, quer dizer, a minha filha e o meu filho que morreu já homem, com vinte e quatro anos. Eu já apanhei muito. E então, tinha três homens ao meu encargo. Já viu o que era ali. Comprei uma máquina. E eles eram todos da construção civil. Ah roupa, que aquilo era uma tourada. Bem. Ah... Depois sentava-me. Era assim que eu me safava.

O facto de não poder fazer as lidas da casa, como fazia dantes, não é? Como é que isso a fazia sentir? O facto de não poder fazer as coisas que fazia?

Olhe. Parte das vezes... Quer dizer, agora depois dos filhos estarem casados, é assim, fazia assim: a roupa estava lavada? Quando eu muito bem podia, sentava-me no sofá, puxava a roupa para o pé de mim, dobrava-a. Punha uma mesa... Às vezes até pedia ao meu marido: "Põem-me aqui essa mesinha ao pé de mim". E eu passava assim a ferro. Um dia até queimei aqui um joelho.

Então e diga-me como era para dormir. Para descansar à noite?

Eu dormia sempre virada para este lado (lado contrário à ferida), para ter a perna assim. Porque se a tivesse assim (voltada para a ferida), parecia que estava ali uma coisa a criar. Não descansava bem. Mas depois o enfermeiro dizia-me: "Como é que você se deita?" "Ó. Ainda mais essa". Eu assim para ele. "Então, como é que eu me hei-de deitar. Deito-me para a cama. Olha que conversa". (a rir-se) Ele coitado, queria saber mas era a posição. "Faz favor de se deitar de costas e pôr uma coisa parte dos pés, assim um bocadinho mais alta. Não muito alto". "Está bem". Depois punha... Enrolava um cobertor. Punha-o pela parte debaixo do colchão. Lá estava eu com a perna um bocadinho mais alta.

Mas aliviava?

Aliviava mais a dor porque o sangue girava para trás, não é? Ainda ontem eu disse isso a uma irmã minha que me apareceu aqui com uma perna também ferida. Vou assim: "Eh pá! Chiça que a gente anda todas "empanadas".

Quer dizer, é uma situação comum a outros familiares?

Foi. Sabe o que o médico me dizia, e eu acredito? O meu pai andou na guerra de 1914 a 1918. Veio com o sangue todo infetado. E a gente todos ficámos marcados. Mas umas mais, outras menos. Há-de vir aí uma irmã minha... Ai! Eu à vista dela não tenho nada.

Pois, a sua está praticamente cicatrizada.

Pois. Mas a dela. Se você for lá ver do início. Olhe, daqui para baixo (exemplifica na perna), eu nunca tinha visto. Mas agora aqui há... Na entrada do ano. Esteve aí uma enfermeira, e eu disse: "Ó enfermeira, deixa-me ver as pernas da minha irmã?" "Eu deixo". Eu nunca tinha visto. Eu fiquei doente. Porque as penas dela nem, nem... A

minha é uma úlcera. Faz que quando ela vem à superfície da perna, já vem de lá de dentro o buraco. E a dela não. A dela é... Assim um tipo de... A pele começa a gemer aquela água, parece que estamos a cortar uma abóbora. E depois debulha-se. A pele dela debulha-se. Quando eu vi a perna assim... Como ela tem as pernas.

Como é que faz para tomar banho?

Quer saber como é que eu faço? Ainda faço, até ver. Meto o pé dentro de um saco plástico. Ato aqui com um elástico, mas não é muito grosso. Assim só para não me entrar água. Meto aqui uma toalha daquelas pequeninas de limpar as mãos. Meto-me dentro da banheira. Dentro da banheira. Mas não com água. E com o chuveiro, com o pé de fora. Tomava banho toda tapada. (a rir) É assim.

Mas não lhe custava ficar com o pé pendurado, quando tinha dores?

O pé nunca estava pendurado. Eu punha-o em cima da borda da banheira. Pois. Temos que procurar a maneira de não doer e para não vir água para a ligadura, que eu não queria era vir com a ligadura molhada para aqui. Lá estou eu sempre com o pé em cima daquilo. Depois estou com o chuveiro “tuca-tuca”. Lavo-me e tal. Às vezes estou assim: "Ai se vai água lá para dentro. Se fores deixa ir". Mas é assim que eu tomo banho.

Nunca teve que usar algo para a apoiar quando tinha que se deslocar? Por exemplo, bengala?

Ai não, não.

Ia se apoiando na mobília. É isso?

Pois. Mas também nunca cheguei a pontos de andar assim também muito mal. Carregava mais nesta (perna). Carregava mais nesta. Coitada. Por isso é que ela... Ela às vezes está a irritar-se.

A senhora costuma sair quando pode? Faz excursões?

Quer dizer... Eu mesmo assim, tive cinco anos que ia à praia para o Algarve com o meu filho. E nessa altura tive sorte porque isto nunca esteve aberto desde essa altura. Abria. Fechava. Abria. Fechava. Está a ver? Agora está quase a fechar, né? Se for possível, quando chegar a Outubro ou assim. Se chegar a Março a vez de rebentar, rebenta. Eu estou sempre a fazer conta assim. Mas, nesses cinco anos que eu lá fui, esteve sempre

fechadinha. Naqueles anos... Mas nunca ia ao mar. Nunca ia ao mar. Tomava todos os dias, tomava banho, mas era cá nos balneários. Mas também nunca ia para a água fria. (a rir) Bem... Safei-me. Mas quando ia... Já cheguei a ir a excursões. Mas quando ia, levava a perna tratada. Vinha aqui, ou... Tratei-a muita vez em casa também. Também era capaz. Já há tanto ano. Também raio... A gente não é capaz de tratar uma vez ou duas? Também eramos. Não muito que era para não deixar infetar, não era? E ia dar as minhas voltas. Mesmo que fosse a uma excursão, se fosse vez de ir subir uma ladeira: "Vão lá que eu já venho". Eu, eu não ia na conversa deles.

Mas na altura em que tinha mais dor, conseguia fazer essas excursões na mesma?

Ah, não. Nessas alturas quando eu estava pior nunca fui. Nunca ia.

E para sair para ir às compras?

Não, não ia. Quando eu estava pior não ia. Mas quando eu via que realmente que era capaz de ir, ia. Mesmo que me doesse, olhe, tinha que chegar a casa e sentar-me. Mas, nunca deixei de fazer a minha vida. Só nas alturas piores, isso é que não ia.

Então e nessas alturas para ir às compras, aviar-se à mercearia, como era?

A gente aqui... A gente aqui é assim. Por exemplo hoje. É um dos dias... Agora vim aqui tratar-me. Agora faz de conta que não tenho nada graças a Deus, à vista do que eu tenho estado. Mas por acaso tenho comer feito para a parte da manhã. Para hoje está comer feito. E ontem tive cá visitas. Quando cheguei à tarde estava cansadíssima de todo, porque tive que fazer o almoço para eles: para uma irmã minha, uma sobrinha e um sobrinho. Veio aquela gente toda. E eu... Não é que eu andasse muito atarefada, mas andamos em cima das pernas. Eu fiz comer que deu para ontem e ainda deu para hoje. Hoje venho aqui, agora. Trato das minhas "coisinhas". Pôr roupa a lavar e tal. Depois de almoço... Depois das quatro horas vou-me aviar. Vou-me aviar aos supermercados. Vou a Torres Novas.

Mas na altura em que estava com mais dores, como é que fazia?

Às vezes eu ia com muitas dores, para me ir aviar. Eu ia à mesma. Eu ia à mesma. Ah... Às vezes vinha de lá que nem estava a ver o carro. Nem estava a ver o carro. Por isso é que eu pedi os comprimidos ao médico. Que era para aliviar. Mas também já viu? Aguentei-me e ao menos, não... Para tomar comprimidos já basta agora. Tomo tanto,

não é? Mas, eu penso que se eu me visse muito aflita com dores, tinha que ir pedir uns quaisquer, que eles entendessem que eu podia tomar junto com estes, que eu agora ando a tomar. Porque eu quando tive o enfarte, a médica receitou-me uns comprimidos que eu tinha que tomar só seis meses. E então, junto com os outros de manhã ao pequeno-almoço, era um para a tensão e era esse e era outro. Um daqueles “combatia” com outro. Parecia eu que me estava a passar. Um dia chamei lá o meu Luís e disse assim: "Ó Luís. Eh pá, eu não me sinto nada bem. Não sei o que é que se passa". Ele foi lá ver os comprimidos. É porque anda aí algum comprimido com certeza a combater. Foi lá. Vai assim: "É este comprimido com certeza". Tirou-o daquela hora. "Ó tia, no lugar de você estar a tomar este agora ao pequeno-almoço, faz assim. Toma estes do pequeno-almoço, e este toma ao almoço. Porque é para tomar um por dia. Não faz mal que seja de manhã ou à hora do almoço". À noite é que não pode ser. Ele assim. Olha, trocou. Foi a minha salvação. Depois eu disse é médica, que tinha trocado porque me tinha sentido mal, e então ela disse-me: "Fez bem. Fez bem. A gente tem que procurar". Porque senão lá tinha que eu ir procurar à médica procurar o que é que se passava, né? E então...

A senhora tem netos?

Tenho.

São pequenos?

Não, não. Um já vai fazer para Novembro, 18 anos.

Então, e devido à ferida não sentia receio de estar junto deles, pelo facto de a poderem magoar?

Eles sabiam. Eles sabiam que eu tinha isto. Não sentia receio. Eu dizia assim: "Chega para trás. Olha aqui a perna da avó. Chega para trás". (a rir) "Ao largo. Ao largo". Dizia eu. Porque ele... o meu neto era bem “caçado”. Às vezes chega lá a casa... Agora já está muito grande. Ai! Ele está muito grande. Um grande rapagão. Eu assim: "Ai João. Até estou com medo de ti. Tenho que olhar para cima. Dantes tinha que olhar para baixo para te ver. Agora já tenho que olhar para cima". (a rir) Depois ele vai assim: "Então como é que estão essas “palhetas”?" Que é as pernas. "Ó avó, isso nunca mais está bom?" "Está quase". "Estou sempre a ouvir a mesma conversa". Mas tenho uma neta com 12 anos. Está sempre assim: "Ó avó, eu vou contigo ao tratamento. Eu vou contigo ao tratamento". Ela não se importa de ver. Não se importa... Ela dantes quando era

pequenita dizia que queria estudar para médica. "Tu? Para médica? De quê?" "Quero ir para médica de crianças". "Ó cachopa, olha que tu tens que estudar muito, porque olha que os bebés não falam, nem sabem queixar". Não sei se ela já perdeu essa ideia, se não.

Na altura em que se sentia mais angustiada com a dor associada à ferida, tinha alguém com quem falar, com quem desabafar?

Dizia, mesmo ao meu marido. Dizia assim para ele: "Ai esta noite não dormi nada. Ai tanta dor nesta perna". Ele: "Larga o trabalho. Larga o trabalho e descansa. O trabalho... Não há nada que espere mais que é o trabalho". E muito, sempre cuidadoso. Está sempre como medo que... Faz-lhe falta, não é?

Sente que ele se preocupa...

Pois... Porque eu já tenho isto desde que a minha filha nasceu e ela tem quarenta anos. Sempre preocupado. O meu filho, que eu cá tenho agora, está sempre assim: "À mãe, então você estava-me a dizer que isso estava quase". "Ó filho, quando isto estiver quase, eu depois mostro-te". Ele está sempre assim: "Não se esqueça de andar em cima das pernas". Ou "Não se esqueça de ir dar uma volta, e não pensar as voltas todas que tem a dar, que é para andar por lá muito tempo, que é para se despachar, para se vir sentar". Ele quer é que eu me sente e descanse.

Quer dizer, a família toda já sabe mais ou menos como é que isto de processa e procuram que você cumpra as recomendações...

Pois, que é para eu não andar em cima das pernas, né? Ele está sempre a dizer: "Ó mãe, você quer isto ou aquilo... Então você pode andar?" "Eu posso andar. Então eu já posso até correr". "Faço ideia!" (a rir) Eu digo que posso correr. Já... A gente quando tem estas coisas...

Quando estava mais aflita com dor na ferida, como é que vinha para o tratamento?

O meu marido chegou a vir-me aqui pôr. Eu dizia-lhe assim: "Vai-me lá pôr na mota. Vai-me lá pôr ao posto médico, que eu não posso pôr o pé no chão com tanta dor." E ele vinha. E eu não moro assim muito longe.

Agora já vem a pé?

Venho, venho. Mas houve alturas que ele tinha que vir aqui. E...

Quanto aos tratamentos aqui no Centro de saúde, houve algum penso ou material que lhe tivessem colocado que lhe provocasse mais dor?

Era uns pensos, uns pensos que elas me chegaram a pôr. Chegaram-me a pôr muitas qualidades de pensos. Chegaram-me a pôr aqui daqueles pensos de carvão. Chegaram-me a pôr aqui... Primeiro que elas descobrissem... Ela começou a descobrir que esta esponjinha... Eu não sei se ela me pôs aqui hoje a esponjinha.

Pôs, pôs, que eu vi.

É que esta esponjinha, até nem foi ela. Foi a... a... Sandra que disse assim: "Hoje vou-lhe pôr aqui uma coisa que é para não magoar". Porque eu andei... Eu andei aqui mais de três anos ou quatro, sempre com a ligadura. E a perna não respirava. Sempre com a ligadura desde aqui (junto ao joelho). Agora o pé está assim muito feio porque já se sabe. É normal, porque estou assim em cima do pé. A Sandra é que em disse: " Eu agora vou-lhe pôr aqui uma "coisinha", que é uma esponjinha. Que é para quando a gente põe a ligadura não carregar tanto na ferida, para não ficar pegado". E depois, a partir daí começou a Maria também a pôr. E então, a partir da Maria cá estar é que começou... Ela, a Maria, é que começou a pôr-me aqui uns tratamentos que isto começou a ver-se seguir.

E havia algum material de penso que lhe provocasse mais dor?

Eram esses pensos porque...

Os de carvão?

Além do carvão. Antes. Elas punham-me aqui umas pomadas. E depois as pomadas... É uma pomada que é contra as trombozes. Eu não me lembro agora do nome da pomada.

Não é o trombocid?

Não. Não é trombocid. É outra pomada. E então, ela conforme punha aquela pomada punha, uma compressa em cima da pomada. Ora, eu andava em cima da perna, com a humidade que a perna deitava, às vezes aquilo agarrava. Quando eu aqui chegava fartavam-se de pôr soro, água oxigenada e soro, em cima da compressa, para poder levantar, para não fazer o buraco maior.

Mas doía-lhe a tirar, é isso?

Sim. Pois sempre doía. Pois... Houve uma ocasião que ali no meio da ferida, aparecia assim uma “coisinha” amarela. Que é uma... É uma fibrina que aquilo ganhava. Aquela fibrina... A Maria coitada... "Ai o que é que eu hei-de fazer para esta fibrina sair". Começou então a pôr essa tal pomada. E com essa pomada começou a fibrina a querer sair, lentamente. Enquanto aqui não veio para fora, aquela fibrina toda, ela não fechou, como ela está agora.

Mas o que é que lhe custava mais: limpar a ferida, retirar o penso...

Era depois a Maria com a pinça. Coitada. Lá ia com muito jeitinho, para ver se tirava aquela fibrina. Assim a limpar. Depois só tirava um bocadinho. Mas um dia, conforme limpou veio logo sangue e ela vai assim: "Não se assuste. Porque se está a deitar sangue clarinho, é porque já vem a vir com a carne, sangue lá de baixo". Eu vou assim: "Ó Maria, se isto começar a sujar a ligadura eu venho cá". "Venha, que depois eu tiro-lha". E aquilo, como ela cortou mais que a conta, né? Feriu. O penso sujou a ligadura e eu tive que cá vir para não andar assim...

Mas o que lhe custava mais? Era quando lhe mexiam na ferida. Quando limpavam a ferida. É isso?

Sim. Quando mexiam na ferida. Quando limpavam. Porque a ferida estava em carne viva. Porque se a carne estivesse morta, elas podiam limpar à vontade. Eu não sentia nada, né? Mas, nunca estive assim aquela ferida, que se disse assim: "Tem aquela carne toda negra. Feia. Assim..." Não. Nunca estive assim. Às vezes estava era muito vermelha. Depois estava muito “vermelhona” à roda. Um dia a enfermeira mandou chamar o médico, para ele ver e ele é que me receitou... Eu tinha era muito comichão ali à roda. Era uma comichão que eu via-me aflita de noite. Não sabia o que havia de fazer à minha vida. A dor custava muito, mas a comichão também. Ele receitou-me esta pomada. Foi uma beleza. Porque esta pomada tem cortisona. E elas põem o indispensável. Mas desde que a enfermeira começou-me a pôr... Assim, a besuntar mesmo a ferida, ela começou logo a ficar melhor. E então, acontece que depois de ela estar muito “vermelhona”, um dia a Dra. passou lá. "Ai esta senhora..." Foi assim: "Ó Sra. Dra. eu aluguei esta casa". Estava aqui há tanto tempo. "Ai como você tem esta perna. Olhe no fim do tratamento vá ali ter comigo". E eu: "Está bem". Passou-me três qualidades de comprimidos. Foi um para a infecção, foi um de vitaminas... A... Dois de

vitaminas e um para a infecção. Fiquei muito contente porque aquele vermelhão, lentamente, foi passando. À vista do que aquilo estava. Aquilo era um vermelho, que... Como a ponta daquele cinzeiro.

O facto de vir ao tratamento, uma vez que lhe provocava dor. Como é que isso a fazia sentir? Sentia receio...

Não. Não. Como já tenho isto há muito ano, fui-me habituado à dor. Nunca fui daquelas pessoas de me lamentar. Ver uma ferida tão grande e lamentar-me.

Mas o facto de pensar que ia sentir dor, não a fazia ter receio de vir ao tratamento?

Não, não, não. Eu estava sempre certa mas era para vir. Porque eu quando ia, já ia mais aliviada.

Então a ferida não lhe ficava a doer mesmo depois do tratamento?

Mesmo que me ardesse um bocadinho, "O que arde, cura", dizia eu. "Está-lhe a arder? Está-lhe a doer?" Elas coitadas, tinham sempre preocupação. "Ai, está-lhe a doer D. Elisa?" "Ó enfermeira, não faz mal. O óleo está a arder. O que arde cura. O que é que a gente há-de fazer".

Quer dizer, sente que elas se preocupavam em saber se lhe estava a doer?

Pois. Porque estavam sempre preocupadas. Olhe eu dei-me sempre, nestes cinco anos, eu dei-me sempre com as enfermeiras. Qual delas a melhor. Não tenho razão de queixa nenhuma. E quando ia ao recurso, quando elas não vinham, fui ao recurso aí umas quatro ou cinco vezes, e cheguei lá a apanhar enfermeiras muito boas. Dei-me sempre com as enfermeiras, todas impecáveis.

Apesar de serem, como disse impecáveis, notava diferença entre elas ao nível do tratamento?

Nada. Nada. Pareciam elas que tinham umas mãos de seda. Todas boazinhas. Estiveram aqui umas rapariguinhas a estagiar. Umas enfermeiras. Para a enfermagem, não é? Esteve aqui um rapaz. Era um grande rapagão. Era de santarém. Também muito impecável. E dizia assim para elas, eram algumas três: " Ó meninas, vocês venham aqui curar e aprendam, porque afinal a gente anda aqui que é para vocês aprenderem. Então o que é que se há-de fazer. Só que vocês aprendam e tenham sorte".

