



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO TERAPÊUTICA
DA PESSOA PORTADORA DE
ÚLCERA VENOSA DE PERNA**

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

Por

Sandra Maria Horta dos Santos Favas

Lisboa, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO TERAPÊUTICA
DA PESSOA PORTADORA DE
ÚLCERA VENOSA DE PERNA**

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

Por

Sandra Maria Horta dos Santos Favas

Sob a orientação da Professora Doutora
Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Lisboa, 2012

PENSAMENTO

“O importante não é a quantidade de vitórias obtidas, mas sim a determinação pelo esforço em vencer, em se realizar, em lutar por algo em que realmente se acredita!”

Wagner Campos

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido e filha sempre presentes, mãe, restante família e ao meu pai, que é uma luz....

Agradecimentos

A Deus, por me acompanhar em mais este percurso de vida profissional e por ter sido o meu companheiro nas horas mais difíceis e angustiantes...

Um agradecimento especial à Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe, orientadora deste trabalho, pela partilha da sua sabedoria, compreensão, orientação, presença e disponibilidade com que atendeu a todas as minhas solicitações.

Ao meu marido pela sua compreensão, paciência, dedicação e colaboração, que sempre demonstrou.

À minha filha pela enorme força que me transmitiu...

Às Instituições, Diretores e Enfermeiros Chefes que acederam ao pedido para a aplicação do formulário.

Às pessoas que amavelmente aceitaram participar e por serem parte integrante deste trabalho.

A todos os enfermeiros que amavelmente colaboraram.

A todos os que tornaram possível este trabalho e que nele participaram direta ou indiretamente...

A todos, a minha gratidão!

RESUMO

Introdução e objetivos: A investigação e a prática de cuidados, no domínio da qualidade de vida das pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, têm evidenciado a necessidade de construção e validação de instrumentos, para uma avaliação precisa e eficiente da qualidade de vida e da adesão terapêutica. Com o intuito de dar resposta a estas necessidades, procedemos à validação cultural da *Venous Leg Ulcer Quality of Life* e à construção e validação da escala multidimensional da adesão terapêutica, em pessoas portadoras de úlcera venosa de perna.

Metodologia: Este estudo metodológico, incidiu sobre 170 pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, residentes no distrito de Leiria. Na validação da escala da qualidade de vida, seguimos a mesma metodologia dos autores da escala original, a quem foi solicitada autorização. O formulário inclui ainda, a escala de adesão terapêutica, construído neste estudo, as características sociodemográficas e clínicas e caracterização da úlcera. A amostra foi obtida por amostragem do tipo não probabilística acidental, após o cumprimento dos procedimentos éticos e formais necessários para o efeito.

Resultados: A predominância do sexo masculino de 55,9% (95) foi verificada na amostra. O coeficiente de alfa de Cronbach, observado nas três dimensões da escala da qualidade de vida (0,931; 0,927 e 0,913), e nas três dimensões da escala da adesão terapêutica (0,821; 0,863 e 0,897), permite afirmar que os instrumentos apresentam boa consistência interna e igualmente boa validade convergente e discriminante das escalas em estudo. As pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, apresentam em média boa qualidade de vida em todas as suas dimensões. É na dimensão estilos de vida saudáveis que apresentam melhor adesão terapêutica.

Conclusão: As escalas validadas apresentam boas características psicométricas, permitindo as suas utilizações na prática de cuidados e na investigação.

Palavras – chave: qualidade de vida; adesão terapêutica; pessoa; úlcera venosa de perna.

ABSTRACT

Introduction and Objectives: Research and practice of care on quality of life of people with venous leg ulcers, have highlighted the need for development and validation of tools, for an efficient and accurate assessment of quality of life and adherence to the therapy. In order to meet these needs, we performed a validation of the Venous Leg Ulcer cultural Quality of Life and the creation and validation of a multidimensional scale of adhesion to therapy in people with venous leg ulcers.

Methodology: This methodological research was performed on 170 people with venous leg ulcers, residents in the district of Leiria. In the validation of the quality of life scale, we followed the same methodology the authors of the original scale, who was requested authorization. The form also includes the scale adhesion, constructed in this study, the sociodemographic and clinical description and the characterization of the ulcer. The sample was obtained by a non-probabilistic accidental sampling, after meeting the ethical and formal procedures necessary for this purpose.

Results: The male predominance of 55.9% (95) was found in the sample. The Cronbach alpha coefficient observed in the three dimensions of quality of life scale (0.931, 0.927 and 0.913), and the three dimensions of scale adherence (0.821, 0.863 and 0.897), to suggest that the instruments have good consistency internal and equally good convergent and discriminant validity of the scales under study. People with venous leg ulcer on average, have good quality of life in all its dimensions. It is the dimension healthy lifestyles that have better adhesion to the therapy.

Conclusion: The validated scales have good psychometric properties, allowing its use in care practice and research.

Key - words: quality of life, therapeutic adherence; person; venous leg ulcer.

INDICE

	Pág.
0 - INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 - REVISÃO DA LITERATURA	18
1.1. ÚLCERA VENOSA DE PERNA	18
1.2. QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA PORTADORA DE ÚLCERA VENOSA DE PERNA	21
1.3. ADESÃO TERAPÊUTICA DA PESSOA PORTADORA DE ÚLCERA VENOSA DE PERNA	28
1.4. A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO TERAPÊUTICA NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA PORTADORA DE ÚLCERA VENOSA DE PERNA.....	36
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA.....	39
2.1. OBJECTIVOS	39
2.2. TIPO DE ESTUDO	40
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	41
2.4. INSTRUMENTOS	42
2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	52
2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	54
CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
3.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA.....	55
3.2. CARACTERIZAÇÃO DA FERIDA	60
3.3. QUALIDADE DE VIDA PARA ÚLCERA VENOSA DE PERNA (VUQOL- 34)@.....	65
3.4. QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA PORTADORA DE ÚLCERA VENOSA DE PERNA	74
3.5. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ADESÃO TERAPÊUTICA EM PESSOAS PORTADORAS DE ÚLCERA VENOSA DE PERNA	79
3.6. AVALIAÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA	82

3.7. RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA E A ADESÃO TERAPÊUTICA.....	83
CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	

Anexo I	Instrumento de colheita de dados
Anexo II	Escala multidimensional de adesão terapêutica em pessoas portadoras de úlcera venosa de perna
Anexo III	Venous Leg Ulcer Quality of Life (<i>VUQoL-34</i>) [®]
Anexo IV	Pedido de permissão ao autor responsável para validação da Venous Leg Ulcer Quality of Life (<i>VUQoL-34</i>) [®]
Anexo V	Permissão do autor responsável para validação da Venous Leg Ulcer Quality of Life <i>VUQoL-34</i>
Anexo VI	Cartas de pedidos de autorização do estudo
Anexo VII	Autorização das Instituições para realização do estudo
Anexo VIII	Carta de esclarecimento do estudo e do consentimento informado da participação do estudo
Anexo IX	Formulário do consentimento informado do estudo

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 Distribuição das respostas da amostra relativamente às características sociodemográficas e profissionais (n=170)	56
Tabela 2 Distribuição das respostas da amostra, quanto à presença de co-morbilidades (n=170)	56
Tabela 3 Distribuição das respostas da amostra, relativos à identificação das co-morbilidades (n= 170) *.....	57
Tabela 4 Distribuição das respostas da amostra, relativos à toma da medicação e vacina antitetânica (n=170)	58
Tabela 5 Distribuição das respostas da amostra quanto à existência da diabetes e controlo da glicemia (n=170)	58
Tabela 6 Distribuição das respostas da amostra, relativos à hiperglicémia e à administração da medicação para a diabetes (n=39)	59
Tabela 7 Distribuição das respostas da amostra, relativas ao peso, altura e IMC.....	59
Tabela 8 Distribuição das respostas da amostra, quanto ao hábito tabágico atual e de antecedentes tabágicos.....	60
Tabela 9 Distribuição das respostas da amostra, relativos ao número de cigarros fumados diariamente e ao tempo que cessou os hábitos tabágicos.....	60
Tabela 10 Distribuição dos dados da amostra quanto à caracterização das úlceras venosas.....	62
Tabela 11 Distribuição dos dados relativos às características do membro inferior da úlcera venosa de perna nas pessoas.....	64
Tabela 12 Medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõe a dimensão atividades físicas e a Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com a nota global, sem o item.....	67
Tabela 13 Medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõe a dimensão fatores psicológicos e a Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com a nota global, sem o item.....	68

	Pág.
Tabela 14 Medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõe a dimensão sintomas de distress e a Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com a nota global, sem o item.....	69
Tabela 15 Correlações dos itens com as dimensões da Escala da qualidade de vida a que pertencem (excluindo esse item), e com as dimensões a que não pertencem.....	71
Tabela 16 Matriz de componentes principais após rotação <i>varimax</i> , dos 34 itens das três dimensões do VUQoL-34 - PT	72
Tabela 17 Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre as três dimensões da qualidade de vida.....	74
Tabela 18 Distribuição da amostra relativamente á qualidade de vida.....	74
Tabela 19 Médias e desvios padrão das dimensões da escala da qualidade de vida em função do sexo dos participantes e resultados do teste t-Student, para grupos independentes.....	75
Tabela 20 Médias e desvios padrão das dimensões das dimensões da qualidade de vida em função do hábito de fumar dos participantes e resultados do teste t-Student, para grupos independentes.....	76
Tabela 21 Correlação de Pearson entre a qualidade de vida, idade, IMC dos participantes e tempo da úlcera.....	76
Tabela 22 Médias e desvios padrão das dimensões das dimensões da qualidade de vida em função de ser diabético e resultados do teste t-Student, para grupos independentes.....	77
Tabela 23 Médias e desvios padrão das dimensões da escala da qualidade de vida em função de ter ou não terapia compressiva e resultados do teste t-Student, para grupos independentes.....	78
Tabela 24 Médias e desvios padrão das dimensões da escala da qualidade de vida, em função de ter ou não dor e resultados do teste t-Student, para grupos independentes.....	79
Tabela 25 Médias e desvios padrão das dimensões da escala da qualidade de vida em função de ser ou não a primeira vez que tem úlcera, resultados do teste t-Student, para grupos independentes.....	79

	Pág.
Tabela 26 Estatística de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (<i>alfa de Cronbach</i> das dimensões da escala de adesão terapêutica da pessoa portadora de úlcera venosa de perna)..	80
Tabela 27 Correlações dos itens com as dimensões a que pertencem e com as dimensões a que não pertencem.....	82
Tabela 28 Caracterização da amostra quanto à adesão terapêutica.....	83
Tabela 29 Correlação de Pearson entre a qualidade de vida da pessoa portadora de úlcera venosa de perna e a adesão terapêutica.....	84

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Processo de adaptação cultural do Questionário de <i>Venous Leg Ulcer Quality of Life</i>	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AT	Adesão Terapêutica
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CV	Coefficiente de Variação
DP	Desvio Padrão
Et al.	E outros
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de Massa Corporal
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
OMS	Organização Mundial de Saúde
Pág.	Página
PH	Potencial Hidrogeniônico
QV	Qualidade de Vida
VuQoL.34-PT	Venous Leg Ulcer Quality of Life, para Português de Portugal
WHO	World Health Organization

0 - INTRODUÇÃO

A presente dissertação, pretende cumprir uma exigência acadêmica e ao mesmo tempo contribuir, para o despertar do interesse sobre a temática “Qualidade de Vida e Adesão Terapêutica da Pessoa Portadora de Úlcera Venosa de Perna”, em todos os profissionais de saúde com interesse pela respetiva temática.

As úlceras de perna, são um problema de saúde de enorme importância, que afetam as pessoas em todo o mundo, sendo durante muitos anos a tradição e o conhecimento intuitivo, a base do seu tratamento (Morison, Moffatt & Franks, 2010).

As úlceras venosas, como consequência da insuficiência venosa crónica, contribuem para 70% das úlceras de perna. No reino unido, calcula-se que a taxa de prevalência das úlceras de perna em 2004, se situe entre 1% a 2% da população (Soldevilla & Martinez, 2005).

As características das úlceras, o estilo de vida da pessoa incluindo os recursos domésticos, profissionais, sociais, familiares e financeiros, devem tornar-se um fio condutor, para a elaboração de um plano individualizado de adesão terapêutica. Várias são as repercussões das úlceras de perna, considerada uma doença crónica, na qualidade de vida das pessoas, pois cria reflexões negativas no mundo social, emocional e económico. A prevenção de recidivas, a melhoria da qualidade de vida e a adesão terapêutica, convertem-se assim, num dos objetivos mais importantes dos enfermeiros e de todos os profissionais de saúde envolvidos no tratamento de úlceras de perna (Morison et al., 2010).

A escolha desta temática, teve em conta as vivências da autora com pessoas portadoras de úlceras venosas de perna, onde surgiu por um lado, a preocupação e a necessidade de validar um instrumento sobre a qualidade de vida (*Venous Leg Ulcer Quality of Life*, validado por Hareendran, Doll, Wild, Moffatt, Musgrove, Wheatley e Franks (2007), com o objetivo de permitir uma melhor avaliação de como esta patologia a afeta e por outro, construir um instrumento de avaliação da adesão terapêutica, para otimizar os

tratamentos, permitindo a colaboração ativa das pessoas no processo cicatricial, evitando a curto e médio prazo as futuras recidivas.

Na realização desta dissertação, definimos os seguintes objetivos:

- Validar culturalmente o instrumento de medida, *Venous Leg Ulcer Quality of Life*, para a população Portuguesa, portadora de úlcera venosa de perna;
- Construir um instrumento para avaliar a adesão terapêutica da pessoa portadora de úlcera venosa de perna;
- Avaliar as características das úlceras venosas de perna, na pessoa portadora de úlcera venosa de perna;
- Determinar a relação entre a qualidade de vida da pessoa portadora de úlcera venosa de perna e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Determinar a relação entre a qualidade de vida e a adesão terapêutica na pessoa portadora de úlcera venosa de perna.

A presente investigação, consiste num estudo metodológico e quantitativo, cuja população alvo, são as pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, que frequentam a consulta nos cuidados de Saúde Primários e/ou nos cuidados de Saúde Diferenciados do Distrito de Leiria.

As 170 pessoas portadoras de úlcera venosa de perna que participaram no estudo, responderam a um formulário, constituído por quatro grupos: características sociodemográficas e clínicas, caracterização da ferida, adesão terapêutica e pela *Venous Leg Ulcer Quality of Life*.

A presente dissertação, encontra-se estruturada em quatro capítulos distintos. O capítulo I, corresponde à revisão da literatura, tendo como objetivo enquadrar teoricamente o estudo a realizar; no capítulo II, é apresentada a metodologia onde se descreve o tipo de estudo, amostra, instrumentos, procedimentos formais e éticos e processamento de dados; o capítulo III, corresponde à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, após a aplicação do instrumento de colheita de dados; no capítulo IV é

apresentada a conclusão do estudo. Neste capítulo, apresentam-se igualmente as limitações e as aplicações pertinentes do estudo.

CAPÍTULO 1 - REVISÃO DA LITERATURA

No desenvolvimento de um trabalho de investigação, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), é fundamental a elaboração de um enquadramento teórico, que permita uma ligação entre a nova investigação e o conhecimento já existente. O quadro conceptual permite reagrupar os conceitos pertinentes, de modo a caracterizar ou a descrever o fenómeno estudado, fornecendo uma justificação racional e uma perspectiva do estudo (Fortin, 2009).

Neste capítulo, será então realizada uma abordagem teórica, sobre um conjunto de assuntos relevantes, relacionados com o tema, sobre o qual versa a presente investigação.

1.1. ÚLCERA VENOSA DE PERNA

As úlceras de perna, estão invariavelmente incluídas no grupo de feridas crónicas, não só devido à sua longa duração, que pode variar entre um mês até 63 anos, como também devido à sua elevada recorrência num curto espaço de tempo, tornando-se pertinente estudar a incidência de recorrências (Franks et al., 1994, citado por Furtado, 2003).

Frade et al. (2005), citado por Carmo, Castro, Rios e Sarquis (2007), definem úlcera de perna, como sendo um síndrome em que existe destruição de estruturas cutâneas, tais como a epiderme e derme, podendo afectar, também os tecidos mais profundos, manifestando-se no terço inferior dos membros inferiores.

A insuficiência venosa é a causa mais comum para o desenvolvimento de úlceras de perna. Estima-se que só nos EUA, dos 7 milhões de pessoas com insuficiência venosa, cerca de um milhão desenvolva úlceras venosas (Araujo, Valencia, Federman & Kirsner, 2003), enquanto, que no Reino Unido, calcula-se uma taxa de prevalência entre 1% e 2% da população (Anand et al., citado por Ferreira, Miguéns, Gouveia & Furtado, 2007).

Em Portugal e segundo Furtado (2003), estima-se haver uma prevalência de 1,42 (1,3 para homens e 1,46 para mulheres) por cada mil habitantes, sendo que a maioria das pessoas portadoras de úlceras de perna, são seguidas em ambiente de cuidados de saúde ambulatoriais.

A importância das úlceras venosas, enquanto problema de saúde pública, são no entender de Abbade e Lastória (2006) frequentemente negligenciadas e abordadas de maneira inadequada.

Segundo o International Council of Nurses (2011, p. 79), úlcera venosa é uma

“lesão circunscrita semelhante a uma laca, normalmente situada na perna, acima do maléolo, com edema e pele seca em torno da ferida, com descamação acastanhada, descoloração, lipodermatosclerose, atrofia da pele, exantema, dor e dor na ferida, associada a insuficiência venosa crónica, lesão dos retalhos venosos e diminuição do retorno do sangue venoso dos membros inferiores para o tronco”.

A observação do membro, úlcera e pele, permite avaliar determinadas características que são típicas da doença venosa, nomeadamente a localização da úlcera na face interna, úlcera não profunda de bordos irregulares, leito da ferida com fibrina, úlcera pouco dolorosa, membro edemaciado, com varizes, pele com hiperpigmentação, hiperqueratose ou lipodermatoesclerose, atrofia branca, dermatite de estase entre outras (Pina, Furtado & Albino, 2007).

A úlcera venosa, tem na base uma hipertensão venosa, devido a disfunções valvulares, obstrução ou falência da bomba muscular gemelar. A hipertensão venosa, causa danos na parede venosa e exsudação do fluido e elementos celulares para o espaço intersticial (Pina, et al., 2007; Dealey, 2006).

As pessoas com úlceras venosas, queixam-se habitualmente de dor e edema nas pernas, acentuando-se a maior parte das vezes os sintomas no final do dia, exacerbando-se quando a perna está pendente e aliviando com a elevação da mesma. A pessoa poderá ter antecedentes de trombose venosa profunda ou traumatismo local. A localização mais frequente deste tipo de úlceras é no terço inferior e/ou médio da perna. As pessoas com úlceras venosas, apresentam úlceras com bordos arredondados e encovados, exsudado abundante, dor na perna, veias varicosas, hiperpigmentação e lipodermatoesclerose na pele adjacente (Furtado, 2003).

De acordo com Pina, Furtado, Franks e Moffatt (2004), é difícil avaliar a prevalência da úlcera venosa, contudo apontam valores de 3,2% para a úlcera venosa crónica ativa e inativa nos homens e de 3,9% nas mulheres.

De facto, o aparecimento deste tipo de úlceras, é mais comum com o avançar da idade, atingindo um pico de prevalência entre os sessenta e os oitenta anos. Não obstante, 72% das pessoas desenvolve a sua primeira úlcera aos sessenta anos, 22% aos quarenta e 13% desenvolvem-na antes dos 30 anos de idade. Mais acresce a esta situação, o facto de ser estimada uma taxa de recorrência para estas úlceras na ordem dos 72%. Esta alta taxa de recorrência, associada à evidência, de que em cerca de metade das pessoas, estas feridas permanecem sem cicatrizar, durante um período superior a um ano, ajuda a explicar a elevada prevalência desta condição (Valencia, Falabella, Kirsner & Eaglstein, 2001).

Relativamente aos fatores de risco para o desenvolvimento de insuficiência venosa e de úlceras venosas, estudos apontam como fatores envolvidos: a obesidade, as questões associadas ao envelhecimento, a história de ferimentos anteriores ao nível das pernas, como por exemplo os ferimentos resultantes de acidentes de viação, armas de fogo, fracturas ósseas, bem como a presença de flebite (Valencia et al., 2001).

Num estudo desenvolvido por White (2006), relacionado com a cronicidade e atraso de cicatrização de úlceras venosas de perna, identificou como fatores sistémicos relacionados com esse processo, a presença de diabetes, a dor, consumos tabágicos, abuso de álcool e drogas, bem como outros fatores psicossociais, como a falta de informação/conhecimento, a comunicação deficiente com os profissionais de saúde e baixos níveis de educação. Neste contexto, cicatrizar uma ferida crónica, significa contribuir para um aumento substancial da qualidade de vida da pessoa que a possui.

Contudo, Jones, Barr, Robinson e Carlisle (2006), alertam para o facto de aproximadamente 20% das úlceras crónicas de perna, não poderem ser cicatrizadas de um modo permanente, levando a que se entre num ciclo constante de “ulceração”, cicatrização e novamente “reulceração”, sendo esta mais uma evidência que justifica o carácter crónico desta condição patológica.

Assim, as pessoas com feridas crônicas de perna, necessitam de apoio e orientação no sentido de poderem realizar os necessários ajustamentos e que são essenciais, sempre que uma condição desta natureza marca presença, em vez de serem levadas a acreditar no facto, que poderá ser erróneo, de que em breve a sua ferida vai estar cicatrizada (Baranoski & Ayello, 2006).

1.2. QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA PORTADORA DE ÚLCERA VENOSA DE PERNA

Viver com uma ferida crónica, tal como atestam Lucas, Martins e Robazzi (2008), acarreta uma série de mudanças na vida das pessoas e por consequência na dos seus familiares, surgindo habitualmente dificuldades, que em muitos casos, nem a própria pessoa, a sua família ou mesmo os profissionais de saúde que lhe prestam cuidados, se encontram preparados para ajudar e compreender, de um modo global, todos os aspetos que envolvem esta problemática.

Os avanços científicos e técnicos no domínio do tratamento das feridas, permitiram uma evolução significativa na assistência às pessoas que delas sofrem, tendo-se desenvolvido intensa atividade de investigação, essencialmente, no desenvolvimento das várias modalidades terapêuticas, a serem aplicadas nas úlceras venosas crónicas. Porém, neste campo, mantém-se a necessidade de compreender o complexo processo de cicatrização, bem como os aspetos bio-psico-sociais que envolvem o “universo próximo” dos possuidores destas feridas (Lucas et al., 2008).

Na última década, a maioria da investigação realizada no âmbito das úlceras venosas de perna, concentrou-se nos aspetos relacionados com o seu tratamento e etiologia, o que permitiu uma notável melhoria na prevalência e incidência desta patologia. Porém, esta orientação adotada, levou a que se utilizasse como resultado esperado e como critério de qualidade apenas a cicatrização completa das feridas, o que significou que outros aspetos importantes, como controlo da dor e outras variáveis que influenciam a qualidade de vida das pessoas, fossem marginalizados e até mesmo subvalorizados (Jones et al., 2006).

Estudos realizados, demonstram uma diminuição comprovada da qualidade de vida das pessoas que possuem úlceras de perna, sobretudo devido à dor, restrição da mobilidade e isolamento social (Ebbeskog & Ekman, 2001; Krasner, 1998; Neil, 1998).

Num estudo realizado por Borges (2005), citado por Carmo et al. (2007), as úlceras venosas causam danos às pessoas, porque afetam o seu estilo de vida devido à dor, tristeza, raiva, depressão, perda de autoestima, isolamento social, incapacidade para trabalhar e frequentemente internamentos e visitas clínicas ambulatoriais.

Segundo Parreira (2006, p. 3), “Podemos aproximar o conceito de qualidade de vida da definição de saúde proposto pela OMS, que define a saúde em termos de bem - estar social, psicológico e físico.” Assim a qualidade de vida, será entendida como um juízo subjetivo do grau de satisfação e bem-estar pessoal, associado a indicadores objetivos biológicos, psicológicos e comportamentais, mas que traduzam a percepção dos próprios doentes. Por outras palavras, é o estado de saúde das pessoas nas dimensões biológica, psicológica e social, percecionadas pelas próprias (Soares, 2006).

