



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AUTO-ESTIMA NA PESSOA COM
FERIDA CRÓNICA

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

Por:

Lisa Adriana Vieira Lino

Lisboa

2013



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AUTO-ESTIMA NA PESSOA COM
FERIDA CRÓNICA

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

Por:

Lisa Adriana Vieira Lino

Sob orientação do Prof. Doutor Hugo Amaro

Lisboa

2013

“O estado de ter uma ferida induz uma imperfeição, um insulto resultante de uma vulnerabilidade física e emocional”.

Van Rijswijk (2001 cit em; Baranoski e Ayello, 2006, p.4)

RESUMO

Por detrás da ferida existem múltiplos factores, a cicatrização é um processo complexo dependente de diversos factores, muitos deles intrínsecos à pessoa. O profissional de saúde deve ter uma visão ampla no que se refere ao tratamento da ferida crónica, não se deve centrar apenas na realização de tratamentos. É fundamental entender a pessoa com ferida no sentido mais lato e holístico, esta é uma realidade muito mais abrangente.

Através da revisão bibliográfica efectuada e com base nos estudos anteriores existentes, foi definido um quadro conceptual que serviu de suporte teórico ao nosso estudo. Este quadro conceptual permitiu estabelecer as relações hipotéticas existentes entre os diferentes conceitos em estudo e definir as hipóteses de estudo.

Temos como principal objectivo compreender de que forma o nível de dependência funcional originado pela presença de uma ferida crónica irá afectar o quotidiano da pessoa com ferida crónica e conseqüentemente a sua auto-estima. Para tal foi elaborado um estudo do tipo descritivo, transversal, correlacional, não experimental inserido numa metodologia quantitativa. Foi utilizada uma amostra do estudo constituída por 58 indivíduos com ferida crónica, que se encontram sob cuidados diferenciados, em lar residencial e na Rede de Cuidados Continuados Integrados, nesta última no âmbito do domicílio e de unidades institucionais, a nível do Barlavento Algarvio. A técnica utilizada foi de amostragem por conveniência.

Os resultados encontrados relacionam positivamente o nível de dependência funcional e o nível de auto-estima do sujeito em estudo. A dor e nível de auto-estima não apresentaram nestas amostra diferenças significativas. Não se verificou relação entre a idade da ferida e o nível de auto-estima, assim como não se verificou relação entre o suporte familiar e o nível de

auto-estima. Por último constataram-se diferenças significativas entre a etiologia da ferida e o nível de dependência funcional.

PALAVRAS CHAVE: Ferida, Dor, Qualidade de vida, Auto-Estima

ABSTRACT

Behind the wound there are multiple factors, the healing is a dependent complex process of diverse factors, many of them are intrinsic to the person. The health professional must have an ample vision as for the treatment of the chronic wound, not if it must center only in the accomplishment of treatments. It is basic to understand the person with wound in a broad and holistic direction, this is a much more embracing reality.

Through the bibliographical revision and on the basis of the existing previous studies, were defined a conceptual picture that served of theoretical support to our study. This conceptual picture allowed to establish the existing hypothetical relations between the different concepts in study and to define the study hypotheses.

We have as main objective to understand in what forms the level of functional dependence originated by the presence of a chronic wound will go to affect the quotidian of the person with chronic wound and consequently its self esteem. For such a study of descriptive, transversal, correlational the type was elaborated, not experimental inserted in a quantitative methodology. A sample of the study consisting of 58 individuals with chronic wound, that if find under differentiated cares, in residential home and the Net of Integrated Continued Cares, in this last one in the scope of the domicile and of institutional units was used, the level of Algarve Windward. The used technique was of sampling for convenience.

The joined results relate the level of functional dependence positively and the level of self-esteem of the citizen in study. The pain and level of self-esteem had not presented in this sample significant differences. Relation was not verified between the age of the wound and the level of self-esteem, as well as relation between the family support was not verified and the level of self-esteem. Finally significant differences between the etiology of the wound and the level of functional dependence had been evidenced.

KEYWORDS: Wound, Pain, Quality of life, Self-Esteem

AGRADECIMENTOS

De um modo geral, agradeço às pessoas que me apoiaram durante a realização deste trabalho, certa de que o contributo por elas prestado possui muito mais valor do que qualquer agradecimento que lhes possa aqui fazer., porém, gostaria de prestar o meu sincero agradecimento a todas elas.

Ao Doutor Hugo Amaro, o meu orientador, os meus sinceros agradecimento, por ter acreditado em mim desde o início deste trabalho, pelos conselhos práticos fornecidos e sobretudo pela enorme paciência revelada durante a elaboração desta dissertação.

À minha família em geral, pelo apoio dedicado e pelos incessantes incentivos e reforços positivos realizados, nos momentos em que as forças psicológicas ou a motivação pessoal não esteve presente.