Quando você andou mais aflita com a dor associada à ferida, o que é que mudou na sua vida devido a essa situação?

Ai, eu notava que andava sempre aborrecida nessa altura, porque... Era com as dores. As outras pessoas não tinham a culpa. Mesmo que eu saísse, se eu fosse a uma lado qualquer, às vezes até estava como as galinhas, com o pé no ar. "Ai estás a "fringir"“. "Eh pá, está-me aqui a dar uma dorzita". As outras pessoas também não tinham culpa daquilo que a gente tinha, mas eu também não sou daquelas pessoas piegas, assim: "Ai!" Às vezes eu dizia assim a algumas: "Se vocês tivessem o que eu aqui tenho, vocês nem saíam de casa, nem faziam o comer, nem lavavam roupa, nem queriam saber de vocês para nada. Se vocês vissem, até se arrepiavam". Dizia eu. O que é que eu nunca mostrei isto a ninguém, porque as pessoas ficavam logo: "Ai, coitadinha daquela. Ai como é que ela tem a perna. Ai assim..". Ponham-se logo a dizer trinta por uma linha. Eu sei que isto é isto. Mas se fosse certa gente que visse isto: "Aquilo deve ser alguma coisa ruim que ela tem". Ruins somos a gente. Tantas vezes, né? Há pessoas que não têm... Não tem... Nem sabem o que dizem.

Lembra-se se alguma vez nos tratamentos, lhe mostraram uma escala com números ou com caras, para você identificar o seu grau de dor?

Não, não, nada. Também não era preciso. A Dra. Linda foi muito boa para mim também porque não era minha médica, e viu-me a ferida e receitou-me aquilo. Eu nunca me esqueço dos comprimidos, que há muita gente que toma isso, mesmo para as infeções: Ananase, o que é que é. Tomei uma caixa daquilo e digo assim: "Ó Sra. Dra. eu já tomei tudo. Então, agora não posso tomar outra?" (a rir) "Não minha filha. Não pode ser". O antibiótico sabia eu que não podia ser, não era? Mas o Dr. receitou-me várias vezes antibiótico para a infeção. Isso receitou, porque eu dizia: "Ó Sr. Dr., dói-me tanto a minha perna e isto está tão feio. Olhe, está um bocadinho mais feia que eu. Eu sou feia, mas a perna está um bocadinho mais feia que eu". (a rir)

Pelo menos você foi mantendo o bom humor.

Eu... Eu cá, às vezes ponho-me assim: "Ó meu Deus! Conforme dá a chaga, dá a mezinha". Pois, dá-me este conforto, não é? É que há pessoas piegas. Eu quando as vejo... Às vezes quando as vejo de uma certa maneira, ponho-me assim: "Eh pá isso, não é nada. Isso é... Isso é uma mordidela de uma mosca. Bem sabem vocês o que é

sofrer”. Digo eu. “Vocês sabem o que é que é sofrer? Vocês sabem lá”. Um dia destes uma passou por mim. É que tenho o passo largo. Parece que vou a andar muito depressa. Ela passou e vai assim: "Ah. Mas quem me dera ter as tuas pernas". "Olhe se vocês quiserem. Eu pelo menos até dou uma que eu aqui tenho. Nem quero que você ma compre. Dou-lha. Até lha ofereço”.

Então D. Elisa, o que é que achou da entrevista?

A gente tem que conversar também. Eu gosto muito de conversar.

Olhe D. Elisa, obrigado pela sua contribuição.

Sempre às ordens. Quando for preciso.

Desejo-lhe as suas melhoras.

ENTREVISTA DE LUCIANA (Nome Fictício)

Dados de caracterização

N.º de Entrevista: 6

Data: 26/10/2011

Duração da Entrevista: 44 minutos

Idade: 54

Sexo: Feminino

Residência (Localidade): Alcanena

Localização da Ferida: Perna Esquerda

Tipo de Ferida: Úlcera Venosa

Duração da Ferida: Cerca de 12 meses

Frequência do tratamento: 3 vezes por semana

Estratégia de tratamento: Lavagem da ferida com água e soro fisiológico. Aplicação de Carboximetilcelulose sódica com prata, compressas e ligadura elástica.

Entrevista

Então, como é que surgiu a sua ferida?

Olhe. Já tenho isto desde os 15 anos, 16 anos. Foi. Foi. Foi menina. Passei a mocidade toda enrolada. Foi difícil. E foi logo... Não. Primeiro foi esta. Depois cicatrizou. E depois começou a ganhar uma crosta do lado direito. Tornou a abrir. Eu punha muito creme, mas começou a ganhar uma crosta. Como se tivesse a deitar uma impureza, e eu nem desse por isso. Ou foi com a toalha turca a limpar, devia de ter levantado a crosta. Na segunda vez. Na primeira estava a limpar o ginásio. Não sei se foi a levantar os pesos ou o que foi. Mas eu não tinha varizes nenhuma. A minha família da parte do meu pai é toda deste problema. Só eu é que tenho a ferida aberta. Sim. O resto foi operado. Tornaram a ser operados. Já levaram secagem e eu nunca fiz isso. Só fui operada. E depois, como ia a dizer à menina, estava a limpar o ginásio. E não sei. Não me lembro de bater naqueles pesos que têm duas rodas de lado. Lembro-me de o agarrar e pô-lo num sítio. E quando vou a olhar tinha uma poça de sangue junto à perna. Mas já era sangue por todo o lado. E pronto. Foi desde aí que começou a abrir. Mas depois conseguiram cicatrizar. Mas nisto, começou a ganhar uma crosta. Não sei se estava já há muito tempo a ganhar uma humidade. Não sei. Depois um dia, tomei banho e vou a

limpar-me e aquilo sai. Vi logo que aquilo ia dar mau resultado. Tive muito tempo... Nove ou dez anos para isto sarar.

Como me tinha dito, foi operada há 2 anos. Cicatrizou. Agora voltou a abrir por ter batido com a perna?

Esta foi. Foi há dois anos. A perna esquerda. E agora reventou outra vez com uma pancada.

E a senhora está há um ano em tratamento.

Estou há um ano a fazer tratamento.

Sente dor na ferida?

Ai, dores na ferida. Eu agora não tenho dores. É uma maneira de dizer. Tenho dores, mas neste momento não tenho dor. A menina sabe o que é que me fazia... Estava noites e noites em claro. Em claro. Não foi um mês, nem dois. Foi anos. Até que a minha filha, estava em casa, não estava empregada, e foi ali a um quiosque e trouxe daqueles livros de sopa de letras. E eu disse: "Ó filha, há-de comprar uns livros desses para a mãe se entreter à noite". E eu nessa altura até dormia com ela. E pronto. Punha a barriga para baixo. Os pés um bocadinho elevados. E era assim que conseguia dormir uma hora ou duas. Mas foi anos em que não dormia nada. Eram umas dores que... Olhe, não tem explicação. Não tem explicação. Mas tem alturas que eu não aguento ali as meninas a fazerem o penso. Não sei se é de estar tão infetado.

O que é que lhe dói mais quando estão a fazer o penso?

É assim o rebordo. Quando limpam à volta. Sinto a ferida aos "refinões". Ainda ontem... Eu de noite tomo conta de uma senhora, e vou para lá todos os dias. Tenho uma cadeira própria para ter assim a perna levantada. Estava deserta de esticar a perna por causa das dores. A menina está a compreender? Eu não aguentava. Os "refinões". Uma coisa tão esquisita.

Durante noite, como é que se sente mais confortável? É com a perna elevada?

Às vezes. Tem alturas. Eu tenho debaixo do colchão uma cunha a levantar os pés.

Quem é que lhe recomendou elevar a perna?

Foi na primeira vez que isto se abriu, mas não me lembro quem foi. Disseram-me para ter sempre a perna elevada. E tenho uma almofada própria. Mas isso é em minha casa. Quando me sento no sofá, para apoiar a perna.

Então, cumpre o repouso que lhe recomendaram.

Faço. Faço um bocadinho de repouso, mas também não posso sempre. Tenho três homens em casa. Já tive lá cinco, com a miúda. E pronto. Tenho feito sempre a minha vida, mas há alturas em que não sou capaz com dores. Eles também me ajudam. Um estende a roupa. Outro limpa o quarto dele. Pronto. Eles ajudam-me mas não é o suficiente.

Como é que sente por ter que lhes pedir ajuda?

Não me sinto mal. Eles também... Vá, por exemplo, esse meu filho, o mais novo, até... No domingo, estava para chover. E eu tinha os dois arames cheios de roupa. E ele por ele apanha-os. Mas já sabe, estavam habituados que eu fizesse tudo.

E quanto ao facto de não dormir, toma medicação para conseguir descansar?

Não. Não.

Não quer?

Eles não me receitavam. Os médicos. Eu dizia que tinha muita dor e que não conseguia dormir, e eles mesmo assim não passavam.

E medicação para as dores?

Pouco. Olhe, era o Bem-U-Ron. Só isso.

E fazia efeito?

Nenhum. Eram uns atrás dos outros. Eu admira-me esta dor não passar com isso. Eu fui operada à vesícula e eu tomava-os, e desaparecia-me a dor. A dor é diferente. A dor é diferente. Agora quando me falaram nesta entrevista sobre a dor... Eu fui operada, vai fazer 6 anos. E tinha todos os dias uma enfermeira, não é? Mas havia uma altura durante o dia, ou durante a noite em que perguntavam se a gente tinha dor de 0 a 10. Eu dizia sempre 8. Tinha... Não sei se era da cama, se era o colchão. E depois passava-me.

E aqui também costumam perguntar se tem dor com essa escala?

Não. Não. Não. Mas isto é um horror. Isto é dez.

Mas perguntam se tem dor?

Perguntam-me sempre. Durante o tratamento: "Ó D. Luciana, você está com muita dor". "Ai não que não tenho!" Mas viu que eu me queixei quando ela me tocou ali numa zona.

E retirar o penso anterior, não lhe custa?

Não. Custa-me mesmo é a limpar. São dores...

E nota diferença entre os enfermeiros, aquando do tratamento?

Ai noto. Noto muito. Havia aqui uma enfermeira. Gostava muito da maneira dela me tratar.

O que é que era diferente nela, para gostar mais?

Porque me punha outros tratamentos, além deste que me puseram agora cinzento (Carboximetilcelulose sódica com prata). Punha-me um tipo de pomada, que me cicatrizava mais depressa. Agora a menina Maria também pôs. Eu não tenho razão de queixa de nenhuma. A menina Mariana, também gosto muito dela.

Mas valoriza mais essas enfermeiras porquê? Por que falam mais consigo?

Não. Até não. A menina Maria, por exemplo, tem um menino na música, onde está o meu neto. Às vezes fala-se nisso. Desabafo mais. Mas, pronto não dá para falar da minha vida, senão nunca mais dali saí e era chata. E ela: "Vi os seus netos. Estão muito bonzinhos". Eu gosto da maneira dela, porque eu às vezes peço e depois são capazes de dizer assim: "Ai, é esquisita. É pedinchona. Está-se sempre a queixar". Assim, não peço a todas. Só algumas. Porque dantes só me enrolavam a perna até aqui (meio da perna), e a menina não sabe o que eu passava com dores. Inchava e eu parecia que nem tinha sangue cá em baixo. E depois comecei-me a queixar, e a Enfermeira Patrícia é que me começou a enrolar até mais a cima. "Você não havia de ter a perna enrolada assim. É até cá a cima". E é. Um antigo médico que trabalhou aqui. Ele até dizia que havia de ser até à virilha. Mas nunca me puseram.

Quando está com mais dor, o que é que lhe alivia a dor?

Só me puxa para estar deitada com a perna no ar. Eu não tomava naquela altura nada. Porque certos medicamentos, não me aviam sem receita. Era o Ben-U-Ron. Esse é de venda livre. Até os supermercados têm na zona onde estão os medicamentos.

Então, e como é que se sente quanto à dor a andar?

Andar era terrível. Agora já está melhor.

Teve de usar alguma coisa para se apoiar enquanto andava?

Não. Não. Trazia o chapéu-de-chuva que sempre me ajudava. Mas nunca usei nada. Era muito coxa. Isto (a ferida) babava muito. As pessoas comentavam quando me viam na rua. Às vezes nem me apetecia sair. Comecei a usar calça, para as pessoas não estarem sempre: "Ai. Está pior. Tens sempre a perna ligada". E assim disfarçava um bocadinho.

Como é que dor na ferida afetou o seu trabalho?

Trabalhar, sempre trabalhei. Então, para comprar tanto medicamento, tinha que ser, por mais que custasse.

Mas como é que lidava com a dor quando tinha de trabalhar?

Olhe. Eu estava a tomar conta de um senhor. E agora o senhor agravou o problema que ele tinha. Trabalhava lá em casa. Tomava conta da casa. Eu é que fazia tudo. Já tinha tomado conta da senhora até ela fechar os olhos. E depois ela tanto me pediu para eu ficar a tomar conta do marido, que eu fiquei. Era um casal que teve em França. E herdaram uma herdade muito grande. E tudo com chão em cera. Deus sabe o quanto me custava encerrar aquilo. As dores que tinha. Mas precisava de trabalhar. E este senhor dantes ia à França vinha. Agora em Julho... Em Julho não. Agora pelo Natal vai fazer um ano, deixou de comer. O senhor foi-se embora e eu fiquei sem trabalho. Eu ia sempre trabalhar para casa desse senhor. Ia sempre. Ia devagarinho. Ia sempre. E tinha um quarto que era só para a costura e tinha lá um Divan. E eu deitava-me lá. "Ó Senhor António, vou-me ali deitar um bocadinho porque estou com dores. Se o senhor não se importar". "Ó mulher vá lá". Por mais que me custasse precisava do dinheiro. E nessa fase tinha um filho drogado. Estourou-me tudo. Por isso é que eu tinha de trabalhar. Depois o pai em vez de ajudar, foi-se embora. E eu julgo que isto às vezes vai para pior porque estou sempre enervada. Já viu o que é ficar sem nada? A máquina da loiça, foi o

mais novo que me deu porque fui a uma consulta particular, e tinhas as pernas feridas. "A senhora tem quantas pessoas em casa?" Naquela altura tinha sete. "A senhora tem que descansar mais". E por isso, o meu filho ofereceu-me a máquina. A minha filha teve que sair de casa porque já não aguentava os problemas com o irmão.

E sair de casa? Passear para se distrair?

Eu dantes ia a uma excursão. Trabalhava, né? O dinheiro às vezes bem esticado, dava. Ia eu e um filho que tenho com 31 anos, que tem... Não é dizer que é doente mental, porque ele até trabalha numa oficina. Ele andou numa escola particular, no CRIT. Teve 11 anos no CRIT. E tirou lá o curso.

E deixou de ir às excursões porquê?

Pelo dinheiro, menina.

Não teve na a ver com a ferida e a dor?

Não. Eu ia, mas também me custava, né? Se eu andasse nada me fazia diferença. Custava-me era as horas que andava de camionete. Levava as pernas apertadas entre os bancos. Às vezes quando chegava, ainda ia limpar uma papelaria.

O que é que lhe faz piorar a dor?

Depois do tratamento, fico cá com umas dores.

E essa dor demora quanto tempo a passar depois de terminar o tratamento?

É todo o dia. Todo o dia. A menina Márcia não me pôs um gel (hidrogel). Se ela me pusesse o gel, estava sempre com ardor, como se fosse uma queimadura. Enrolo-me na cama. E lá abranda qualquer coisa. Agora fui à médica na quarta-feira, como disse à menina Márcia, e a Dra. receitou-me um antibiótico e o Brufen. Mas é outro nome. É isso à mesma mas é genérico.

O que acha do genérico? Prefere?

Não sei. Não sei.

Em termos económicos.

Sim. Claro. Mas ainda gastei quarenta e tal euros todas as semanas. É um dinheirão. Tenho diabetes. Tenho problemas no sangue. E em junho, vim à consulta, e Dra. disse que tinha anemia. Lá estou a tomar ferro.

E para tomar banho, como é que faz?

Olhe. Eu sou franca. Eu às vezes ponho um saco até aqui. Mas às vezes não tenho adesivo e lavo-me por partes. Como os lavatórios até são largos, lavo os seios e peço ao meu filho para me lavar as costas. Não é a mesma coisa, mas é o que se pode arranjar. Não posso andar todos os dias a gastar adesivo. Todas as semanas tomo sempre um banho a preceito. E nos outros dias é assim. E mais, os adesivos não aguentam a água quente e depois molho penso. E este tratamento é muito caro. Aquela fibrazinha (carboximetilcelulose sódica) que leva é muito cara. E eu também tenho que ver as coisas, não é? Lavo é muitas vezes os dentes. E pronto.

Como é que o facto de sentir dor na ferida, a faz sentir?

Mal. Mal. Mal.

E com quem é que desabafa?

Às vezes nem desabafo. Às vezes até ia de táxi lá para casa daquele senhor. Muita vez. E vale a pena uma pessoa desabafar?

Acha que não ajudava falar com os seus filhos?

Ah, eles viam. Nessa altura até me passam a roupa deles. Lavavam a loiça. Faziam arroz enxuto e umas febras. Pois. Também estive internada vinte e três dias, mas nessa altura ainda estava a minha filha que ajudava os irmãos. Ela ajudava. Eles ajudavam.

E não desabafava com a equipa de Enfermagem?

Eu nessa altura andei aqui pouco.

Mas mesmo noutra local onde fizesse tratamento, não falava com os enfermeiros ou médicos?

Não. Não. A minha sobrinha enfermeira sabia da minha situação. Da minha vida. Mas não. Não desabafava com ninguém.

E o facto de sentir dor associada à ferida, fazia-a sentir algum receio? Por exemplo, noutras entrevistas, as pessoas referenciaram que tinham receio que a dor associada à ferida pudesse significar outro problema associado. Isso passou-se consigo?

Sim. Muita vez. Muita vez. E já estive pior da infeção. Quando sentia muita mais dor na ferida pensava logo que poderia ser uma infeção na ferida ou no osso. Em todo o lado. Em mais sítios... Porque havia lá pessoas que só de arranjam um calo mal, levavam a perna cortada. E eu, de alto a baixo toda ferida, tinha medo de levar o mesmo destino. Pensava o pior. Ainda penso, não é?

Na medida em que sente dor na ferida, como é que se sente antes de vir realizar o tratamento?

Olhe. Começo ali a enervar-me na sala de espera. Pois.

Não medicação para a dor antes de vir para o tratamento?

Não. Não tenho esse hábito.

Desde que começou a sentir dor na ferida o que é que mudou na sua vida?

Olhe, mudou muita coisa. Mudou muito. Tenho que estar quieta e não fazer nada. Tenho que estar quieta e não fazer nada porque tenho de descansar para não me doer a perna. Custa muito. Nem sair à rua. Não. Sair à rua é horrível. Tenho alturas que nem um garrafão de água posso trazer com as dores. Não posso trazer nada nos braços. Tive alturas em que eram eles que me tinham que fazer os recados. À quarta e ao sábado, o meu filho mais novo ia comigo à praça às sete horas da manhã e depois deixava-me em casa e ia trabalhar. Ia-me pôr as coisas a casa, porque eu tenho dezasseis degraus para subir. É difícil. Às vezes há coisas nos supermercados maiores mais em conta, mas o meu outro filho nem sempre quer ir comigo. São diferentes.