A qualidade de vida, é consequência de uma avaliação global, por parte da pessoa sobre a sua própria vida (Grégoire, 1995, citado por Pedro, 2007) e corresponde à avaliação e percepção da pessoa, acerca do impacto que tanto a doença como as suas consequências tiveram na sua vida (Martín, 2001).

Leidy, Revicki e Genesté (1999) citados por Pedro (2007, p.111), consideram a qualidade de vida como sendo a “percepção subjetiva da satisfação ou felicidade com a sua vida em todos os domínios” que a pessoa considera relevantes.

Atualmente, a preocupação e o cuidado com o bem-estar, equilíbrio e aparência mostram-se presentes no quotidiano do ser humano. Porém, a condição da pessoa portadora de ferida crónica, compreende uma rutura da pele, com presença de secreção e odor que pode alterar a sua imagem corporal. Essa condição implica, para algumas pessoas, profundas modificações no estilo de vida, podendo na maioria das vezes levar à rutura das relações sociais. Frequentemente, o afastamento entre os indivíduos é intensificado pela visão estigmatizadora que a sociedade tem da pessoa com ferida, podendo ter repercussões no quotidiano da pessoa portadora de ferida crónica. Conviver

com qualquer tipo de ferida, interfere nas relações sociais, no ambiente de trabalho e até mesmo no convívio familiar (Brandão, 2002, citado por Salomé, 2010).

As pessoas com feridas crônicas, tornam-se vulneráveis a diversas situações, tais como: desemprego, abandono e até mesmo isolamento social, resultando em efeitos indesejáveis para os projetos de vida. Essas situações provocam no ser humano, sentimentos como tristeza, ansiedade, raiva, vergonha, interferindo no seu estado de equilíbrio, na auto imagem, na sua autoestima, tornando-se fenômeno relevante para o cuidar em enfermagem (Salomé, 2010).

Bistreanu e Teodorescu (2009), referem que a úlcera venosa de perna, tem um impacto importante em muitos aspetos da vida quotidiana. De facto, o impacto de possuir uma úlcera venosa crónica, ultrapassa largamente os aspetos físicos restritos a uma parte localizada do corpo, estendendo-se às restantes dimensões constitutivas da pessoa. A definição proposta por Oliveira (2007, p.35), procura de algum modo refletir o que a autora referiu, ao entender uma ferida como uma “disrupção da integridade e funcionamento da pele que implica imperfeição, que tem um impacto físico e emocional”. A mesma autora (2007), assume uma definição de ferida, que não se circunscreve apenas ao efeito bio fisiológico que a mesma possui no “corpo físico” do indivíduo, perspetivando este fenômeno como multidimensional e único.

Neil (2001), constata ainda que a pele, enquanto maior órgão do corpo humano e enquanto revestimento corporal, visível aos outros, é capaz se despoletar fortes implicações psicológicas. A pele danificada pode ser questionável aos outros, estando por vezes conotada às noções de contágio, falta de higiene e resultar em sentimentos auto depreciativos de vergonha e isolamento.

Uma grande variedade de sentimentos e atitudes, como a aceitabilidade, pena, desânimo, medo, repulsa, afastamento, entre outros, são respostas comumente registadas perante aqueles que estão feridos. Tal poderá afetar a resposta emocional das pessoas face à sua situação e ter implicações diretas na sua autoestima (Baranoski & Ayello, 2006).

Segundo as mesmas autoras (2006), existem aspetos, que intervêm na resposta psico emocional da pessoa, perante a existência de uma ferida crónica e com repercussões na

sua qualidade de vida, como sendo: a etiologia; a preparação; a visibilidade; a resposta dos outros; a dor; o odor; a drenagem da ferida; os resultados de cicatrização; desenvolvimento de padrões de coping; a idade; o sexo e, por último, o impacto nas atividades de vida diária, bem como o apoio social. No que concerne à etiologia, a resposta individual a uma ferida crónica pode estar intimamente relacionada como o mecanismo subjacente à sua origem. Assim, se o aparecimento de uma ferida estiver associado a um evento traumatizante, mais difícil será todo o processo de “relacionamento” com a condição patológica.

A preparação relaciona-se com o facto, de haver a possibilidade das pessoas, poderem ser submetidas a um processo de preparação psicológica e emocional, que as ajude a lidar com a sua ferida. Por vezes, o que se constata, é o facto de algumas pessoas não conseguirem lidar com as suas feridas físicas, porque se encontram simultaneamente a debater com outras feridas mais profundas, sob o ponto de vista emocional. A visibilidade reporta-se, não só à gravidade e às circunstâncias sob as quais surgiu a ferida, mas essencialmente na forma como a existência de uma ferida localizada no corpo, pode afetar dramaticamente a imagem corporal dos indivíduos (Baranoski & Ayello, 2006).

Assim sendo, uma úlcera venosa de perna, é acima de tudo uma ferida no corpo, porque o seu impacto é no corpo, no “eu” da pessoa, na sua existência e na sua multidimensionalidade, não se circunscrevendo a uma parte anatómica (Ribeiro, 2003).

Ebbeskog e Ekman (2001), entendem que ter uma ferida crónica, por vezes durante anos consecutivos de modo ininterrupto, pode representar um forte impacto na autoestima e no autoconceito daqueles que as possuem. Entendem que tal, poderá acontecer pelo facto de nesta situação particular, uma das dimensões do autoconceito se encontrar afetada – a autoimagem. A autoimagem, é definida por Price (1990), como a imagem mental que formamos do nosso corpo, o mesmo é dizer, o modo como vemos o nosso corpo, pois o nosso corpo, é uma forma de estarmos no mundo. A pele, ao ser um órgão sensitivo muito extenso, facilmente pode “desaparecer” da nossa consciência imediata. Contudo, quando possuímos uma ferida ou uma imperfeição na pele, estas possuem a capacidade de “trazer” novamente à consciência, a perceção desta e da sua função, comportando deste modo, um efeito físico e emocional (Neil, 2001).

Deste modo, a imagem corporal influencia as vivências da pessoa no mundo, pois se o corpo se desfigurar, a pessoa passa a viver aparentemente num “mundo sem mundo” (Merleau-Ponty, 1999).

O impacto do odor a partir de uma úlcera de perna infetada e a drenar, pode ser emocional e psicologicamente devastador. Uma pessoa, pode tentar disfarçar o odor da ferida com perfumes e colónias, sendo a sua autoimagem destruída por sentimentos de vergonha, desgosto e embaraço. Para a pessoa, o odor da sua ferida pode fazê-lo sentir-se sujo, sentindo-se alguns isolados e limitando os seus encontros sociais, devido ao medo de ofender os outros. Também os amigos e familiares, podem aumentar estes sentimentos de isolamento, evitando a pessoa, devido ao odor da ferida. A pessoa com úlcera de perna infetada, pode apresentar aumento de ansiedade, estados depressivos, baixa satisfação de vida e diminuição dos contactos sociais (Roe et al., 1995, citado por Baranoski & Ayello, 2006).

A dor física associada às feridas, é outro aspeto fundamental que deve ser valorizado, sendo por vezes subvalorizado e até negligenciado pelos cuidadores formais e informais. De facto, facilmente se verifica, que a dor é um aspeto extremamente valorizado pelas pessoas portadoras de feridas crónicas (Jones et al., 2006).

As pessoas com úlcera de perna, descrevem a dor como a mais severa que eles experimentaram, levando-os a sentirem, que não têm o controlo das suas vidas (Walshe, 1995) A elevação da perna, muitas vezes agrava a dor, sendo o sono interrompido e a medicação para a dor ineficaz. Nas pessoas com úlceras venosas, a dor é muitas vezes descrita em três localizações distintas: em qualquer sítio da perna, na ferida e à sua volta (Hofmann et al., 1997, citados por Baranoski & Ayello, 2006).

Ainda de acordo com Baranoski e Ayello (2006), a perda de tempo de trabalho, oportunidades falhadas de progressão na carreira, diminuição da produtividade no trabalho devido à dor, reforma antecipada e perda de emprego, são alguns dos acontecimentos que afetam as pessoas com úlcera de perna.

Os resultados de cicatrização incluem habitualmente, a resposta a três questões: Irá a ferida cicatrizar? Quanto tempo levará a cicatrizar? Irá o tratamento causar dor? Para as pessoas e familiares, o facto de terem esperança na cicatrização e acreditarem no facto

de que a ferida está a melhorar e que a dor e as restrições a que estão submetidas acabarão um dia, pode contribuir positivamente para lidar com o tratamento. Por outro lado e em particular para as pessoas com úlceras de perna crónicas, as elevadas taxas de recorrência, poderão ter o efeito contrário, levando a que o pessimismo se instale, e por vezes se estenda aos próprios profissionais de saúde (Baranoski & Ayello, 2006).

O desenvolvimento de estratégias de coping, constitui-se igualmente, como um fator capaz de influenciar a resposta psicológica às feridas. Num estudo realizado por Walshe (1995), com o intuito de perceber como é viver com uma úlcera venosa de perna, a partir da perspectiva da pessoa, identificou quatro padrões distintos de lidar com a situação: o *coping* por comparação (as pessoas ao compararem a sua situação patológica com outros que se encontravam também numa outra situação de doença, experimentavam uma sensação de “normalização”, sentindo-se “beneficiadas” em relação às mesmas possuidoras de outro tipo de doenças, como as vítimas de enfarte ou AVC, por exemplo); outra estratégia adotada, era o sentir-se saudável, independentemente da presença de úlceras e das suas restrições associadas; a expectativa alterada (dado o facto dos participantes no estudo serem idosos, registou-se uma atitude de aceitação da condição, sendo a presença desta, considerada como parte do processo de envelhecimento) e finalmente, sendo optimista foi outra das estratégias de coping desenvolvida, numa atitude de não valorização dos sintomas e implicações da presença das úlceras.

Num estudo desenvolvido por Jorge, Guimarães, Henríquez e Dantas (2009), constatou-se, que o facto de uma pessoa ser portadora de úlcera venosa, faz com que altere o seu estilo de vida, refletindo-se em níveis de ansiedade. A ansiedade, constitui um fenómeno de personalidade altamente representativo, devido à sua complexidade e à variedade de elementos que contém, sendo estes componentes, de natureza neurofisiológica, emotiva, motivacional e comportamental. Manifesta-se por um padrão de ativação fisiológica, desordenada e escassamente funcional e num estado de ânimo desagradável para a pessoa. Pessoas com ansiedade, criam um clima de tensão, insegurança e hostilidade, em relação aos demais, passando por uma série de mudanças psicológicas e de comportamento, decorrentes de um perigo físico ou psicológico experimentado. A reação da ansiedade, é proporcional à magnitude do perigo real que a evoca, isto é, quanto maior o perigo externo, mais claramente a ameaça é percebida e

mais intensa resulta, a reação de ansiedade. No mesmo estudo, os autores (2009) concluíram, que o tempo de existência da úlcera superior a 1 ano, teve correlação com o nível de ansiedade elevado, enquanto, que nas pessoas com úlcera de 5 a 10 anos de existência, o nível de ansiedade diminuiu, o qual poderá ser talvez explicado pelo processo de habituação.

A idade e o sexo, são igualmente variáveis a serem consideradas no impacto emocional causado pelas feridas. Assim, de acordo com Baranoski e Ayello (2006), os indivíduos jovens, apresentam mais emoções negativas relacionadas com as suas úlceras de perna e problemas acrescidos com a mobilidade em comparação às pessoas mais idosas.

Brod (1998), num estudo que realizou, concluiu que as pessoas mais idosas, eram menos afetadas nas áreas sociais, laborais e familiar. Relativamente ao sexo, estudos realizados referem, que os homens têm um pior índice qualidade de vida do que as mulheres, nas áreas da dor e mobilidade física (Baranoski & Ayello, 2006).

Por sua vez, os mesmos autores (2006), citando estudos de Price e Harding (1996), referem que num estudo por eles realizado, os investigadores descobriram piores resultados no índice de qualidade de vida em mulheres nos domínios da vitalidade e funcionamento físico e social.

Por último, o impacto nas atividades de vida diária e apoio social, surge como um importante fator condicionador da resposta psicológica das pessoas com feridas crónicas. Frequentemente, as pessoas expressam a sensação de estarem a viver uma vida restringida, sendo incapazes de fazer o que pretendem, os que lhes dá prazer, de um modo natural, livre de complexos, obstáculos e impedimentos. Assim, estas restrições, de natureza física, médica, etc., podem interferir na realização das mais básicas atividades de vida diária, podendo comportar enormes implicações sob o ponto de vista psicológico e social (Ebbeskog & Ekman, 2001).

De acordo com Baranoski e Ayello (2006, p. 12 e 13), as limitações nas interações sociais, nas pessoas que apresentam úlceras de perna, podem provir do seguinte:

“Mobilidade secundária limitada pela dor, o que contribui para que alguns doentes permaneçam acamados;

Restrição de tratamento, com a necessidade de elevar a perna para controlo do edema e a necessidade de permanecer em casa para receber cuidados de enfermagem domiciliários especializados;
Evitamento de atividades sociais, onde possam encontrar multidões, crianças ou animais de estimação, com medo de poder lesar o local da ferida;
Fadiga devido ao sono interrompido e efeitos adversos dos antibióticos;
Embaraço devido ao odor, drenagem e visibilidade da ferida;
Necessidade de confiar nos outros e nos meios de assistência;
Tempo adicional necessário para realizar mudanças de pensos;
Dificuldade em manter a aparência devido aos sapatos apertados e roupas que podem não servir devido aos pensos espessos”.

As pessoas portadoras de úlceras de perna, podem ser forçadas a realizar mudanças de vida significativas e encontrar satisfação em novas atividades. A capacidade de apreciar sauna, andar de bicicleta, nadar, correr, jogar ténis é eliminada, devido à existência de pensos espessos e ligaduras de compressão. Os profissionais de saúde, devem trabalhar ativamente e criativamente com as pessoas, no desafio de equilibrar a cicatrização física da ferida com a cicatrização psicológica e emocional (Baranoski & Ayello, 2006).

1.3. ADESÃO TERAPÊUTICA DA PESSOA PORTADORA DE ÚLCERA VENOSA DE PERNA

A adesão ao regime terapêutico, é um foco de atenção dos enfermeiros e uma necessidade, em cuidados de enfermagem, com particular relevância no âmbito da gestão das doenças crónicas. Adesão ao regime terapêutico, adesão terapêutica ou ainda adesão ao tratamento, são diferentes modos de nomear a mesma entidade. Estima-se que 30 a 50% dos doentes independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico (Vermeire, Hearnshaw, Vanroyen & Denekens, 2001).

Um elevado número de estudos, apontam para uma taxa de adesão, em pessoas com doenças crónicas, nos países desenvolvidos na ordem dos 50%, sendo a magnitude e impacto da não adesão, ainda maior nos países mais pobres (WHO, 2003).

Na literatura consultada, em língua inglesa, encontram-se frequentemente dois termos distintos para adesão, *compliance* e *adherence*, muitas vezes utilizados indiferentemente. No entanto, o primeiro tem uma conotação negativa, na medida em que sugere passividade e submissão da pessoa às prescrições, atribuindo todo o poder a quem prescreve, enquanto o segundo sugere uma participação mais ativa da pessoa no

processo de decisão, incorporando os conceitos de concordância, cooperação e parceria entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde (Myers & Midence, 1998; Vermeire et al., 2001).

De acordo com Vermeire et al. (2001), todas as definições de adesão, assumem que o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde, é o mais adequado para a pessoa, sendo o comportamento racionalmente mais adequado, o de seguir essas recomendações. Muitos dos estudos existentes, referem-se exclusivamente à adesão à medicação, mas o conceito de adesão, inclui outros aspetos inerentes à prevenção e ao tratamento das doenças que não podem ser esquecidos.

Para Haynes, McDonald, Garg e Montague (2003), a adesão ao regime terapêutico, define-se como o grau de concordância entre as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde e o comportamento da pessoa, relativamente ao regime terapêutico proposto. É uma definição abrangente, que permite perceber como este tema é complexo, na medida em que pode incluir uma grande diversidade de recomendações terapêuticas e de comportamentos.

Por outro lado Miller, Hill, Kottke e Ockene (1997), definem adesão ao tratamento, como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhoria da saúde, com o intuito de diminuir os sinais e sintomas de uma doença.

De acordo com Gusmão e Mion (2006), na adesão terapêutica, deve-se ter em conta, a vontade da pessoa em participar e colaborar com o seu tratamento.

No âmbito das doenças crónicas e da adesão a tratamentos de longa duração, é importante a pessoa concordar com as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros ou outros técnicos (WHO, 2003).

O International Council of Nurses (2003, p.58), considera a gestão do regime terapêutico, um foco da prática de enfermagem, que se define como:

“Um comportamento de adesão com as características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária”.

Ainda de acordo com o International Council of Nurses (2011, p.38), adesão é uma:

“Ação auto iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente) ”.

Gusmão e Mion (2006), referem que são vários os fatores, que podem influenciar a adesão ao tratamento, relacionados com a pessoa (sexo, idade, estado civil, escolaridade, etnia e nível socioeconómico); com a doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); com as crenças de saúde, hábitos de vida e culturas (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); com o tratamento, dentro do qual se inclui a qualidade de vida (custos, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos); com a instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento) e finalmente, relacionados com a relação empática com os profissionais de saúde.

Uma avaliação holística, incluindo a educação da pessoa, o apoio físico e psicológico, irá constituir um alicerce para estabelecer uma parceria com a pessoa, com impacto efetivo na sua qualidade de vida. A úlcera venosa de perna, é considerada a doença mais grave da insuficiência venosa crónica, com importantes consequências na qualidade de vida das pessoas e alto custo no sistema de saúde. A úlcera venosa de perna, pode levar anos a cicatrizar, sendo a adesão ao tratamento um grande problema entre as pessoas (Bistreanu e Teodorescu, 2009).

Ainda segundo os mesmos autores (2009), a adesão ao tratamento reduz significativamente o tempo de cicatrização e prolonga o tempo da recorrência da úlcera. O tratamento da úlcera venosa de perna, influencia a qualidade de vida da pessoa e depende da complexa e adequada adesão ao tratamento, (vestir-se, medicação, meia, e exercícios físicos), bem como do tempo de intervenção cirúrgica.

A adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, é fundamental para o sucesso da terapia instituída pela equipe de saúde. Embora muitos investigadores relacionem adesão ao tratamento com adesão à medicação, esse termo aplica-se a numerosos comportamentos inerentes à saúde, que vão além do simples seguimento da prescrição de medicamentos, envolvendo aspetos referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconómicos, estilos de vida, além de aspetos relacionados ao tratamento, doente e própria doença (Gusmão & Mion, 2006).

A alimentação pode tornar-se inadequada a diversos níveis, submetendo as pessoas a um risco maior de desenvolver feridas ou de retardar o processo de cicatrização das suas feridas. Relativamente à nutrição em pessoas com feridas, verifica-se uma taxa de desnutrição estimada entre 30% a 55% na população de pessoas hospitalizadas (Irion, 2005).

Numa ferida em cicatrização, os hábitos alimentares são importantes, uma vez que os nutrientes fornecem o combustível metabólico, para as diversas espécies celulares, incluindo leucócitos, macrófagos, linfócitos e fibroblastos, desempenhando um papel vital na organização de eventos celulares e bioquímicos, intrínsecos a diferentes etapas do processo de cicatrização. Os nutrientes, também fornecem os componentes fundamentais a partir dos quais são sintetizadas as novas estruturas celulares e a sua matriz extracelular de suporte, constituída por colagénio, elastina, proteoglicanos, fibronectinas e integrinas (Meyer et al., 1994; McLaren, 1997, citados por Morison, 2004).

De acordo com Irion (2005), as necessidades dietéticas, podem ser divididas em três categorias básicas: a energia, as proteínas, vitaminas e oligominerais.

As proteínas, têm um papel vital na cicatrização das feridas agudas e crónicas. O seu défice, provoca estagnação da cicatrização, diminuição da proliferação dos fibroblastos, da síntese de colagénio, diminuição da formação de novos capilares bem como efeitos adversos na fase de maturação da úlcera (Morison, 2004).

As vitaminas presentes nos alimentos, são necessárias para o metabolismo da energia, sendo a vitamina C essencial para uma cicatrização eficaz, assim como a vitamina A, B, E e K. A vitamina C, é essencial para o desenvolvimento de colagénio (Irion, 2005).

Deficiências dietéticas desta vitamina, levam à diminuição da força de tensão da ferida, deiscência e neoangiogénese (Morison, 2004).

Os diversos minerais como, cobre, magnésio, zinco e selénio, são necessários em concentrações baixas para a pele saudável, para a regeneração dos tecidos, bem como para a produção de colagénio, elastina e melanina. Uma nutrição adequada, está dependente de factores como a escolha de alimentos adequados, devendo ser avaliado pelo profissional de saúde o consumo calórico e o consumo de proteínas. A avaliação nutricional deve ser avaliada por exemplo através de cálculos antropométricos simples (índice de massa corporal) e exames bioquímicos (Irion, 2005).

Para Morison et al. (2010), um índice de massa corporal <19, indica défice de peso; um índice de massa corporal entre 20-25, indica peso normal; um índice de massa corporal entre 26-30, indica excesso de peso e um índice de massa corporal > 30, indica obesidade.

De acordo com Morison (2004), a compreensão por parte do profissional de saúde, da ingestão alimentar ao longo de vários dias, oferece uma visão privilegiada sobre a quantidade e qualidade da dieta. Uma história alimentar, pode promover uma informação valiosa relativamente à ingestão alimentar recente. O conteúdo da história, deve centrar-se nos padrões normais de alimentação, dietas prescritas, preferências de alimentos e medicamentos ou suplementos prescritos. Os suplementos alimentares podem ser usados para complementar o aporte dietético. A utilização de suplementos alimentares, pode melhorar significativamente o estado nutricional dos doentes desnutridos.

A hidratação é também essencial no processo cicatricial. Segundo Baranoski e Ayello (2006), a água constitui cerca de 60% do peso corporal no adulto, o qual pode ser o nutriente mais importante de todos, encontrando-se distribuído no corpo em três compartimentos de fluidos (intracelular, intravascular e intersticial). Atua como solvente para os aminoácidos, vitaminas, minerais, permitindo-lhes difundirem-se no interior e exterior das células. Transporta os materiais vitais tanto para as células, bem como os detritos para longe das células. As pessoas com feridas exsudativas, necessitam de fluidos adicionais.

Para Abbade e Lastória (2006), as pessoas devem ser orientadas a manter o peso dentro da faixa de normalidade e evitar o tabagismo. A nicotina causa vasoespasmo e vasoconstrição imediata das artérias, podendo o uso do tabaco a longo prazo, levar à formação de placas ateroscleróticas nas paredes dos vasos sanguíneos (Gogia, 2003).

Os hábitos alcoólicos devem ser controlados, uma vez que a exposição ao álcool prejudica a cicatrização, aumenta a incidência da infecção, diminui a imunidade e causa avitaminose (Szabo & Mandrekar, 2009). O álcool altera a resposta inflamatória nas feridas, diminui a angiogênese e a síntese de colagênio (Radek, Kovacs & Dipietro, 2007).

Os hábitos de higiene são importantes na cicatrização da úlcera. Segundo Irion (2005), as alterações do micro ambiente, podem promover a proliferação de microrganismos específicos, sendo que na alteração dessas condições podem ocorrer infecções oportunistas, isto é, a infecção pode não ocorrer, a não ser que o ambiente facilite a ação do microrganismo. Esta situação pode ocorrer por diversas razões, como por exemplo a utilização de antibióticos, a alteração do PH, a temperatura ou a humidade, podem promover o crescimento de determinados microrganismos. Estes, podem penetrar nas feridas e provocar contaminação e/ou infecção, devido a hábitos de higiene inadequados, pois um ambiente húmido e aquecido numa ferida “coberta” é propenso a um crescimento bacteriano. O medo de molharem os pensos da úlcera, é um dos obstáculos que impedem as pessoas de realizarem a sua higiene pessoal (Bistreanu & Teodorescu, 2009),

Segundo Pina et al. (2007), a articulação túbio-társica livre facilita o retorno venoso, dependendo dela o funcionamento correto da bomba muscular da perna, promovendo a absorção do exsudado e a cicatrização da úlcera. Deve-se incentivar, nas pessoas portadoras de úlceras venosas de perna, o treino regular da marcha e a realização de exercícios para melhorar a função da articulação do tornozelo e da bomba muscular da perna.