Ao Lar Santa Casa da Misericórdia de Silves e Enfermeiros prestadores de cuidados, à Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados e respectivas equipas de coordenação, à Administração e aos Enfermeiros Coordenadores/Chefes das Unidades de Internamento de Algoz e Portimão, à Administração Regional da Saúde do Algarve, à Administração dos Centros de Saúde Algarve (Barlavento Algarvio) e aos Enfermeiros chefes desses Centros de saúde, e aos enfermeiros coordenadores das equipas de Cuidados Integrados Domiciliários pela colaboração prestada.

Aos enfermeiros prestadores de cuidados nas Unidades de Internamento pela colaboração e disponibilidade demonstrada aquando da aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

O meu Obrigada

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
1. REVISÃO DA LITERATURA	18
1.1. Ferida Crónica.....	18
1.1.1. Dor associada a Ferida Crónica	24
1.1.2. Odor associado a Ferida Crónica.....	27
1.2. Auto-Estima	29
1.2.1. Qualidade de Vida associada a Auto-Estima.....	32
1.3. Capacidade Funcional.....	35
2. Problemas em Estudo	40
2.1. Delineamento do Estudo	40
2.2. Principais Hipóteses.....	42
3. Metodologia.....	44
3.1. Amostra e Procedimento.....	44
3.2. Variáveis do Estudo	51
3.3. Instrumentos de Pesquisa.....	52

3.3.1.	Avaliação da Dor	52
3.3.2.	Avaliação do Funcionamento Cognitivo	53
3.3.3.	Avaliação do Nível de Auto-Estima.....	54
3.3.4.	Avaliação da Capacidade Funcional.....	55
4.	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	57
4.1.	Análise prévia das medidas utilizadas para avaliar as variáveis em estudo	57
4.1.1.	Instrumentos para Avaliação	57
4.2.	Análise das relações entre capacidade funcional, auto-estima e as variáveis biológicas.....	58
4.2.1.	Correlação entre capacidade funcional, idade, idade da ferida e dor	58
4.2.2.	Correlação entre auto-estima, idade, idade da ferida e dor	59
4.2.3.	Correlação entre auto-estima, nível de mobilidade e nível de autonomia pessoal	60
4.2.4.	Relação entre a residência actual, auto-estima, capacidade funcional, nível de mobilidade e nível de autonomia pessoal	61
4.2.5.	Relação entre o suporte familiar/prestador de cuidados informal e, capacidade funcional e nível de mobilidade.....	62
4.2.6.	Relação entre a localização anatómica da ferida e capacidade funcional, autonomia pessoal e nível de mobilidade	62
4.2.7.	Relação entre a etiologia da ferida, autonomia pessoal e nível de mobilidade	64

5. ANÁLISE DAS HIPÓTESES FORMULADAS	65
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
7. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES	76
8. BIBLIOGRAFIA	82
ANEXOS	91
Anexo I - Pedido de consentimento informado para aplicação de instrumento de colheita de dados.....	92
Anexo II - Instrumento de colheita de dados.....	94
Anexo III – Documentos de Aprovação – ARS Algarve	101
Anexo IV – Documentos de Aprovação – ACES Barlavento.....	103
Anexo V – Documentos de Aprovação – ECL Barlavento	106
Anexo VI – Documentos de Aprovação – UCC Dunas	109
Anexo VII – Documentos de Aprovação – UCC D’Alagoa	111
Anexo VIII – Documentos de Aprovação – UCC Al-Vita.....	113
Anexo IX – Documentos de Aprovação – ULDM Algoz	115
Anexo X – Documentos de Aprovação – UCC SCM Portimão.....	117
Anexo XI – Aprovação de aplicação Questionário	119

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 - Percentagem de indivíduos por Género	47
Gráfico nº 2 – Residência actual do sujeito	47
Gráfico nº 3 – Com quem reside o sujeito	48
Gráfico nº 4 – Nível de Escolaridade dos sujeitos	48
Gráfico nº 5 - Localização anatómica da ferida	49
Gráfico nº 6 - Etiologia da Ferida.....	50
Gráfico nº 7 – Dor sentida pelos sujeitos ao longo do dia.....	50
Gráfico nº 8 – Nível de dor sentida pelos sujeitos ao longo do dia.....	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Escala Numérica da Dor	53
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Sub-escalas constituintes do instrumento de avaliação do funcionamento cognitivo	54
Quadro 2: Interpretação dos valores obtidos no MMSE para a População Portuguesa.....	54
Quadro 3: Sub-escalas constituintes, itens e <i>score</i> do instrumento de avaliação da capacidade funcional	56
Quadro nº4 – Coeficientes alfa de Cronbach obtidos nas medidas utilizadas para avaliar auto-estima e dependência funcional.....	58
Quadro nº5 – Médias, desvios padrão e valores mínimos e máximos obtidos nas diversas medidas utilizadas	58
Quadro 6 – Resultado obtido da análise da correlação entre a auto-estima e a escala da dor	59
Quadro 7 – Resultado obtido da análise da correlação entre a auto-estima, nível de mobilidade e nível de autonomia pessoal	60
Quadro 8 – Resultados obtidos no teste de <i>Kruskal Wallis</i> entre a residência actual, capacidade funcional, nível de autonomia pessoal e nível de mobilidade	61
Quadro 9 – Resultados obtidos no teste de <i>Kruskal Wallis</i> entre o suporte familiar, capacidade funcional e nível de mobilidade.....	62
Quadro 10 – Resultados obtidos no teste de <i>Kruskal Wallis</i> entre a localização anatómica da ferida, capacidade funcional, autonomia pessoal e nível de mobilidade.....	63