Ao longo dos anos foram colocados diferentes pensos na ferida. Sente diferenças entre eles?

Ah sim. Havia um que me fazia piorar da ferida.

Lembra-se qual é?

Não me lembro menina. É deste género, mas era branco.

Aquacel?

Sim. Quando mudavam este (Carboximetilcelulose sódica com prata) para esse (Carboximetilcelulose sódica). Notava que a ferida piorava. Ficava logo com líquido verde. Infetada.

Olhe D. Luciana...

A gente vê-se assim. Viver assim com necessidades... Eu tenho alturas em que não levanto os medicamentos porque não posso gastar dinheiro. E vai suceder muita vez. O Sr. de quem eu tomo conta, coitado, tem que ter um fim. Eu ainda posso ir primeiro que ele. Está a ver?

Já falou com a assistente social?

Não. Eu não sei pedir.

Mas já falou com alguém, por exemplo a enfermeira, que a pudesse orientar quanto a esta situação?

Já me disseram para ir pedir. Mas eu não sou capaz. Agora aqui há uma instituição. A Cáritas, e eu fui lá pedir. Mas não é por elas me darem massa ou arroz que eu fico melhor. Tenho três filhos em casa, mas eles não são obrigados a dar-me o dinheiro todo. Não é? Eles ajudam-me naquilo que eles podem. Até o meu filho mais novo me disse assim: "Tu já tens aí novos medicamentos?" Eu no fim de Outubro aviei sessenta e tal euros em medicamentos. Para os diabetes, para o colesterol, para isto, para aquilo. Agora ainda só passou duas semanas desde o início deste mês e já lá fui duas vezes. Quarenta euros. Vinte e quatro euros. E as pomadas que eu gasto para pôr nas pernas?

Mas quando lhe falo do apoio da assistente social, está relacionado com a necessidade de apoio em termos da medicação devido aos seus rendimentos.

Mas eu digo que tenho filhos em casa, e como eles trabalham, já não me ajudam. E também tenho vergonha. Nunca foi capaz de pedir. Se me falta aquele senhor, que já tem 81 anos, fico lisa. Vou tomar conta daquela senhora e dá-me um valor por noite. Se eu lhe disser quanto ganho por noite ainda me chama doida. Só continuo a trabalhar porque preciso mesmo do dinheiro. Às vezes as dores são tantas que só eu sei o que passo. Preciso de ir ao especialista da vista e não vou.

A senhora não tem acesso a essas consultas de oftalmologia do hospital?

Não. Já me queixei à doutora, para ela me mandar. Pouco me ajuda. Mas pronto.

Olhe D. Luciana agradeço-lhe a sua contribuição. Muito obrigada e as melhoras.

ENTREVISTA DE MANUEL (Nome Fictício)

Dados de caracterização

N.º de Entrevista: 7

Data: 27/09/2011

Duração da Entrevista: 34 minutos

Idade: 62

Sexo: Masculino

Residência (Localidade): Torres Novas

Localização da Ferida: Perna Esquerda e Direita

Tipo de Ferida: Úlcera Venosa

Duração da Ferida: Cerca de 1 ano e 9 meses

Frequência do tratamento: 2 vezes por semana

Estratégia de tratamento: Lavagem da ferida com soro fisiológico e aplicação de Iodopovidona pomada e compressas.

Entrevista

Então Sr. Manuel, está aqui a fazer tratamento há quanto tempo?

Ó senhora enfermeira, eu já fiz tratamento aqui uma vez. Depois melhorou. Deixei de cá vir. Depois rebentou e tive de cá vir novamente. Desde a última vez ando para aqui a caminhar há 2 anos. Quer dizer, já vinha cá antes disso.

Está a fazer o tratamento duas vezes por semana?

Às terças e sextas-feiras.

Então como é que surgiu esta ferida?

Olhe. Esta ferida do lado esquerdo, é a que existe há mais tempo. É que eu já fui operado às varizes, no antigo hospital de Torres Novas. Fui operado à perna esquerda. Ainda era um rapaz novo. Em 1984. Em Junho de 84. E à perna direita em Fevereiro de 1985. E depois isto foi indo. Foi indo. Continuei a trabalhar à mesma. E depois isto começou a fazer-se ferida. Sem mais nem menos. Nem sei bem porquê. De vez em quando vinha ao Centro de Saúde. Depois, o médico da fábrica onde trabalhava deixou de lá ir. A fábrica foi à falência como muitas outras coisas no país. E depois eu até me reformei muito mais cedo por causa disto. Por causa das varizes.

Mas porquê? De que forma é que a ferida afetava o seu trabalho?

Era um trabalhado de esforço físico. Trabalhava na secção... Era metalúrgico. Cortava metais com um serrote. Torneava peças com um torno e cortava metais e ferro. Fazia estes dois trabalhos e era preciso fazer força. E eu já de mim sou uma pessoa pesada. Ora as pernas aguentarem o peso do corpo, e depois a agarrar em pesos de quarenta ou cinquenta quilos. Ora um mal em cima do outro, as varizes foram-se fazendo cada vez pior, até que uma pessoa vê-se nesta situação agora, com duas úlceras varicosas, que estão muito custosas de fechar. Eu sei que o meu trabalho só piorou as varizes e as feridas, mas o que eu havia de fazer. Precisava do dinheiro e por isso continuei até não poder mais. E esta perna, tenho-a muito roxa. Esta perna esquerda tenho-a muito, muito roxa.

Nessa altura, em que ainda trabalhava, sentia dor na ferida?

Naquela altura não sentia assim muito. Era uma impressão. Depois, comecei a ter mais dores e então meti os papéis para a reforma. Não foi aceita a reforma porque ainda era novo. Na segunda vez a reforma foi aceita. Já estou reformada há mais de dez anos.

Quer dizer, a ferida e a dor associada à mesma acabou por acelerar a sua reforma. É isso?

Foi. Foi. As dores que tinha tanto na perna esquerda, como na perna direita, mas mais na perna esquerda, foi uma coisa complicada. Foi difícil. E isto apareceu como um ferida pequenina, que nunca mais deixou de ser ferida. Foi há tantos anos! Foi em 1975. Tinha eu 27 anos. Ainda era muito novo. Depois a ferida fechava. Depois rebentava novamente. Depois fechava. E até que se formou uma ulcera varicosa, muito custosa de fechar. Isto é uma coisa crónica que aqui está.

Mas esta situação da dor associada à ferida alterou os seus hábitos do dia-a-dia? Por exemplo, o sair de casa para passear?

Eu dantes, às vezes, ia às excursões quando isto estava melhor e eu não tinha assim dores. Agora já há sete anos que não vou a excursão nenhuma, nem festas para aqui nem para acolá.

Mas porquê?

Porque tenho que estar em casa a descansar as pernas. Senão as pernas incham muito e piora a ferida.

Mas o que é que o inchaço nas pernas provoca?

O inchaço faz com que a ferida me faça doer. Inchando as pernas e não descansando, está-se sujeito à ferida fazer-se maior e a apanhar alguma infeção muito grande.

Quer dizer, acabou por se isolar?

Isolei-me mais há coisa de seis, sete anos.

Por causa...

Da ferida. Da ferida e da dor e inchaço, quando ando muito. Há coisa de quatro anos, ainda ia ao café lá da terra. Ia ao café. Aqui ou acolá. Via televisão e tal. Falava com eles. Há coisa de quatro anos, três anos e meio, cheguei a fazer isso. Agora aí há dois anos e meio, três anos, tenho-me mantido sempre em casa.

Tem companhia em casa?

Sou casado. Ela ajuda-me. Às vezes. Quase sempre. Tem que me levar o almoço à cama e o jantar à cama, quando tenho mais dores. Outras vezes vou comer à mesa. Porque eu tenho dores sentado. Não almoçando no quarto, estou sentado e pernas estão para baixo como estão agora. E eu às vezes almoço no quarto sozinho e ela sozinha na cozinha. Outras vezes vou à mesa.

Como é que se sente pelo facto da dor na ferida e a ferida em si, o levar a sair menos de casa e a ter de comer no quarto em vez da cozinha?

Olhe. Digo-lhe a verdade. É uma vida muito triste. Porque eu sempre fui um homem cheio de vida. De brincadeira com este e com aquele. Um homem com vida, pronto. Amigo de viver a sua vida. E até castiço com as pessoas. Muito popular e isso tudo. E agora ao manter-me assim em casa, faz de conta que estou quase numa prisão. Para mim é uma tristeza. Faz de conta que estou quase numa prisão.

Toma medicação para as dores?

Tomo. Estou a tomar medicamentos para as varizes: o venex forte. Estou a tomar para o coração. Para o sangue estar mais diluído: o Varfine. Estou a tomar o Cordarone. Quando a tensão está alta estou a tomar o Capoten. Estou a tomar...

E especificamente para a dor, não toma nada?

Às vezes quando tenho dores, assim muito, a minha mulher costuma dizer: "Olha, toma um comprimido de Ben-U-Ron".

E surte efeito?

Pouco. Quase nada. Sabe, é que eu tenho impressão, acho que não estou enganado, o comprimido de Ben-U-Ron é mais para a dor de cabeça.

Não. É para a dor em geral. Só que depende do grau de dor. Se a dor for muito intensa, o paracetamol pode não ser suficiente. Pode necessitar de um analgésico mais forte.

Não. Ele passa só o que sabe que eu estou a tomar. O que está escrito na ficha médica.

Mas como tem dor associada à ferida que não passa com o paracetamol, porque é que não pede ao seu médico de família pra lhe passar outro medicamento mais forte?

Não pode ser. É que eu tenho arritmia cardíaca.

Então tem receio de tomar medicação para a dor mais forte por causa de toda a medicação que o senhor toma?

Pois. Pois. Tenho uma arritmia cardíaca. Sempre ouvi dizer que uma arritmia é o coração estar a trabalhar descontrolado. Eu tenho arritmia e tenho tendência de ter a tensão alta.

Como é que dorme à noite?

Eu durmo na minha cama como pertence ser. Ponho uma almofada, um travesseiro na cabeça e ponho almofadas mais altas para ter as pernas mais altas que cabeça, para fazer o sangue deslizar para baixo, porque como me disseram aqui, faz bem. E também me ajuda a reduzir a dor. E tenho-me mantido sempre em casa. É uma vida muito triste. É quase como uma prisão domiciliária.

O senhor sente-se melhor em repouso com as pernas elevadas do que a andar?

Sim. Às vezes a andar custa-me muito. Eu só ando, senhora enfermeira, desculpe falar, quando vou à casa de banho fazer as necessidades fisiológicas.

Mas porque é que lhe custa andar? Sente dor?

Às vezes dói-me mais, outras vezes dói-me menos. Por exemplo, agora não está a doer muito. Sinto aquela impressão de dor, mas não é aquela dor forte, forte.

Então o que é que lhe provoca a dor forte?

Às vezes é quando assento o pé no chão, e com o peso do corpo parece que está a dor estalar para fora. Porque depois o corpo está a descansar. Enquanto está a descansar não me dói quase nada, não dá conta do ferimento grave que lá está. E depois ponho o pé no chão. As pernas a aguentarem com o peso todo, parece que está a estalar a dor para fora por causa da perna não aguentar com o peso do corpo. Eu sou uma pessoa pesada. Se eu tivesse 20kg a menos, não se perdia nada.

E como é que controla essa dor forte quando ela surge?

Estou o mínimo de tempo em pé. Tenho eu me ir logo deitar.

E isso acontece frequentemente?

Acontece. Acontece. E quando as feridas estão mais exacerbadas, pior é. Agora estão a pôr Betadine pomada. É muito bom e está a dar resultado.

Como é que vem ao tratamento ao Centro de Saúde?

Apanho o autocarro da minha terra e venho de autocarro até à garagem da rodoviária nacional. Depois venho de TUT até ao Centro de Saúde. Daqui a nada apanho o TUT para ir ter à rodoviária nacional. E depois vou no autocarro e ele pára mesmo perto da minha casa. Acabo por não andar muito.

E o senhor tem netos, ou contacto com crianças?

Não. Não.

Quando vem o tratamento aqui ao centro de saúde, como é que se sente antes de entrar?

Sinto-me ansioso antes de entrar, mas pronto, tem que ser. Só me custa mais é quando tenho que estar à espera mais tempo que o habitual. Fico ainda mais nervoso.

E durante o tratamento, há algum momento que seja mais doloroso?

Quando fazem o tratamento, às vezes tenho mais dores quando a enfermeira, por exemplo, quando vai limpar a ferida, é obrigada a carregar um bocadinho mais para pôr o produto junto à ferida, para desinfetar e tratar. Claro que carrega mais um bocadinho. E quando carrega mais um bocadinho digo assim: "Ó senhora enfermeira agora está a doer mais um bocadinho, porque está a carregar". "Tenho que carregar para fazer o tratamento, senão de outra maneira não consigo fazer o tratamento".

Dói-lhe mais na zona da ferida ou à volta da mesma?

Agora, na zona da ferida é que me está a doer. Agora já não me dói assim muito, mas fica com uma dor mais fraca durante todo o dia.

Como já está a fazer o tratamento há algum tempo aqui no Centro de Saúde, nota diferenças entre os enfermeiros que lhe prestam cuidados?

As senhoras enfermeiras aqui já me conhecem e qualquer delas todas, sem diferença, fazem o tratamento o melhor que sabem e como deve de ser. Qualquer das senhoras enfermeiras dá o melhor para me fazer o tratamento.

Mas gostava que fosse sempre a mesma? Acha vantajoso?

Se fosse sempre a mesma, talvez estivesse mais metida no assunto, porque via a ferida desta vez e depois para a próxima vez: "Olhe, está melhorzinho". Ou se não estivesse melhor dizia: "Está na mesma". Se tivesse pior, tinha que dizer a verdade: "Está um bocadinho pior".

Sentia-se mais acompanhado?

Pois. Hoje, por acaso, foi a mesma que me fez o tratamento na sexta-feira. Calhou por acaso. Depende do horário das senhoras enfermeiras que estão de serviço.

Sente que elas se preocupam se tem dor durante o tratamento?

Às vezes perguntam. Quando põem a ligaduras elásticas: "Estou a apertar muito?"
"Não. Não. Pode pôr assim que está muito bem".

Nunca lhe mostraram uma escala de zero a dez para avaliar o seu grau de dor?

Uma escala? Não. Não nunca me mostraram nada disso.

Já teve vários tipos de tratamento na ferida. Houve algum tratamento que lhe provocasse mais dor ou desconforto na ferida?

Era quase a mesma coisa. Só quando faziam o tratamento com a ligadura cola de zinco, era mais tempo. Era de semana a semana. Não era à terça-feira nem à sexta. Se fosse à terça, aguentava a ligadura colca de zinco até à outra terça. Era uma semana. Mas assim com o Betadine pomada é à terça e à sexta. É menos tempo.

Preferia que os tratamentos fossem mais espaçados?

Não. Não. Preferia mais tempo, mas viu-se que a ligadura de cola de zinco não estava a dar resultado. E agora as senhoras enfermeiras já viram que o Betadine pomada está a dar mais resultado e estão a fazer o tratamento com o Betadine pomada até ver o que isto dá. Vamos lá a ver se vai ao sítio. Não sei. Elas coitadas já nem sabem o que fazer. Queria que isto sarasse tudo por completo. A senhora enfermeira deve saber, e deve concordar, que isto pode fechar e eu deixar de aqui vir. Pode estar tudo sarado e daqui a um ano, seis meses, oito meses e depois rebentar tudo outra vez.

Pois, mesmo que cicatrize sente receio que abra novamente.

Pois. É uma cruz que se carrega. Se não sara estou ansioso que feche. Se fecha estou ansioso porque pode voltar a abrir. Pode fechar e deixar de cá vir. Sim senhor. Deixo de cá vir. E depois posso ter voltar, porque a ferida abriu outra vez.

E como é que a sua esposa lida com a sua situação?

Ela lida... Olhe, o que é que ela diz: "Olha, não te posso fazer nada. Não sou médica, nem enfermeira". É o que ela diz. E diz a verdade.

Mas como é que lidam com o facto da ferida e a dor associada à mesma, terem mudado a vossa vida? Como é que o senhor se sente relativamente a esta situação?

Sinto muita tristeza pelo facto de não ser o mesmo homem. De me estar sempre a queixar com dor e de isso não me deixar fazer o que fazia. E tenho pena pela minha mulher que acaba por também não poder fazer o que fazia. A senhora enfermeira... Vou contar-lhe que quando isto não estava em ferida e tinha sarado, até fazia um bocadinho de horta que eu gostava tanto. Começou a fazer-se ferida e deixei de o fazer. Não posso mesmo com as dores. De maneira nenhuma.

Nessa altura em que está mais aflito com a dor, e fica triste, como disse anteriormente, com quem é que desabafa?

Olhe, às vezes vai lá o meu irmão ver-me. Desabafo com a minha mulher...

Quer dizer, tem apoio da sua esposa e do seu irmão.

Pois. O meu irmão vai lá de vez em quando. Ele é GNR. Agora já está aposentado, e acaba por me vir ver mais vezes e falamos mais.

Sente que a dor na ferida é valorizada pelo seu irmão e a sua esposa?

Sinto. Sinto. E esse apoio ajuda-me muito a ultrapassar os momentos de maior sofrimento. O meu irmão, se não me pode ir ver, telefona a saber como estou. Mas estou muito triste porque dantes tinha uma vida em que saia com os amigos para ali e para acolá, e agora não posso. Se estou muito tempo em pé, isto incha logo e começa a doer. Portanto, não pode ser.

Mas esses amigos com quem saía acabaram por se afastar?

Pois. Eu já não podia sair com eles. Às vezes perguntam à minha mulher: "Então, como é que o senhor Manuel está?" "Vai indo. Está cheio de dores. Vai fazer tratamento ao Centro de Saúde à terça e à sexta. Está cheio de dores. Ele está cheio de dores. Está quase sempre deitado. Com os pés mais altos que a cabeça". É assim.

Então o que achou da entrevista?

Achei bem. O pior que eu tenho é ter uma vida muito triste. Sempre com dor e sempre deitado. É quase uma prisão domiciliária. Tenho que levar isto com paciência. Com muita paciência.

As suas melhoras Sr. Manuel.

ENTREVISTA DE LÚCIA (Nome Fictício)

Dados de caracterização

N.º de Entrevista: 8

Data: 22/07/2011

Duração da Entrevista: 23 minutos

Idade: 77

Sexo: Feminino

Residência (Localidade): Torres Novas

Localização da Ferida: Perna Esquerda

Tipo de Ferida: Úlcera Venosa

Duração da Ferida: Cerca de 8 meses

Frequência do tratamento: 2 vezes por semana

Estratégia de tratamento: Lavagem da ferida com soro fisiológico e aplicação de Carboximetilcelulose sódica, hidrocolóide extra-fino e meia elástica.

Entrevista

Como é que começou essa ferida?

Isto foi quando o meu filho nasceu.

Mas o que é que lhe apareceu na perna?

Começou assim a dar-me uns calores muito grandes primeiro. E arrepios de frio. E depois apareceu-me ali aquilo. Uma "fistulazinha". A fístula foi... Começou ali a agravar-se, agravar-se, a agravar-se e foi até hoje assim isto.

E tem cicatrizado e depois volta novamente a abrir?