Para Abbade e Lastória (2006), a orientação adequada do repouso para se obter a cicatrização da úlcera, é muito valiosa, pois diminui os efeitos da hipertensão venosa. O repouso deve ser realizado com o membro inferior elevado acima do nível do coração, três a quatro vezes durante o dia e por 30 minutos. Durante a noite, a elevação do

membro é obtida por elevação dos pés do leito em altura que varia de 15 a 20cm, não devendo esta medida ser realizada em casos de associação com doença arterial. Breves caminhadas, três a quatro vezes por dia, devem ser estimuladas. Drenagem linfática manual e fisioterapia, são medidas necessárias para algumas pessoas, afim de melhorar a mobilidade do tornozelo.

As pessoas devem ser instruídas a evitarem: traumatismos locais da perna; a exposição a temperaturas extremas (botijas de água, aquecimentos) e não utilizarem vestuário ou calçado que restrinja a circulação na perna e pé. A utilização de meias elásticas compressivas, é fundamental para prevenir a recidiva (Abbade & Lastória, 2006), pois tal como é referido por Pina et al. (2007) a frequência de recidivas de úlceras venosas é elevada.

A terapia compressiva, é fundamental na cicatrização das úlceras de etiologia venosa, e como afirmam Borges, Caliri e Haas (2007), Palfreyman, Lochiel e Michaels (1998) e Effective Health Care (1997), citados por Morison et al. (2010), está provado que aumenta a taxa de cicatrização, demonstrando melhorias significativas na qualidade de vida.

O sistema multicamadas, é o mais efetivo, sendo a alta compressão mais efetiva que a baixa compressão. As meias elásticas, segundo o método de compressão, são geralmente de difícil utilização na fase ativa, pela dificuldade que as pessoas com úlcera venosa, têm na sua adequada colocação, sendo mais indicadas para o período de pós cicatrização, para evitar as recorrências (Abbade & Lastória 2006).

Um outro desafio para evitar a recidiva, citado pelos mesmos autores (2006), é a intervenção cirúrgica para correção da insuficiência venosa, afim de melhorar o prognóstico a longo prazo.

Nas úlceras venosas de perna, é usual a administração de pentoxifilina, pois aumenta o fluxo sanguíneo da microcirculação, embora o mecanismo de ação exato seja desconhecido. O uso da pentoxifilina no tratamento de úlceras venosas de perna, melhora a cicatrização (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010).

Também Abbade e Lastória (2006), referem que fármacos como a pentoxifilina, diosmina, aspirina, são citados na literatura pela capacidade aparente de estimular a

cicatrização. A pentoxifilina estimula a fibrinólise, facilitando a perfusão capilar, sendo um adjuvante efetivo com a terapia compressiva, para o tratamento de úlceras venosas.

Um outro aspeto a considerar importante na adesão terapêutica, é a história vacinal da pessoa, nomeadamente a vacina antitetânica. Segundo a Direção Geral de Saúde (2006, p.74) “(...) é muito importante a obtenção de uma história vacinal credível junto do ferido, uma vez que a administração de reforços de toxoide tetânico muito frequentes pode acentuar as reações adversas às vacinas”.

As úlceras de perna, são frequentemente dolorosas, especialmente se têm um componente arterial ou estão associadas a celulite ou infeção profunda, sendo por vezes necessária a prescrição e administração de analgésicos fortes (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010).

Num estudo realizado por Bistreanu e Teodorescu (2009), constatou-se que a dor nas pessoas portadoras de úlcera de perna, ocorreu muitas vezes durante a noite, impedindo as pessoas de dormirem uma noite inteira, o que criou um estado negativo de bem-estar. O desconforto e a dor na úlcera, manteve algumas pessoas acordadas, enquanto outras acordaram, quando diminuiu o efeito dos analgésicos.

Segundo Figueiredo (2000), a dor de origem venosa pode melhorar com a elevação dos membros inferiores e piorar com o ortostatismo prolongado.

A observação e o cuidado da pele perilesional, deverão ser valorizados na adesão terapêutica. Numa pessoa portadora de úlcera venosa de perna, a pele perilesional deve manter-se intacta, afim de continuar a desempenhar o seu papel de proteção dos tecidos e barreira contra a infeção, devendo evitar-se na limpeza traumatismos adicionais. Após a secagem da pele de forma suave, deve aplicar-se um emoliente, efetuando-se massagem suave no sentido dos pêlos (Pina et al., 2007).

Torna-se pertinente saber, se a pessoa portadora de úlcera venosa de perna, tem antecedentes de diabetes, a sua idade aquando do início da doença, bem como o tipo e a posologia de insulina necessária, pois segundo Gogia (2003), estes detalhes ajudarão a determinar a extensão e a gravidade das alterações vasculares e neuropáticas. Também é importante saber, se a pessoa está a tomar alguma medicação e qual, pois determinados medicamentos podem retardar a cicatrização; se tem alergia a medicamentos ou agentes

tópicos, pois tal informação ajudará a diferenciar dermatite de contacto, da reação alérgica a determinados agentes, que possam ser usados durante o tratamento.

Salienta-se, que a adesão terapêutica, deve sempre abranger e reconhecer a vontade da pessoa em participar e colaborar com seu tratamento (Gusmão & Mion, 2006).

1.4. A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO TERAPÊUTICA NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA PORTADORA DE ÚLCERA VENOSA DE PERNA

O papel do enfermeiro não se restringe a executar técnicas ou procedimentos, mas sim propor uma ação de cuidados abrangente, implicando estabelecer uma comunicação e relação terapêutica com a pessoa. A comunicação terapêutica é um processo que pode ser utilizado como um instrumento de ajuda terapêutica. A atuação do enfermeiro, encontra fundamento na relação verdadeiramente terapêutica, que estabelece com a pessoa (Pontes, Leitão & Ramos, 2008).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.8),

“A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e a valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde”.

Para Salomé (2010), o profissional, cuidador ou familiar que cuida da pessoa com ferida crónica e o ser cuidado, é capaz de se relacionar por intermédio de um processo interactivo, no qual compartilham experiências e resgatam a humanidade existente em cada um. Isso significa que o cuidador procura cuidar do outro de maneira mais humana, com dignidade, respeito, ajudando, compartilhando e compreendendo as necessidades do indivíduo com ferida.

De acordo com o mesmo autor (2010), na perspectiva de experienciar outras formas de cuidar de uma ferida, que não se restrinja simplesmente à técnica de fazer ou trocar curativo, o enfermeiro deve perceber que os seres humanos são constituídos de valores próprios e livre arbítrio. Por meio da ação educativa, deve-se valorizar a diversidade de papéis em busca da integridade da pessoa, para garantir a sua adesão ao tratamento, enfatizando que a sua participação no processo de cicatrização é essencial. Também se

deve estimular a pessoa, para as atividades da vida diária, apontando-lhe a importância do auto cuidado na sua recuperação. A participação da equipe de enfermagem, é fundamental para que a pessoa portadora de ferida crónica melhore o seu relacionamento no convívio familiar, lazer, vida social e atividade sexual, tendo assim melhor qualidade de vida.

Na comunidade mundial e sobretudo nos países desenvolvidos ocidentalizados, onde as doenças crónicas estão a expandir a uma taxa explosiva, a promoção da saúde e a prevenção da doença, tornaram-se importantes na agenda internacional de cuidados de saúde. Nenhum país, sociedade ou comunidade, pode ignorar a necessidade de uma óptima promoção de saúde baseada em grande parte na educação dos doentes, fundamentada numa estratégia (Morison et al., 2010).

No contexto da promoção da saúde, a educação dos doentes pode definir-se como sendo o processo de influenciar o comportamento e produzir alterações nos conhecimentos, atitudes e aptidões de modo a manter e /ou melhorar a saúde (Rankin & Stallings 2001, citado por Morison et al., 2010).

A promoção da saúde, define-se como sendo o incentivo a estilo de vida saudáveis, a criação de ambientes que sustentem a saúde e o foco dos serviços de saúde na promoção de comunidades saudáveis, assente em medidas públicas apropriadas. Os fatores contributivos de maior destaque para a doença crónica, são da responsabilidade da promoção da saúde. (Morison et al, 2010).

Para as úlceras da extremidade inferior, o consumo de tabaco, o nível de atividade e o consumo de álcool, afetam realmente, se estas feridas melhoram ou se deterioram. Ainda que possa existir uma predisposição genética, o desenvolvimento de úlceras de perna de várias etiologias, pode ter fortes componentes comportamentais (Funk & Tornquist 2001, citado por Morison et al., 2010).

Atualmente, a promoção da saúde e a prevenção da doença através da educação dos doentes é uma exigência para os profissionais de saúde. Para as pessoas portadoras de úlcera de perna, os enfermeiros e outros profissionais de saúde, têm de ensinar às pessoas que já caíram no “rio da doença crónica”, a aprenderem a “nadar” de forma rápida e eficiente. A educação das pessoas pode ser simultaneamente aquilo que irá

conservar a vida e a qualidade de vida (Oermann et al., 2001, citado por Morison et al., 2010). Para Lorig (2001) citado por Morison et al. (2010), os enfermeiros e outros profissionais de saúde, têm de estar prontos a ajudar os doentes a representar um “Modelo de Auto-gestão”.

As pessoas informadas, têm maior probabilidade de cooperar com os regimes de tratamento, melhorando assim a sua qualidade de vida (Oermann et al., 2001, citado por Morison et al., 2010).

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA

Após a revisão da literatura e a definição dos conceitos necessários ao presente estudo, neste capítulo, encontra-se descrita e fundamentada a metodologia utilizada, sendo abordados os objetivos do estudo, o tipo do estudo, a população e amostra, os instrumentos, os procedimentos formais e éticos e o tratamento estatístico dos dados.

A investigação científica consiste num processo sistemático, efetuado com objetivo de validar conhecimentos previamente estabelecidos e de produzir novos, que irão de forma direta ou indireta influenciar a prática (Fortin, 2009).

A metodologia é fulcral num estudo de investigação, pois fornece aos pesquisadores a estratégia que descreve toda a operacionalização do estudo, no sentido de encontrar resposta para a problemática. A metodologia é o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 2009, p.372)

Quando os pesquisadores abordam um problema ou respondem a uma pergunta através da pesquisa, independentemente do paradigma que está subjacente, estão a realizar um estudo de investigação (Polit et al., 2004).

No presente estudo de investigação, o problema que se pretende estudar, é concretamente: A qualidade de vida e a adesão terapêutica da pessoa portadora de úlcera venosa de perna.

2.1. OBJECTIVOS

De acordo com Fortin (2009), o objetivo de um estudo, é um enunciado declarativo que evidencia as variáveis – chave, a população alvo e o assunto da investigação. Tendo por base o problema, definimos os seguintes objetivos:

- a) Validar culturalmente o instrumento de medida, *Venous Leg Ulcer Quality of Life*, para a população Portuguesa, portadora de úlcera venosa de perna;

- b) Construir um instrumento para avaliar a adesão terapêutica da pessoa portadora de úlcera venosa de perna;
- c) Avaliar as características das úlceras venosas de perna, na pessoa portadora de úlcera venosa de perna;
- d) Determinar a relação entre a qualidade de vida da pessoa portadora de úlcera venosa de perna e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas;
- e) Determinar a relação entre a qualidade de vida e a adesão terapêutica na pessoa portadora de úlceras venosa de perna.

2.2. TIPO DE ESTUDO

De acordo com Cunha, Martins, Sousa e Oliveira (2007, p.4), “cada tipo de estudo obriga à definição do processo de recolha de dados, da seleção dos participantes, do processamento e análise dos dados e a descrição organizada e calendarizada das tarefas e questões logísticas envolvidas”.

Tendo em conta os objetivos enunciados, a presente investigação, classifica-se de investigação metodológica. Os estudos metodológicos, de acordo com Polit et al. (2004), são indispensáveis a qualquer disciplina científica, principalmente, quando um campo de estudos é relativamente novo, como o instrumento da adesão terapêutica e o instrumento da qualidade de vida em pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, para Portugal.

Este tipo de tipo de estudo, visa estabelecer a validade e fidelidade, dos novos instrumentos de medida, permitindo, aos investigadores utilizá-los com toda a confiança. As noções de fidelidade e de validade, aplicam-se igualmente, às escalas traduzidas numa outra língua (Fortin, 2009), como é o caso do *Venous Leg Ulcer Quality of Life*.

Quanto ao tipo de análise de dados, a presente investigação classifica-se de investigação quantitativa.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Durante a fase de delineamento, identificamos a população em estudo.

Para Polit et al. (2004), os investigadores necessitam de descrever uma população, para indicar quais as características que os sujeitos devem possuir, assim como definir o grupo para o qual os resultados podem ser generalizados.

Segundo Fortin (2009), a população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. Sempre que se pretende elaborar um estudo de pesquisa, o investigador tem de identificar a população alvo e acessível.

Ainda segundo a mesma autora (2009), a população alvo é constituída pelos indivíduos que satisfazem os critérios de seleção antecipadamente definidos e para os quais, o investigador deseja fazer generalizações. A população acessível, é constituída pela fração da população alvo, que é acessível ao investigador. Assim, a autora pode referir que população alvo, diz respeito à população que o investigador pretende estudar e fazer generalizações, e a população acessível à fração da população alvo que está ao alcance do investigador e de onde este, pode extrair a amostra.

A população acessível definida para a presente investigação, é constituída por todas as pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, inscritas em dois ACES do distrito de Leiria e pelas pessoas que recorreram às consultas externas de dois Hospitais do distrito de Leiria, bem como pelas pessoas que recorreram a uma Clínica privada no Distrito de Leiria.

No sentido de delimitar os sujeitos a incluir na investigação, definimos como critérios de inclusão para a formação da amostra:

- Ser portador de úlcera venosa de perna;
- Aceitar participar no estudo;
- Ter mais de 18 anos.

Para obter os dados que permitissem alcançar os objetivos, foi considerado o método de amostragem do tipo não probabilística acidental (Fortin, 2009). As pessoas portadoras de úlcera venosa da perna foram incluídas no estudo, à medida que estas se

apresentaram nos locais referidos anteriormente, durante o período de Julho de 2011 a Abril de 2012.

Segundo Pais Ribeiro (2008), o número ideal de participantes, depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida, pelo que quanto maior for o número de participantes na amostra, menor será o erro de amostragem. Sendo o objetivo deste estudo validar instrumentos de medida, Pestana e Gageiro (2005, p.487), salientam que “é fundamental que a amostra seja suficientemente grande, de forma a garantir que numa segunda análise se mantenham os mesmos fatores.” O mínimo de respostas válidas (N) por variável (K) é:

$N = 50$	Se $K \leq 5$
$N = 10 \times K$	Se $5 < K \leq 15$
$N = 5 \times K$	Se $K > 15$

Assim sendo, para a contabilização do tamanho mínimo da amostra em questão, e tendo presente que estão presentes vários instrumentos, sendo que o maior é de 34 itens, seriam necessários pelo menos:

$$5 < K \leq 15, \text{ temos } N = 5 \times 34 = 170$$

Tendo por base estas considerações e a dificuldade de acesso às pessoas que cumprissem os critérios para a sua inclusão na amostra, esta ficou constituída por 170 pessoas.

2.4. INSTRUMENTOS

O instrumento de colheita de dados aplicado, consta de um formulário constituído por quatro grupos (Anexo I). O primeiro grupo é constituído pelas características sociodemográficas e clínicas da amostra; o segundo grupo é constituído pela caracterização da ferida; o terceiro grupo pela adesão terapêutica e o quarto grupo pelo instrumento de *Venous Leg Ulcer Quality of Life*.

a) Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra

Na presente investigação e relativamente ao primeiro grupo do instrumento de colheita de dados (dados sócio-demográficos e clínica da amostra), descrevemos as seguintes variáveis:

Idade - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Sexo - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, dicotômica com duas opções de resposta: masculino e feminino.

Habilitações literárias - variável operacionalizada através de pergunta de resposta fechada que envolve seis categorias: Não sabe ler e escrever; 1º ciclo escolar; 2º ciclo escolar; 3º ciclo escolar; 12º ano; curso superior.

Agregado familiar - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta mista com três opções de resposta: sozinho; com a família; e a terceira com a questão de resposta aberta: outro (especifique).

Situação profissional - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta mista com quatro opções de resposta: empregado; desempregado; reformado; e a quarta com a questão de resposta aberta: outra (especifique).

Co-morbidades - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve duas categorias: sim e não, e outra, de resposta aberta para que os inquiridos que referem ter co-morbidades, possam referir quais. As co-morbidades foram posteriormente agrupadas por grupo de doenças.

Toma de medicação - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve duas categorias: sim e não.

Vacina anti – tetânica atualizada - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve duas categorias: sim e não.

Hábitos tabágicos - variável operacionalizada através de varias perguntas. A primeira de resposta fechada com duas opções de resposta: sim e não, pretendendo-se saber se os inquiridos têm hábitos tabágicos. Os inquiridos que afirmaram fumar, foram convidados a indicar o número de cigarros que fumam por dia. Pretende-se saber igualmente se os inquiridos já tiveram hábitos tabágicos através de uma pergunta de resposta fechada: sim e não. Se sim, há quanto tempo deixaram de fumar através de uma pergunta de resposta aberta.

História de diabetes - variável operacionalizada através de varias perguntas. Uma de resposta fechada dicotômica, onde os inquiridos confirmam ou negam a presença de diabetes. Os inquiridos com história de diabetes foram convidados a indicar através de três perguntas de resposta fechada dicotômica, se alguma vez realizaram o controlo ou não de glicémia, se alguma vez apresentaram glicémia elevada e se tomaram ou não a medicação para a diabetes.

Peso e altura - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta para o peso e outra para a altura. Estas duas variáveis permitem igualmente determinar o IMC.

b) Caracterização da Ferida

Duração da úlcera de perna - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Recidiva de úlcera de perna - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve duas categorias: sim e não. Nas pessoas que apresentam recidiva é registado o número.

Localização da úlcera - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada que envolve seis opções de resposta: acima do maléolo médio; maléolo lateral; abaixo do tornozelo; pé e dedos; circundando o tornozelo; 1/3 inferior e/ou médio da perna.

Origem da úlcera - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve três opções de resposta: insuficiência venosa; traumatismo e outra.

Presença de dor - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve duas categorias: sim e não. Nas pessoas que apresentaram dor foram convidadas a referenciar qual o período do dia em que sentem dor, através de uma pergunta de resposta fechada: durante o dia; durante a noite; durante o tratamento; em repouso.

Características do membro inferior - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve dez opções de resposta: hiperpigmentação; veias varicosas e atrofia branca; edema e prurido; lipodermatoesclerose; pele

pálida/brilhante/azulada; pele fria/fina/friável; coroa flebostática; unhas secas/descamativas; perda de folículos pilosos; eczema varicoso/dermatite de estase.

Pulsos – No formulário foi igualmente registado se a pessoa portadora de úlcera venosa de perna, tinha os pulsos pediosos presentes, ausentes ou reduzidos. Esta variável foi avaliada pela investigadora ou enfermeiros no momento da entrevista, através da palpação.

Terapia compressiva - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve duas categorias: sim e não.

c) Adesão Terapêutica (atividades de auto-cuidado com a úlcera venosa de perna)

Por não ter encontrado nenhum instrumento validado para a população portuguesa, para avaliar a adesão terapêutica em pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, optámos por construir e validar um.

Seleção dos itens a incluir nas diferentes dimensões

A pesquisa das questões significativas a incluir nas dimensões da escala, foi feita segundo quatro critérios:

- Revisão das descrições feitas na literatura sobre os temas, já anteriormente referidos e seleção das questões, que lhe pareceram mais significativas;
- Outros instrumentos de adesão terapêutica, principalmente em doentes com HIV e diabetes;
- Consulta de peritos, na área do cuidar de pessoas portadoras de úlceras de perna. Estes peritos foram fundamentais, não só na definição dos itens, como no pré-teste;
- A experiência da autora no cuidar de pessoas com úlceras venosas da perna.

Classificação dos itens ou pontuação atribuída

O instrumento foi construído por 30 itens, com resposta tipo likert. A cada item, fizemos corresponder 5 classes de resposta: sempre, quase sempre, às vezes, raramente e nunca, sendo atribuída uma escala de classificação numérica, de um (1) a cinco (5), em que é pedido à pessoa, que classifique a sua adesão terapêutica, tendo em conta a existência da sua úlcera venosa de perna. Os itens, foram formulados de forma positiva e negativa, para prevenir tendência de resposta.

Cada dimensão apresenta uma pontuação contínua, resultante da soma de itens que a constituem. Em virtude das várias dimensões não apresentarem o mesmo número de itens e para que seja mais fácil fazer comparações, o total de cada dimensão será dividido pelo número de itens que a constitui, de tal maneira que as pontuações para as dimensões, variam entre o mínimo de um (1) e o máximo de cinco (5).

As respostas estão quantificadas de maneira, a que quanto mais baixa a pontuação, melhores práticas de adesão, tem a pessoa com úlcera venosa de perna.

Apesar de inicialmente, o estudo das características psicométricas da escala multidimensional da adesão terapêutica, ser constituída por três dimensões (estilos de vida saudáveis, terapia compressiva, vigilância neurovascular) e 30 itens, a aplicação dos testes estatísticos adequados (que se apresentam no capítulo dos resultados) determinaram, que a referida escala mantivesse as três dimensões, mas constituídas por 24 itens, como a seguir se descreve:

Estilos de vida saudáveis (composta pelos itens 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20 e 21): avalia a adesão a estilos de vida, importantes na cicatrização da úlcera venosa de perna, tais como alimentação, a higiene, a hidratação nos membros inferiores, o exercício físico e o padrão de sono. Um resultado baixo nesta dimensão, é indicador de bons estilos de vida saudáveis, contribuindo para a evolução da cicatrização da úlcera venosa; inversamente, um resultado elevado, indica maus hábitos de vida, que contribuem para a difícil cicatrização da úlcera venosa de perna nas pessoas.

Terapia compressiva (composta pelos itens 23, 24, 25 e 26): avalia a importância da terapia compressiva, na cicatrização da úlcera venosa de perna, bem como esta interfere na prevenção da recidiva, através do uso de meia elástica durante o dia, durante a noite

ou durante as 24 horas. Um resultado baixo, traduz um tratamento adequado e boa adesão por parte da pessoa na aplicação da terapia compressiva; um resultado elevado, indica tratamento inadequado ou a não colaboração da pessoa, na aplicação da terapia compressiva, retardando a cicatrização da úlcera e originando recidivas.

Vigilância neurovascular (composta pelos itens 27, 28, 29 e 30): avalia a vigilância por parte da pessoa, no que concerne a sinais de comprometimento neurocirculatório das extremidades distais, tais como o edema, a coloração, a sensibilidade e a mobilidade. Um resultado baixo nesta dimensão, sugere uma boa vigilância neurovascular e boa adesão; um resultado alto reflete ausência de vigilância e má adesão á escala (Anexo II).

De salientar, que antes da aplicação definitiva do instrumento, este foi submetido ao pré-teste, reflexão falada e consulta de peritos (como é descrito no ponto seguinte).

d) Qualidade de Vida para Úlcera Venosa de Perna - *Venous Leg Ulcer Quality of Life -PT*

O instrumento *Venous Leg Ulcer Quality of Life*, foi construído e validado por Hareendran, Doll, Wild, Moffatt, Musgrove, Wheatley e Franks (2007) (Anexo III).