É. É. É. Tem sido assim.

E agora, por causa desta ferida, está em tratamento desde Novembro?

Esta agora já está desde novembro.

Então e como é que esta ferida surgiu? Começou por ser uma pequena ferida, ou como começou a sentir dor? Como foi?

Ai, isto é dores horríveis. Quando isto começa a aparecer. No início, quando está com as infeções é da gente morrer com dores.

E depois como fez? Veio o Centro da Saúde?

Pois. Foi logo. E depois ela vê que isto está a precisar de antibiótico e receita-me o antibiótico e já começa a descansar mais.

A dor?

A dor. A acalmar. Agora quando isto tem o tratamento é da gente cair para o lado.

E o que é que a dor na ferida, altera na sua vida?

Ai, quando eu... Eu nem penso em nada. Eu fico... Eu sei lá. Não sei o que é que eu penso naquele momento. Não estou bem. Naquele momento não estou bem. Não me apetece nada.

E receitaram-lhe medicação para essa situação?

É os comprimidos para a circulação.

E para as dores?

Para as dores não tenho. Eu às vezes é que tomo um Ben-U-Ron.

Não lhe passaram nenhuma receita para medicamentos para as dores?

Não. Para as dores não.

E o tratamento em si. Como era?

Tinha sempre que tomar antibiótico.

Mas em relação ao penso. Quando lhe fazem o tratamento, como é que é?

Na altura ficava-me a doer muito. Elas gostam de estar a esgravatar. (a rir) E eu depois vou assim com o braço. Mas ela não gosta que eu vá assim com o braço. Mas é só tudo para o meu bem. Pois. Mas eu já me entendo bem com ela. Já me entendo muito bem com ela. (a rir)

E essa dor durava quanto tempo depois de fazer o tratamento?

Quando eu ia daqui do tratamento, ao fim talvez... Eu tomava o comprimido e daí a bocado já não me doía.

No fim do tratamento. Nunca tomava antes?

Não. Não. Era no fim do tratamento, que eu já estava a sentir aqueles ardores de ela estar aqui a mexer, a mexer. Depois eu ia.

E no tratamento, o que é que lhe provoca mais dor? Quando lhe retiram o penso, quando lhe limpam...

Ai isso eu às vezes até me estou a regalar. Quando ela está ali a limpar aquilo tudo. Não. Não me custa nada.

E a limpar?

Ai quando ela está lá com as pinças a tirar aquilo. Ai isso... Ai isso, eu começo a tirar o bracinho. (a rir) E ela não gostava. Já se sabe. Mas eu sei que era tudo para o meu bem. Isto a gente somos de carne e isso, não é? A gente não diz ai que não doa. Bem. Depois foi assim.

Houve algum penso que lhe tivessem colocado na ferida que lhe provocasse mais dor?

É porque eu usei... Quando eu vinha cá aos tratamentos com a minha filha que Deus tem, elas aqui, as enfermeiras, começaram-me a pôr aquele medicamento... Este penso. E eu era três dias com isto. E depois eu dava-me muito bem com ele. E eu nunca perdi a caixinha. Que eu tenho que aviar à minha custa. E eu então disse já à doutora e à enfermeira, que já estava mais que na hora de mudar, que eu já estava farta das ligaduras. É que eu sou muito alérgica às ligaduras. "Esfarrapo-me" toda a coçar. E depois ainda agravo mais as coisas. Agora não. Agora não tenho tido comichão nenhum. Nada. Ando muito bem. Ela trata daquilo. Calço a meia como vii. Ando muito bem. Mas com as ligaduras aqui até ao Joelho... Toca a coçar. Pois aquilo já se sabe, começa a magoar.

Houve algum tratamento antes deste, que lhe provocasse mais dor?

Eram as gazes.

Doía-lhe mais que este?

Custava. Custava. Custava.

Então porquê?

Porque já se sabe. Estava-se aqueles dias sem o tratamento, né? Depois estava aquilo ali ensopado. Agarrava. É assim.

E custava-lhe quando as tiravam?

Não. Não custava muito tirar. Era um alívio.

Mas era desconfortável antes do tratamento?

Era desconfortável e arrepanhava até eu vir ao tratamento. Eu às vezes quando via aquilo molhado. Tinha lá gazes e eu tirava e punha. Mas ela não gostava. Mas ela diz assim: "Olhe, mas não mexe na ferida. Na ferida não mexe".

Como já faz tratamento há vários anos...

Já. Já tive em alcobaça também em tratamento.

Nota diferença entre os profissionais que cuidam da sua ferida?

Eu lá em Alcobaça, eu ia lá também... Passando aí três dias, eu ia lá. Mas aquilo era tudo ali a cair (o dinheiro). Havia um aparelho assim, mais ou menos por este tamanho, que eles punham debaixo das minhas pernas, e estava a melhorar a "circulaçõzinha". Aquilo parece que não, mas era uma "ajudazinha". Mas aqui não. Não há ajuda nenhuma a esse respeito. Mas nessa altura, isso ajudava-me muito. Também lá andei assim bastante tempo, mas curou-se.

Mas nota que hoje em dia há uma preocupação maior com a dor durante o tratamento?

Não. Não. Não. Não.

Mas acha que se preocupam com a sua dor?

É. É. Preocupam. Aqui a enfermeira, também não há pai para ela. Tem sido uma pessoa excepcional para comigo. Tem sim senhora.

Em que a dor afetou o dormir?

Não consigo dormir. Nem estar na cama tão pouco. Nada. Nada. Eu ando... Estou aérea de todo. Isto é dores horríveis.

E a medicação faz efeito?

Começa a funcionar, começo a sentir-me bem. A sentir bem. Parece que ali não houve nada.

E para sair de casa, estar com outras pessoas, a dor na ferida afetou isso de alguma forma?

Sinto-me bem à mesma.

Mas não lhe custa sair de casa quando está com dor?

Não, porque eu já estou habituada a isto.

Já está habituada à dor. É isso?

Já. Já estou habituada à dor. E não é, também tenho os medicamentos que também me ajuda muito, né? Porque senão não aguentava. Se não fosse tratada também não aguentava estes problemas que eu tenho tido, né?

E como é que vem ao tratamento?

Agora vim no TUT (autocarro) para baixo. Pois. Agora, meto-me no TUT e vou para casa da minha irmã. Depois da casa da minha irmã, vou no carrinho dela para o Entroncamento. Pois. Vou lá a casa da minha filha. É para onde eu vou mais ela.

Quando está com dor, para além dos medicamentos há mais alguma coisa que possa fazer, para controlar a dor?

Não. Não sei o que hei-de fazer. Não.

E o que é que piora?

O que é que piora? Sou eu que não estou bem.

Quando é que a sua dor fica pior? O que é que você faz que sente que agrava a dor?

O que é que eu faço? Não faço nada. Só quando venho ao posto médico.

Mas tinha-me dito que não consegue, por exemplo, estar deitada.

À pois. Quando eu não podia estar. Piora. Piora. Quando eu estou com isto já muito adiantado. A infeção. Isto é a infeção que está a trabalhar por dentro. Quando a infeção está muito adiantada, eu já nem na cama posso estar. É em claro. A noite é em claro. Às vezes até vou buscar um calmante. (a rir) Para ver se eu acalmo. Para ver se eu sossego. Que isto dá uma força de nervos que eu sei lá. Está a perceber? Isto é uma coisa que dá...

E quando tem que vir ao tratamento, nos momentos em que está com mais dor, como é que se sente antes de entrar na sala de tratamento?

Não tenho receio nenhum. Não, porque eu já estou muito habituada a isto.

Nem no início?

No início tinha. Agora não. Eu às vezes digo assim: "Que eu nunca mais saio aqui do posto médico". E ela vai assim: "Há-de vir o dia. Há-de vir o dia". É que eu já estou assim um bocadinho melhor, para aquilo que eu estava. Estou muito melhor. Agora vamos lá ver o resto. (a rir) Agora vamos lá ver o resto.

Mas continua a sair na mesma, mesmo na altura em que tem mais dor?

Ai não. Ai pois. Não consigo. É muita dor. Quando é nessas alturas de maior dor, não saio de casa. Não tenho vontade de ver ninguém. Quando já estou melhor já não paro.

Mas quando está com mais dor não consegue sair?

Não. Não. Porque não estou bem com a dor, para andar. E para andar por lá e ainda correr o risco de isto ficar ensopado, também não dá nada. Ficam as pessoas a olhar e tudo. É muito chato isto.

Pois as pessoas começam a olhar. E eu tenho muitos complexos nestas coisas. Eu às vezes dizia assim: "Ó enfermeira. Olhe que eu amanhã vou sair. Ponha-me aí uma coisa, para que isso não me repasse". Porque as pessoas às vezes procuram-me, o que é que eu tenho na perna, isto e aquilo. E eu tenho muitos complexos disso. E depois ela prepara-me tudo preparadinho.

E quando tem dor, consegue andar normalmente? Não coxeia...

Nada. Nada. Não coxeio.

Então quando sai, o que a preocupa mais é se o penso ensopa e se se nota...

É. É. E a dor que às vezes tenho sem mais, nem menos quando isso (infecção) aparece.

E isola-se em casa nessas alturas?

Pois, quando é nessas alturas. Pois. Depois eu venho ao médico. Sou vista pelo médico e mais aqui a enfermeira. Ela chama a médica. Vem ver. Ela logo receita o que tem a receitar. E depois eu já começo a ficar bem. Aquela dor da infecção, que está ali à volta. Aquele vermelho, muito vermelho ali à volta.

Quer dizer, dói-lhe mais à volta da ferida?

É que então... Pois. Dói-me muito à volta. Quase mais que propriamente a ferida. Que é a infecção que está ali a trabalhar. E então, é quando eu me sinto... Quando elas me dão o medicamento, é quando eu me sinto melhor.

Mas durante o período em que tem dor, a sua vida é completamente alterada. É isso?

É. É. É. Ai tudo. (*Inteligível*)

Tem netos?

Tenho alguns treze.

São pequeninos?

Não. São já grandes.

Então e não tinha receio de lidar com as crianças, devido à ferida, com receio que a magoassem?

Não. Não. Não porque eles não se chegavam cá ao pé de mim. Pois. Nunca se chegavam ao pé de mim. Não. Não. Nunca tive problemas com isso.

E quando está assim com dor, como quem é que desabafa?

Olhe. Já cá não tenho com quem desabafava mais, que era a minha filha que Deus tem.

Então a senhora está a morar sozinha? Ela morava consigo?

Não. Ela morava perto de mim. A gente ali era só eu e ela, porque ali, era só eu e ela. Uma está para um lado a outra está para o outro. Tenho uma filha no Entroncamento. Tenho outra para Alcanena. Tenho um para Torres Novas, que agora até está na Itália. Tenho outro também aqui em Torres Novas. Por isso eu... E tenho outro que de vez em quando vem lá a casa e de vez em quando lá fica. Mas é muito raro ficar. Vai sempre lá para o pé da amiga que tem. Mas... Agora até está internado no Hospital. É o que está sempre ali mais. Mas também não é um filho que me dê muito apoio. Às vezes vem-me aqui pôr ao posto médico, quando eu estou com mais dores. Mas custa-me pedir, porque também não posso estar com muitas coisas com ele, porque ele pronto... Diz que tem a vida dele e assim e assado. E depois olhe, estou ali.

Era com a sua filha que você desabafava...

Era com a minha filha. Pois. Ela acompanhava-me sempre. Se ela hoje fosse viva, aqui estava ao meu lado.

E agora desabafa com quem?

Com a minha irmã. É uma pessoa excepcional. E com a minha filha. A outra que está no Entroncamento. Mas falo muito com esta irmã que eu tenho. É muito boa irmã para comigo. Eu já tenho dito assim. Deus tirou-me uma filha, mas parece que me deixou cá outra. Eu agora fui no sábado para casa dela e só vim na terça-feira aqui para o tratamento. É. É muito bom.

Então, mas como é que faz quando está sozinha em casa e está naqueles momentos em que tem mais dor?

Ai! Parece que tudo me aborrece...

Mas quem é que a ajuda?

Não me ajuda ninguém.

Então como é que faz?

Ninguém se chega. Ninguém se chega. Para nada. Eu é que ainda faço... Ainda na noite de natal, eu é que fiz o comer todo.

E já estava com dores na ferida?

Já. Já tinha a perna assim. E esta? É verdade.

Quer dizer, a senhora está sozinha em casa e ainda tem que se desenrascar sozinha, não é?

Tenho que me desenrascar sozinha... Não. Não tenho ajuda nenhuma.

Assim não é fácil...

Não. Tenho horas... Nem procuram se eu estou bem se estou mal. Só tenho um filho ali em Alcanena: "Mãe, se precisares de alguma coisa, estou aqui. Telefona-me logo. E se tu estiveres para aí mal ou alguma coisa, telefona-me logo". Ele também tem o trabalho dele, não é? Mas também não quero incomodar. "Se precisares de alguma coisa diz-me mãe. Eu estou logo aí". Isto é um filho também de coração. Mas eu também não o quero incomodar, porque ele tem uma grande responsabilidade em cima dele. Ele é lá chefe, lá do trabalho. Também não podem faltar.

Quer dizer, quando está com dor, acaba por sofrer sozinha?

Sozinha. É. É. Depois choro muito. É triste não ser capaz de cuidar da casa como dantes, por causa disto me doer, e não ter ninguém que me ajude. Custa muito. Depois com a partida da minha filha, choro muito porque eu vejo que tinha uma santa de uma filha. (a chorar)

Compreendo. Ela faz-lhe muita falta.

É. É verdade.

Quer dizer, era ela que a ajudava nesses alturas em que a dor não lhe permitia fazer as coisas?

Era. Era. Estive dois meses internada ali em Abrantes. Ela todos os dias lá estava ao meu lado. Ela vinha do trabalho dela, porque ela ia a casa das patroas fazer limpeza. E ali estava, todos os dias ao pé de mim. Àquela hora. Àquela hora era fatal como o destino. Estava logo ali. Eu dizia assim: "Ó filha, porque é que tu vens todos os dias? Tu estás tão cansada de trabalhar". "Mãe, se eu cá não viesse, não era capaz de dormir durante a noite". Preocupava-se. (a chorar) Era uma coisa boa que eu tinha e perdi.

Pois é... A senhora trabalhava?

Agora não. Mas em tempos trabalhava.

E essa ferida, quando começou, você ainda trabalhava?

Não. Eu andei aqui numa fábrica. Eu tenho impressão que isto também foi mais também daí. Naquela altura em que eu tive o meu filho, isto começou-me a aparecer. Mas depois quando comecei a trabalhar... Quando eu estava na fábrica, eu trabalhava com uma máquina de fazer as mudanças com os pés. Esta perna é que andava sempre à frente e a mudar as peças para trás, e depois quando estava cheia, tinha que puxar para a frente. Esta perna é que estava sempre a trabalhar. Tenho impressão que isto também foi muito esforço que fiz nesta perna. Também me deu cabo disto.

Portanto, a ferida só surgiu depois de você deixar de trabalhar?

Pois. Pois foi. Mas isto é assim. Para aqui ando. Eu sinto-me triste por ter de vir para aqui. Venho sozinha. Agora já estou mais dentro do acontecimento. Mas quando comecei a vir para o tratamento sozinha, isto é uma confusão. Tive que me habituar. Eu conhecia as pessoas, mas quer dizer, estava muito habituada a ela vir comigo. A minha filha acompanhava-me para qualquer dos lados. Estava sempre ali na hora certa. Agora por causa desta ferida, tenho que continuar a vir sozinha para aqui. Só deus sabe, como é que eu às vezes venho com as dores que tenho. E ter de me orientar sozinha é difícil, porque às vezes nem vejo nada com a dor. Ainda agora fui ao hospital. Tive agora uma consulta. Foi num dia agora desta semana. Foi segunda-feira, acho eu. E eu fui lá. Entrei lá e o meu filho foi-me lá pôr, e veio-se embora. Eu fiquei ali, fiquei parada. Nem sabia como é que eu havia de lidar ali. Houve uma senhora que vai assim, sabia o número que eu tinha: "Olhe que já passou o seu número". Eu vou assim: "Ai que eu nem sabia que

era aquele”. E eu fiquei assim ali parada. E dantes eu ia com ela. "Mãe senta-te ali”. E eu sentava. E ela ia lá tratar dos papelinhos lá à bancada. Ia lá tratar daquilo tudo. "Anda mãe. Anda daí”. Era tudo assim. Agora ando assim. Quando é alguma coisa que eu não conheço, eu ando aérea porque não estou habituada. Na minha doença, ela ajudou-me muito, aquela santa filha.

Em que sente que esta ferida mudou a sua vida?

Mudou... Não me mudou nada. Esta ferida para mim é um quebra-cabeças sempre que eu ali tenho.

Mas por causa de quê?

É a dor. É a dor, e a gente gostava de estar de outra maneira com as pernas e não está, né? A gente vê as pernas de outras pessoas. Há pessoas que com a idade, têm as pernas ali limpinhas como deve de ser. E eu não. Eu às vezes tenho estes complexos que as pessoas estão para ali a olhar. Já não posso calçar um bom sapato. Pois. Ando sempre com estes chinelinhos. Ainda hoje fui buscar mais dois chinelos, porque às vezes não estou bem com estes. Lá tenho que ir buscar outros. Para ver se me sinto sempre do melhor. Eu tenho lá sapatos, que só queria que você visse. Sapatos com tacão alto como eu usava dantes. Agora já não. Aquilo agora está para li. Não. Agora é só "chinelinhos" assim e o sapato baixinho, fechadinho, para o inverno. Mas tenho que estar sempre aqui protegida. Pois.

Alguma vez lhe mostraram uma escala de zero a dez para a senhora dizer o grau de dor que tem?

Não. Não.

Então só lhe perguntam se estar a sentir dor ou não. É isso?

Pois. Nunca me procuraram nada dessas coisas.

E receitaram-lhe medicamentos para as dores, quando viam que tinha dor?

Isto também não. Nunca me receitaram medicamentos para as dores.

Mas perguntaram-lhe se queria?

Também não. Eu é que peço. Eu é que peço. Eu é que sei. Faz de conta que a gente somos médicas de nós próprias, né?

Então diga-me, o que achou da entrevista?

Muito boa. Foi. Foi. Muito boa.

Desejo que corra tudo bem consigo. As suas melhoras.

Obrigadinho. Obrigadinho pela sua tenção.

Obrigada eu pela sua ajuda, para a realização do trabalho.

ENTREVISTA DE ROSA (Nome Fictício)

Dados de caracterização

N.º de Entrevista: 9

Data: 22/07/2011

Duração da Entrevista: 22 minutos

Idade: 63

Sexo: Feminino

Residência (Localidade): Torres Novas

Localização da Ferida: Perna Esquerda

Tipo de Ferida: Úlcera Arterial

Duração da Ferida: Cerca de 1 ano e 8 meses

Frequência do tratamento: 2 vezes por semana

Estratégia de tratamento: Lavagem da ferida com soro fisiológico e aplicação de carvão ativado, compressas e ligadura elástica.

Entrevista

Como é que surgiu esta ferida?

Olhe, eu fui fazer limpeza a casa de uma senhora. É que eu tenho asma. Eu sou muito doente. Tenho “muita” bronquite. E ando sempre a caminho do hospital. Ali em cima, no nosso hospital. Ando sempre lá metida. E no outro dia... Como se chama? Aquilo do nariz.