Segundo os autores supracitados (2007), o instrumento é constituído por três dimensões sendo elas: as atividades físicas correspondendo a 12 itens; aspetos psicológicos com 12 itens, e sintomas de distress com 10 itens, perfazendo um total de 34 afirmações, formuladas de forma positiva e negativa, para prevenir respostas enviesadas. Apresenta uma escala de classificação numérica, de um (1) a cinco (5), em que é pedido à pessoa que classifique a sua qualidade de vida, tendo em conta a existência da sua úlcera venosa de perna.

A escala supracitada encontra-se organizada na horizontal, constituída por uma linha, em que se marcar num extremo, significa que” sempre” enquanto se marcar no outro extremo, significa que “nunca.”

Para a validação da versão portuguesa do *Venous Leg Ulcer Quality of Life*, decorreram os procedimentos usuais para a adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição de resultados em saúde e para a determinação de instrumentos de medição equivalentes, escritos noutra língua diferente da original. Procedeu-se à tradução e

retroversão, seguindo os passos recomendados para esse fim, por vários autores, nomeadamente por Almeida e Freire (2008) e Pais Ribeiro (2008), e que se descrevem e exemplificam na Figura 1.

O processo de validação de um instrumento, tradução e adaptação, como o *Venous Leg Ulcer Quality of Life*, agrupou um conjunto de procedimentos que garantam que a versão utilizada na cultura para que está a ser validado, meça de forma apropriada, o que se pretende medir, tendo em conta a equivalência linguística, conceptual e psicométrica. Esta última será abordada no capítulo dos resultados.

Ao traduzir uma escala de medida, de uma língua para outra, poder-se-á alterar a fidelidade e a validade, pelo que para que a tradução seja de boa qualidade, é importante utilizar técnicas reconhecidas. Regularmente, a técnica mais utilizada para garantir a qualidade da tradução, é a retroversão ou método inverso (Fortin, 2009). Neste caso específico, a tradução de inglês para português do *Venous Leg Ulcer Quality of Life*, foi efetuada por dois tradutores oficiais, portugueses, bilingues, ambos experientes na área da saúde e conhecedores dos objetivos do estudo.

Foi realizada a comparação e análise entre as duas versões e não havendo diferenças significativas, obteve-se a primeira versão em português do *Venous Leg Ulcer Quality of Life*.

De seguida, foi efetuada a retroversão para inglês, da primeira versão em português, por dois tradutores oficiais nativos ingleses, bilingues, ambos experientes na área da saúde e tal como aconteceu nos tradutores anteriores, conhecedores dos objetivos do estudo.

As duas versões da retrotradução, foram comparadas e não havendo diferenças significativas, foram efetuados pequenos acertos, resultando a versão que foi enviada a um dos autores, para validação semântica de cada item (análise dos desvios e ajuste do instrumento). Não tendo sido sugerida nenhuma alteração ao instrumento, surgiu então, a segunda versão em português do *Venous Leg Ulcer Quality of Life*, que foi submetida ao comité de juízes peritos na área das feridas. Após a análise do comité, surgiu a terceira versão em português do *Venous Leg Ulcer Quality of Life*. Esta versão foi aplicada a uma amostra com características semelhantes à população a ser estudada,

para obtenção da equivalência operacional, permitindo deste modo validar a versão portuguesa do *Venous Leg Ulcer Quality of Life - PT*.

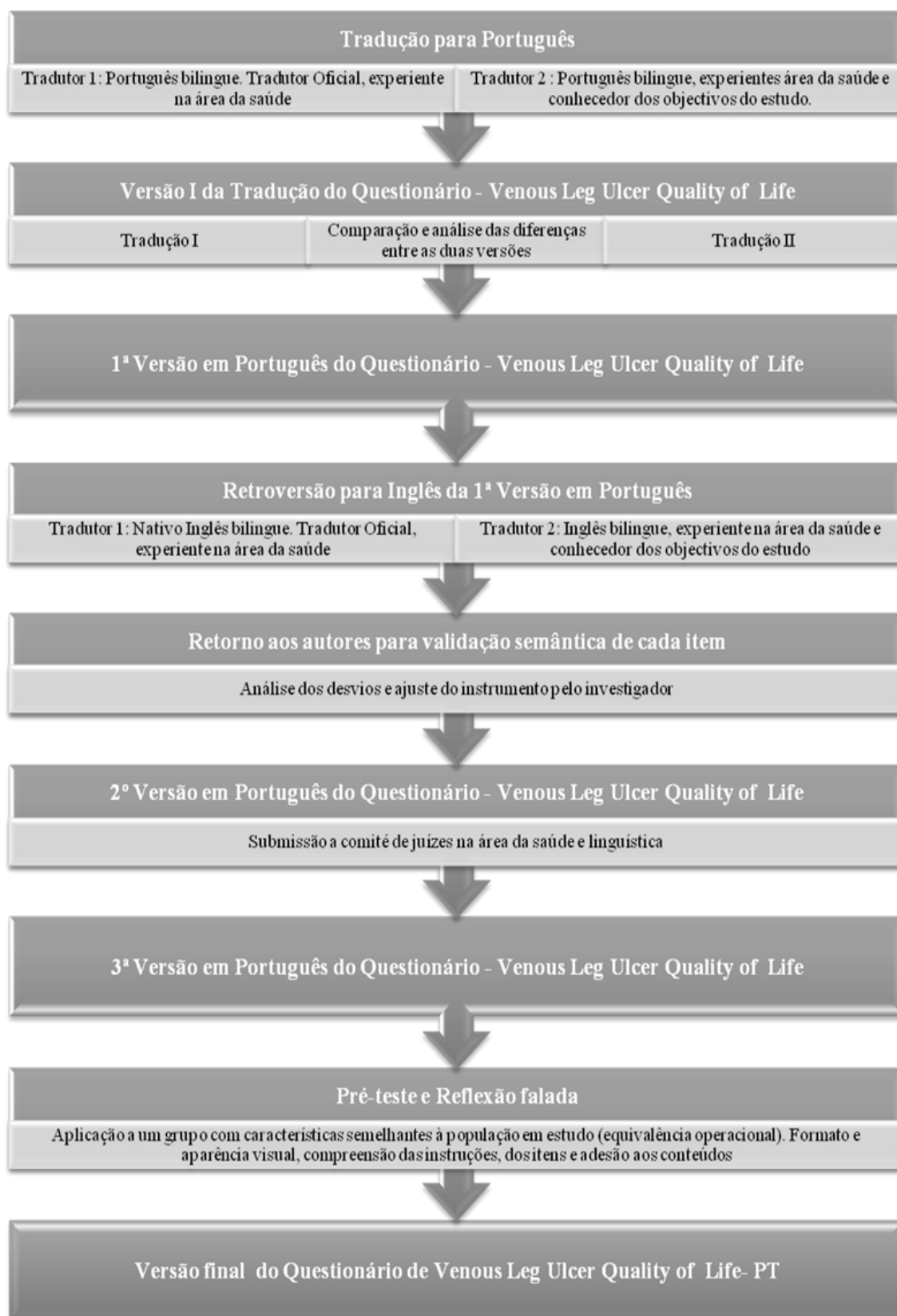
Os passos seguintes, consistiram na aplicação do pré-teste e na realização da reflexão falada (*Thinking Aloud*). A reflexão falada, teve como objetivos testar: o formato e aparência visual; a compreensão das instruções; a compreensão dos diferentes itens; a recetividades e a adesão aos conteúdos. Esta foi realizada a seis utentes da Clínica privada LeiriVida, nomeadamente na sua Unidade Avançada de Tratamento de Feridas.

O pré-teste teve como objetivo, determinar se o formulário estava redigido com clareza, sem tendenciosidade, se solicitava o tipo de informação pretendida e se a apresentação permitia um correto preenchimento. Similarmente, pretendeu-se identificar as hipotéticas falhas que o questionário pudesse conter e saber os tempos médios de preenchimento do mesmo, tendo em conta essencialmente, que as pessoas com úlcera venosa de perna se encontram numa situação de vulnerabilidade, pelo que nem sempre é possível obter a sua colaboração e disponibilidade.

Durante a reflexão falada e pré teste, foi sempre solicitada a cada pessoa, que sugerisse as alterações que considerasse necessárias. As pessoas não demonstraram dificuldades na compreensão do conteúdo dos itens, referindo dificuldade na seleção rápida da opção de resposta, necessitando de algum tempo de introspeção.

Após a aplicação do pré-teste e da reflexão falada, os resultados obtidos permitiram manter o instrumento de avaliação conforme estava elaborado, não tendo sido necessário proceder a alterações, pelo que considerou o instrumento, *Venous Leg Ulcer Quality of Life - PT*, definitivo.

Figura 1 – Processo de adaptação cultural do Questionário de *Venous Leg Ulcer Quality of Life*



No presente estudo, é utilizada a versão portuguesa do questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para Pessoas Portadoras de Úlcera Venosa de Perna, sendo validada para a população portuguesa. A referida escala, é constituída por 34 itens, que avalia a qualidade de vida, ao longo de três dimensões, a seguir descritas:

Atividades Físicas (composta pelos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12): avalia em que medida a úlcera de perna limita a execução de atividades, tais como tomar banho, mobilidade, realizar atividades que gosta de desenvolver em casa e fora de casa, a duração da realização das atividades, deslocação ao tratamento, atividades profissionais e vida social. Um resultado baixo nesta dimensão, traduz ausência de limitações no desempenho de atividades físicas, como por exemplo o tomar banho, o deslocar-se para o emprego ou realizar o tratamento, refletindo uma boa qualidade de vida. Um resultado elevado, é sinónimo de limitação no desempenho de atividades físicas.

Fatores Psicológicos (composta pelos itens 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24): avalia em que medida a úlcera de perna interfere com fatores psicológicos tais como, a autoestima e o humor. Um resultado baixo, traduz uma boa autoestima e um humor eutímico e estável, refletindo uma boa qualidade de vida; inversamente, um resultado elevado, demonstra uma instabilidade psicológica, refletindo uma má qualidade de vida.

Sintomas de Distress (composta pelos itens 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 e 34): avalia a qualidade do sono, o relaxamento, a dor, o cheiro e o exsudado na úlcera. Um resultado baixo, é indicador de boa qualidade de vida relativamente ao distress; um resultado elevado, reflete má qualidade de vida, com sintomas de grande distress.

Os critérios de cotação dos itens e dimensões da *Venous Leg Ulcer Quality of Life - PT*, estão definidos para que a um valor baixo, corresponda a uma melhor qualidade de vida. Contudo, os dados provenientes da codificação das respostas ao instrumento não são imediatamente perceptíveis, sendo necessários submetê-los a diversos procedimentos, nomeadamente codificação das respostas, recodificação dos itens, cálculo da cotação das dimensões, transformação dos resultados brutos das dimensões, numa escala de zero a cem.

Na codificação das respostas, as respostas assinaladas são codificadas, atribuindo um valor idêntico ao número do código que está impresso no questionário. Por outro lado, na recodificação das respostas, os valores de código atribuído às respostas dos sujeitos são alterados, sendo a sua cotação invertida. Este procedimento, envolve a transformação dos resultados brutos de cada dimensão, numa escala de zero a cem, através da seguinte fórmula:

$$\text{Escala transformada} = \frac{\text{resultado bruto obtido} - \text{menor resultado bruto}}{\text{Intervalo máximo possível de resultados brutos}} \times 100$$

Apos a aplicação da fórmula, os itens são pontuados da seguinte forma: Nunca= 0; raramente = 25; algumas vezes = 50; frequentemente = 75 e sempre = 100.

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para se proceder à validação e adaptação cultural do *Venous Leg Ulcer Quality of Life*, foi solicitada autorização ao autor responsável - Professor Peter John Franks, pela orientadora desta dissertação, a Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe (Anexo IV). A autorização, foi recebida por correio eletrónico (Anexo V). Após a obtenção da autorização, procedeu-se à tradução e retroversão, adotando a metodologia descrita anteriormente.

Depois de concluído o processo de tradução do instrumento *Venous Leg Ulcer Quality of Life* e após a construção do instrumento de avaliação da Adesão Terapêutica (seguindo a metodologia anteriormente descrita) foi efetuado, no mês de Maio de 2011, um pedido de autorização formal aos presidentes dos conselhos de administração, diretores dos conselhos executivos, bem como o parecer das comissões de ética das respetivas instituições envolvidas no estudo, a quem foi enviado o protocolo de investigação (Anexo VI).

Durante todo o processo foram garantidos os princípios éticos de acordo com a declaração de Helsínquia.

O direito ao anonimato assim como à confidencialidade, foi assegurado através da codificação das entrevistas, com o intuito, da informação não poder ser associada a quem a forneceu. As entrevistas decorreram num ambiente calmo indicado pelos serviços onde o estudo foi realizado. Além do direito à confidencialidade e ao

anonimato, seguimos as orientações de Fortin (2009), quanto aos princípios éticos mais relevantes a considerar nestas investigações, em especial durante as fases de recolha e tratamento dos dados, de forma a salvaguardar o princípio da autodeterminação, da intimidade, da proteção contra o desconforto e o prejuízo, assegurando sempre um tratamento justo e equitativo.

Para dar cumprimento, ao princípio da autodeterminação, asseguramos que a participação de cada pessoa foi totalmente voluntária, ou seja, de livre e espontânea vontade. A pessoa inquirida foi informada que poderia desistir de participar em qualquer momento sem dano para a sua individualidade.

O respeito pela intimidade foi patenteado pelo evitamento da invasão à esfera privada do participante. A pessoa só respondeu depois de avaliar que não ficaria lesada com o conteúdo, bem com a extensão, da informação concedida. Estes foram por si determinados.

A proteção contra o desconforto e prejuízo, também conhecida como princípio da beneficência, foi assegurada, ao protegermos os participantes de algo que lhes pode-se, de algum modo interromper o bem-estar. Providenciámos, que a recolha de dados decorre-se num local confortável e livre de interrupções por estranhos, indicado pelos serviços onde o estudo foi realizado.

Uma vez concedidas as autorizações (Anexo VII) e antecedendo a colheita de dados, a autora procedeu aos primeiros contactos telefónicos com os responsáveis de cada instituição e com cada um, foi negociado o momento propício para a colheita de dados, nomeadamente a marcação dos dias, hora e local da aplicação dos instrumentos, identificando a autora.

A presença da investigadora, junto das pessoas, foi assídua neste processo, sendo-lhes explicado, os objetivos da investigação, como iria ser utilizada a informação obtida e o compromisso de salvaguardar o anonimato e garantir a confidencialidade (Anexo VIII). A apresentação do instrumento de colheita de dados, foi efetuada numa linguagem acessível e compreensível, sendo solicitado o consentimento informado às pessoas, mencionando às mesmas, que poderiam desistir quando o desejassem, disponibilizando toda a atenção relativamente ao esclarecimento de dúvidas e questões (Anexo IX).

Foi respeitado o ritmo de cada pessoa, variando o tempo de colheita de dados entre 15 a 20 minutos a ser respondido.

Foi realizada a aplicação do instrumento no período de Julho de 2011 a Abril de 2012. As colheitas de dados, foram sendo realizadas, à medida que as instituições foram cedendo as autorizações para a aplicação do estudo.

A receptividade global das pessoas com úlceras venosas de perna, ao estudo, foi bastante satisfatória.

2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Após a colheita de dados, procedeu-se à análise destes, por computador, através do programa de análise estatística SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 15.

De acordo com Polit et al. (2004, p.312), os procedimentos estatísticos permitem que o pesquisador “resuma, organize, interprete e comunique a informação numérica”. Os dados obtidos, foram apresentados recorrendo ao uso de tabelas, que constituem um suporte importante para a análise dos dados estatísticos obtidos.

Para alcançar os objetivos delineados na investigação, recorreu-se: à análise descritiva através da utilização de frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central como as médias aritméticas e medianas; às medidas de dispersão e variabilidade como o desvio padrão e o coeficiente de variação.

Para avaliar as propriedades psicométricas do *Venous Leg Ulcer Quality of Life- PT* e da escala multidimensional de avaliação da adesão terapêutica em pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, foram calculadas as medidas descritivas de resumo, as correlações de *Person* para cada item com o total (excluindo-se o próprio item) e o *Alfa de Cronbach* utilizado como medida de fidelidade interna.

Foram ainda utilizados os procedimentos da validade utilizados pelos autores originais, nomeadamente a análise fatorial, validade concorrente e discriminante.

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo, são apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos, com o intuito de poder contribuir para um melhor conhecimento e compreensão da qualidade de vida e da adesão terapêutica, em pessoas portadoras de úlcera venosa de perna.

3.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA

a) Características Sociodemográficas e Profissionais da Amostra

Da análise dos resultados apresentados na tabela 1, constatamos que a média das idades dos inquiridos é de 71,7 anos (DP= 12,6). Pelo valor do desvio padrão e da média, podemos ainda salientar que o coeficiente de variação é de 15,7%, ou seja, não há grande dispersão dos dados em torno da média. Estes dados permitem-nos referir que as pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, são maioritariamente idosas. Os resultados do presente estudo, corroboram com Valencia, Falabella, Kirsner e Eaglstein (2001), os quais mencionam que, o aparecimento deste tipo de úlceras é mais comum com o avançar da idade, atingindo um pico de prevalência entre os sessenta e os oitenta anos. Não obstante, 72 % das pessoas desenvolve a sua primeira úlcera aos sessenta anos, 22% aos quarenta e 13% desenvolvem-na antes dos 30 anos de idade, tal como afirmam estes autores.

A amostra é maioritariamente do sexo masculino (55,9%), o que não corrobora com Pina, Furtado, Franks e Moffatt (2004), pois no seu estudo apontam valores de 3,2% para a úlcera venosa crónica ativa e inativa nos homens e de 3,9% nas mulheres.

Como habilitações literárias, 57,6% (98) da amostra tem 1º Ciclo escolar, 75,3% (128) vivem com a família e 82,4% (140) encontram-se na situação profissional de reformados.

Tabela 1: Distribuição das respostas da amostra relativamente às características sociodemográficas e profissionais (n=170)

		Nº	%	Min.	Max.	Média	DP
Idade				25,0	95,0	71,7	12,6
Sexo	Feminino	75	44,1				
	Masculino	95	55,9				
Habilitações literárias	Não sabe ler e escrever	34	20,0				
	1º Ciclo escolar	98	57,6				
	2º Ciclo escolar	12	7,1				
	3º Ciclo escolar	14	8,2				
	12º Ano	9	5,3				
	Curso superior	3	1,8				
Com quem vive	Sozinho	41	24,1				
	Com a família	128	75,3				
	Lar	1	0,6				
Situação profissional	Empregado	18	10,6				
	Desempregado	8	4,7				
	Reformado	140	82,4				
	Domestica	4	2,4				

b) Características Clínicas da Amostra

Examinando os resultados apresentados na tabela 2, verificamos que 83,5% (142) pessoas apresentam co-morbilidades.

Tabela 2: Distribuição das respostas da amostra, quanto à presença de co-morbilidades (n=170)

Co-morbilidades	Nº	%
Sim	142	83,5
Não	28	16,5

Tendo em conta a observação da tabela 3, referente à identificação das co-morbilidades das pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, verificamos que as de maior frequência, são as do aparelho circulatório, as endócrinas, as nutricionais e as metabólicas (Dislipidémia, Doença Cardíaca, Diabetes, Anemia, Hipertensão, Obesidade, Insuficiência venosa) com 36,6% (62) e as do aparelho circulatório (34,8%).

Para Valencia et al. (2001), a obesidade, as questões associadas ao envelhecimento, a história de ferimentos anteriores ao nível das pernas, como por exemplo os ferimentos resultantes de acidentes de viação, armas de fogo, fracturas ósseas, bem como a presença de flebite, são fatores de risco para o desenvolvimento de insuficiência venosa

e por conseguinte de úlceras venosas. Também White (2006), salienta que a cronicidade e atraso de cicatrização de úlceras venosas de perna podem estar relacionados com vários fatores, incluindo a diabetes.

Tabela 3: Distribuição das respostas da amostra, relativos à identificação das comorbilidades (n= 170) *

Comorbilidades	Nº	%
Aparelho circulatório (Hipertensão; doença cardíaca; Insuficiência Venosa)	59	34,8
Aparelho circulatório, Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (Dislipidémia, Doença Cardíaca, Diabetes, Anemia, Hipertensão, Obesidade, Insuficiência venosa)	62	36,6
Aparelho circulatório, Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, Osteoarticulares (Diabetes, Doença Reumática, Doença Cardíaca, Anemia, Hipertensão, Dislipidémia, Hipotiroidismo)	8	4,8
Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (Dislipidémia, Diabetes, Anemia, Obesidade)	11	6,6
Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, Osteoarticulares (Diabetes, Doença Reumática)	3	1,8
Aparelho circulatório/ Osteoarticulares (Hipertensão, Doença Cardíaca, Doença Reumática, Insuficiência Venosa)	4	2,4
Aparelho circulatório, Aparelho respiratório (Hipertensão, Bronquite, Asma, Doença Cardíaca, Doença Respiratória)	5	3,0
Aparelho circulatório, Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, Aparelho respiratório (Hipertensão, Bronquite, Hipertiroidismo)	11	6,5
Aparelho circulatório, Transtornos mentais e comportamentais, Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (Doença Cardíaca, Depressão, Obesidade, Insuficiência Venosa, Hipertensão, Diabetes)	2	1,2
Aparelho circulatório, Transtornos mentais e comportamentais (Hipertensão, Depressão)	2	1,2
Osteoarticulares (Doença Reumática)	1	0,6
Aparelho circulatório, Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, Neoplasias (Hipertensão, Anemia, Carcinoma Colo Útero, Diabetes, Dislipidémia)	1	0,6
Aparelho circulatório, Aparelho respiratório ,Neoplasias (Hipertensão, Bronquite, Hipertrofia Benigna Próstata)	1	0,6

*resposta múltipla;

Através da análise da tabela 4, verificamos que 98,8% (168) tomam medicação. Apesar de não ter sido questionada, se a medicação era no âmbito da úlcera ou da comorbilidade, é importante referir que para Gusmão e Mion (2006), a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, é fundamental para o sucesso da terapia.

Também para Gogia (2003), é importante saber se a pessoa está a tomar alguma medicação e qual, pois determinados medicamentos podem retardar a cicatrização; se tem alergia a medicamentos ou agentes tópicos, pois tal informação ajudará a

diferenciar dermatite de contacto da reação alérgica a determinados agentes que possam ser usados durante o tratamento.

Aferimos igualmente pela análise dos dados da referida tabela, que a maioria das pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, apresentam regularização da vacina anti-tetânica (98,2%). Segundo a Direção Geral de Saúde (2006, p.74) “(...) é muito importante a obtenção de uma história vacinal credível junto do ferido, uma vez que a administração de reforços de toxoide tetânico muito frequentes pode acentuar as reações adversas às vacinas”.

Tabela 4: Distribuição das respostas da amostra, relativas à toma da medicação e vacina antitetânica (n=170)

		Nº	%
Toma de medicação	Sim	168	98,8
	Não	2	1,2
Vacina anti tetânica	Sim	167	98,2
	Não	3	1,8

Através da observação da tabela 5, podemos constatar que 77,1% (131), não apresentam patologia diabética associada, sendo de salientar, que todas as pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, com patologia diabética associada (39), realizaram controlo de glicemia.

Tabela 5: Distribuição das respostas da amostra quanto à existência da diabetes e controlo da glicemia (n=170)

Diabetico	Nº	%
Sim*	39	22,9
Não	131	77,1

*Todos controlam a glicemia

De acordo com a tabela 6, verificamos que das 39 pessoas portadoras de úlcera venosa de perna com patologia diabética associada, 89,7% (35) pessoas, apresentaram hiperglicemia, sendo que a totalidade, toma medicação para a diabetes. Na opinião de Gogia (2003), torna-se pertinente saber, se a pessoa portadora de úlcera venosa de perna, tem antecedentes de diabetes, sendo a idade aquando do início da doença, bem

como o tipo e a posologia de insulina necessária, detalhes que ajudarão a determinar a extensão e a gravidade das alterações vasculares e neuropáticas.

Tabela 6: Distribuição das respostas da amostra, relativos à hiperglicémia e à administração da medicação para a diabetes (n=39)

	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Hiperglicemia (n=39)	35	89,7	4	10,3
Medicação diabetes (n=39)	39	100,0		

De acordo com a tabela 7, verificamos que relativamente ao peso, as pessoas, apresentam uma média de 78,7 kilos (DP= 13,3). Pelo valor do coeficiente de variação (16,8%), podemos ainda afirmar, que não há grande dispersão dos dados em torno da média. Relativamente à altura, a amostra apresenta uma média de 1,6 metros (DP= 0,0) Tendo presente a altura e o peso, constatamos que a média do IMC é de 27,7 (DP= 4,0), ou seja, em média os inquiridos são obesos (IMC entre 26-30), se considerarmos os valores referidos por Morison et al. (2010), sendo que a obesidade, é um fator de risco para o desenvolvimento de insuficiência venosa e de úlceras venosas (Valencia et al., 2001).

As pessoas devem ser orientadas, a manter o peso dentro da faixa de normalidade (Abbade & Lastória, 2006).

Pelo exposto, a avaliação nutricional, deve ser determinada, através de cálculos antropométricos simples (índice de massa corporal) e de exames bioquímicos (Irion, 2005).

Tabela 7: Distribuição das respostas da amostra relativas ao peso, altura e IMC (n=170)

Peso, Altura, IMC	Nº	Min.	Max.	Média	DP
Peso	170	50,0	154,0	78,7	13,3
Altura	170	1,5	1,8	1,6	0,0
IMC	170	20,0	46,7	27,7	4,0

Hábitos tabágicos

Constatamos que 90,6% (154), das pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, não apresentam hábitos tabágicos e 9,4% (16) pessoas apresentam hábitos tabágicos, sendo que 28,2% dos que não fumam atualmente, já fumaram (tabela 8).

Tabela 8: Distribuição das respostas da amostra, quanto ao hábito tabágico atual e de antecedentes tabágicos

	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Fuma (n=170)	16	9,4	154	90,6
Já fumou (n=154)	48	28,2	106	62,4

Os fumadores da amostra referiram fumar, em uma média, 16,4 cigarros diariamente (DP= 5,6). Relativamente ao tempo que as (48) pessoas cessaram os hábitos tabágicos, verificamos que estas, o realizaram em média há 24,8 anos (DP= 10,8). Segundo Gogia (2003), a nicotina causa vasoespasmos e vasoconstrição imediata das artérias, podendo o uso do tabaco a longo prazo, levar à formação de placas ateroscleróticas nas paredes dos vasos sanguíneos, o que leva ao agravamento das úlceras venosas de perna (tabela 9).

Tabela 9: Distribuição das respostas da amostra, relativos ao número de cigarros fumados diariamente e ao tempo que cessou os hábitos tabágicos

	Nº	Min.	Max.	Média	DP
Nº de cigarros diários (n=16)	16	5,0	27,0	16,4	5,6
Tempo que deixou de fumar (n=48)	48	3,0	50,0	24,8	10,8

3.2. CARACTERIZAÇÃO DA FERIDA

Pela observação da tabela 10, verificamos que relativamente ao tempo de existência da úlcera venosa de perna, as pessoas apresentam úlcera em média há 40,3 meses (DP=95,0). Podemos ainda salientar, que existe uma grande dispersão dos dados em torno da média (CV= 42,3%). Em média estas pessoas têm úlceras há mais de 2 anos, sendo que Jorge et al. (2009) concluíram, que o tempo de existência da úlcera superior a 1 ano tem correlação com o nível de ansiedade elevado, enquanto, que nas pessoas com úlcera de 5 a 10 anos de existência, o nível de ansiedade diminuiu, o qual poderá ser talvez explicado pelo processo de habituação.

Dos 170 participantes no estudo, 37,1% (63) apresentam úlcera de perna pela primeira vez, no entanto os 62,9% que não apresentam úlcera de perna pela primeira vez, têm em média 3,0 vezes (DP= 2,7) de recidivas. Estes resultados corroboram o salientado por Albino et al. (2007), os quais referem, que a frequência de recidivas de úlceras venosas é elevada.

As úlceras venosas atuais estão localizadas na sua maioria no 1/3 anterior inferior e/ou médio da perna com 38,2% (65), seguido do maléolo lateral com 28,8% (49), sendo a localização menos frequente a circundando o tornozelo com 1,8% (3). Estes dados corroboram com Furtado (2003), quando refere que a localização mais frequente deste tipo de úlceras é no terço inferior e/ou médio da perna.

Quanto à origem da úlcera de perna, verificamos segundo os resultados dos dados da amostra (170), que maioritariamente a origem é a insuficiência venosa com 38,8% (66), o que vai de encontro ao afirmado por Bistreanu e Teodorescu (2009). Estes autores (2009), referem que a úlcera venosa de perna é considerada a doença mais grave da insuficiência venosa crónica, com importantes consequências na qualidade de vida dos doentes e alto custo no sistema de saúde.

De acordo com Jones et al. (2006), a dor física associada às feridas é um fator fundamental que deve ser valorizado, sendo por vezes subvalorizado e até negligenciado pelos cuidadores formais e informais, sendo a dor um aspeto extremamente valorizado pelas pessoas acometidas com feridas crónicas. Examinando os resultados relativos à existência de dor, nas pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, verificamos que maioritariamente (81,8%) as pessoas apresentam dor, sendo o maior percentual apresentado na opção durante o tratamento, com 31,8%. Durante a noite foi igualmente uma opção salientada por várias pessoas. Estes dados corroboram com os dados do estudo de Bistreanu e Teodorescu (2009), em que a dor nas pessoas portadoras de úlcera de perna, ocorreu muitas vezes durante a noite, impedindo as pessoas de dormirem uma noite inteira, o que criou um estado negativo de bem-estar. O desconforto e a dor na úlcera, manteve algumas pessoas acordadas, enquanto outras acordaram, quando diminuiu o efeito dos analgésicos.

Apenas 35,9% (61) das pessoas usam terapia compressiva como tratamento da sua úlcera. Estes dados não estão em consonância com o que afirmam Borges, Caliri e Haas

(2007), Palfreyman, Lochiel e Michaels (1998) e Effective Health Care (1997), citados por Morison, et al. (2010), referindo que a terapia compressiva é fundamental na cicatrização das úlceras de etiologia venosa, estando provado que aumenta a taxa de cicatrização. Desta opinião partilha Abbade e Lastória (2006), salientando que o sistema multicamadas é o mais efetivo, sendo a alta compressão mais efetiva que a baixa compressão.

Relativamente à presença de pulsos pediosos, verificamos que nos resultados da amostra de 170 pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, que a totalidade das pessoas supracitadas, apresenta pulsos pediosos presentes.

Tabela 10: Distribuição dos dados da amostra quanto à caracterização das úlceras venosas (n=170)

Características das úlceras		Nº	Min.	Max.	Média	DP
Tempo da úlcera		170	1,0	600,0	40,3	95,0
Primeira vez	Sim	63	37,1			
	Não	107	62,9			
Tempo de recidiva		107	1,0	21,0	3,0	2,7
Localização	Acima maléolo médio	40	23,5			
	Maléolo lateral	49	28,8			
	Abaixo do tornozelo	7	4,1			
	Circundando o tornozelo	3	1,8			
	1/3 Anterior inf. e/ou médio da perna	65	38,2			
	Maléolo lateral e 1/3 inferior da perna e/ou médio da perna	6	3,5			
Origem	Insuficiência venosa	66	38,8			
	Outra	7	4,1			
	Traumatismo	42	24,7			
	Insuficiência Venosa + Outra + traumatismo	5	2,9			
	Insuficiência Venosa + Outra	19	11,2			
	Insuficiência Venosa + traumatismo	23	13,5			
	Outra + Traumatismo	8	4,7			

(continua)

Tabela 10: Distribuição dos dados da amostra quanto à caracterização das úlceras venosas (n=170) (continuação)

Presença de dor	Sim	139	81,8
	Não	31	18,2
Período do dia em que sentem dor	Durante o dia	12	13,6
	Durante a noite	11	12,5
	Durante o tratamento	28	31,8
	Repouso	3	3,4
	Durante o dia + Durante a noite + Durante o tratamento + Em repouso	6	6,8
	Durante o dia + Durante a noite + Durante o tratamento	22	25,0
	Durante o dia + Durante a noite	5	5,7
	Durante a noite + durante o tratamento + Em repouso	1	1,1
Pulsos Pediosos Presentes	Sim	170	100,0
Terapia compressiva	Sim	61	35,9
	Não	109	64,1

Segundo o International Council of Nurses (2011, p. 79), úlcera venosa é

“uma lesão circunscrita semelhante a uma loca, normalmente situada na perna, acima do maléolo, com edema e pele seca em torno da ferida, com descamação acastanhada, descoloração, lipodermatosclerose, atrofia da pele, exantema, dor e dor na ferida, associada a insuficiência venosa crónica, lesão dos retalhos venosos e diminuição do retorno do sangue venoso dos membros inferiores para o tronco”.

Através da análise da tabela 11, referente às características do membro inferior das pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, averiguamos que a característica mais frequente no membro inferior das pessoas, foi a hiperpigmentação com 14,1% (24), seguida de uma similitude com 7,6% (13) de veias varicosas e atrofia branca; edema e prurido e hiperpigmentação / edema e prurido.

A observação do membro, úlcera e pele permite avaliar determinadas características que são típicas da doença venosa, tais como a localização da úlcera na face interna, úlcera não profunda de bordos irregulares, leito da ferida com fibrina, úlcera pouco dolorosa, membro edemaciado, com varizes, pele com hiperpigmentação, hiperqueratose ou lipodermatosclerose, atrofia branca, dermatite de estase, entre outros (Pina, Furtado & Albino, 2007).

Tabela 11: Distribuição dos dados relativos às características do membro inferior da úlcera venosa de perna nas pessoas

Características do membro inferior	Nº	%
Hiperpigmentação	24	14,1
Veias varicosas e atrofia branca	13	7,6
Edema e prurido	13	7,6
Lipodermatosclerose	9	5,3
Coroa flebostática	6	3,5
Hiperpigmentação + veias varicosas e atrofia branca + edema e prurido + lipodermatosclerose + coroa flebostática + eczema /dermatite de estase	5	2,9
Hiperpigmentação + coroa flebostática	4	2,4
Veias varicosas e atrofia branca + pele fria/fina/friável + unhas secas / descamativas	2	1,2
Eczema /dermatite de estase + Veias varicosas e atrofia branca	1	0,6
Hiperpigmentação + edema e prurido + unhas secas / descamativas + perda de folículos pilosos	6	3,5
Edema e prurido + unhas secas/descamativas	1	0,6
Edema e prurido + pele fria/fina/friável + eczema varicoso / dermatite de estase	1	0,6
Edema e prurido + unhas secas/descamativas + perda de folículos pilosos + eczema varicoso/dermatite de estase	1	0,6
Edema e prurido + lipodermatosclerose + pele fria/fina/friável	1	0,6
Edema e prurido + pele fria/fina/friável + coroa flebostática + eczema varicoso/dermatite de estase	1	0,6
Edema e prurido + lipodermatosclerose	9	5,3
Edema e prurido + veias varicosas	8	4,7
Hiperpigmentação + edema e prurido + pele fria/fina/friável	3	1,8
Hiperpigmentação + edema e prurido	13	7,6
Hiperpigmentação + edema e prurido + lipodermatosclerose + eczema varicoso/dermatite de estase	5	2,9
Hiperpigmentação + coroa flebostática + eczema varicoso/dermatite de estase	1	0,6
Edema e prurido + coroa flebostática	1	0,6
Hiperpigmentação + veias varicosas e atrofia branca + lipodermatosclerose + coroa flebostática + eczema /dermatite de estase	2	1,2
Veias varicosas e atrofia branca + lipodermatosclerose + coroa flebostática	2	1,2

(continua)

Tabela 11: Distribuição dos dados relativos às características do membro inferior da úlcera venosa de perna nas pessoas (continuação)

Edema e prurido + eczema /dermatite de estase	2	1,2
Hiperpigmentação + veias varicosas e atrofia branca + coroa flebostática	4	2,4
Hiperpigmentação + veias varicosas e atrofia branca	10	5,9
Edema e prurido + unhas secas/descamativas + eczema varicoso/dermatite de estase	1	0,6
Hiperpigmentação + veias varicosas e atrofia branca + edema e prurido	4	2,4
Veias varicosas e atrofia branca + edema e prurido + lipodermatosclerose	3	1,8
Hiperpigmentação + eczema varicoso/dermatite de estase	2	1,2
Edema e prurido + coroa flebostática	2	1,2
Veias varicosas e atrofia branca + coroa flebostática	2	1,2
Hiperpigmentação + lipodermatosclerose	1	0,6
Hiperpigmentação + veias varicosas e atrofia branca + unhas secas /descamativas + eczema varicoso/dermatite de estase	2	1,2
Hiperpigmentações + lipodermatosclerose + unhas secas / descamativas	1	0,6
Hiperpigmentação + veias varicosas e atrofia branca + unhas secas / descamativas + eczema /dermatite de estase	2	1,2
Hiperpigmentação + veias varicosas e atrofia branca + Edema e prurido + unhas secas / descamativas + eczema /dermatite de estase	2	1,2

3. 3. QUALIDADE DE VIDA PARA ÚLCERA VENOSA DE PERNA (VUQoL-34)©

a) Características Psicométricas da Escala Venous Leg Ulcer Quality of Life - PT

Segundo Pais Ribeiro (2008), um processo de adaptação adequado, consiste num procedimento muito semelhante ao de construção. Neste sentido, Bradley (1994) citado por Pais Ribeiro (2008, p. 106), refere que “uma nova tradução necessita ser submetida aos mesmos procedimentos psicométricos que é suposto a versão original ter sofrido”.

Para Fortin (2009), a equivalência psicométrica, corresponde à validação propriamente dita do instrumento, referindo-se ao grau ou extensão em que as propriedades psicométricas das versões do mesmo instrumento são semelhantes.

A presente escala é constituída por três dimensões: a dimensão atividades físicas, a dimensão fatores psicológicos e a dimensão sintomas de distress, pelo que a determinação das características, terá presente este fato.

O estudo das características psicométricas da escala supracitada, foi realizado, tendo por base o exposto a seguir:

- A fidelidade foi verificada através da análise da consistência interna pelo coeficiente alfa de Cronbach. O resultado do coeficiente alfa, varia entre 0,00 e 1,00 (Fortin, 2009), considerando-se maior fidelidade quanto mais próximo de 1. Pais Ribeiro (2008, p. 93) refere que “Uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80”.
- A homogeneidade, é calculada aferindo a correlação de cada item com a nota global, o que permite dar uma ideia de como cada questão se combina com o todo; para tal foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (r) – quanto mais o coeficiente se aproxima de $\pm 1,00$, mais forte é a relação entre as duas variáveis (Fortin, 2009). Streiner e Norman (2008), referem que se deve aceitar como boas, as **correlações superiores a 0,20**, que revelam que os itens medem o mesmo construto.
- A inspeção da correlação do item com a dimensão a que pertence e com as dimensões a que não pertence (validade convergente-discriminante). Segundo Pais Ribeiro (2008), se a correlação do item com a dimensão a que pertence for substancialmente mais elevada do que a correlação do item com as dimensões a que não pertence, a validade convergente-discriminante do item é boa.
- A análise factorial pelo método de condensação em componentes principais, segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a um) e seguida de rotação ortogonal do tipo *varimax*.

b) Consistência Interna

Dimensão Atividades Físicas

Na tabela 12, apresentam-se as medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõem a dimensão atividades físicas, assim como a correlação de Pearson e alfa

de Cronbach dos itens com a nota global, sem o item. O VUQoL-34 - PT, revelou boa consistência interna, revelando um bom alfa de *Cronbach* (α) para o total dos 12 itens da referida dimensão ($\alpha=0,931$), valor considerado muito bom por vários autores, nomeadamente, Pestana e Gageiro (2005); Pais Ribeiro (2008) e Steiner e Norman (2008).

No entanto, constataram-se valores de α de *Cronbach* sem o item, superiores ao α global, em dois itens “Tomar banho/duche ou lavar-me é difícil por causa da (s) úlcera/s na minha perna” e “O tratamento para a (s) úlcera/s na minha perna perturba (m) o meu dia-a-dia”, no entanto não foram excluídos por duas razões: porque sendo excluídos não melhoravam o valor global e porque são indicadores importantes para o construto.

Tabela 12: Medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõe a dimensão atividades físicas e a Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com a nota global, sem o item

Nº	Questões	Media	DP	r Item- Total sem o item	Cronbach's Alpha sem o item
1	A (s) úlcera/s na minha perna impede (m) - me de fazer coisas que gosto....	2,8	1,2	,733	,924
2	A (s) úlcera/s na minha perna restringe (m) as atividades que posso fazer em casa (ex. cozinhar, bricolage)	2,3	1,2	,767	,923
3	A (s) úlcera/s na minha perna restringe (m) as atividades que posso fazer fora de casa (ex. compras, passear)	2,5	1,3	,838	,919
4	A (s) úlcera/s na minha perna dificulta (m) a minha mobilidade....	2,5	1,3	,850	,919
5	Demoro mais tempo a realizar as atividades por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	2,6	1,4	,785	,922
6	A (s) úlcera/s na minha perna faze(m)-me depender de outras pessoas mais do que eu gostaria.....	2,5	1,3	,685	,926
7	Por causa da (s) úlcera/s na minha perna tendo a fazer mais atividades sozinho/a do que com outras pessoas....	1,8	1,1	,603	,929
8	Tendo a ficar em casa por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	2,4	1,3	,750	,923
9	A (s) úlcera/s na minha perna afeta (m) a minha vida social.	2,5	1,2	,778	,922
10	Tomar banho/duche ou lavar-me é difícil por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	4,0	1,1	,372	,936
11	O tratamento para a(s) úlcera/s na minha perna perturba o meu dia-a-dia.....	2,4	1,1	,441	,934
12	A (s) úlcera/s na minha perna dificulta (m) o trabalho ou outras atividades regulares....	2,7	1,3	,760	,923
Alfa de Cronbach					0,931

Na tabela 12, podemos verificar que os valores da correlação de Pearson do total da dimensão sem o item com cada um dos itens que compõem a dimensão, varia entre 0,372 e 0,850, valores muito acima dos valores (0,20), considerados significativos para este tamanho de amostra.

Dimensão Fatores Psicológicos

Na tabela 13, verificamos que o coeficiente alfa de Cronbach, foi calculado para a dimensão fatores psicológicos, com a totalidade dos 12 itens, resultando o alfa total em 0,927, valor considerado muito bom por Pestana e Gageiro (2005); Pais Ribeiro (2008) e Steiner e Norman (2008), não se tendo constatado valores de alfa (α) de Cronbach sem o item, superiores ao α global.

Os valores da correlação de Pearson do total da dimensão sem o item, com cada um dos itens que compõem a dimensão, variam entre 0,610 e 0,805, valores muito acima dos valores (0,20), considerados significativos para este tamanho de amostra.

Tabela 13: Medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõe a dimensão fatores psicológicos e a Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com a nota global, sem o item

Nº	Questões	Média	DP	Correlação Item-Total sem o item	Cronbach's Alpha sem o item
13	Não posso vestir o que me apetece por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	2,2	1,3	,671	,922
14	Sinto-me inseguro/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	2,5	1,2	,709	,921
15	A (s) úlcera/s na minha perna afeta (m) a minha autoconfiança.....	2,4	1,2	,730	,920
16	Sinto-me deprimido/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	2,7	1,2	,805	,917
17	Fico deprimido/a porque a (s) úlcera/s na minha perna demora (m) a cicatrizar....	3,3	1,1	,696	,921
18	Sinto-me frustrado/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	2,6	1,1	,749	,919
19	Preocupa-me a possibilidade de nunca estar livre de úlcera/s na minha perna....	3,7	1,2	,648	,923
20	Sinto-me zangado/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	2,5	1,1	,663	,922
21	A (s) úlcera/s na minha perna faz (em) -me sentir pouco atraente...	2,0	1,2	,610	,925

(continua)

Tabela 13: Medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõe a dimensão fatores psicológicos e a Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com a nota global, sem o item (continuação)

22	Preocupo-me que a (s) úlcera/s na minha perna possa (m) piorar....	3,7	1,1	,661	,923
23	Sinto-me perturbado/a pela (s) úlcera/s na minha perna....	2,6	1,0	,738	,920
24	A (s) úlcera/s na minha perna faz (em) -me sentir irritado/a....	2,6	1,1	,625	,924
Alfa de Cronbach				,927	

Dimensão Sintomas de Distress

Analisando a tabela 14, verificamos que o coeficiente Alfa de Cronbach, foi calculado para a dimensão sintomas de distress, com a totalidade dos 10 itens, resultando o alfa total em 0,913, valor considerado muito bom por Pestana e Gageiro (2005); Pais Ribeiro (2008) e Steiner e Norman (2008), não se tendo constatado valores de alfa (α) de Cronbach sem o item, superiores ao α global.

Os valores da correlação de Pearson, do total da dimensão sem o item, com cada um dos itens que compõem a dimensão, variam entre 0,563 e 0,777, valores muito acima dos valores (0,20), considerados significativos para este tamanho de amostra.

Tabela 14: Medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõe a dimensão sintomas de distress e a Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com a nota global, sem o item

Nº	Questões	Média	DP	Correlação Item-Total sem o item	Cronbach's Alpha sem o item
25	A (s) úlcera/s na minha perna afeta (m) a qualidade do meu sono....	2,8	1,2	,777	,898
26	É me difícil relaxar por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	2,7	1,0	,696	,904
27	A (s) úlcera/s na minha perna faz (em) -me sentir cansado/a....	2,7	1,1	,663	,905
28	A (s) úlcera/s na minha perna arde (m) ou pica (m)	2,9	1,0	,651	,906
29	A (s) úlcera/s na minha perna dói (em).	3,1	1,0	,717	,902
30	Sinto-me incomodado/a pela comichão (prurido) à volta da (s) úlcera/s na minha perna....	3,0	1,0	,563	,911

(continua)

Tabela 14: Medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõe a dimensão sintomas de distress e a Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com a nota global, sem o item (continuação)

31	A pele à volta da (s) úlcera/s na minha perna está irritada....	2,7	1,0	,734	,901
32	A pele à volta da (s) úlcera/s na minha perna está sensível.	3,0	1,0	,684	,904
33	Sinto-me incomodado/a pelo cheiro da (s) úlcera/s na minha perna....	2,3	1,2	,658	,906
34	Sinto-me incomodado/a pelo (s) exsudado (s) drenado da (s) úlcera/s na minha perna....	2,4	1,2	,686	,904
Alfa de Cronbach					0,913

De salientar, que os dados de alfa de Cronbach do estudo de Hareendran et al. (2007), apresentam valores superiores a 0,80, nas três dimensões, tal como no presente estudo.

O coeficiente de correlação intraclasse (ICC) de 0,927 para a dimensão de atividades físicas, de 0,931 para a dimensão fatores psicológicos e para a dimensão sintomas de distress, apresenta uma reprodutibilidade excelente (Bédard, Martin, Krueger, & Brazil, 2000). Estes resultados são ligeiramente superiores aos encontrados por Hareendran et al. (2007) para a atividades físicas (0,85); fatores psicológicos (0,83) e sintomas de distress (0,86).

c) Validade

Validade Discriminante dos itens

Na validade discriminante dos itens, comparamos a correlação do item com a dimensão a que pertencia e com as dimensões às quais não pertencia. A primeira deve ser superior às restantes em 0,1.

Pela análise da tabela 15, verificamos que nas diversas dimensões, quase todos os itens têm uma correlação com a dimensão a que pertencem, superior em 0,1 à correlação com as dimensões a que não pertencem. Apenas o item 10, correspondendo ao “Tomar banho/duche ou lavar-me é difícil por causa da (s) úlcera/s na minha perna” e 11 correspondendo ao “O tratamento para a(s) úlcera/s na minha perna perturba o meu dia-a-dia”, têm respectivamente uma diferença de 0,04 e 0,06. Contudo, optamos por não os eliminar dada a importância do seu conteúdo conceptual e enquadrá-los na

dimensão, onde obtiveram valor mais elevado e, simultaneamente, onde se enquadra pelo seu conteúdo tal como no original.