Os aerossóis?

Fiz aerossóis. E depois aquela senhora pediu-me e eu fui lá fazer limpeza. E depois, eu não tinha comido nada. Nem os comprimidos para a tensão e para a bronquite. Senti-me mal e caí da varanda. E aconteceu-me isto assim.

E desde aí você tem estado a fazer tratamento?

Sim. Sim. Fui para Abrantes, para o hospital para Abrantes. Fui operada. E depois vim para casa. Isto já estava a cheirar muito mal. Recebi uma carta para ir para Tomar ser observada. Estive lá. Cortaram-me isto num aparelho. Eu tinha o gesso, e fui para o Hospital de Tomar para me cortarem isto num aparelho qualquer que parecia uma serra. Depois levaram-me lá para uma casa de banho. Lavaram-me o pé. Trataram dele. Fiquei

lá uns dias. Fiquei lá... Não me lembro quantos dias lá estive ainda. Estive lá. Pedi ao médico para lá estar mais tempo, porque eu não queria vir para casa porque o meu homem trata-me muito mal. Mandou-me ir trabalhar, e eu não posso ir trabalhar. Se eu pudesse eu não estava aqui.

Então, você deixou de trabalhar por causa desta ferida?

Pois eu não posso. Eu tenho asma, também não posso. Dão-me alguma coisinha, alguma ajuda. Eu vou pedir ali, vou pedir acolá ajudas e dão-me alguma coisa. Porque ele também é como a senhora enfermeira já sabe, também é velhaco. Ele também não me compra as coisas. Não me compra nada. Tenho que andar a pedir ali e acolá para comprar os comprimidos para a bronquite. Eu vim aqui ao médico de família. Tenho lá uma receita para a comprar e ele não me ajuda a nada. A reforma dele também é "pocachinha" e não chega para nada. Eu não tenho nada. Não tenho reforma nenhuma.

Mas a senhora deixou de trabalhar por causa desta ferida?

Eu dantes ia lá fazer umas horitas a casa dela. E ela dava-me arroz, dava-me massa, dava-me alguma coisita para o pão. Mas agora com isto, não posso. E também lhe digo uma coisa, também não posso por causa da minha bronquite. Ando sempre doente. Ando sempre... Eu não, eu não posso. (chorosa)

Relativamente à dor que a senhora tem na ferida, como é que isso a faz sentir?

Olhe, faz... Sentir as dores? Eu tenho de me aguentar de noite para estar com o pé em cima da cadeira. Nem na cadeira, nem na almofada. Às vezes peço aqui os comprimidos, que elas me dão. Que ele não me dá comprimidos nenhuns para as dores. Eu choro de noite. Choro de dia. E às vezes peço a morte. (chorosa)

Por causa das dores?

(Abana a cabeça que sim.) E agora está-me a doer tanto.

E quanto tempo é que fica a doer depois de ir embora do tratamento?

No outro dia já não me dói.

Mas quando vai daqui, ainda continua a doer em casa?

Sim. E depois no outro dia ando tão bem. Já não me dói nada. Eu não sei se é do tratamento que elas me põem. Chego ali a casa, tenho que pôr o pé em cima de uma cadeira ou em cima de uma almofada. É morrer. Depois ando para trás e para diante para a sala. Para trás e para diante. Às vezes, eu queria-me morta. Eu penso tanto na morte. Eu penso muito. Ai a minha vida. Estou muito aborrecida. (chorosa)

Mas então a senhora não tem medicamentos em casa para tomar para as dores?

Não.

Mas receitam-lhe aqui?

Pois. É como eu estou a dizer à senhora enfermeira. Vim aqui ao médico de família pedir comprimidos para as dores. Pedi ao meu homem para comprar, porque eu tenho lá a receita, mas ela já não presta. Já passou do prazo. A minha filha diz que já passou do prazo. Ele diz que não tem dinheiro. Eu estou a compreender porque a reforma dele é "pocachinha". Eu não tenho... Eu tinha. Estava receber uma pensão, cortaram-na. Do meu pé. Já fui mais a minha filha lá a cima à casa do povo. Eu não tenho direito porque eu tenho direito ao dinheiro dele, mas ele não em dá um tostão, nem para comprar pão, nem para comprar... Eu tenho que andar a pedir esmola. Você julga que não é verdade? É verdade. A minha filha, se estivesse aqui contava-lhe.

A Senhora só tem uma filha?

Tenho.

Que idade é que ela tem?

Ela é casada. Tem um menino, mas tiraram-lho. O marido está preso. É uma situação complicada para ela e para mim. E o pai também, a dele é "pocachinha". Não tenho ninguém que me... Não tenho reforma nenhuma. Pronto. Se eu estivesse a receber uma pensão como estava dantes. Mas não estou a receber nada.

E como é que a senhora dorme à noite?

Eu rebolo para ali. Eu rebolo para acolá. Porque eu fico numa salita. Fico lá na minha sala, porque eu não fico com ele há uns poucos de anos. E com a tralha montada. Tenho lá televisão Eu levanto-me, vou para as janelas da salas, vou para a rua. A minha filha:

"Ó mãe para onde é que tu vais?" "Vou para a rua que eu estou cheia de dores". "Não vais nada que é de noite". Depois lá me sento. Lá ela, às vezes me dá uns comprimidos. Lá tomo um comprimido. Lá me passa, mas torna a vir outra vez.

Mas, para além da medicação, há mais alguma coisa que a senhora possa fazer para ajudar a controlar a dor?

Não tenho lá nada.

Mas, por exemplo, uma posição que ajude a controlar a dor?

Não. Porque às vezes isto passa-me, mas eu sinto a dor a vir. E depois vai-se embora outra vez. Tenho vontade, às vezes... Às vezes, senhora enfermeira, eu tenho vontade... Eu já disse a ela, tenho vontade de arrancar isto tudo. Porque aqui no calcanhar, aqui. Está a ver? Eu já disse a ela e ela não me pode fazer nada. Aqui dói-me muito. Aqui. Porque eu estou assim, faço assim, porque ela diz que é o osso lá dentro. Está magoado, alguma coisa. Isso compreendo eu. Mas esta dor que eu... Apanha-me aqui a ferida. Apanha-me aqui o calcanhar. Esta dor toda. Eu não posso. É um desespero. Eu não tenho ninguém que me ajude. Vou ali e acolá. Vou dar uma voltita às Tufeiras. Vou ver... Dão-me alguma coisa. Dão-me pão, dão-me assim. Ele também não me dá nada. É um castigo.

E o sair de casa, foi afetado pela dor associada à ferida?

Foi. Vou sair porque eu tenho muita dor. Não posso estar em casa.

E a andar não é pior? Não sente mais dor?

A andar não dói tanto. Agora está parada e eu estou bem. Também agora trataram-me, mas agora vou para casa e tenho que sair para a rua que eu não posso estar em casa. Tenho muita dor.

Estar parada é pior?

É. É.

Relativamente ao banho...

Ao banho, eu tomo banho. Mas eu já tenho metido um plástico e (*inteligível*). Eu tenho um banco. A minha filha arranjou-me um banco. Sento-me num banco porque eu não

posso estar dentro da banheira. Tenho este problema, não... Sento-me no banco. Ainda à bocado tomei banho. Sentei-me no banco, lavei com o chuveiro. Meto a perna em cima da banheira. Mas às vezes está molhado e ela começa a ralhar comigo. Isto está molhado. Eu não tenho nenhum plástico. Eu não posso... (chorosa)

Há alguém com quem fale sobre a dor?

Não. Eu falo lá em minha casa. Aqui com a enfermeira. Não falo em mais lado nenhum.

E sente-se apoiada? Sente-se que se preocupam consigo?

A minha filha está lá. Está para me ajudar. Ela também ajuda-me. Às vezes também faço alguma coisita, mas tenho que me sentar. Também problemas de joelhos. Não sei se é por estar a fazer força nesta perna, senhora enfermeira, que eu tenho isto tudo inchado. Não sei se é de estar a fazer força nesta perna.

E você descansa aquela perna?

Sim. Às vezes vou sair um "bocadito". Porque eu tenho... Eu não sei. O pé parece que sente a gente ir para a rua. O pé sente. O pé parece que não quer estar em casa. Um dia destes disse assim: "Ó filha, vou sair". "Ó mãe não vás que precisas de descansar". Mas eu chego à rua e o pé já não me dói. Não sei porquê.

Se calhar é porque se distrai mais. Em casa se calhar está mais triste...

Mais triste e também... Desculpe lá, mas ele também me trata muito mal e ofende-me. E eu não gosto de ser mal tratada. É assim. Não tenho mais nada para dizer. Queria que ele não me tratasse mal.

Compreendo...

Os meus filhos estão lá longe.

Ah, tem mais filhos para além da sua filha?

Tenho. Tenho. Tenho dois na França. Mas eles também não me podem ajudar. Também têm a vida deles.

Acha que desde que começou a sentir dor na ferida se isolou mais? Desde que começou a sentir dor na ferida, o que é que mudou na sua vida?

Para mim é pior. Para mim é pior. Porque eu vejo-me muito magoada. Às vezes eu vou lá casa de uma senhora e ela está-se a rir, e eu não tenho vontade de rir. "Ó Rosa põe-te alegre". Não tenho vontade de rir. Tenho uma tristeza dentro do meu coração. (chorosa) Por isso prefiro estar sozinha do que acompanhada. Ao menos sofro sozinha e não incomodo ninguém.

Desde que começou este problema?

(Abanou a cabeça afirmativamente) Eu às vezes estou em casa sozinha, começo a chamar os meus pais (chorosa). Porque eu era uma rapariga que subia às árvores. Subia a tudo e corria para ali e para acolá, mas agora não posso correr. (chorosa) É assim. É assim. Já tenho contado aqui à senhora enfermeira. O problema é assim. Não tenho mais problemas nenhuns. Quer dizer, queria que ele me estimasse. Porque ontem ele tratou-me muito mal. Mandou-me embora. Porque eu estou ali numas casas da câmara. E ele mandou-me embora. "Desaparece. Vai para ali, para acolá". E ele às vezes oferece-me "porrada". E eu não... Eu digo-lhe, se ele me oferecer "porrada", vou fazer queixa dele.

Mas sente que a sua relação com o seu marido piorou desde que deixou de trabalhar por causa da ferida?

Eu deixei de trabalhar. Eu deixei de ir lá a casa da senhora. A senhora também está muito doente e já velha. Já não vou para lá mais. E como já não posso...

Mas acha que a partir do momento em que deixou de trabalhar, a relação com o seu marido alterou-se?

Sim. Deixou de ter respeito. Ele queria que eu andasse lá a trabalhar e ganhasse dinheiro, mas não posso estar muito tempo em pé. Tenho que me sentar, senão dói-me muito. Mas é assim, eu não queria que ele me tratasse mal. Eu tenho os filhos, tenho netos e gostava de viver muitos anos, mas se calhar não...

E costuma ver os seus netos?

Eu tenho uma filha que tem uma menina, ela mandou-me as fotografias. Tenho lá um rapaz solteiro (em França). E tenho uma rapariga também aqui em Torres Novas. Tenho um na mata. Ainda tenho bastantes filhos.

E costuma ver os netinhos?

Vejo. Vejo os que moram ao pé de mim.

E na relação com eles, por causa da ferida, sente receio que a magoem sem querer?

Não. E às vezes... Dantes eu ia lá, porque a minha filha agora está a trabalhar no CRIT, e vai assim a minha filha: "Não aleijes a avó porque ela tem um dói-dói". E eles compreendem.

E já têm cuidado. É isso?

Já. Já. "A avó tem um dói-dói, não se pode bater no pé". Porque se alguém me toca aqui, eu tenho medo. Uma vez venho aqui aflita: "Ó senhora enfermeira, isto está a deitar sangue". "Não está nada. Isto não está a deitar nada". Eu tenho medo de tocar com o pé no banco ou numa cadeira. Tenho medo. Tenho medo de rebentar com isto. Eu tenho cuidado. Às vezes bato com este dedo na porta, (*inteligível*) Às vezes apareço com o dedo cheio de sangue. Porque também é os meus nervos. Também. Eu também tenho muitos nervos. E os nervos dá-me para bater. Às vezes dá-me vontade de bater a ele, por ele me estar a tratar mal. Mas não vale a pena, porque ele não vai mudar com aquela idade. Ele também tem problemas na cabeça. Também. Também é doente.

Relativamente à ferida, sente mais dor no local da ferida, ou à volta da mesma?

É mesmo... A ferida às vezes não me dói. Dói-me esta parte aqui toda.

Então dói-lhe por fora da ferida.

Aqui. Aqui nesta parte onde está mais magoado. E às vezes a ferida dói-me um bocado, mas eu parece que sinto a pele a... Como é que hei-de explicar? Já disse à senhora enfermeira. Arrepiada ou não sei. Dá-me aquelas dores e eu vou assim: "Ó meu Deus, mas o que é que será isto". Dá-me aquelas dores muito fortes, muito fortes. Eu não sei se é daqui, se é dali. Se à da pele que está... É que a enfermeira estava a dizer que esta pele sai toda. Essa pele aqui, como a senhora enfermeira agora viu.

E costumam perguntar-lhe se está a sentir dor ao longo do tratamento?

Pois às vezes a senhora enfermeira vai assim: "Vá ali ao Dr. a ver se ele lhe receita alguma coisa para as dores". E ele às vezes não está cá. Tenho lá três receitas para

levantar, mas não tenho dinheiro. Não posso trabalhar. Nunca mais vou poder trabalhar. A minha vida acabou-se.

Ao longo dos anos, houve algum material de penso que você se lembre que lhe provocava mais dor que os outros, quando lhe colocavam na ferida?

Porque eu estive lá em Tomar, e eu nunca senti elas porem uma pomada boa. E eu disse: "Ó senhora enfermeira, essa pomada não dá bem na minha pele". "Dá. Dá". Diz que eu tenho a pele muito seca, muito sensível. Tenho. Mas esta não me faz muita dor, como elas em Tomar me faziam. Ela... Até a pomada que elas me punham ardia-me.

E, por exemplo, a sua ferida aqui, está a ser limpa com soro fisiológico. Nunca usaram Betadine?

Ah. Já, já. Antes de eu vir aqui para esta enfermeira, havia um enfermeiro, e eu vinha aqui ao tratamento com ele. Ele chegou a pôr-me isso. E eu disse: "Ó senhor enfermeiro, não me ponha isso". Eu cheguei a casa, tirei a ligadura. Lavei o pé. Que isto ardia-me muito. Dava dor. E cheguei aqui... Até foi a enfermeira Maria. Essa enfermeira é muito simpática. Foi ela que me tratou. Eu cheguei aqui no meu tempo. "Você tinha uma ligadura". "Eu não posso". Ela foi-me a ver, e eu disse: "Ó senhora enfermeira, não me meta isso que isso arde-me". Tirei a ligadura, lavei o pé e tornei aqui a vir. Depois ela tratou-me. Ela pôs uma pomada e já não ardia.

Então o Betadine para si foi...

Não. Nem posso. Isso arde-me. A pele não me aguenta isso.

O soro fisiológico não lhe provoca dor?

Não. Isto agora foi tratado agora. Dois minutos ao fim... Amanhã já não me dói nada. Mas eu sinto que é o calcanhar que me dói.

E sente diferença entre os profissionais de saúde?

Não. Eu dantes não vinha aqui fazer o tratamento, porque eu não podia. Não tinha ordem. E elas iam lá a casa fazer o tratamento. Mas há uns mais meiguinhos, outros às vezes mais "coisa", que às vezes até me... Como agora. Eles limpam-me e está a doer muito. E eles às vezes carregavam. Agora estou nesta enfermeira, mas às vezes estava numa e depois estava noutra. Mas agora é sempre a mesma.

Acha que é bom ter sempre a mesma enfermeira?

É bom. É. Porque ela já me conhece. Mas eu queria sair daqui para fora, mas não vejo meios.

Como é que se sente antes de vir ao tratamento?

Às vezes sinto-me... Triste ou alegre. Outras vezes não tenho vontade de rir.

Mas como é que se sente enquanto aguarda para entrar para o tratamento? Sente medo?

Não. Não sinto medo. Eu até estou ali sentada ali na cadeira. O pé não me dói nem nada. Mas eu venho com aquele anseio, a tremer, porque já sei que ela vai-me tratar e dói-me. Pois. Pois. Eu não estou... Não tenho medo de entrar aqui porque já venho aqui há uns poucos de anos. Já conheço isto com os olhos fechados. Sou de Torres Novas. Nasci aqui. Sou... Eu nasci na capela do vale e sou de cá. E conheço isto tudo. Torres Novas já não conheço, porque as pessoas antigas já morreram todas. Os meus filhos também são de cá. Nasceram todos no Hospital. O meu marido não é de cá. Mas eu não queria que ele me tratasse mal. Ele também anda doente, mas eu não tenho a culpa. A nossa vida é pobre.

Durante o tratamento qual o momento que lhe custa mais? Quando lhe tiram o penso? Quando lavam?

A senhora enfermeira tira-me o penso, parece que aquilo está pegado. Dói-me. Quando ela está a lavar, também me dói.

Não há uma altura pior que a outra?

Não.

Quer dizer que durante o período de tratamento, a dor é sempre igual?

Sim.

Nesta situação da dor associada à ferida, como vai agora para casa, há mais alguma coisa que ajude a aliviar a dor para além da medicação?

Aliviar? Eu chego agora, vou fazer a minha cama. Se calhar vou sair mais a minha filha um bocadinho, que ela vai comprar um ramo de flores para a campa da filha, porque ela tem uma menina lá no cemitério. Vamos dar uma voltita. Mas ela vai devagar. Eu vou devagar. Venho para casa. Ela agora também... Depois ajuda-me. Ela faz o comer. Eu não faço comer nenhum. Ela faz o almoço. Faz o jantar. Eu não faço comer nenhum.

E amigos com quem falar?

Amigos ali naquele prédio... Não tenho amigos. Eu meto-me em casa, vejo a televisão. Estou ali sentada.

Nem dantes?

Não que eu não quero dar muita confiança a ninguém. Ali no meu prédio, não presta.

Mas, mesmo pessoas que não sejam de lá, que conheça de outros locais.

Não. Às vezes vou dar uma voltita às Tufeiras. Conheço muita gente ali para as Tufeiras. Vou dar uma voltita. Tenho muita gente. Mas às vezes também não gosto de lá estar. Estou deserta para me vir embora.

Mas porquê? Dói-lhe o pé por estar parada?

Não. Parada não me dói. Eu vou a andar e não me dói. Eu estou sentada, tenho que me levantar logo ali do banco na avenida ou nas Tufeiras. Depois esta perna ainda me dói também. É um castigo para me levantar. Tenho que vir ao médico para ver se ele... Ele vai dizer que isto é capaz de ser de eu fazer mais força nesta perna.

Quer dizer, acaba por se isolar porque não consegue estar parada em lado nenhum.

É. É. Eu quero me levantar, tenho que em segurar às paredes lá em casa. Porque esta perna dá-me muito... Não posso. E eu tenho muitos problemas na vida. Os filhos estão longe.

Olhe D. Rosário, obrigado pelo seu contributo. Desejo-lhe as melhoras.

Obrigado.

ENTREVISTA DE TÂNIA (Nome Fictício)

Dados de caracterização

N.º de Entrevista: 10

Data: 08/08/2011

Duração da Entrevista: 24 minutos

Idade: 78

Sexo: Feminino

Residência (Localidade): Riachos

Localização da Ferida: Perna Esquerda e Direita

Tipo de Ferida: Úlcera Venosa

Duração da Ferida: Cerca de 6 anos e 3 meses

Frequência do tratamento: 3 vezes por semana

Estratégia de tratamento: Lavagem da ferida com soro fisiológico e aplicação de Carboximetilcelulose sódica com prata, compressas e ligadura elástica.

Entrevista

Como é que apareceu a sua ferida?

Faz de conta que foi uma borbulha. Aquela borbulha rebentou, mas conforme rebentou não fez "fundura". Fez largura quase de um lado ao outro. E esta não. Foi menos. Mais pequenina. Do mesmo género, mas mais pequenina. E nunca foi tão grande esta como está. E agora sempre em tratamento, sempre em tratamento, que agora é que eu parece que sinto que está a ir. Porque eu também me ando a tratar com um médico particular. Na chamusca. Um dermatologista. E vou lá na última semana de Setembro. Eu não queria, mas a minha filha: "Ó mãe vá. Ó mãe vá. Ó mãe mas porque vá e porque pronto. E pode ser bom". E eu fiz-lhe a vontade. Mas de facto melhorei. Melhorei. Também estou num Centro de Dia. Estou todo o dia com as pernas mais altas que o corpo.

Mas vive sozinha e está durante o dia no Centro de Dia. É isso?

Estou. Estou. É por isso. E então é assim. Estou lá muito bem. Gosto de lá estar. Tudo gente conhecida e pronto. Gosto de lá estar. E agora vim aqui ao tratamento. Vim eu... Viemos quatro. Agora ao tratamento devo vir sexta. E pronto. Tem sido assim.

E tem dor na ferida?

Não. Agora não tenho. Desde que isto começou a querer fechar, a dor não...

Nem durante o tratamento?

Não. Mas quer dizer. Sinto dor, mas nada de preocupante. Não senhor.

Mas teve dor?

Tive. Tive. Agora é que não.

Então e como era essa dor que a senhora tinha?

Ai! Eu parecia... Sei lá. Eu não sabia se era uma coisa a arrepanhar. Se era quando a gente arranca ou tira a compressa, que fica naquele ardor. Mais que ardor.

Então e dantes o tratamento custava-lhe?

Custava. Custava. Agora é que já não me faz diferença. Já está mais fechado. Mais alto. Tudo melhor.

Qual é que era a altura do tratamento que lhe custava mais?

Era assim por exemplo, no Outono...

Não. Não. Durante o tratamento, qual era o momento que lhe custava mais: a tirar os pensos, quando lavavam...

No dia em que fazia o tratamento a dor ficava sempre mais forte. Mas depois ia aliviando durante o dia. Mas assim até ao pôr do dia. Durante a noite depois já era diferente, não doía tanto.

Então, mas quando a enfermeira estava a mexer na ferida...

Não me doía muito.

Mas o que é que lhe custava mais: retirar o penso...

Era. Era. Mas não era assim uma dor... Era uma coisa fraca. Não é coisa que não aguente. Muito diferente de agora. Por isso é que eu digo que acho que isto está mesmo agora a ir melhor.

E durante o tratamento, costumam perguntar se está a doer?

Eu é que digo: "Ai! Isso está a doer-me". Ou assim. Eu é que costumo dizer. Claro, elas também vêem se a gente se está a sentir ou não. Mas eu até costumo dizer. Isso é verdade.

E toma medicamentos para as dores?

Eu tomo. Eu tenho agora umas pastilhas que se põem na água. Efervescentes. Mas eu cheguei a tomar uns comprimidos chamados Zaldiar. Mas eu deixei-me desses comprimidos porque fui operada a tiraram-me o estômago, e o médico não aconselhava muito que eu os tomasse, porque eram fortes. Eu desisti. E então estou a tomar esses tais que ponho na água. Deixo ferver. Pronto.

E quando é que toma esses comprimidos?

É assim que tiver dores.

E costuma ter dor quando?

Agora não tenho tido há um tempo. Eu até trago dentro de uma bolsinha, dentro da minha mala, duas pastilhas e nem tenho tomado porque é uma dor pouco forte, e então evito tomar.

Mas quando tinha mais dor, tomava quando?

Tomava. Por exemplo, tomava uma da parte da manhã e depois só tomava outra já tarde. Já assim para passar a noite. Vá lá, que fossem assim umas duas.

E quem é que lhe passou esses medicamentos?

Foi a médica.

Mas foi você que pediu à médica?

Ela deu-me. Ela é que me deu para fazer as vezes do Zaldiar. Era preferível. E é o que estou a tomar. Tomo se me... Agora não me tem doído.

Então, a doutora passou-lhe esses comprimidos e nos dias em que vinha ao tratamento, costumava tomar antes de vir, ou só tomava no fim?

Só tomava depois. Como tinha sido mexido e limpo e aquilo tudo, então é que me ficava a doer o resto assim do dia. Ou até à noite e depois tomava um comprimido efervescente. Uma "coisinha". Deixava desfazer aquilo e bebia. Pronto. Ficava assim melhor.

E o facto de lhe doer a ferida, como é que isso a fazia sentir nos dias em que tinha que vir ao tratamento?

Ai! Nesses dias vinha assim dorida. Assim um bocado parece meio massacrada, com dores na ferida. Depois no fim faziam-me o tratamento. Para tirar a compressa era difícil porque estava agarrada. Limpavam aquilo. Ficava na mesma com uma dor. Mas era uma dor já mais suave. Não era tão forte. Faz de conta. Eu pensava assim: será que é por ter a compressa seca que a dor é mais forte? É que a compressa custava muito a tirar. Depois se fosse arranjado e a perna ligada, era uma dor mais suave. Já não custava tanto.

Mas, quer dizer, tinha receio nos dias em que vinha ao tratamento?

Tinha. Tinha. Pois. Ficava sempre um pouco ansiosa. Ficava. Mas depois aquilo acabava por passar. Pronto. Eu também estava sempre a evitar tomar comprimidos com medo que me fizessem mal ao estômago. Como fui operada tinha medo, e então preferia sofrer com as dores. E fazia assim. Às vezes nem tomava. Andava ali o resto do dia. E pronto. Aquilo acabava também por abrandar mais. Pronto.

Como era para descansar à noite, quando tinha dores?

Ai, isso tomava.

Tomava para dormir ou para as dores?

Para não ter dor. Para poder depois então adormecer.

Mas tinha dores durante a noite?

Não. Depois aquela dor ficava mais fraquinha.

Mas porque tomava o comprimido. Sem tomar...

Sem tomar? Isso às vezes nem dormia. Tinha alturas que nem dormia com dores. Nem tinha posição na cama. Mas depois acabava por tomar um comprimido para as dores para poder dormir. Pronto.

E tinha posição na cama para dormir?

Só virada para um lado. Porque a ferida deste lado é maior. Virava-me sempre para o lado direito. Para a perna estar virada para a parte de cima, e assim não me doía. Era isso que fazia. Não dormia nada com jeito, porque não podia dormir como gostava. Agora não. Agora já não me faz assim até grande diferença. A dor também não sinto muito. Está a melhorar bastante.

E foi para o Centro de Dia também por causa da ferida em si...

Não. Eu fui para lá para o Centro de Dia neste sentido: é que deu-me uma dor ciática nesta perna. Tive três semanas e depois quando me pude levantar é que falei com a minha filha. Contei-lhe que me tinha dado uma dor, que quase que nem me podia mexer. E ela veio logo no dia seguinte. Cedo. Fui ao Entroncamento com ela ao Hospital. E depois fiz tratamento. Levei logo uma injeção. Receitaram-me uns comprimidos para tomar para essa dor. E continuei a fazer à mesma o tratamento, até que a dor me aliviou bastante. Ando. Custa-me. Ainda tenho o joelho assim preso e os tendões. Mas já ando melhor. Já não é nada do que foi. E estou à espera que isto agora acabe de me passar.

Mas, quando estava com mais dor na ferida, como é que fazia para aliviar a dor, sem ser com os comprimidos? O que é que a ajudava a aliviar a dor?

É um cobertor que eu tenho enrolado aos pés da cama, para estar assim com a cabeça mais baixa e as pernas mais altas. E tenho. Ainda tenho isso.

E o que é que a agravava? O que é que lhe fazia agravar a dor no dia-a-dia?

Se eu não estivesse assim, a dor era mais forte. Assim com as pernas levantadas, a dor parece que ia sempre aliviando.

Quer dizer que quando tinha que andar em cima da perna é quando lhe custava mais?

Pois era. Era. Evitava. E descansava todo o tempo que eu pudesse.

E como é que fazia as lidas da casa?

Era como eu podia. Era aos bocados.

Mas como é que isso a fazia sentir?

Custa muito. Custa muito. Porque a gente quer começar aqui e acabar acolá, e não se pode como dantes. É triste não ser a mesma pessoa. Tenho que descansar mais as pernas, senão as dores não se aguentam. Sempre a evitar fazer força. Mas se estiver deitada, por exemplo, da parte da tarde ou me deitasse à noite assim cedo, então aliviava mais um bocado a dor. Que estava assim com as pernas elevadas, a dor ia enfraquecendo.

Então estava sozinha. Só você é que tratava de tudo?

Sim. Sim. Só eu.

Então e as compras da casa?

Isso era ao fim de semana. E ia com dores. Claro. Tinha que comprar para ficar, para me abastecer. Tinha que ser assim. Pronto. Depois deu-me aquela dor. E depois eu estava sozinha. Depois a minha neta ficou de bebé. Depois isto foi tudo assim. E depois a minha filha dizia: "Mas depois quando nascer... Quando ela tiver o menino, depois tem que ir uma semana para um lado, uma semana para o outro".

Então a sua filha é que a ajudava. É isso?

Ajudava. Vinha cá. Ia comigo ao médico. Tudo o que fosse preciso. Isso é verdade. E de maneira que depois lembrei-me. “ Espera. Porque é que eu não hei-de ir para um centro?” Pronto. Hoje vim aqui. A carrinha veio nos trazer. Agora vem nos buscar. Pronto. Já é uma coisa boa.

A sua filha é que a trazia aos tratamentos?

Sim. Trazia-me. Mas eu via que isso lhe transtornava a vida. Custava-me. Agora venho na carrinha do Centro de Dia. Já não é preciso ela cá vir por isso. Para não estar a

sobrecarregá-la tanto. Ontem... Não. Olhe, ontem nem sei para onde ela foi. Mas no sábado ela tinha-me dito que... A gente todos os dias se telefona. Ela tinha-me dito que a minha neta tinha ido à vacina com o menino e foi direito à casa da minha filha. E ela disse: "Está deitada e mais o menino. Olhe, estão mesmo pregados no sono". "Então deixa-os dormir". Disse eu. Pronto. Ontem estava bem, porque eu falei com a minha neta. Que ele que estava bem. Que estava a engordar muito. E pronto. Já fez 3 meses dia sete. E pronto. Esta a ir tudo bem.

Quando estava mais aflita com dor como é que fazia quando tinha que sair de casa?

Evitava. Evitava.

Porquê?

Para não estar a sobrecarregar a perna, senão depois doía-me muito.

Mas sentia-se mais sozinha por causa disso?

Sim. E foi por isso que ganhei ideia de ir para o centro. Porque é tudo gente que eu conheço. Tenho aquelas cadeiras em que a gente estamos com as pernas mais altas da parte de trás. E aquilo faz-nos bem. Faz-nos melhor que a gente estar assim com as pernas penduradas. E então ajuda. Pronto.

E não tem que fazer o comer, não é?

Não. Não faço nada. Por exemplo, ao sábado de manhã vão, a partir das onze até à uma, levar o almoço e o jantar. Ontem foram-me levar lá de manhã, almoço e jantar. Nunca faço nada.

Então desde que foi para o Centro de Dia descansa mais a perna.

Pois. Descanso mais e penso que isso também tem ajudado a melhorar a ferida. Parece que a vejo melhor agora que fui para o Centro de Dia e tenho descansado mais. E então... Tomei o pequeno-almoço quando cheguei ao Centro. Eu já tinha comido em casa, porque tinha que tomar dois comprimidos. Mas lá, acabei o pequeno-almoço. Enfieei uma caneca de café com leite e uma sandes de fiambre. Não quis doce. Antes quero fiambre. Agora o almoço é ao meio-dia. Às três horas vamos lanchar. Às seis e meia janto. Depois já vou jantada para casa. Depois olhe, ou leite, ou um iogurte, ou umas bolachas mais tarde. Pronto.

Está sozinha há muito tempo? Há muitos anos?

Estou. Há muitos anos já. O marido já faleceu, já fez quatro anos no dia treze de Março.

E quando estava mais aflita com dores, com quem é que desabafava?

Sozinha. Chorava. Chorava. Porque isto é assim, as minhas irmãs, esta e a outra, de facto são muito amigas, mas não as quero preocupar. Também me dou muito bem. Mas havia lá uma senhora e há, perto desta minha... Não é desta minha irmã, é da outra mais nova, que mora até nesta rua onde vou agora passar. Mas o que é que a gente estava a falar? Estávamos todas em conjunto. E ela disse-me assim: "Isso é mentira". Mas disse assim uma coisa: "Mentira!" Assim uma coisa. Ai. Eu parece que fiquei sentida. Mas eu nem sei já o que é que eu disse. E fiquei a pensar, cá com o meu pensamento: "Ai, mas não é mentira. Mas eu agora também não vou dizer nada. Então a senhora é mais velha que eu, é falta de respeito". Eu sozinha a pensar. "É falta de respeito". Já não volto cá mais. Porque a minha irmã também está sozinha. Também é viúva. Sem ser esta minha irmã, a outra mais velha é mais nova que eu e mais velha que esta minha irmã. Que esta minha irmã era mais nova. E depois ela disse aquilo, que isso era mentira, caiu-me assim um bocadito mal. E eu como sei que a minha irmã vai para lá de tarde...

Quer dizer, nem com a sua irmã desabafa?

Não. Não. Com ninguém. Sozinha. Na altura ainda me sentia mais só porque as dores na ferida não me davam vontade de ir ter com ninguém. Depois choro. Sinto-me só. Acho que era mais fácil se tivesse alguém. Depois rezo aos santinhos para me darem força e coragem, para eu me animar. Para levar a minha cruz às costas.

O facto de agora já não ter tanta dor aliviou-a?

Sim. Sim. Sim. Sim. Ajuda. Pronto e estou assim. Ela diz e bem, que eu podia lá ir. Ainda ontem eu fui ao café. De tarde, depois de almoço. E pensei assim: "Agora vou". Às vezes ela vai a esse mesmo café, onde eu fui e eu não a vi. Não vi essa minha irmã. Pensei assim: "Vou ali à minha irmã". Depois pensei assim: "Também não vou. Vou mas é para casa". Tinha roupa pendurada que tinha lavado de manhã. Estava enxuta. Fui apanhá-la. Dobrei. Armei tábua. Engomei roupa. Guardei roupa. E fiquei o resto do dia ali sentada.

Então, costuma ir ao café?

Costumo.

E nas alturas em que tinha mais dor, continuava a ir?

Eu ia na mesma. Custava-me, mas era uma distração. Só.

Como já fez vários tratamentos, nota que há algum penso que seja diferente em relação aos outros? Que lhe provoque mais dor na ferida?

Notava em algumas alturas.

Qual?

Não sei. Ou era da altura do tempo. Ou que fosse mais mexido. Tinha alturas que notava mais dor. Mas pensava assim: "Tenho que aguentar".

E não dizia à enfermeira que lhe estava a doer mais?

Não dizia nada. Não dizia nada.

Mas ela não lhe perguntava?

Também não. Fazia o tratamento. Está feito. Bom dia e muito obrigada. Mas sempre bem-disposta. A enfermeira é sempre simpática e bem-disposta comigo. Não tenho razão de queixa. Não é só aqui a Joaquina que me conhece. Mas dizem logo: "Olhe, você é uma pessoa que está sempre bem-disposta". Pois, a gente tem que levar assim a vida. Pronto. Enfrento, e vou, e rio. Tudo bem. Pronto.

E não houve nenhum penso ou pomada que se lembre que lhe colocassem na ferida, que lhe custasse mais?

Houve alturas que me custava muito. Houve assim... De inverno. Ou que não ficasse bem limpo. Ou que... Não sei. Ou do tempo. Notava. Tinha alturas que notava mais dor. Era. Era. Mais dor.

Mas não sabe a que estava associado?

Não. Não. Depois também... Olhe pronto. Enfrentava e levava. Sofria aquilo. Pronto. E era assim.

Nota que aqui (no Centro de Saúde) valorizam o facto de ter dor na ferida durante os tratamentos?

Eu notava isso. Não era... Era assim nessa tarde. Depois durante a noite já estava melhor.

Não é isso. Preocupavam-se em perguntar-lhe, em saber como é que estava quando vinha ao tratamento?

Eu dizia que tinha dor. Eu é que dizia. Dizia: "Ai, desta vez eu tive mais dores". "Custou-me mais ou não sei. Ou porque foi mais mexido". Pronto. Eu queixava-me. Verdade. Pronto. Mas elas também concordavam comigo e eram mais cuidadosas para não me doer tanto, o que me dava apoio. Pronto.

Sentia que a ouviam?

Sim. Pois. Mas também não sou assim de que queixumes. Mas era assim de facto. Pronto.

E você trabalhava?

Trabalhava.

E deixou de trabalhar por causa desta ferida?

Não. Eu deixei de trabalhar porque eu fui operada ao estômago. E tiraram-me o estômago. E então... Eu trabalhava nessa altura em que fui operada ao estômago. Trabalhava de costura. Que eu nunca aprendi a costurar, mas sei. Sei e trabalhei numa loja onde havia saias, casacos, blusas. Havia muita coisa. Mas eu optei pelas saias. Porque antes de trabalhar para essa casa, trabalhei para uma outra que lhe chamavam Rodrigues e Rodrigues em Lisboa. Mas era calças. E depois mudei. Não quis mais nada senão as saias. Depois pronto. Depois de ter sido operada fiquei com muito poucas forças. Eu era muito gorda. Pesava cento e tal quilos. Fiquei assim. Mas a médica que me operou disse-me que naquela altura estava muito magra, mas que tinha feito uma operação muito grande, mas que ainda ia voltar a engordar. Não muito, mas que engordava mais do que aquilo que estava. E depois já nunca mais quis trabalhar. Não senhora. Deixei-me. Fiquei só com a lida da casa. Pronto.

Nessa altura em que estava com mais dores, como é que isso a fazia sentir?

Olhe, sabe como é que eu fazia o trabalho? Por exemplo, fazer o trabalho de coser à máquina, tinha um motor. Tinha que pôr o pé. Punha o que estava menos ferido. Pronto. Assim cosia. Fazia os acabamentos à mão. Pois sim senhora. Fazia assim a minha vida.

Mas o facto de estar com dores, como é que isso a fazia sentir? Como é que sentia por causa disso?

Ai credo. Queria respirar, nem era capaz. Até o ar me fazia aflição e tudo. Sentia-me mal por estar o mal adiantado. Mas tinha vontade e gostava de trabalhar. Fazia sempre pela vida. Pronto. Era isso. Pronto e assim foi. Passei assim o meu tempo.