Tabela 15: Correlações dos itens com as dimensões da escala da qualidade de vida a que pertencem (excluindo esse item), e com as dimensões a que não pertencem

	Itens	F1	F2	F3
1	A (s) úlcera/s na minha perna impede-me de fazer coisas que gosto....	,782	0,541	,248
2	A (s) úlcera/s na minha perna restringe (m) as atividades que posso fazer em casa (ex. cozinhar, bricolage)	,810	0,450	,287
3	A (s) úlcera/s na minha perna restringe (m) as atividades que posso fazer fora de casa (ex. compras, passear)	,871	0,561	,308
4	A (s) úlcera/s na minha perna dificulta (m) a minha mobilidade....	,882	0,484	,214
5	Demoro mais tempo a realizar as atividades por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	,829	0,479	,317
6	A (s) úlcera/s na minha perna fazem-me depender de outras pessoas mais do que eu gostaria....	,745	0,417	,183
7	Por causa da (s) úlcera/s na minha perna tendo a fazer mais atividades sozinho/a do que com outras pessoas....	,663	0,305	,109
8	Tendo a ficar em casa por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	,798	0,512	,373
9	A (s) úlcera/s na minha perna afeta (m) a minha vida social.	,819	0,591	,409
10	Tomar banho/duche ou lavar-me é difícil por causa da (s) úlcera/s na minha perna...	,455	0,412	,181
11	O tratamento para a(s) úlcera/s na minha perna perturba o meu dia-a-dia...	,518	0,462	,413
12	A (s) úlcera/s na minha perna dificulta (m) o trabalho ou outras atividades regulares....	,806	0,604	,393
13	Não posso vestir o que me apetece por causa da (s) úlcera/s na minha perna...	,481	0,738	,266
14	Sinto-me inseguro/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	,544	0,763	,356
15	A (s) úlcera/s na minha perna afeta (m) a minha autoconfiança.....	,521	0,781	,284
16	Sinto-me deprimido/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	,544	0,843	,503
17	Fico deprimido/a porque a (s) úlcera/s na minha perna demora (m) a cicatrizar....	,422	0,748	,523
18	Sinto-me frustrado/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	,577	0,793	,437
19	Preocupa-me a possibilidade de nunca estar livre de úlcera/s na perna....	,366	0,713	,564
20	Sinto-me zangado por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	,422	0,721	,464
21	A (s) úlcera/s na minha perna faz (em) -me sentir pouco atraente...	,433	0,683	,287
22	Preocupo-me que a (s) úlcera/s na minha perna possa (m) piorar....	,420	0,720	,520
23	Sinto-me perturbado/a pela (s) úlcera/s na minha perna....	,562	0,782	,519
24	A (s) úlcera/s na minha perna faz (em) -me sentir irritado/a....	,503	0,689	,460
25	A (s) úlcera/s na minha perna afeta (m) a qualidade do meu sono....	,381	0,564	,832
26	É-me difícil relaxar por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	,512	0,635	,758
27	A (s) úlcera/s na minha perna faz (em) -me cansado/a....	,535	0,633	,735
28	A (s) úlcera/s na minha perna arde (m) ou pica (m)	,315	0,421	,718
29	A (s) úlcera/s na minha perna dói (em).	,309	0,428	,776
30	Sinto-me incomodado/a pela comichão (prurido) à volta da (s) úlcera/s na minha perna....	,161	0,272	,648
31	A pele à volta da (s) úlcera/s na minha perna está irritada....	,136	0,316	,790
32	A pele à volta da (s) úlcera/s na minha perna está sensível.	,260	0,372	,746
33	Sinto-me incomodado/a pelo cheiro da (s) úlcera/s na minha perna....	,090	0,288	,739
34	Sinto-me incomodado/a pelo (s) exsudado drenado da (s) úlcera/s na minha perna...	,185	0,380	,760

Validade de Construto

Tal como no original, optamos por realizar a análise fatorial para confirmar as três dimensões (tabela 16).

A análise fatorial de componentes principais com rotação *varimax*, utilizando os mesmos critérios para a retenção de fatores utilizados na versão original, evidenciou uma matriz fatorial idêntica à da versão original. Nesta versão, o item 12 tem um peso abaixo dos 0,30 na dimensão a que pertence. Para além do item 10, apenas o item 11, apresenta loading inferior a 0,40, no entanto é superior a 0,30.

Os valores de KMO (0,902), demonstram que há uma boa correlação entre as variáveis, e o teste de Bartlett, ao ter associado um nível de significância de $p < 0,001$, permite rejeitar a hipótese de que os resultados das correlações na população, são devidos ao acaso, concluindo que as variáveis estão significativamente correlacionadas (Pestana & Gageiro, 2005).

Tabela16: Matriz de componentes principais após rotação *varimax*, dos 34 itens das três dimensões do VUQoL-34 - PT

	Itens	F1	F2	F3
1	A (s) úlcera/s na minha perna impede (m) -me de fazer coisas que gosto....	,712		
2	A (s) úlcera/s na minha perna restringe (m) as actividades que posso fazer em casa (ex. cozinhar, bricolage)	,798		
3	A (s) úlcera/s na minha perna restringe (m) as actividades que posso fazer fora de casa (ex. compras, passear)	,822		
4	A (s) úlcera/s na minha perna dificulta (m) a minha mobilidade....	,871		
5	Demoro mais tempo a realizar as actividades por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	,808		
6	A (s) úlcera/s na minha perna fazem-me depender de outras pessoas mais do que eu gostaria....	,719		
7	Por causa da (s) úlcera/s na minha perna tendo a fazer mais actividades sozinho/a do que com outras pessoas....	,699		
8	Tendo a ficar em casa por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	,744		
9	A (s) úlcera/s na minha perna afeta (m) a minha vida social.	,692		
10	Tomar banho/duche ou lavar-me é difícil por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	,249		
11	O tratamento para a(s) úlcera/s na minha perna perturba o meu dia-a-dia.....	,337		
12	A (s) úlcera/s na minha perna dificulta (m) o trabalho ou fazer actividades regulares....	,693		
13	Não posso vestir o que me apetece por causa da (s) úlcera/s na minha perna....		,731	
14	Sinto-me inseguro/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....		,720	

(continua)

Tabela16: Matriz de componentes principais após rotação *varimax*, dos 34 itens das três dimensões do VUQoL-34 - PT (continuação)

15	A (s) úlcera/s na minha perna afeta (m) a minha autoconfiança.....				,790
16	Sinto- me deprimido/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....				,745
17	Fico deprimido/a porque a (s) úlcera/s na minha perna demora (m) a cicatrizar....				,648
18	Sinto-me frustrado/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....				,687
19	Preocupa-me a possibilidade de nunca estar livre de úlcera/s na minha perna....				,589
20	Sinto-me zangado/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....				,618
21	A (s) úlcera/s na minha perna faz (em) -me sentir pouco atraente...				,673
22	Preocupo-me que a (s) úlcera/s na minha perna possa (m) piorar....				,605
23	Sinto-me perturbado/a pela (s) úlcera/s na minha perna....				,652
24	A (s) úlcera/s na minha perna faz (em) -me sentir irritado/a....				,539
25	A (s) úlcera/s na minha perna afecta (m) a qualidade do meu sono....				,736
26	É me difícil relaxar por causa da (s) úlcera/s na minha perna....				,623
27	A (s) úlcera/s na minha perna faz (em) -me sentir cansado/a....				,591
28	A (s) úlcera/s na minha perna arde (m) ou pica (m)				,657
29	A (s) úlcera/s na minha perna dói (em).				,731
30	Sinto-me incomodado/a pela comichão (prurido) à volta da (s) úlcera/s na minha perna				,663
31	A pele à volta da (s) úlcera/s na minha perna está irritada....				,832
32	A pele à volta da (s) úlcera/s na minha perna está sensível.				,731
33	Sinto-me incomodado/a pelo cheiro da (s) úlcera/s na minha perna....				,768
34	Sinto-me incomodado/a pelo (s) exsudado (s) drenado da (s) úlcera/s na minha perna....				,746
% de variância explicada por fator		20,56	20,43	18,60	
% total de variância					59,596
Bartlett's Test of Sphericity		4546,995			p= 0,000
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.					,902

Pela análise da tabela 17, verificamos que as correlações entre as três dimensões, variam de fracas a moderadas (Pestana & Gageiro, 2005; Pais Ribeiro, 2008; Steiner & Norman, 2008). Os valores das correlações verificadas nas dimensões da escala da qualidade de vida, permitem-nos referir, que existe uma fraca relação entre elas, mas não a sua total independência.

Tabela 17: Matriz de correlações de *Pearson* entre as três dimensões da qualidade de vida

	Sintomas de distress	Atividades Físicas	Fatores Psicológicos
Sintomas de distress		,380(**)	,573(**)
Atividades físicas	,380(**)		,645(**)
Fatores Psicológicos	,573(**)	,645(**)	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

3.4. QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA PORTADORA DE ÚLCERA VENOSA DE PERNA

a) Qualidade de vida

A tabela 18, apresenta os resultados, relativos à qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa de perna.

Podemos verificar, que estas pessoas, têm uma boa qualidade de vida em todas as áreas, pois os valores são inferiores a 50, valor abaixo da mediana de cada uma das áreas, no entanto longe do valor zero (0), considerado como muito boa qualidade de vida. De salientar que o valor melhor da qualidade de vida, se situa na área das atividades físicas.

Para a melhoria da qualidade de vida, Albino et al. (2007), salienta que se deve incentivar nas pessoas portadoras de úlceras venosas, o treino regular da marcha e a realização de exercícios para melhorar a função da articulação do tornozelo e da bomba muscular da perna. Também Abbade e Lastória (2006), salientam que a orientação adequada do repouso, é importante para a cicatrização da úlcera, principalmente o repouso do membro inferior elevado acima do nível do coração, três a quatro vezes durante o dia e por trinta minutos.

Tabela 18: Distribuição da amostra relativamente à qualidade de vida

Dimensões	Nº	Mín.	Max.	Média	DP
Atividades físicas	170	0	91	40,6	23,9
Fatores Psicológicos	170	0	100	44,5	22,3
Sintomas de Distress	170	0	95	45,5	21,1

b) Diferenças da Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Úlcera Venosa e Sexo

Na comparação das médias relativas às dimensões da qualidade de vida por sexo, verificamos, através da análise dos dados da tabela 19, que os participantes do sexo feminino têm em média, melhor qualidade de vida no que diz respeito aos sintomas de distress, mas os homens tem melhor qualidade de vida no que diz respeito às atividades físicas e aos fatores psicológicos.

Com a aplicação do teste t-Student para grupos independentes, verificamos que as diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$), apesar das diferenças no instrumento de medida da qualidade de vida utilizado por Baranoski e Ayello (2006). Estas autoras (2006), salientam que os homens têm um pior índice de qualidade de vida, do que as mulheres, nas áreas da dor e mobilidade física. Por sua vez, as mesmas autoras (2006), citando estudos de Price e Harding (1996), referem que num estudo por eles realizado, os investigadores descobriram piores resultados no índice de qualidade de vida em mulheres nos domínios da vitalidade e funcionamento físico e social.

Tabela 19: Médias e desvios padrão das dimensões da escala da qualidade de vida em função do sexo dos participantes e resultados do teste t-Student, para grupos independentes

Dimensões	Sexo	Nº	Média	DP	t	p
Atividades Físicas	Feminino	75	43,4	23,2	1,376	,171
	Masculino	95	38,3	24,3		
Fatores Psicológicos	Feminino	75	46,7	21,8	1,116	,266
	Masculino	95	42,8	22,6		
Sintomas de Distress	Feminino	75	44,3	21,9	-,671	,503
	Masculino	95	46,5	20,6		

c) Diferenças da Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Úlcera Venosa de Perna e o Hábito de Fumar

Na comparação das médias relativas às dimensões da qualidade de vida, verificamos pelos dados apresentados na tabela 20, que os participantes que fumam têm em média, melhor qualidade de vida no que diz respeito às atividades físicas, mas os participantes que não fumam, têm melhor qualidade de vida no que diz respeito aos sintomas de

distress e à dimensão fatores psicológicos. Com a aplicação do teste t-Student para grupos independentes, verificamos que as diferenças são estatisticamente significativas na dimensão sintomas de distress ($p < 0,05$). Pelo que tal como sugerem Abbade e Lastória (2006), as pessoas devem ser orientadas a evitar o tabagismo.

Tabela 20: Médias e desvios padrão das dimensões da qualidade de vida em função do hábito de fumar dos participantes e resultados do teste t-Student, para grupos independentes

Dimensões	Fuma	Nº	Média	DP	t	p
Atividades físicas	Sim	16	40,4	13,4	-,021	,984
	Não	154	40,6	24,7		
Fatores Psicológicos	Sim	16	48,9	17,2	,824	,411
	Não	154	44,1	22,7		
Sintomas de Distress	Sim	16	56,0	18,9	2,116	,036
	Não	154	44,4	21,1		

d) Diferenças da Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Úlcera Venosa e Idade, Tempo da Úlcera e IMC

Pela aplicação da correlação de Pearson à qualidade de vida com a idade, IMC e tempo da úlcera, através da análise da tabela 21, verificamos, que as correlações são muito fracas e não significativas, o que leva a referir, que a qualidade de vida não está relacionada com a idade, com o IMC e com o tempo da úlcera, com exceção da dimensão dos sintomas de distress com o IMC dos participantes. Neste caso, os participantes com IMC maior, apresentam melhor qualidade de vida na dimensão sintomas de distress. Apesar destes resultados, Abbade e Lastória (2006), sugerem que as pessoas devem ser orientadas a manter o peso dentro da faixa de normalidade.

Tabela 21: Correlação de Pearson entre a qualidade de vida, idade, IMC e tempo da úlcera dos participantes

Dimensões	Idade		Tempo da úlcera		IMC	
	r	p	r	p	r	p
Atividades físicas	,014	,861	-0,10	0,21	-0,11	0,16
Aspetos Psicológicos	-,084	,277	-0,08	0,29	-0,06	0,44
Sintomas de Distress	-,114	,140	0,01	0,86	-0,19	0,01

e) Diferenças da Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Úlcera Venosa de Perna e o Ser Diabética

Na comparação das médias relativas às dimensões da qualidade de vida, verificamos, de acordo com a análise da tabela 22, que os participantes que são diabéticos, têm em média, melhor qualidade de vida no que diz respeito á dimensão atividades físicas e à dimensão sintomas de distress, mas os participantes não diabéticos, têm melhor qualidade de vida no que diz respeito à dimensão fatores psicológicos (tabela 22).

Com a aplicação do teste t-Student, para grupos independentes verificamos que as diferenças não são estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o que não está de acordo com o afirmado por Gogia (2003). Este autor (2003), salienta a importância de saber, se a pessoa portadora de úlcera venosa de perna, tem antecedentes de diabetes, pois a sua idade aquando do início da doença, bem como o tipo e a posologia de insulina necessária, ajudarão a determinar a extensão e a gravidade das alterações vasculares e neuropáticas.

Tabela 22: Médias e desvios padrão das dimensões da qualidade de vida em função de ser diabético e resultados do teste t-Student, para grupos independentes

Dimensões	Diabético	Nº	Média	DP	t	p
Atividades Físicas	Sim	39	40,4	24,3	-,036	,971
	Não	131	40,6	23,8		
Aspetos Psicológicos	Sim	39	46,0	22,1	,466	,642
	Não	131	44,1	22,4		
Sintomas de Distress	Sim	39	44,2	19,2	-,449	,654
	Não	131	45,9	21,7		

f) Diferenças da Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Úlcera Venosa de Perna e Ter Terapia Compressiva

Na comparação das médias relativas às dimensões da escala da qualidade de vida, verificamos através da análise da tabela 23, que os participantes que têm terapia compressiva, têm em média, melhor qualidade de vida no que diz respeito à dimensão sintomas de distress e à dimensão fatores psicológicos, mas os participantes que não têm terapia compressiva, têm melhor qualidade de vida no que diz respeito à dimensão atividades físicas.

Com a aplicação do teste t-Student para grupos independentes, verificamos que as diferenças são estatisticamente significativas na dimensão atividades físicas e na dimensão sintomas de distress ($p < 0,05$), ou seja, a terapia compressiva está relacionada na qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa de perna. No estudo de Morison et al. (2012), a terapia compressiva demonstrou melhorias significativas na qualidade de vida.

Tabela 23: Médias e desvios padrão das dimensões da escala da qualidade de vida em função de ter ou não terapia compressiva e resultados do teste t-Student, para grupos independentes

Dimensões	Terapia compressiva	Nº	Média	DP	t	p
Atividades Físicas	Não	109	37,8	22,6	-2,022	,045
	Sim	61	45,5	25,4		
Fatores Psicológicos	Não	109	45,3	20,8	,572	,568
	Sim	61	43,2	24,8		
Sintomas de Distress	Não	109	48,8	20,8	2,728	,007
	Sim	61	39,7	20,6		

g) Diferenças da Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Úlcera Venosa de Perna e Presença de Dor

Na comparação das médias relativas às dimensões da qualidade de vida, verificamos de acordo com a tabela 24, que os participantes que não têm dor, em média, têm melhor qualidade de vida, no entanto, apenas na dimensão sintomas de distress, essas diferenças têm significado estatístico ($p < 0,05$). Igualmente no estudo realizado por Borges (2005), citado por Carmo et al. (2007), as úlceras venosas, causam danos às pessoas, porque afetam o seu estilo de vida devido à dor, tristeza, raiva, depressão, perda de autoestima, isolamento social, incapacidade para trabalhar e frequentemente internamentos e visitas clínicas ambulatoriais

Os resultados deste estudo não estão em sintonia com os resultados de outros estudos realizados. Estes demonstram uma diminuição comprovada da qualidade de vida nas pessoas que possuem úlceras de perna, sobretudo devido à dor, restrição da mobilidade e isolamento social (Ebbeskog & Ekman, 2001; Krasner, 1998; Neil, 1998).

Tabela 24: Médias e desvios padrão das dimensões da escala da qualidade de vida, em função de ter ou não dor e resultados do teste t-Student, para grupos independentes

Dimensões	Dor	Nº	Média	DP	t	p
Atividades Físicas	Sim	139	41,1	22,9	,627	,531
	Não	31	38,1	28,2		
Fatores Psicológicos	Sim	139	45,9	21,4	1,762	,080
	Não	31	38,2	25,2		
Sintomas de Distress	Sim	139	49,2	19,9	5,130	,000
	Não	31	29,1	18,8		

h) Diferenças da Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Úlcera Venosa de Perna e Ser a Primeira Vez que tem Úlcera

Através da análise da tabela 25 e relativamente à comparação das médias relativas às dimensões da qualidade de vida, verificamos que os participantes que apresentam úlcera venosa de perna, pela primeira vez, têm em média, pior qualidade de vida nas suas três dimensões. Com a aplicação do teste t-Student, para grupos independentes verificamos que as diferenças são estatisticamente significativas, apenas na dimensão atividades físicas ($p < 0,05$).

Tabela 25: Médias e desvios padrão das dimensões da escala da qualidade de vida em função de ser ou não a primeira vez que tem úlcera, resultados do teste t-Student, para grupos independentes

Dimensões	Primeira vez	Nº	Média	DP	t	p
Atividades Físicas	Sim	62	45,6	24,6	2,046	,042
	Não	107	37,9	22,9		
Fatores Psicológicos	Sim	62	46,8	22,5	,970	,334
	Não	107	43,4	22,2		
Sintomas de Distress	Sim	62	47,5	21,0	,948	,345
	Não	107	44,3	21,3		

3.5. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ADESÃO TERAPÊUTICA EM PESSOAS PORTADORAS DE ÚLCERA VENOSA DE PERNA

a) Fidelidade das Dimensões da Escala

A tabela 26, apresenta os dados estatísticos dos itens incluídos nas dimensões, evidenciando a fidelidade avaliada através do coeficiente Alfa de Cronbach (α), para as três dimensões da escala (estilos de vida saudáveis; terapia compressiva e vigilância

neurovascular). Todos os valores de alfa global nas três dimensões, apresentam valores de Alfa de Cronbach (α) acima de 0,80. No que diz respeito ao alfa de Cronbach por item sem o item, verificamos, que em dois dos itens, o alfa é superior ao valor do alfa Global (Usou meia elástica ao dormir e Observou edema (inchaço) dos dedos dos pés), no entanto não foram excluídos, pois ao serem, baixava muito o alfa global da dimensão a que pertencem.

Tabela 26: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (*alfa de Cronbach* das dimensões da escala de adesão terapêutica da pessoa portadora de úlcera venosa de perna)

		Média	DP	r corrigido	Cronbach's Alpha if sem o item
Estilos de Vida Saudáveis					
Nº	Item				
1	Ingeriu sopa e/ou legumes diariamente	1,5	0,8	,246	,820
2	Ingeriu carne de porco, enchidos e comidas condimentadas*	2,6	1,0	,580	,801
3	Ingeriu frutos da época diariamente	1,8	0,8	,456	,810
4	Ingeriu alimentos ricos em vitamina C (como por exemplo laranja, Ananás e Kiwi)	2,5	1,0	,302	,818
5	Ingeriu algum tipo de suporte proteico extra (comprado ou por exemplo aumento de ingestão de nozes; amêndoas)	4,5	0,7	,413	,813
6	Ingeriu bebidas alcoólicas diariamente*	2,3	1,5	,423	,814
7	Manteve os seus hábitos de higiene diários (tomou banho, lavou a cara)	1,4	0,6	,377	,815
8	Manteve a higiene diária dos espaços interdigitais (entre os dedos)	1,5	,7	,383	,814
9	Molhou o penso*	1,6	,7	,571	,805
10	Sujou o penso*	1,5	,7	,310	,817
11	Aplicou creme hidratante nos membros inferiores	3,3	1,5	,536	,804
12	Movimentou os pés em movimentos circulares	3,9	1,3	,669	,792
13	Movimentou os pés, de manhã e à noite	3,9	1,3	,657	,793
14	Evitou sentar-se por longos períodos com as pernas suspensas (penduradas)	3,1	1,0	,319	,817
15	Realizou repouso com elevação dos membros ao nível do coração (eixo flebostático)	2,8	1,0	,313	,818
16	Apresentou o padrão de sono alterado	2,7	1,3	,364	,816
Cronbach's Alpha				0,821	
Terapia Compressiva					
Nº	Item				
17	Usou meia elástica	4,0	1,4	,814	,782
18	Usou meia elástica durante o dia	4,0	1,4	,809	,786
19	Usou meia elástica ao dormir	4,6	,9	,628	,864
20	Usou meia elástica durante as 24 horas	4,5	1,1	,659	,847
Cronbach's Alpha				,863	

(continua)

Tabela 26: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (*alfa de Cronbach* das dimensões da escala de adesão terapêutica da pessoa portadora de úlcera venosa de perna) (continuação)

Vigilância Neurovascular					
Nº	Item				
21	Observou edema (inchaço) dos dedos dos pés	3,2	1,3	,639	,912
22	Observou a coloração dos dedos dos pés	3,2	1,5	,835	,842
23	Observou a sensibilidade dos dedos dos pés	3,2	1,5	,876	,825
24	Observou a mobilidade dos dedos dos pés	2,8	1,3	,742	,877
Cronbach's Alpha				,897	

* Itens invertidos

b) Validade das Dimensões da Escala

A análise da validade dos itens foi feita através da validade convergente e da validade discriminante dos itens.

Na validade convergente, foi avaliada a correlação de cada item com a dimensão a que pertence excluindo o item. De acordo com os critérios apontados por Streiner e Norman (2008), estas correlações devem ser superiores a 0,20.

A tabela 26, permitiu a análise da validade convergente, verificando-se que as correlações dos itens com a dimensão a que pertencem excluindo o item, variam entre 0,246 no item “Ingeriu sopa e/ou legumes diariamente” na dimensão estilos de vida saudáveis e 0,876 no item “Observou a sensibilidade dos dedos dos pés” na dimensão da vigilância neurovascular.

Na validade discriminante do item, comparou-se a correlação do item com a dimensão a que pertence e com as dimensões às quais não pertence. A diferença deve ser superior às restantes em 0,1.