E quando lidava com outras pessoas e até mesmo com crianças, não tinha receio que lhe tocassem na ferida e a magoassem?

Não. Eu também estava só. Tinha a minha neta, mas ela estava na escola. Estava no colégio.

E quando estava com ela, não tinha receio que ela a magoasse sem querer?

Não. Não. Não tinha receio nenhum. Não senhora. A miúda andava sozinha ali pela casa, eu e ela. Tudo bem.

Mas ela se calhar já sabia que tinha essa ferida...

Não. Ela ainda era muito pequenina. Ela só esteve comigo até aos cinco anos. E eu quando ela tinha essa idade, tive um esgotamento. E fui internada. E depois tiraram-ma. (a chorar) Porque eu já a tinha, tinha ela dois dias quando saiu do hospital até aos cinco anos. Foi muito tempo. Tinha só aquela menina. Só aquela neta. Tinha e tenho. E então senti muita saudade dela. Mas depois eu já estava melhor. Estive internada muito tempo. Depois já estava melhor. Depois a minha filha disse: "Ó mãe, eu sei que a mãe gosta muito da menina, mas eu estou a pensar assim: quando for a sexta-feira à noite eu venho cá pôr a menina. E ao domingo à noite..." Porque ela estava no colégio já. E a minha filha é chefe do escritório, e então meteu a menina quase que praticamente de um dia para o outro no colégio. A olhar à situação que ela tinha. Acabou por ser assim. Depois ela já não a quis tirar porque depois se lhe aceitaram a menina naquela altura, ela não queria... Não quis fazer a desfeita. Depois ela então passou sempre os fins-de-semana comigo. Pronto.

Mas nunca teve receio teve receio que ela, sem querer, a magoasse...

Não. Não senhora. Não. Não. Ela também era sossegadinha. Era. Era. Era muito sossegada. De maneira que é assim. Quer dizer, foi assim um bocadinho de sofrimento na vida, mas eu enfrentava e estava satisfeita. Andava contente. As dores passavam. Pronto. É já o feitio da pessoa. E pronto. Já passou. Agora estou muito contente. Tenho já outro netinho. É muito minha amiga, porque ela ainda faz amanhã oito dias que cá esteve, porque eu na segunda-feira fui ao hospital. Terça-feira fui outra vez à consulta. E a minha filha, como tinha gasto as férias, já não podia estar a perder dias. Ela podia perder, mas tinha que estar a mexer nas férias do ano seguinte. E a minha neta, como está com baixa por causa do menino, ela disse: "Ó mãe, olhe, eu falei com a Rosa, e ela vem para cá o dia todo e toma conta do Joãozinho e eu vou à consulta com a avó". Fui novamente ao... Fui na segunda e na terça a Torres Novas, e ela na terça-feira veio cá ter comigo. Depois ela foi-me buscar ao centro. Fui à consulta e ela logo a seguir foi embora. Pronto. Foi tudo assim. Passou-se tudo muito bem. Sim senhora. E é assim que tenho feito as coisas. Agora estou no Centro. Estou descansada. Estou bem na mesma.

Mesmo quando andou assim mais atrapalhada com a dor, para se movimentar de um lado para o outro, precisou de usar uma bengala ou algo do género para a auxiliar?

Não. Segurava-me. À volta da mesa. A uma cadeira. Esticava o braço, já me segurava noutro sítio. Nunca foi preciso. Eu tenho. Até lá tenho uma bengala ou duas. Mas...

Se calhar, também nunca quis...

Não. Nunca me quis pegar a isso. Equilibrava-me assim. Até que estou melhor. E pronto. Mais tarde vamos vendo aos pontos a que chego, mas até lá, está a bengala à minha espera. Paciência. Mas é assim. Agora já ando melhor. Já estico bem a perna. Lá estou no meu sítio.

O que é que achou da entrevista?

Achei bem. Não me encurta nada de falar. Foi verdade. O que se passou foi tudo verdade. E pronto. Agora estou só porque eu quis. Depois a minha filha ia para a filha. Pois, para casa da minha neta. E eu comecei a pensar: "Para que é que eu hei-de estar a incomodar? Porque é que eu não vou para um centro?" Pronto. Não estou a preocupar.

Telefonam-me todos os dias. Como é que está? Como é que foi? Tudo. De resto... Mas tem corrido assim tudo bem ao mesmo tempo.

Obrigada. As suas melhoras.

ENTREVISTA DE CONSTANÇA (Nome Fictício)

Dados de caracterização

N.º de Entrevista: 11

Data: 14/09/2011

Duração da Entrevista: 25 minutos

Idade: 48

Sexo: Feminino

Residência (Localidade): Entroncamento

Localização da Ferida: Perna Esquerda

Tipo de Ferida: Úlcera Venosa

Duração da Ferida: Cerca de 18 meses

Frequência do tratamento: 3 vezes por semana

Estratégia de tratamento: Lavagem da ferida com soro fisiológico e aplicação de Carboximetilcelulose sódica e compressas.

Entrevista

Então D. Constança, sei que já falámos sobre isto durante o tratamento, mas gostava de saber, como é que a sua ferida começou?

De um dia para o outro abriu ali uma "coisita". Nesta (perna). E eu... Isto é uma "feridazita". Nem nunca sequer me passou pela cabeça que fosse uma coisa destas. "Isto é uma "feridazita". Eu trato isto em casa". Comecei a fazer assim uns tratamentos. (*inteligível*) E aquilo cada vez mais estava pior. A abrir mais. Mas ainda andei assim em casa talvez um mês. Até estava a trabalhar nessa altura. Não sei se está aqui a ver. Nota-se aqui um golpe. Que eu caí no trabalho. Levava... É que eu trabalhava numa cozinha. Levava loiça. Logo, cortei-me. E isto curou-se num instante. Queriam levar-me ao hospital para eu levar pontos e mais não sei quantos. E eu disse que não. Isto curou-se que foi uma maravilha. Eu pensei: "Bem, isto também se vai curar. Se esta se curou com um golpe tão grande". Nada. Nada. Cada vez pior. Cada vez pior. Já com um buraco enorme. Quase a chegar ao osso. Mesmo! (*inteligível*) À noite. Porque durante o dia a mexer, não. Agora na cama... Eu ia para o sofá. Eu punha gelo. Eu ia para o sofá. Eu punha a perna no ar. Até que a minha colega disse: "Não. Tu não andas bem assim. Na nossa hora de almoço, eu vou-te levar ao Centro de Saúde". Quando o enfermeiro... Quando o enfermeiro Joaquim abriu isto e viu isto. Amarela. Estava já amarela! Disse:

"Meu Deus! Como é que isto está". Depois chamou... Pronto. Fui logo ao médico. Ele até foi incansável. Eu não saí da sala. Ele é que tratou de tudo. Ele levou o cartão. Ele foi ao médico. Foi assim que começou. Assim uma coisa sem jeito.

E esta ferida que a senhora tem agora, surgiu enquanto a outra ainda estava a ser tratada?

Sim. Também uma coisa assim "pequeninha". A gente começou logo a tratar dela. Mas avançou. Não tão grande como esta. Esta teve... Esta esteve muito grande. É assim, eu tenho problemas de má circulação de sangue. Antes disto já me tinha dado uma dor na perna e o meu médico mandou-me fazer... Aqueles exames às pernas tipo uma ecografia. Tem outro nome, mas cá para mim aquilo também é uma ecografia. Pronto. É igual. Depois fui ao cirurgião vascular. Até fui aqui depois a um que vem... Vinha. Agora não sei. Isso já foi há uns três, quatro anos. De Lisboa. Vem aqui ao Hospital. Um senhor assim alto. Magrinho. E ele disse-me: "Olhe, eu aqui não tenho máquinas. Não tenho nada. Mas vai ter comigo ao hospital em Lisboa". Fui ter com ele ao Hospital em Lisboa. Ele fez-me o exame todo desde cá de cima até lá a baixo. Portanto, eu não tinha problemas... Antes disto. Antes. Eu não tinha problemas nenhuns. Tinha era má circulação de sangue. E que algumas varizes... Umas "veiazitas" assim "coiso", mas não era nada de grave. Pronto. Era só mais tipo "derramezitos". Não havia nada de grave. Mas para eu ir ao médico de pele. Porque tinha a pele muito seca. Aí, fui para o médico aqui... Ali na clínica S. João. O médico depois esteve a dizer-me: "Olhe, o seu problema nas pernas é... Você para já tem que usar meias de descanso". Pronto. Receitou-me logo uns cremes. Era um para o banho. Um para a noite. E um para ir pondo. Depois eu mostrei-lhe os exames todos. Essas coisas todas. Disse para eu usar meias de descanso por causa de uma veia da minha perna, que é desta. Por isso é que se calhar isto depois rebentou. Durante a noite estava direitinha. Assim que eu me levantava, entortava. Ele até me disse: "Você nem sai da cama. Calça a meia na cama". E eu cá comigo: "Ele deve de estar a pensar o quê? Que eu peso cinquenta quilos? Onde é que eu consigo, com este corpo, calçar uma meia na cama?" É impossível. Não consigo dobrar-me. Pronto. E então foi assim que começou.

Então e foi a algum médico desde que tem esta ferida?

É o Dr. Pedro. O meu médico que tem andado em cima do acontecimento.

Mas, quem é que lhe definiu o tratamento?

Deve de ter sido ele. Se calhar. Até já nem me lembro... Não me pergunte, já foi há tanto tempo. Não me pergunte isso que eu já nem sei. (a rir)

Mas os enfermeiros têm adequado consoante a evolução, não é?

Exatamente. E depois vão experimentando métodos novos. Porque acho que a minha perna... A enfermeira Carla até disse: "A sua perna... A sua pele é tão sensível que a gente já nem sabe o que é que há-de pôr".

Atualmente tem tido dor?

Não. Não.

Teve quando isto a ferida esteve infetada...

Aqui há três... Nem tanto. Três meses. Tive uma infeção. E eu noto logo. Quando sentia mais dor, era quando ela estava pior. Quando andava com mais dor, até tinha medo do dia em que era para fazer o penso. Porque ela dói-me. Parece que está ali um cão, mesmo ali a esfarrapar... Pronto. Vim ao médico. Falei como o médico e o médico receitou-me logo medicamentos. E levei até Penicilina. Aí então, as coisas têm andado calminhas.

Então e como é que essa dor se manifestava ao longo do dia?

É assim. Durante o dia, eu a andar... Que a minhas dores são muito engraçadas. Gostam muito de andar. Eu assim a mexer tudo bem. Quando ela pára. É. É o que eu digo. Eu não sei explicar. É uma coisa ali. Parece que está ali um cão a comer, a comer, a comer, a esfarrapar aquilo tudo.

Então e durante a noite?

Durante a noite eu tentava pôr a perna para um lado. Tentava pôr a perna numa posição que ela começava a ficar estável. Eu tinha que procurar a posição que ela queria. Não era aquilo que eu queria. Era o que ela queria.

Mas depois, se calhar, não descansava da mesma maneira?

Não. Não. Não. Era impossível porque eu não estava bem. Eu não estava... Ela estava. Mas eu não. Mas pronto. Mas antes ela.

E colocava a perna como? Elevada?

Sim. Agora até tenho na cama por baixo do colchão, para elevar, uma manta.

E medicação para as dores. Toma?

Para as dores agora não tenho nada. Tomei.

Pedi? Foi o médico que lhe receitou?

Não. Foi o médico. O médico. Andei a tomar o Prisma. Para a circulação. Mas agora estou a tomar um: o Venex.

Mas na altura em que tinha dor, tinha medicação para as dores que o médico lhe passou?

Sim. Sim.

E surtia efeito?

Ai sim. Ai. Eu quando é assim, até guardo as coisas que me fazem bem. Não me pergunte é nomes.

Não. Não é necessário.

Ai! Eu para nomes sou péssima. Pronto. Já lhe estou a dizer. (a rir)

Sentia dor durante o tratamento?

É assim, se me carregassem cá com força doía ao limpar.

Por exemplo, a limpar? Ou a retirar o penso anterior?

Não.

O que lhe custava mais era...

Era ser me carregassem... A limpar.

No centro da ferida ou à volta dela?

Mesmo dentro da ferida.

E nessas alturas, na medida em que sentia dor, como é que sentia antes de vir fazer o penso?

Ai. Eu sei lá. Como é que eu hei-de dizer... Eu assim mal... Não me sentia assim mal.

Mas sentia receio de alguma coisa durante o tratamento lhe poder provocar dor?

Passou-me muita coisa pela cabeça... Algum dia tinha que... Está a ver? Mas depois eu vou assim: "Não. Não penses nisso. Bola para a frente há-de ser o que Deus quiser".

Mas por causa desta ferida?

(Abana a cabeça afirmativamente) Tanta vez que eu pensei nisso. E esta então. (*inteligível*) Esta teve uma altura que estava com quatro centímetros. A enfermeira Patrícia andava a medir aquilo. Tirou fotografias e tudo à minha perna. Para mostrar a não sei quem que ela estava a dizer. Pronto. Como você está a fazer uma entrevista, ela tirou fotografias para fazer um estudo. Para as pessoas verem lá... Pronto. Para verem como é que era uma ferida. Como é que aquilo estava. Para ver se eles descobriam outros tratamentos.

E porque é que a ferida lhe fazia sentir esse desespero tão grande?

Tinha medo de doenças. Às vezes pensava que era mesmo alguma coisa má. Que como me doía tanto, era uma doença grave. Eu assim: "Ai Meu Deus! Então o enfermeiro diz que isto estava... Que a carne estava a ficar... Podre! Estava a ficar amarela. Pronto. E se isto acontece alguma coisa. Depois isto começa a ter para aqui infeções". Eu a pensar. De vez em quando pensava assim. E depois se me cortam o pé? Por acaso não tenho diabetes. Mas, às vezes, ainda penso. Ainda me passa. Mas assim uma coisa... Esquece! Há-de ser o que Deus quiser.

Quer dizer, esta situação da dor na ferida ainda a fazia pensar mais nisso?

(Abanou a cabeça afirmativamente) Só tenho alturas em que ela já está... Tenho-a cá mas, às vezes nem a sinto. Parece que nem a tenho. Pronto.

Quer dizer, a dor é que a faz lembrar a ferida?

É.

Quando não tem dor, até se esquece da ferida.

É. Até me esqueço. Pronto.

Nessas alturas em que tinha dor na ferida, como é que isso a faz sentir? Que impacto é que isso tinha na sua vida?

Olhe, para já tinha que sair da cama para não incomodar o homem porque ele ia trabalhar. Apesar de eu na altura desta, estar a trabalhar. E também ia. Mas pronto.

E conseguia trabalhar?

Conseguia. Conseguia. Conseguia porque é a tal coisa, eu quando tenho dores, seja qualquer tipo de dor, é a andar.

Mas e as tarefas domésticas? Por exemplo, o passar a ferro, como está mais parada, como é que lidou com isso?

É assim, eu passava a ferro... Passo todos os dias para não estar muito tempo. Pronto. Mas de resto é assim. Era só mais quando tinha aquelas dores, é que às vezes pensava... E quando o enfermeiro me dizia aquilo: "A sua carne tem que ficar vermelhinha. Você quando vai comprar carne não a quer vermelha?" Ele até me dizia assim. "Não quer carne vermelhinha? Se está amarela está podre". Eu às vezes é que pensava: "O que é que ele me irá fazer para aqui?" Pois, porque eu ainda andei um mês. Eu é que deixei chegar ao ponto que ela chegou. Fui eu que deixei.

A dor associada à ferida afetou-a em termos do sair de casa para passear?

Acha que alterou alguma coisa? Então eu fui para os Açores à mesma. Levei uma guia de tratamento passada. Quer dizer, tinha tudo marcado, tinha tudo pago e ficava em casa?

Se calhar se fosse na altura em que estava com mais dor, não teria sido assim? Se calhar na altura em que foi não tinha tanta dor.

Olhe que não. Não, porque foi logo ao princípio. Então ela apareceu-me em Junho/Julho e eu fui em fins de Agosto. Então eu tinha aquilo tudo pago. Levei uma guia de tratamento e fui lá... Ia lá fazer o "pensozito" também. Pronto. Só tive pena de uma coisa. Foi de não andar nas águas como elas andavam. Pronto. E ir ao mar... Mas ainda

molhei um "bocadinho" deste pé. Elas seguraram-me ao colo. Uma segurou-me na perna. A outra segurou-me no braço. Só comédias. Também não interessa. Mas fui.

Então, pelo que estou a compreender, tem pessoas com quem desabafar quando se sente mais angustiada por causa da dor e da ferida.

Tenho. Graças a Deus tenho amigas. Tenho. E fomos passar a passagem de ano à Serra da Estrela. Também ia com a ferida. Levava os tratamentos. Levava as coisas. Elas davam-me e eu fazia lá. Também foi só dois ou três dias. Pronto. Também é diferente. E agora ia ficar em casa?

Sente que o facto de ter apoio é muito importante para lidar com a situação da dor associada à ferida?

Ai sim. E mesmo os maridos delas (amigas) e tudo são impecáveis. Ele assim que soube que eu ia lá fazer os tratamentos, o rapaz foi logo à *internet* à procura onde é que era o centro de saúde lá, nos Açores. Não tenho razão de queixa nesse aspeto. E sempre com cuidados. "E está quieta! Não te mexas. Está quieta. A gente lava a loiça".

E o seu marido?

Ah! Ele já é assim mais... Às vezes nem pergunta como é que vai. Vá lá, perguntou ontem.

Mas costuma desabafar com ele?

Não sou assim muito de falar. Não.

Mas pensa?

Mas penso. Guardo para mim. Não sou assim muito de desabafar. Por exemplo, se tiver uma dor ou se tiver qualquer coisa, eu venho ao médico mas, não digo a ele que venho ao médico. Para quê? Ele não é médico. Eu é que tenho de vir ao médico. Nem vale a pena. Eu nesse aspeto sou um bocadinho fechada. Mas tenho pena que ele seja assim. Sinto-me por vezes sem apoio. É triste ele não se preocupar.

Se calhar tudo isto é que a leva a essa situação de desespero em que você estava. Sentia-se perdida...

Nas dores sim. Sim. Sim. Sim. Mas pronto.

A senhora tem filhos?

Tenho um filho e já tenho um neto.

E esse netinho tem que idade?

Tem quinze meses.

Nas brincadeiras com ele não sente receio que ele lhe batesse sem querer na ferida e a magoasse? Ele já anda?

Já. Já. Mas é assim, eu habituei-me... Aqui não, porque pronto. Mas em certos sítios eu estou sempre com a perna encolhida. Eu vou a um supermercado onde há muita gente, muitos carros, a minha perna... Eu já me habituei aquilo, que a minha perna está sempre a fugir. Sempre. Estou sempre com cuidado. E quando esta começou, eu estava na escola... Não. Estava a trabalhar. Exatamente. Na cozinha. Entretanto, aquilo acabou, e depois eu... Exato. Já foi... Exatamente. O ano passado, estava na escola primária a trabalhar. Com miúdos. A lidar com miúdos.

Ah! Porque trabalhava na cozinha da escola primária?

Não. Não. Eu primeiro estive na cozinha, mas foi na Soladrilho. Pronto. Aí é que ela começou. Depois aquilo ali acabou e não sei o quê... Fui para o fundo de desemprego. Depois chamaram-me. Fui para a escola.