Pela análise da tabela 27, verificou-se que, nas diversas dimensões, todos os itens têm uma correlação com a dimensão a que pertencem, superior em 0,1, à correlação com as dimensões a que não pertencem.

Tabela 27: Correlações dos itens com as dimensões a que pertencem e com as dimensões a que não pertencem

Nº	Questões	F1	F2	F3
1	Ingeriu sopa e/ou legumes diariamente?	,329	-,060	,029
2	Ingeriu carne de porco, enchidos e comidas condimentadas?	,653	,063	,413
3	Ingeriu frutos da época diariamente?	,525	,169	,196
4	Ingeriu alimentos ricos em vitamina C (como por exemplo laranja, Ananás e Kiwi)?	,401	-,066	,199
5	Ingeriu algum tipo de suporte proteico extra (comprado ou por exemplo aumento de ingestão de nozes; amêndoas)?	,484	,061	,321
6	Ingeriu bebidas alcoólicas diariamente?	,561	,054	,271
7	Manteve os seus hábitos de higiene diários (tomou banho, lavou a cara)?	,438	,013	,117
8	Manteve a higiene diária dos espaços interdigitais (entre os dedos)?	,457	,016	,286
9	Molhou o penso?	,627	,224	,335
10	Sujou o penso?	,385	,081	,191
11	Aplicou creme hidratante nos membros inferiores?	,329	-,060	,029
12	Movimentou os pés em movimentos circulares?	,750	,172	,457
13	Movimentou os pés, de manhã e à noite?	,738	,165	,431
14	Evitou sentar-se por longos períodos com as pernas suspensas (penduradas)?	,425	,111	,230
15	Realizou repouso com elevação dos membros ao nível do coração (eixo flebostático)?	,417	,069	,332
16	Apresentou o padrão de sono alterado?	,485	,154	,369
17	Usou meia elástica?	,269	,913	,123
18	Usou meia elástica durante o dia?	,212	,911	,117
19	Usou meia elástica ao dormir?	,082	,753	-,025
20	Usou meia elástica durante as 24 horas?	,050	,795	,055
21	Observou edema (inchaço) dos dedos dos pés?	,388	,009	,784
22	Observou a coloração dos dedos dos pés?	,538	,067	,914
23	Observou a sensibilidade dos dedos dos pés?	,603	,177	,937
24	Observou a mobilidade dos dedos dos pés?	,426	,056	,853

3.6. AVALIAÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA

Relativamente à adesão terapêutica e utilizando como referência o score médio (pontuado de 1 a 5 para cada dimensão), verificamos através dos dados aparentados na tabela 28 que é na dimensão da terapia compressiva (uso de meias elásticas) que há pior adesão, sendo que é na dos estilos de vida saudáveis, que há melhor adesão, sendo mesmo o valor medio (2,6), DP= 0,5 inferior à mediana da escala (3).

A utilização de meias elásticas compressivas, é fundamental para prevenir a recidiva pelo que as pessoas devem ser incentivadas a usarem meias elásticas adequadas para o resto das suas vidas, para obviamente prevenirem a recidiva (Abbade & Lastória,2006).

Tabela 28: Caraterização da amostra quanto à adesão terapêutica

Dimensões	Mín.	Max.	Média	DP
Estilos de vida saudáveis	1	4	2,6	0,5
Terapia compressiva	1	5	4,3	1,0
Vigilância neurovascular	1	5	3,1	1,2

3.7. RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA E A ADESÃO TERAPÊUTICA

Pela análise da tabela 30, referente à aplicação da correlação de Pearson entre a qualidade de vida e a adesão terapêutica, verificamos que:

- As correlações são muito fracas e não significativas entre a dimensão atividades físicas da qualidade de vida e a dimensão fatores psicológicos da qualidade de vida com a adesão à terapia compressiva e estilos de vida saudáveis;
- As correlações são fracas e não significativas entre a dimensão sintomas de distress da qualidade de vida e a adesão à terapia compressiva;
- As correlações são fracas e significativas entre a dimensão atividades físicas da qualidade de vida e a adesão à vigilância neurovascular e a dimensão sintomas de distress da qualidade de vida e à adesão aos estilos de vida saudáveis e vigilância neurovascular.

Destes resultados, podemos referir que as pessoas que apresentam menos sintomas de distress, apresentam melhores práticas de adesão terapêutica e melhor vigilância neurovascular e as pessoas que apresentam melhor atividade física, apresentam piores práticas de adesão de vigilância neurovascular.

De acordo com Bistreanu e Teodorescu (2009), a úlcera venosa de perna é considerada a doença mais grave da insuficiência venosa crónica, com importantes consequências na qualidade de vida das pessoas e alto custo no sistema de saúde. Uma avaliação holística, incluindo a educação do doente, o apoio físico e psicológico, irá constituir um alicerce para estabelecer uma parceria com o doente, com impacto efetivo na qualidade de vida. A úlcera venosa de perna pode levar anos a cicatrizar, sendo a adesão ao tratamento um

grande problema entre as pessoas. A adesão ao tratamento, reduz significativamente o tempo de cicatrização e prolonga o tempo da recorrência da úlcera. O tratamento da úlcera venosa de perna influencia a qualidade de vida da pessoa e depende da complexa e adequada adesão ao tratamento, (vestir-se, medicação, meia, e exercícios físicos).

Tabela 29: Correlação de Pearson entre a qualidade de vida da pessoa portadora de úlcera venosa de perna e a adesão terapêutica

Dimensões	AT Estilos de vida saudáveis		AT Terapia compressiva		AT Vigilância neurovascular	
	r	p	r	p	r	p
QV Atividades Físicas	-0,126	0,102	-0,054	0,484	-0,172	0,025*
QV Fatores Psicológicos	0,052	0,500	0,024	0,759	-0,058	0,455
QV Sintomas de Distress	0,536	0,000	0,010*	0,898	0,304	0,000*

* Estatisticamente significativos

CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES

No término deste trabalho, colocou-se à autora o enorme repto de elaborar um opúsculo conclusivo, sobre todo o processo investigativo.

A complexidade da temática, devido aos múltiplos fatores que afetam a resposta psicológica de quem tem uma úlcera de perna, tornou a elaboração deste trabalho fascinante.

Tratou-se de uma investigação metodológica e quantitativa, sendo a população deste estudo, constituída por 170 pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, inscritas em dois ACES do distrito de Leiria e pelas pessoas que recorreram às consultas externas de dois Hospitais do distrito de Leiria, bem como pelas pessoas que recorreram a uma Clínica privada no Distrito de Leiria, obtida por amostragem do tipo não probabilística acidental.

De seguida, apresentam-se as principais conclusões:

Caracterização sócio-demográficas e clínica da amostra: As pessoas apresentadas neste estudo e portadoras de úlcera venosa de perna, são maioritariamente idosas, reformadas, do sexo masculino, tendo baixa escolaridade, vivendo predominantemente com a família. A maioria apresentava co-morbilidades, sendo a dislipidémia, doença cardíaca, diabetes, anemia, hipertensão, obesidade e a insuficiência venosa as mais frequentes. Maioritariamente, as pessoas portadoras de úlcera venosa de perna tomavam medicação e apresentavam vacina anti-tetânica regularizada.

Relativamente aos hábitos tabágicos e antecedentes tabágicos, constatou-se, que a maioria não eram fumadores e nunca fumaram. De salientar que todas as pessoas da amostra com patologia diabética associada, eram maioritariamente obesas, realizavam controlo de glicemia e tomavam medicação para a diabetes.

Caracterização da ferida: A maioria não apresentou úlcera pela primeira vez, sendo a localização da úlcera de perna mais frequente, no 1/3 anterior inferior e/ou médio da perna, seguido do maléolo lateral, sendo a origem predominante, a insuficiência venosa, seguida do traumatismo. As características do membro inferior mais frequente nas pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, foi a hiperpigmentação seguida de uma paridade entre, veias varicosas e atrofia branca; edema e prurido e hiperpigmentação + edema e prurido. A existência de dor, foi frequente nas pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, verificando-se que maioritariamente, apresentaram dor durante a noite e durante o tratamento. A totalidade das pessoas, apresentaram pulsos pediosos presentes, não tendo sido no entanto aplicada a terapia compressiva à maioria.

Qualidade de vida para úlcera venosa de perna (VUQoL-34)©: A escala portuguesa, *Venous Leg Ulcer Quality of Life - PT*, psicometricamente, revelou-se válida e adequada à amostra utilizada, podendo ser utilizada de forma segura na prestação de cuidados, investigação e em pesquisas científicas na área do ensino. A análise da consistência interna da escala e dos seus itens, foi confirmada pelos valores significativos dos coeficientes *alfa de Cronbach*, nas três dimensões na escala da qualidade de vida. A escala apresentou, uma boa validade convergente e discriminante, sendo que nenhum item se correlaciona mais com as restantes dimensões do que com a sua própria. De acordo com os resultados obtidos, a amostra da população inquirida, apresentou uma boa qualidade de vida em todas as suas áreas.

Na relação entre as variáveis, sexo, fumar, idade, tempo da ferida, IMC, diabetes, terapia compressiva, dor, ter úlcera pela primeira vez e as dimensões atividades físicas, fatores psicológicos e sintomas de distress da escala da qualidade de vida, verificou-se que:

- As pessoas do sexo feminino, têm em média, melhor qualidade de vida no que diz respeito à dimensão sintomas de distress, mas as pessoas do sexo masculino têm melhor qualidade de vida no que diz respeito às dimensões atividades físicas e fatores psicológicos.
- O hábito de fumar tem influência na qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa de perna.

- A idade e o tempo de existência da ferida, não tem relação com a qualidade de vida das pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, mas o IMC apresentou relação na dimensão sintomas de distress da qualidade de vida das pessoas portadoras de úlcera venosa de perna.
- O facto da pessoa com úlcera venosa de perna ser diabética não está relacionada com a sua qualidade de vida.
- A terapia compressiva, tem relação com as dimensões sintomas de distress e fatores psicológicos da escala da qualidade de vida das pessoas portadoras de úlcera venosa de perna.
- As pessoas que não têm dor têm melhor qualidade de vida, no entanto, é apenas na dimensão sintomas de distress, que as diferenças têm significado estatístico.
- O facto de a pessoa ser portadora de úlcera venosa de perna pela primeira vez tem relação com a sua qualidade de vida.

Adesão terapêutica em pessoas portadoras de úlcera venosa de perna: A construção e validação da escala supracitada para a população Portuguesa, apresentou boas características psicométricas, sendo um instrumento fiável e preciso, adequado para a utilização em investigações futuras, bem como na prática clínica. A análise da consistência interna da escala e dos seus itens foi confirmada pelos valores significativos dos coeficientes alfa de Cronbach nas três dimensões da adesão terapêutica. As dimensões da escala da adesão terapêutica, apresentaram uma boa validade convergente e discriminante, sendo que nenhum item se correlaciona mais com as restantes dimensões do que com a sua própria. A população da amostra portuguesa inquirida, tendo em conta os resultados obtidos, apresentou melhor adesão nos estilos de vida saudáveis e pior adesão na terapia compressiva.

A correlação da escala da qualidade de vida das pessoas portadoras de úlcera venosa de perna e a escala multidimensional da adesão terapêutica em pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, permite referir que as pessoas que apresentam menos sintomas de distress apresentam melhores práticas de adesão terapêutica e melhores práticas na vigilância neurovascular, sendo que as pessoas que apresentam melhor qualidade de

vida na atividade física apresentam piores práticas de adesão na vigilância neurovascular.

Neste ponto, importa ainda referir as limitações.

Uma das limitações do estudo, prende-se, com o facto da amostra utilizada, não ter sido uma amostra probabilística pelo que não permite a generalização de resultados. Sugere-se uma nova validação dos instrumentos: Qualidade de Vida para Úlcera Venosa de Perna e Adesão Terapêutica em Pessoas Portadoras de Úlcera Venosa de Perna, com a inclusão do maior número possível de pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, do país.

Os resultados obtidos, refletem apenas, a realidade deste contexto específico de uma amostra populacional de pessoas portadoras de úlceras venosas de perna no distrito de Leiria, não podendo os dados ser generalizáveis, uma vez que dizem respeito unicamente à amostra em estudo.

Os resultados deste estudo, têm aplicação não só para a prática como para a investigação.

A escala validada sobre a qualidade de vida das pessoas portadoras de úlcera venosa de perna e a construção da escala multidimensional de adesão terapêutica em pessoas portadoras de úlcera venosa de perna, apresentam boas características psicométricas, permitindo as suas utilizações na prática de cuidados e na investigação.

A validação dos instrumentos e a sua implementação em Portugal, poderá constituir uma ferramenta essencial para uma abordagem planificada para os enfermeiros prestadores de cuidados às pessoas portadoras de úlceras venosas de perna.

Estes instrumentos são ferramentas importantes na prática de cuidados, para avaliar a eficácia das nossas intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbade, L., & Lastória, S. (2006). Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 81 (6), 509-521.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga. Psiquilíbrios Edições.
- Araujo, T., Valencia, I., Federman, D., & Kirsner, R. (2003). Managing The Patient With Venous Ulcers. *American Society of Internal Medicine*, 138 (4), 326-335.
- Baranoski, S., & Ayello, E. A. (2006). *O essencial sobre o tratamento de ferida: Princípios práticos*. Loures: Lusodidacta.
- Bédard, M., Martin, N. J., Krueger, P., & Brazil, K. (2000). Assessing reproducibility of data obtained with instruments based on continuous measurements. *Experimental Aging Research*, 26(4), 353-365
- Bistreanu, R., & Teodorescu, M. (2009). Venous leg ulcer-patient compliance to treatment and impact on quality of life. *Journal of experimental medical & surgical research*, XVI (2), 97-102.
- Brod, M. (1998). Quality of life issues in patients with diabetes and lower extremity ulcers: patients and care givers. *Quality of Life Research*, (7), 365-372.
- Carmo, S.S., Castro, C.D., Rios, V.S., & Sarquis, M.G.A. (2007). Actualidades na Assistência de Enfermagem a Portadores de Úlcera Venosa. *Rev. Eletr. Enf.* 9 (2), 506-17. Acedido em 04 de Junho de 2011 em <http://www.fen.ufg.br-revista-v9-n2-v9n2a17.htm>
- Cunha, G., Martins, M.D.R., Sousa, R., & oliveira, F.F.D. (2007). *Estatística aplicada às ciências e tecnologias da saúde*. Lisboa: Lidel- edições técnicas, Lda.

- Dealey, C. (2006). *O tratamento das Úlceras da Perna: Guia para Enfermeiros*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Direcção Geral de Saúde (2006). *Programa nacional de vacinação*. Lisboa: Editora da Direcção Geral de Saúde.
- Ebbeskog, B., & Ekman, S.L. (2001). Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectical relationship between freedom and imprisonment. *Nordic College of caring Sciences*, (15), 235-243.
- Ferreira, P.L., Miguéns, C., Gouveia, J. & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. (2000). Úlcera venosa. *Revista virtual de medicina*, 1 (9), ano III, 1-12. Acedido em 04 de Junho de 2011 em <http://www.medonline.com.br/med9/ulcera.htm>
- Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação da concepção à realização* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Furtado, k.A. (2003, Julho). Úlceras de perna - Tratamento baseado na evidência. *Revista Nursing Portuguesa*.
- Gogia, P.P. (2003). *Feridas: Tratamento e cicatrização* (Ricardo Cvalcanti Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Editora Revinter Lda.
- Gusmão, J.L., & Mion, D. (2006). Adesão ao tratamento-conceitos. (Adherence to the treatment-concepts). *Ver bras hipertens*, 13 (1), 23-25.
- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. X., & Montague, P. (2003). *Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications*. The Cochrane Library.
- Hareendran, A.PHD, Doll, H.DPhil., Wild, D.J., Moffatt, RN., Musgrove, RN., Wheatley, C., & Franks, P.J. (2007). The venous leg ulcer quality of life (VLU-QoL) questionnaire: development and psychometric validation. *Wound Repair and Regeneration*, 15, 465-473.

- International Council of Nurses (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE*. (Castro,H., trad.) Versão 2: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses (2003). *Classificação internacional para a prática de enfermagem- CIPE/ICNP (2ªed.)*. (Madeira, A., Abecasis, L., & Leal, T., trad.) Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Irion, G. (2005). *Feridas: Novas abordagens, manejo clínico e atlas a cores*. Rio de Janeiro: Editora LAB.
- Jones, J., Barr, W., Robinson, J., & Carlisle, C. (2006). Depression in patients with chronic venous ulceration. *British Journal of Nursing (Tissue Viability Supplement)*, 15 (11), 17-23.
- Jorge, S.A., Guimarães, P.C., henríquez, D. A. D.,& Dantas, S.R.E. (2009). Avaliação do nível de ansiedade de pacientes com úlceras venosas. (Evaluation of anxiety levels in patients with venous ulcers). *Ver Estima*, 7 (4), 12-19.
- Lucas, L. S., Martins, J. T., & Robazzi, M. L. (2008). Qualidade De Vida Dos Portadores de Ferida em Membros Inferiores – Úlcera De Perna. *Ciencia Y Enfermeria*, 1 (XIV), 43-52.
- Krasner, D. (1998). Painful venous ulcers: Themes and stories about living with pain and suffering. *Journal of Ostomy/Wound Management*, 44 (9), 38-49.
- Martín, P. (2001). Esclerosis múltiple y calidad de vida. *Revista de neurologia*, 32 (8), 732-733.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da Percepção*. (Carlos Moura, Trad.) (2ªed.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953)
- Miller, N.H., Hill, M., Kottke, T., & Ockene, I.S. (1997). The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for health care professionals. *Circulation*, 95, 1085-1090.
- Myers, L. B., & Midence, K. (1998). *Adherence to treatment in medical conditions*: Taylor & Francis Books.

- Morison, M. J. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusodidacta.
- Morison, M.J., Moffatt, C.J. & Franks, P. J. (2010). *Úlceras de perna: Uma abordagem de aprendizagem baseada na resolução de problemas*. Loures: Lusodidacta.
- Neil, J. (1998). *Living With a Chronic Wound: A Heideggerian Hermeneutical Analysis*. Tese de Doutoramento. Virginia Commonwealth University, EUA.
- Neil, J. (2001). The Stigma Scale: Measuring Body Image and the Skin. *Plastic Surgical Nursing*, 21 (2), 79-87.
- Oliveira, N. S. S. (2007). Qualidade de vida do utente com ferida crónica. *Sinais Vitais*, (72), 35-38.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pais Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde (2ª.ed.)*. Porto: Livpsic.
- Parreira, A. (2006). *Gestão do stress e qualidade de vida : um guia para a acção (1ª.ed.)* Lisboa: Monitor.
- Pedro, L.M. (2007). *Implicações do optimismo, esperança, autonomia e participação na qualidade de vida em pessoas com esclerose múltipla*. Dissertação de candidadtura ao grau de Doutor em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS (4ª ed.)*.Lisboa: Edições Sílabo.
- Pina, E., Furtado, K., & Albino, A.P. (2007). *Boas práticas no tratamento e prevenção das úlceras de perna de origem venosa*. Pampilhosa da Serra: GAIF.

- Pina, E., Furtado K, Franks PJ, Moffatt CJ. (2004). Úlceras de Perna em Portugal - Um Problema de Saúde Subestimado. *Revista Portuguesa de Cirurgia Cardioraxica e Vasculuar*, XII (3),169-74.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto alegre RS Brasil, Arned.
- Pontes, A.C., Leitão, I.M.T.A., & Ramos, I.C. (2008). Comunicação terapêutica em enfermagem: Instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem Reben*, 61 (3), 312-318.
- Price, B. (1990). A model for body-image care. *Journal of Advanced Nursing*, (15), 585-593.
- Radek, K.A., Kovacs, E.J., & Dipietro, L.A. (2007). Matrix atividade proteolítica durante a cicatrização de feridas: modulação por exposição aguda de etanol. *Alcohol Clin Exp Res*, 31, 1045-1052.
- Ribeiro, R.C. (2003). *Feridas: Tratamento e cicatrização*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Salomé, G. M. (2010). Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. *Brasil:Saúde colectiva*, 46 (7), 300-304.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (2010). *Management of chronic venous leg ulcers*. A national clinical guideline.
- Soares, M., (2006). *Qualidade de Vida e Esclerose Múltipla*. Coimbra: Formasau.
- Soldevilla, J., & Martinez, F. (2005). Sociedad e heridas crónicas: reflexiones para Salir de invisibilidade. *Revista de enfermeria Rol* ,28 (1), 35-38.
- Streiner, D.L.; Norman, G.R. (2008). *Health and Measurement Scales. A practical guide for their development and use* (4th Ed). Oxford: Oxford University Press.
- Szabo, G., & Mandrekar, P. (2009). Uma perspectiva recente sobre a imunidade de álcool, e de defesa do hospedeiro. *Alcohol Clin Exp Res*, 33, 220-232.

- Valencia, I. C., Falabella, A., Kirsner, R., & Eaglstein, W. (2001). Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 44(3), 401-424.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., VanRoyen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research - A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*, 26 (5), 331-342.
- Walshe, C. (1995). Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (6), 1092-1100.
- White, R. (2006). Delayed wound healing: who, what, when and why? *Nursing Standard (suppl.4)*, 47-54.
- WHO. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de colheita de dados

Caro (a) Utente.....

Sou aluna do Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual na Universidade Católica Portuguesa. No desenvolvimento da dissertação, cujo tema é “Qualidade de Vida e Adesão Terapêutica dos Doentes Portadores de Úlcera Venosa de Perna”, gostaria de ver respondidas algumas questões relacionadas com o tema. Assim sendo, solicito a sua colaboração para responder a algumas questões.

A confidencialidade e o anonimato serão mantidos.

Obrigado

GRUPO I

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA

Ouçã as perguntas com atenção e responda a (as) que considerar mais adequada (as).

1 – Idade: ___anos

2 - Sexo: Feminino Masculino

3 – Habilitações Literárias:

Não sabe ler e escrever 1º ciclo escolar 2º ciclo escolar

3º ciclo escolar 12º Ano Curso superior

Outro (especifique) _____

4- Com quem vive:

Sozinho Com a família Outro (especifique) _____

5- Situação profissional:

Empregado Desempregado Reformado Outra (especifique) _____

6- Para além da úlcera de perna, sofre de mais alguma patologia? **SIM** **NÃO**

6.1- **Se Sim**, qual? _____

7 – Toma medicação? **SIM** **NÃO**

8 - Apresenta a vacina antitetânica atualizada? **SIM** **NÃO**

9 - Fuma cigarros diariamente? **SIM** Quantos Cigarros? _____

NÃO Já fumou? **SIM** **NÃO**

9.1 – Há quanto tempo deixou de fumar? _____

10 - É diabético? **SIM** **NÃO**

Se SIM:

10.1 – Alguma vez realizou o controlo da glicemia? **SIM** **NÃO**

10.2 – Alguma vez apresentou glicemia elevada? **SIM** **NÃO**

10.3 – Alguma vez tomou medicação para a diabetes? **SIM** **NÃO**

11 - Qual é o seu peso _____ e a sua altura? _____

GRUPO II

CARACTERIZAÇÃO DA FERIDA

1 – Há quanto tempo é portador de úlcera de perna? _____

2 – É a primeira vez que tem uma úlcera de perna? **SIM** **NÃO**

2.1- **Se Não**, quantas vezes (teve úlcera)? _____

3 – Localização da úlcera:

Acima do Maléolo médio Maléolo lateral Abaixo do tornozelo

Pé e dedos Circundando o tornozelo 1/3 anterior inferior e/ou médio da perna

4 – Origem da úlcera:

Insuficiência Venosa Traumatismo Outra

5 – Presença de dor: Sim Não

5.1 – Se Sim,

Durante o dia Durante a noite Durante o tratamento Em repouso

6 – Características do membro inferior:

Hiperpigmentação Veias varicosas e atrofia branca Edema e prurido

Lipodermatosclerose Pele pálida/ brilhante /azulada Pele fria/fina/friável

Coroa flebostática Unhas secas/descamativas Perda de folículos pilosos

Eczema varicoso / dermatite de estase

7 – Pulsos:

Pulsos pediosos presentes Pulsos pediosos ausentes ou reduzidos

8 - Alguma vez lhe foi aplicada a terapia compressiva? **Sim** **Não**

GRUPO III

ADESÃO TERAPÊUTICA (ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A ÚLCERA VENOSA DE PERNA)

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados que teve durante os últimos 7 dias.