Como é que a sua ferida e a dor associada, afetou a relação com as crianças?

Aqueles que se aproximavam mais de mim, eu avisava-os. E então eles: "Cuidado com a perna da Constança". Graças a Deus nunca me magoaram. Nem com as bolas. Mesmo eles sentavam-se ao meu colo, mas sentavam-se nesta perna. Mas eu sempre com medo, perna para trás. Pronto.

Quer dizer, arranjou um mecanismo de defesa ao colocar a perna mais para trás.

Sim. Exato. Pelo menos nesse aspeto, o meu marido de noite, também tem atenção. Apesar de eu também ter esta perna sempre longe do lado dele. (*inteligível*) Mas graças a Deus nunca... Não. Nunca bati. Nunca... Também me visaram logo: "Não bater com a perna em lado nenhum". Então eu... Pronto. É assim. Olhe, esta perna parece que até já

sabe quando está assim numa situação mais complicada... Mete-se logo para dentro. (a rir)

E em relação ao seu trabalho. Esta situação afetou de alguma forma o seu emprego?

Não. Não. Trabalhei sempre. Não. E com problemas, elas também diziam: "Deixa-te estar. Não te esforces tanto. Olha a tua perna". Pronto. Também não tenho razão de queixa.

E descansar? Faz repouso da perna? Como é que gere essa situação?

Tento fazer as coisas de manhã, mais ou menos. Pronto. O indispensável. Porque elas estão sempre a ralhar comigo. E à tarde... Tento estar "sentadinha" no sofá com uma cadeira destas. Ponho uma almofada para estar com a perna mais alta.

Como já está a fazer tratamento há algum tempo, e não é preciso nomear nomes, pois estamos a falar no geral, notou diferenças entre os profissionais?

Não. Estava tudo mais ou menos dentro do mesmo "género". Não tenho... Não é sempre a mesma a fazer. Pronto.

Mas sente que têm todos a mesma atitude?

Todos. Todos. Todos. Todos. Todas as que passaram... Não tenho problemas em dizer. Não tenho razão de queixa.

E quanto à avaliação da dor durante o tratamento?

Perguntam sempre se sinto dor ou assim.

Alguma vez lhe mostraram uma escala da dor com números?

Não. Não.

Há uma escala que é de zero a dez, que avalia o grau de dor da pessoa. E por isso estava a perguntar-lhe se alguma vez lhe mostraram isso. Relativamente ao penso em si, a senhora já teve vários pensos, como havia dito. Houve algum tratamento que fosse mais doloroso ao ser aplicado na ferida do que outro? Ou quando retiravam?

Não. Os pensos mesmo assim não.

E a lavagem da ferida? Alguma vez usaram Betadine?

Não. Foi sempre soro fisiológico.

Então, em relação aos pensos, nunca houve um que fosse mais doloroso que outro?

Não. Eu usei... Agora estes são pensos de cá. Mas houve uma altura em que comprei pensos para... Pronto. À minha conta. Mas isso não era culpa delas. E... Houve uma marca que me fez alergia. Dava-me comichão. E então aí tive que tirar. Fazia-me mesmo muita alergia aquele penso. Agora depois começaram com estes, porque acho que elas nem tinham nada disto. Pronto. Então eu comprava pensos daqueles. Até nem me lembro a marca. Que ainda lá tenho. Mas elas disseram-me: "Não senhora. A gente agora tem. Mete destes". Também não me faz diferença. Não me faz nada. Gosto mais até destes.

Na altura em que estava mais aflita com dor, que até lhe dificultava o dormir à noite, em que é que isso alterou a sua vida?

No outro dia ficava assim um bocadinho melhor. Não alterou assim nada.

Não alterou o seu humor, a sua maneira de estar, os pensamentos?

Às vezes pensava só assim aquilo, mas depois: "Tens que esquecer isso que há-de ser o que Deus quiser. Vá. Vá. Vá. Esquece. Esquece". Tentava esquecer e... Depois entretanto também houve o casamento do filho. Depois nasceu o neto. Foram coisas boas que me ajudaram a esquecer os pensamentos menos bons. A gente depois esquece. Ainda ontem estive a falar com ele. Ele coitadinho não diz nada, né? A gente esquece. Pronto. Penso às vezes, mas tento depois retirar logo, aquilo que estou a pensar, que é para não... Senão era bonito... E agora em casa...

Pois a senhora agora está desempregada.

Se eu pensasse muito, acho que já estava "maluquinha". E as noites custavam quando doía porque era eu a querer dormir, cansada com sono. Não, é? Pelo menos esta. Que esta mesmo assim, foi a pior. Cansada com sono, a querer dormir porque no outro dia tinha que me levantar cedo e esta não me deixava. Eu levantava-me. Eu ia para o sofá. Eu ia para ali. Eu ia para acolá. Eu punha a perna no ar. Que é para ver se... Eu sei lá. Eu punha gelo. Mas acho que o gelo nem fazia era nada. Ainda era pior porque estava a queimar. Sei lá o que é que eu fazia à perna.

Sente que aqui no Centro de saúde, valorizam o facto de estar com dor? Propõem alguma estratégia para você ficar melhor?

Chamam logo o médico. Se ele cá estiver ou não. É um outro. Pronto. Mesmo que seja o médico de recurso. Nesse aspeto... Não tenho razão de queixa delas. Não tenho. Não vale a pena eu estar a dizer que tenho. Só se houver alguma coisa e eu tenha que cá vir. Pronto. Agora, por exemplo, se ela visse que estava pior, ou se eu dissesse que estava com dores e elas vissem que isto realmente não estava bem, elas automaticamente chamavam o médico. E ele vinha ver.

Sente-se segura? Que está bem acompanhada?

(Abana a cabeça afirmativamente)

O que é que achou da entrevista?

Foi falar dos meus "problemazitos". Que isto é um "problemazito".

Temos que pensar assim. Olhe D. Constança, agradeço imenso a sua contribuição. Desejo-lhe as melhores. Obrigado.

ENTREVISTA DE JOAQUIM (Nome Fictício)

Dados de caracterização

N.º de Entrevista: 12

Data: 26/10/2011

Duração da Entrevista: 27 minutos

Idade: 72

Sexo: Masculino

Residência (Localidade): Alcanena

Localização da Ferida: Perna Direita

Tipo de Ferida: Úlcera Venosa

Duração da Ferida: Cerca de 1 ano e 4 meses

Frequência do tratamento: 3 vezes por semana

Estratégia de tratamento: Lavagem da ferida com soro fisiológico e aplicação de Carboximetilcelulose sódica, compressas e ligadura elástica.

Entrevista

A sua ferida é na perna direita, não é verdade?

É. Mas eu... Isto foi queimado.

Começou com uma queimadura. Foi isso?

Com uma queimadura, no tubo de escape da mota. Queimei-a. Ficou assim. Depois cauterizei-a. Andei assim muito tempo com ela. Depois curou-se. Depois abriu de repente. Abriu de repente. Depois andei sempre em tratamento, sempre em tratamento, sempre em tratamento. Agora estava fechada. Completamente fechada. Há aí uma senhora enfermeira... Antiga cá na casa, que me disse assim: "Ó senhor João, se fosse a você agora, deixava andar a perna ao ar, porque ganhava "postela""". E ganhava mesmo. E o médico estava-lhe a dizer: "Uma vez por semana para ser controlado". Andar normal. Para ser controlado. Na mesma semana abriu. Parecia o tamanho de um fósforo. Depois tenho andado melhor. Uns dias melhor. Melhor, melhor, quase fechar. Depois abre outra vez.

Esta que o senhor tem agora, está aberta há quanto tempo?

Esta. Ai! Talvez... Desde Junho.

Isso relativamente à do lado direito. Mas a do lado esquerdo já está aberta há mais tempo.

Há mais tempo. Nem sei quanto tempo. Há anos. Era essa ferida que estava fechada. E como a enfermeira me disse para deixar andar ao ar, voltou a abrir. Nunca mais. Eu falo com a pessoa. Eu lido com ela na mesma. Não tenho por direito de a ofender. Eu não disse ao doutor quem é que tinha sido a enfermeira. Veja lá você. Não tenho por direito a ofender. Depois tem andado...

E quem é que decidiu o tratamento que o senhor tem na ferida?

Escute aquilo que lhe vou dizer. Se for sempre a mesma enfermeira a fazer-me o penso. A minha perna já estava seca.

Então acha que é melhor ser sempre a mesma enfermeira a fazer-lhe o tratamento?

Devia de ser, mas não é sempre a mesma enfermeira. Hoje faz-me uma o penso. Amanhã já outra faz diferente. Depois no outro dia, outra diferente. E depois é só lavar, é só lavar com água. É lavar e vai-te embora. Põem o penso e vai-te embora. Depois não é a mesma coisa. Enfermeiras boas, boas é esta, é a Márcia. Há aí outra muito boa: a Marina. Não fazem diferente.

Mas o senhor gosta delas porquê? O que é que elas fazem de diferente?

Porque elas são atenciosas para mim e eu tenho que ser atencioso para elas.

Mas por exemplo, durante o tratamento, há alguma coisa que elas façam, por exemplo, limpar a ferida, que você goste mais?

Sim. Sim. É isso mesmo. Fazem como eu gosto. Lavam tudo com deve de ser e não é a despachar. Porque você vai a ver uma coisa. É que se elas fizessem sempre o penso... Se fossem ver ao livro como é que é o penso, era de outra maneira. Já tinha a perna mais fechada. Não o fazem. É despachar freguês. Pronto. Tem que compreender. Tem de ser assim. Tenho que dizer a verdade. Se elas fizessem todas pelo mesmo ramo, pois está claro, a minha perna estava fechada. Enquanto andei com a Cristina, que ela sabe quem é, a minha perna fechou. Tanto é que de vez em quando chamo a esta Cristina. Eu também gosto desta. Eu venho mais cedo para ser o primeiro, ou segundo, ou terceiro, para ser ela a fazer o penso. Ela é muito boazinha.

Quando a ferida surgiu, o senhor ainda trabalhava?

Nunca trabalhei.

Mas ia tendo os seus afazeres?

Pois. Trabalho de casa faço.

Em que é que a ferida e a dor associada, alteraram a sua capacidade de realizar essas tarefas?

Às vezes é o esforço que eu faço que me dá mais dor. Eles querem que eu faça uma hora por dia a andar. Nem uma hora, nem meia. Às vezes venho... Eu vou todos os dias acender a lâmpada às almas à capela. As pessoas levam para lá o azeite e eu vou lá acender a lâmpada todos os dias. Não vou todos os dias. Vou dia sim, dia não. E faço muito esforço. Venho lá do cemitério até ao café. Deve ser ai uns trezentos ou quatrocentos metros a andar. Às vezes venho lá de baixo e paro ao pé da igreja, porque ninguém abre a água lá na relva, na rotunda. Sou eu. E então, paro lá muito tempo. Sento-me e ponho sempre a perna estendida em cima daquele “murozito”, onde é a fonte. Pronto. Estou ali. Sou capaz de lá estar uma hora, duas horas, três horas. Depois vou para o café. Depois no café, estou um bocado. Levo aquele bocado do café, a subir aquela ladeira... Se me sentir mais fraco do coração, três vezes que eu descanso. Paro. Para depois avançar. Paro no miradouro. Depois vou direto a casa.

Mas sabe que de acordo com o que lhe disseram, devida descansar mais a perna?

Pois é. Mas eu não faço isto todos os dias. Vai a ver uma coisa. Eu venho fazer o penso. Vou para casa. Acabo de almoçar e não vejo mais nada que não a cama. Não é para dormir. É só para descansar. Enquanto tiver a perna inchada, dói-me sempre. Mas quando eu vou, estico-me na cama, até embrulho a perna com um cobertor pequeno que eu tenho, para aquecer mais depressa, e a perna começa a desinchar.

Tinha referido, anteriormente, que essa ferida já abria e fechava há mais de 30 anos. Tinha profissão quando era mais novo ou...

Tinha uma casa de flores.

E em que a dor associada à ferida lhe alterou a vida profissional? Ou ainda não tinha dor nessa altura?

Na altura não tinha dor na ferida.

E quando é que as dores começaram?

Começaram quando eu queimei a perna com o tubo de escape.

E como é que a dor na ferida alterou a sua vida?

Eu fui logo reformado cedo. Eu trabalhei na marinha mercante portuguesa. Trabalhei nos barcos de longo curso. Fazia a carreira da Austrália. E depois tive um problema grande na perna em que fui operado, em Sydney. Depois meti os papéis para a reforma.

Mas porquê? Por causa da dor?

Pois. E porque tinha fistula aberta. O médico queria logo me reformar. Se me tenho reformado nessa altura tinha feito melhor. Depois eu não me quis reformar. Tinha sacrifício. Porque tinha a casa das flores. Tinha problemas na minha vida. Não me quis reformar. Precisava do dinheiro. Depois quando vim de lá comecei a descontar. A fazer descontos. Depois, mais tarde o médico disse-me: "Tenho que o reformar". Pronto. "O Dr. é que sabe". E é assim.

Então a dor na ferida começou mais nessa altura, é isso?

Onde me dói é só no sítio da ferida. No sítio mesmo da ferida. Apanha-me o peito do pé. Mais para cima a perna não me dói. Mas a minha perna vai ao sítio. Vai. É preciso é ter fé no Senhor. E se for desta para melhor é a mesma coisa. É o mais certo.

Mas o que é que piora a dor na ferida?

Fazendo esforço. Quando ando muito em cima dela.

E dormir à noite?

À noite? Não há noite. Enquanto ela estiver inchada, dói-me sempre. Lá em baixo. Não é a perna toda. Começa-me assim aos "refinões".

E não consegue dormir por causa da dor?

Não durmo de noite. Esta noite foi uma noite dessas. Não dormi.

Não toma medicação para as dores?

Então não tomo? Agora até ando a tomar... Não me lembro do nome. Mas eu sei. Hoje esqueci-me de tomar hoje de manhã. Não é porque eu não tenha outros comprimidos de manhã. Eu até tenho comprimidos para os líquidos.

Quem é que lhe passou esses medicamentos para as dores?

Foi o Doutor.

Você pediu-lhe ou...

Foi ele que lá foi ver a minha perna e receitou-me os comprimidos. Tomei uns agora aqui há um mês. Agora acabei e vieram outros.

E quando toma os comprimidos para as dores consegue descansar?

Sinto-me melhor.

Mas dormir continua a ser difícil?

Ai. Para dormir é difícil. E tenho cansaço.

Mas em que posição é que dorme?

Eu durmo deitado.

Com a perna elevada como lhe disseram?

Não. Não consigo porque tenho o aparelho. Sabe que eu tenho um aparelho de respiração. Quanto mais alto tiver a cabeça melhor é. Eu uso o travesseiro e duas almofadas. Porque se eu tiver baixo abafado logo. Para me ajudar o coração, para não ir abaixo. Se eu puser a perna levantada abafado logo daqui (peito). Portanto, antes prefiro a perna a doer do que abafar daqui.

Enquanto tiver deitado na cama e que ela esteja inchada, ela dói-me sempre. Mas depois vai adormecendo por ela própria. Mas tenho de ter a perna sempre nessa posição. Se eu fizer algum movimento à perna, aquilo começa a doer outra vez. E depois está claro, o facto de não me poder mexer não me deixa descansar tão bem.

Há alguma coisa que tenha deixado de fazer por causa da dor na ferida?

Não deixo de fazer nada por causa das dores. Se tiver que jardinar ou uma coisa qualquer, faço-o na mesma apesar de doer. O que é que hei-de fazer. Sou sozinho. Tenho que ser eu a fazer. Ninguém faz por mim. Só isolado é a perna para não sujar.

Então e sair de casa, como por exemplo, ir ao café, continua a fazê-lo com a mesma frequência? Sente que se isolou mais?

Não. Não. Eu vou-lhe dizer. Eu para ir para o café, como vou a descer, não sinto grande coisa. Sinto dor, mas não é aquela dor forte. Quando chego ao café já sabem como é. Eu puxo sempre mais uma cadeira. Estou sentado numa e tenho a perna apoiada noutra. Às vezes dizem assim: "Tu não tens vergonha. Estás a ocupar duas cadeiras?" "O dono da casa ainda não me disse nada, nem a dona. Por isso". Mas aquilo é a brincar comigo. Enquanto tiver a pena assim levantada, não me dói nada. Às vezes até fico com a perna dormente.

Esta situação da dor na ferida e o facto de não descansar com dantes, como é que isso o faz sentir?

Olhe, tenho que me aguentar. Não me posso desorientar. Tenho que levar a cruz até ao fim. Eu já sei que tenho dor. Ninguém me vai tirar senão o nome de Deus. Que é a quem eu peço. Eu nunca me levanto, nem nunca me deito sem me benzer. Peço ajuda ao Divino Espírito Santo, que é o nosso guia. Eu tenho que ter um sentido. Para onde vou e para onde não vou.

E com quem é que desabafa?

Só com Deus. Com mais ninguém. Às vezes vou para o café, mas não vou lá falar destas coisas de dores e assim. Vou lá para me distrair.

Como já disse anteriormente, sente dor durante o tratamento. O que é que durante o tratamento, lhe provoca mais dor?

É ao lavar. É ao lavar. Até levanta o cérebro a uma pessoa.

Então, sabendo dessa situação, como é que se sente antes de vir ao tratamento?

Não tenho problema nenhum de vir. Lembro mas não tenho problema.

Não se sente mais ansioso?

Não. Não fico nada. Não tenho problema nenhum. Eu sou uma pessoa muito calma.

Quanto aos pensos que lhe têm posto ao longo dos anos, houve algum penso que lhe provocasse mais dor?

Não. Não. Nem aleija nem nada.

Como é que vem para o tratamento? Vem a pé?

Não. Não. Tenho um "tratorzinho". Tal e qual como os outros carros, tem quatro rodas. Eu pago imposto dele.

E conduzir? Consegue com a perna assim?

Não me faz diferença nenhuma.

O facto de sentir dor na ferida, não lhe provoca nenhum receio, nenhum medo?

Nada. Estou à vontade. Só a palavra de Deus. Eu não preciso de mais nada. Não preciso dos homens do mundo, nem das mulheres do mundo. Só a palavra de Deus. Mais nada.

Alguma vez lhe aplicaram uma escala da dor? Uma escala com números para saber o seu nível de dor?

Não. Perguntam se eu tenho dor quando estão a fazer o penso, mas nunca me fizeram nada disso. Às vezes eu é que peço às enfermeiras para me verem se tenho diabetes. A tensão era vista sempre. Agora é tudo no computador. Dantes era tudo à mão. Eu às vezes é que peço para verem a tensão ou a diabetes. É que eu como doces, sabe? Sou muito guloso.

Tinha-me dito que está a viver sozinho. Como é que faz as tarefas da casa?

Olhe, quando eu morrer que façam a limpeza. Só que eu lave a roupa e tenha uma panela limpa para sopa. Ainda ontem fiz sopa. Caldo verde. Eu faço sopa, faço comida. Dantes fazia para os outros, também sei fazer para mim.

E quando sente mais dor na ferida, como é que isso afeta as suas tarefas?

Olhe, faço mais devagar, ou faço mais tarde, depois de descansar um bocado e de tomar um comprimido para as dores. O que é que eu hei-de fazer? Paciência.

Então, o que é que achou da entrevista?

Pronto. Obrigada. Acho que correu bem.

As suas melhoras e obrigada.