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Ingeriu carnes brancas e/ou peixe durante os sete dias da semana?					
2. Ingeriu sopa e/ou legumes diariamente?					
3. Ingeriu carne de porco, enchidos e comidas condimentadas?					

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
4. Ingeriu frutos da época diariamente?					
5. Ingeriu alimentos ricos em vitamina C (como por exemplo laranja, Ananás e Kiwi)?					
6. Ingeriu algum tipo de suporte proteico extra (comprado ou por exemplo aumento de ingestão de nozes; amêndoas)?					
7. Ingeriu no mínimo 1,5litros de água diariamente?					
8. Ingeriu bebidas alcoólicas diariamente?					
9. Fumou durante os últimos sete dias?					
10. Manteve os seus hábitos de higiene diários (tomou banho, lavou a cara)?					
11. Manteve a higiene diária dos espaços interdigitais (entre os dedos)?					
12. Molhou o penso?					
13. Sujou o penso?					
14. Manteve contacto próximo com animais domésticos?					
15. Aplicou creme hidratante nos membros inferiores?					
16. Caminhou no mínimo 3 vezes por semana (durante 30 minutos a 1 hora)?					
17. Movimentou os pés em movimentos circulares (fazendo com os pés um círculo tão grande o quanto possível, quer no sentido dos ponteiros do relógio quer no sentido inverso 2 vezes por dia, 10 vezes de cada vez)?					
18. Movimentou os pés, de manhã e à noite (para baixo apontando os dedos do pé e o pé em direção ao chão e logo de seguida virando os dedos do pé e o pé para cima, repetindo 10 vezes de cada vez, 2 vezes por dia)?					
19. Evitou sentar-se por longos períodos com as pernas suspensas (penduradas)?					
20. Realizou repouso com elevação dos membros ao nível do coração (eixo flebostático)?					
21. Apresentou o padrão de sono alterado?					

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
22. Realizou vigilância com monitorização regular de tensão arterial?					
23. Usou meia elástica?					
24. Usou meia elástica durante o dia?					
25. Usou meia elástica ao dormir?					
26. Usou meia elástica durante as 24 horas?					
27. Observou edema (inchaço) dos dedos dos pés?					
28. Observou a coloração dos dedos dos pés?					
29. Observou a sensibilidade dos dedos dos pés?					
30. Observou a mobilidade dos dedos dos pés?					

GRUPO IV

Qualidade de Vida para Úlcera Venosa de Perna (VUQoL-34)©

As seguintes afirmações são sobre como a úlcera/s da sua perna pode ter afetado o seu **dia-a-dia**. Por favor assinale (✓) a resposta que mais se assemelha com a forma como se tem sentido ao longo das **últimas quatro semanas**. Se uma afirmação não for relevante no seu caso/não aplicável, por favor responda 'Nunca'.

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequente mente	Sempre
1. A (s) úlcera/s na minha perna impede (m) -me de fazer coisas de que gosto....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
2. A (s) úlcera/s na minha perna restringe (m) as atividades que posso fazer em casa (ex. cozinhar, bricolage)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
3. A (s) úlcera/s na minha perna restringe (m) as atividades que posso fazer fora de casa (ex. compras, passear)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
4. A (s) úlcera/s na minha perna dificulta (m) a minha mobilidade....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
5. Demoro mais tempo a realizar as atividades por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
6. A (s) úlcera/s na minha perna faz (em) -me depender de outras pessoas mais do que eu gostaria....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
7. Por causa da (s) úlcera/s na minha perna tendo a fazer mais atividades sozinho/a do que com outras pessoas....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
8. Tendo a ficar em casa por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
9. A (s) úlcera/s na minha perna afeta (m) a minha vida social.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
10. Tomar banho/duche ou lavar-me é difícil por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequente mente	Sempre
11. O tratamento para a (s) úlcera/s na minha perna perturba o meu dia-a-dia....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
12. A (s) úlcera/s na minha perna dificulta (m) o trabalho ou outras atividades regulares....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
13. Não posso vestir o que me apetece por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
14. Sinto-me inseguro/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
15. A (s) úlcera/s na minha perna afeta (m) a minha autoconfiança.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
16. Sinto-me deprimido/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
17. Fico deprimido/a porque a (s) úlcera/s na minha perna demora (m) a cicatrizar....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
18. Sinto-me frustrado/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
19. Preocupa-me a possibilidade de nunca estar livre de úlcera/s na minha perna....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
20. Sinto-me zangado/a por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
21. A (s) úlcera/s na minha perna faz (em) - me sentir pouco atraente...	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
22. Preocupo-me que a (s) úlcera/s na minha perna possa (m) piorar....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
23. Sinto-me perturbado/a pela (s) úlcera/s na minha perna....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
24. A (s) úlcera/s na minha perna faz (em) - me sentir irritado/a....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
25. A (s) úlcera/s na minha perna afeta (m) a qualidade do meu sono....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
26. É-me difícil relaxar por causa da (s) úlcera/s na minha perna....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
27. A (s) úlcera/s na minha perna faz (em) - me sentir cansado/a....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
28. A (s) úlcera/s na minha perna arde (m) ou pica (m)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
29. A (s) úlcera/s na minha perna dói (em).	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
30. Sinto-me incomodado/a pela comichão (prurido) à volta da (s) úlcera/s na minha perna....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
31. A pele à volta da (s) úlcera/s na minha perna está irritada....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
32. A pele à volta da (s) úlcera/s na minha perna está sensível.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
33. Sinto-me incomodado/a pelo cheiro da (s) úlcera/s na minha perna....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
34. Sinto-me incomodado/a pelo (s) exsudado (s) drenado (s) da (s) úlcera/s na minha perna....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.

Bem haja

ANEXO II

Escala Multidimensional de Adesão Terapêutica em Pessoas Portadoras de
Úlcera Venosa de Perna

Escala Multidimensional de Adesão Terapêutica em Pessoas Portadoras de Úlcera Venosa de Perna

As perguntas que se seguem, questionam-no/a acerca dos cuidados que teve na área das atividades de vida saudável, terapia compressiva e vigilância dos pés, durante os últimos **sete** dias e que estão relacionados com a cicatrização da sua Úlcera Venosa de Perna. Por Favor assinale (✓) a resposta que mais se assemelha com os cuidados que teve ao longo dos últimos 7 dias.

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Ingeriu sopa e/ou legumes diariamente....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ingeriu carne de porco, enchidos e comidas condimentadas....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ingeriu frutos da época diariamente...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ingeriu alimentos ricos em vitamina C (como por exemplo laranja, Ananás e Kiwi) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ingeriu algum tipo de suporte proteico extra (comprado ou por exemplo aumento de ingestão de nozes; amêndoas) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ingeriu bebidas alcoólicas diariamente...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Manteve os seus hábitos de higiene diários (tomou banho, lavou a cara) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Manteve a higiene diária dos espaços interdigitais (entre os dedos) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Molhou o penso...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sujou o penso...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Aplicou creme hidratante nos membros inferiores...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Movimentou os pés em movimentos circulares...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Movimentou os pés, de manhã e à noite...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
14. Evitou sentar-se por longos períodos com as pernas suspensas (penduradas) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Realizou repouso com elevação dos membros ao nível do coração (eixo flebostático) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Apresentou o padrão de sono alterado...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Usou meia elástica...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Usou meia elástica durante o dia...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Usou meia elástica ao dormir...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Usou meia elástica durante as 24 horas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Observou edema (inchaço) dos dedos dos pés...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Observou a coloração dos dedos dos pés...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Observou a sensibilidade dos dedos dos pés...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Observou a mobilidade dos dedos dos pés...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bem haja

ANEXO III

Venous Leg Ulcer Quality of Life (*VUQoL-34*)[®]-

Venous Leg Ulcer Quality of life Questionnaire (VUQoL-34)[©]

The following statements are about how your leg ulcer/s may have affected your **everyday life**. Please tick (✓) the answer that comes closest to the way you have been feeling over the **last four weeks**. If a statement is not relevant to you/not applicable, please respond as 'Never'.

	NEVER	RARELY	SOMET IMES	OFTEN	ALL THE TIME
1. My leg ulcer/s prevents me from doing things that I enjoy.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
2. My leg ulcer/s restricts the activities that I can do at home (e.g. cooking, DIY).....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
3. My leg ulcer/s restricts the activities that I can do outside the home (e.g. shopping, going for walks).....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
4. My leg ulcer/s makes moving around difficult.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
5. Activities take longer because of my leg ulcer/s.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
6. My leg ulcer/s makes me rely on other people more than I would like.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
7. My leg ulcer/s makes me tend to do more activities by myself rather than with other people.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
8. I tend to stay at home because of my leg ulcer/s.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
9. My leg ulcer/s affects my social life.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
10. Having a bath/shower or washing is difficult because of my leg ulcer/s.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
11. Treatment for my leg ulcer/s disrupts my everyday life.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.

	NEVER	RARELY	SOMET IMES	OFTEN	ALL THE TIME
12. My leg ulcer/s makes it hard to work or do other regular activities.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
13. I am unable to wear what I like because of my leg ulcer/s.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
14. I feel self-conscious because of my leg ulcer/s.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
15. My leg ulcer/s affects how confident I feel about myself.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
16. My leg ulcer/s makes me feel depressed.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
17. I get depressed because my leg ulcer/s takes a long time to heal.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
18. I am frustrated by my leg ulcer/s.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
19. I worry that I will never be free of leg ulcers.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
20. I am angry about my leg ulcer/s.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
21. My leg ulcer/s makes me feel unattractive...	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
22. I worry that my leg ulcer/s may get worse	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
23. I am embarrassed by my leg ulcer/s.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
24. My leg ulcer/s makes me irritable.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
25. My leg ulcer/s affects how well I sleep.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
26. I find it difficult to relax because of my leg ulcer/s.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.

	NEVER	RARELY	SOMET IMES	OFTEN	ALL THE TIME
27. My leg ulcer/s makes me tired.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
28. My leg ulcer/s burns or stings.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
29. My leg ulcer/s hurts.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
30. I am bothered by the itching around my leg ulcer/s.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
31. The skin around my leg ulcer/s is irritated.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
32. The skin around my leg ulcer/s is sensitive.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
33. I am bothered by the smell from my leg ulcer/s.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
34. I am bothered by the weeping/oozing from my leg ulcer.....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.

ANEXO IV

Pedido de permissão ao autor responsável para validação do Venous Leg Ulcer
Quality of Life (VUQoL-34)[©]-

----- Original Message ----- From: "maria dos anjos dixe"

<manjos.dixe@gmail.com>

To: <peter.franks@cricp.org.uk>

Sent: Thursday, April 28, 2011 2:37 PM

Subject: Fwd: quality of life (VLU-QoL)

Good Afternoon,

My name is Maria dos Anjos Dixe and I m Teacher in Instituto Politécnico de Leiria in Portugal. I read your article about "The venous leg ulcer quality of life (VLU-QoL) questionnaire: development and psychometric validation and i and one of my master student we are very interested in doing that study with the Portuguese population. For that I would like to ask for your autorization to validate and apply the instruments that were developed by you and you and others authors.

Best Regards,

Maria dos Anjos Dixe

ANEXO V

Permissão do autor responsável para validação do Venous Leg Ulcer Quality of
Life (VUQoL-34)[®] -

----- Forwarded message -----

From: <peter.franks@cricp.org.uk>

Date: 2011/5/3

Subject: Re: quality of life (VLU-QoL)

To: maria dos anjos dixé manjos.dixe@gmail.com

Dear Maria

I would be happy for you to validate and use the VLU-QoL questionnaire in Portugal. Please find attached the questionnaire and scoring system

Best wishes

Peter Franks

ANEXO VI

CARTAS DE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

Sandra Maria Horta dos Santos Favas
Universidade Católica Portuguesa de Lisboa
Instituto de Ciências da Saúde
Palma de Cima
1649-023 – Lisboa
Email: sandrahorta.santos@gmail.com
(Telem. N° 917586124)

**Exmº. Senhor Presidente do Conselho de
Administração do Hospital**

Assunto: **Pedido de autorização para colheita de dados para estudo de investigação**

Sandra Maria Horta dos Santos Favas, a frequentar o Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência, que seja concedida autorização para que possa aplicar o questionário aos doentes com Úlcera de Perna, nas unidades que Vossa Excelência dirige.

Este pedido surge no contexto da realização de uma Dissertação de Mestrado cujo título é “ Qualidade de Vida e Adesão Terapêutica no Doente com Úlcera de Perna ”, cujo a Orientadora é a Prof. Dr.ª Maria dos Anjos Dixe, com o objectivo de validar e implementar em Portugal um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida dos doentes com úlcera de perna e construir um instrumento de avaliação da adesão terapêutica para os referidos doentes.

Este estudo tem como principais objectivos:

- Validar transculturalmente o instrumento de medida, **Venous Leg Ulcer Quality of Life**, para a população Portuguesa;
- Construir um instrumento para avaliar a adesão terapêutica dos doentes com úlcera de perna;
- Caracterizar o tipo, origem e localização da úlcera de perna;
- Identificar os factores de risco da úlcera de perna;
- Determinar a relação entre a qualidade de vida do doente com úlcera de perna e a adesão terapêutica.

Gostaria se o parecer for positivo, recolher os dados nos meses de Maio a Junho 2011.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Atentamente,

Pela Investigadora,

Leiria, de Abril de 2011

Sandra Maria Horta dos Santos Favas
Universidade Católica Portuguesa de Lisboa
Instituto de Ciências da Saúde
Palma de Cima
1649-023 – Lisboa
Email: sandrahorta.santos@gmail.com
(Telem. Nº 917586124)

Exmº. Senhor Diretor Executivo
Da ACES _____

Assunto: **Pedido de autorização para colheita de dados para estudo de investigação**

Sandra Maria Horta dos Santos Favas, a frequentar o Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência, que seja concedida autorização para que possa aplicar o questionário aos doentes com Úlcera de Perna, nas unidades que Vossa Excelência dirige.

Este pedido surge no contexto da realização de uma Dissertação de Mestrado cujo título é “ Qualidade de Vida e Adesão Terapêutica no Doente com Úlcera de Perna ”, cujo a Orientadora é a Prof. Dr.ª Maria dos Anjos Dixe, com o objectivo de validar e implementar em Portugal um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida dos doentes com úlcera de perna e construir um instrumento de avaliação da adesão terapêutica para os referidos doentes.

Este estudo tem como principais objectivos:

- Validar transculturalmente o instrumento de medida, **Venous Leg Ulcer Quality of Life**, para a população Portuguesa;
- Construir um instrumento para avaliar a adesão terapêutica dos doentes com úlcera de perna;
- Caracterizar o tipo, origem e localização da úlcera de perna;
- Identificar os factores de risco da úlcera de perna;
- Determinar a relação entre a qualidade de vida do doente com úlcera de perna e a adesão terapêutica.

Gostaria se o parecer for positivo, recolher os dados nos meses de Maio a Junho 2011.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Atentamente,

Pela Investigadora,

Leiria, de Abril de 2011

Sandra Maria Horta dos Santos Favas
Universidade Católica Portuguesa de Lisboa
Instituto de Ciências da Saúde
Palma de Cima
1649-023 – Lisboa
Email: sandrahorta.santos@gmail.com
(Telem. Nº 917586124)

Exmº. Senhor Diretor Clínico
Da Clínica Médica _____

Assunto: **Pedido de autorização para colheita de dados para estudo de investigação**

Sandra Maria Horta dos Santos Favas, a frequentar o Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência, que seja concedida autorização para que possa aplicar o questionário aos doentes com Úlcera de Perna, nas unidades que Vossa Excelência dirige.

Este pedido surge no contexto da realização de uma Dissertação de Mestrado cujo título é “ Qualidade de Vida e Adesão Terapêutica no Doente com Úlcera de Perna ”, cujo a Orientadora é a Prof. Dr.ª Maria dos Anjos Dixe, com o objectivo de validar e implementar em Portugal um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida dos doentes com úlcera de perna e construir um instrumento de avaliação da adesão terapêutica para os referidos doentes.

Este estudo tem como principais objectivos:

- Validar transculturalmente o instrumento de medida, **Venous Leg Ulcer Quality of Life**, para a população Portuguesa;
- Construir um instrumento para avaliar a adesão terapêutica dos doentes com úlcera de perna;
- Caracterizar o tipo, origem e localização da úlcera de perna;
- Identificar os factores de risco da úlcera de perna;
- Determinar a relação entre a qualidade de vida do doente com úlcera de perna e a adesão terapêutica.

Gostaria se o parecer for positivo, recolher os dados nos meses de Maio a Junho 2011.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Atentamente,

Pela Investigadora,

Leiria, de Abril de 2011

ANEXO VII

Autorização das Instituições para realização do estudo

de: ACES
para: sandrahorta.santos@gmail.com

21/06/11

Exma Sandra Favas

Em resposta ao vosso ofício datado de 13 de Maio de 2011, cumpre-nos transcrever o teor do despacho do Conselho Clínico do ACES, que recaiu sobre o pedido efetuado:

"Parecer positivo do Conselho Clínico, desde que da implementação dos questionários não resulte interferência no desenvolvimento das atividades do ACES e as conclusões do estudo sejam fornecidas ao Conselho Clínico".

Atenciosamente,
Ascensão Almeida

Exma. Senhora
Enfª Sandra Maria Horta dos Santos Favas
Rua do Vale, nº84
Reixida-Cortes
2410-856-Leiria

ASSUNTO: Pedido de autorização para colheita de dados para estudo de investigação subordinado ao tem: "Qualidade de Vida e Adesão Terapêutica dos Doentes Portadores de Úlcera de Perna".


Na sequência do pedido efetuado por V. Exa. e com o assunto em epígrafe, somos a informar que o mesmo foi autorizado.

Mais informamos, que gostaríamos que nos fossem facultados os resultados obtidos.

Desejando o maior êxito no trabalho a desenvolver, apresentamos os melhores cumprimentos.

Leiria, 2 de Junho de 2011

O Diretor Clínico



Exmª Senhora
Investigadora Sandra Santos Favas
Rua do Vale, Nº 84
Reixida - Cortes
2410 – 856 Leiria

Ofício nº 350/CA/2011


29.06.2011

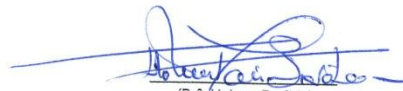
**ASSUNTO: Pedido de autorização para colheita de dados para estudo de investigação.
“Qualidade de Vida e Adesão Terapêutica dos Doentes Portadores de Úlcera de Perna”**

Em resposta ao requerimento apresentado por V. Ex.ª em 13 de Maio de 2011, e por deliberação deste Conselho, somos a informar que foi autorizada a realização do estudo conforme solicitado.

A pessoa de contacto e a quem se deverão dirigir para programação e planeamento do estudo no hospital é a Sr.ª Enfermeira

Com os melhores cumprimentos

 O Conselho de Administração
A Presidente



Exmo Senhor
Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
M.I Director do Instituto de Ciências Sociais
Da Universidade Católica
Palma de Cima

1649 – 023 LISBOA

Sua referência	Sua comunicação	Proc.	Nossa referência	Leiria
ICS/0555/2011	2011-06-30		P C C	
ASSUNTO	Pedido para a realização de colheita de dados			

De acordo com o assunto mencionado, cumpre-me informar V.Exa. que, o respectivo processo foi enviado para o Conselho Directivo da ARS Centro, com expressão de parecer favorável, tendo em vista a necessária apreciação por parte da Comissão de Avaliação de Pedidos de Patrocínio Científico a Autorização de Estudos.

Com os melhores cumprimentos,

A PRESIDENTE DO CONSELHO CLÍNICO



Exma. Senhora
Enfª Sandra Maria Horta dos Santos Favas
Rua do Vale, nº 84
Reixida – Cortes
2410-856 Leiria

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados para estudo de investigação

No seguimento do vosso pedido de 2011.06.20, a solicitar autorização para aplicação de um questionário, subordinado ao tema "Qualidade de Vida e Adesão Terapêutica dos Doentes Portadores de Úlcera de Perna", no âmbito do Curso de Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, informa-se que o Conselho de Administração, na sua reunião de 2011.09.01, deliberou autorizar a sua realização, sugerindo-se que o estudo tenha início em Setembro.

Mais se informa que nesta data foi dado conhecimento da presente deliberação aos Directores dos Serviços de Medicina I e II, Cirurgia I e II, Dermatologia e Consulta Externa.

Com os melhores cumprimentos.

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



ANEXO VIII

Carta de Esclarecimento do Estudo e do Consentimento Informado da
Participação do Estudo

CARTA DE ESCLARECIMENTO DO ESTUDO E DO CONSENTIMENTO INFORMADO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

TÍTULO: Qualidade de Vida e Adesão Terapêutica nos Doentes com Úlcera de Perna. Estudo Metodológico.

INVESTIGADORA: Sandra Maria Horta dos Santos Favas, aluna do Mestrado de Feridas e Viabilidade Tecidual, da Universidade Católica Portuguesa.
Telefone: 917586124.

OBJECTIVO

O objectivo deste estudo é validar e implementar em Portugal um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida dos doentes com úlcera de perna e construir um instrumento de avaliação da adesão terapêutica para os referidos doentes.

MÉTODO

Preenchimento de um questionário, pelo investigador.

RISCOS POTENCIAIS

O estudo não representa qualquer tipo de risco para os participantes.

VANTAGENS DO ESTUDO

O estudo não apresenta nenhuma vantagem para os participantes. Contudo, poder-se-á considerar a importância do conhecimento da Qualidade de Vida e da Adesão Terapêutica dos doentes com Úlcera de Perna.

CONFIDENCIALIDADE

Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. A informação colhida durante o preenchimento do questionário será codificada, sendo conservada num local seguro à responsabilidade do investigador. Os resultados de grupo poderão ser apresentados posteriormente, mas nunca identificados de forma individual. Os referidos resultados de grupo serão colocados à disposição a pedido dos interessados.

PARTICIPAÇÃO

A escolha de participar ou não participar no estudo é voluntária. Se decidir não fazer parte no estudo, receberá os mesmos cuidados como se participasse no estudo. Se decidir participar no estudo, poderá desistir por sua vontade, a qualquer momento. Assim, reforçando o que foi dito anteriormente, os cuidados que lhe são prestados serão, seja qual for a sua opção de participação, sempre os mesmos que a instituição lhe pode proporcionar.

**QUALQUER QUESTÃO QUE DESEJE COLOCAR, CONTACTE A
INVESTIGADORA PELO NÚMERO DE TELEFONE INDICADO NO CABEÇALHO
DESTA CARTA.**

ANEXO IX

Formulário do Consentimento Informado do Estudo

Formulário de Consentimento Informado de Participação no Estudo

Investigadora: Sandra Maria Horta dos Santos Favas, aluna do Mestrado de Feridas e Viabilidade Tecidual, na Universidade Católica Portuguesa.

Código de Identificação do Participante: _____

Certifico que concordo em participar voluntariamente na Investigação Científica no âmbito do Estudo de Qualidade de Vida e Adesão Terapêutica nos Doentes com Úlcera de Perna. Declaro que os procedimentos de investigação e do consentimento me foram explicados, respondendo a todas as minhas questões. Compreendo as vantagens que a participação neste estudo poderá repercutir no futuro. Considero ainda que o estudo não apresenta qualquer risco potencial. Compreendo que tenho direito de colocar, agora e durante todo o processo de desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguram-me que os processos serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada a terceiros, incluindo a minha identidade, sem a minha permissão.

Compreendo que sou livre de a qualquer momento desistir de participar neste estudo. Compreendo também que se o fiz, a qualidade dos cuidados dos quais beneficio não será de modo algum afectada.

Pelo presente documento, eu _____
consinto, participar neste estudo.

Assinatura _____

_____/____/____