Quadro 11 – Resultados obtidos no teste de *Kruskal Wallis* entre a etiologia da ferida, autonomia pessoal e nível de mobilidade 64

Quadro 12 – Resultado obtido da análise da correlação entre a auto-estima e o nível de capacidade funcional 65

Quadro 13 – Resultados obtidos no teste de *Kruskal Wallis* entre o nível de dor sentida e o nível de auto-estima..... 66

Quadro 14 – Resultado obtido da análise da correlação entre a idade da ferida e o nível de auto-estima 66

Quadro 15 – Resultados obtidos no teste de *Kruskal Wallis* entre o suporte familiar e o nível de auto-estima..... 67

Quadro 16 – Resultados obtidos no teste de *Kruskal Wallis* entre a etiologia da ferida e a capacidade funcional 68

LISTA DE SIGLAS

Cit. por – Citado por

E col. – E colaboradores

Et al. – Existem dois ou mais autores e só o primeiro está citado.

IBM – Índice Barthel Modificado

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. - Página

RCCI – Rede Cuidados Continuados Integrados

RSES - Escala de Auto-Estima de Rosenberg

UMCCI – Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life - Grupo de Qualidade de Vida

INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos a ferida sempre foi uma realidade, são diversas as referências a feridas e a tipos de tratamentos que reportam a tempos antes de Cristo. Com o passar do tempo o conhecimento foi evoluindo e as técnicas melhorando, o olhar sobre as feridas foi adquirindo outra perspectiva, hoje é uma preocupação constante por todo o mundo. São múltiplos os estudos que se realizam nesta área, que visam a melhoria dos tratamentos, uma rápida e eficaz cicatrização, o que por vezes é difícil de alcançar uma vez que para além da ferida está uma pessoa.

Associado à pessoa, estão diversos factores que influenciam todo o processo de cicatrização, a própria ferida afecta a pessoa de diversas maneiras. As feridas trazem complicações a diversos níveis tais como económico, social e psicológico, todo este universo deve ser tido em conta.

O primeiro passo na avaliação de uma ferida não é examinar a ferida, mas sim o indivíduo como um todo. Embora possa parecer demasiado óbvio, frequentemente são as informações mais ténues obtidas durante o diálogo com o indivíduo ou com os seus cuidadores, que irão influenciar significativamente a gestão do tratamento da ferida. Através da consideração de todos os factores é possível planear os cuidados, e identificar os factores de risco na origem e posterior cicatrização da ferida (Benbow, 2007).

Uma visão global da pessoa e tudo o que a envolve é essencial, e deve ser o primeiro passo para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem mais humanizados.

Através da análise bibliográfica é cada vez mais evidente que as feridas crónicas são uma realidade constante, afectam todo e qualquer tipo de pessoa, independentemente do sexo, idade ou raça, são várias as etiologias por detrás de uma ferida.

Sem dúvida, que a ferida crónica pode afectar a pessoa de modo mais significativo do que uma ferida aguda. A cicatrização é um processo que envolve muitos aspectos, abrange as mais diversas vertentes do ser humano. Enquanto profissionais de saúde, que lutam para uma cicatrização eficaz, devemos olhar para a pessoa no seu todo e não apenas para o que é mais evidente, infelizmente este tipo de visão ainda é muito negligenciada por muitos profissionais. Não existe uma completa percepção da influência que uma ferida pode ter na vida da pessoa. Perceber a relação entre a dependência funcional da pessoa com ferida crónica e a sua auto-estima é um estudo pertinente, um espaço de reflexão e uma oportunidade para identificar necessidades e implementar estratégias e cuidados específicos visando a melhoria dos cuidados.

O cuidado às feridas é uma área de actuação de enfermagem, na qual os enfermeiros procuram cada vez mais aperfeiçoar os seus conhecimentos a fim de aumentar as suas competências, para que o cuidar não se resuma apenas a uma troca de tratamentos, mas sim uma terapêutica baseada no sentido holístico do homem (Yamada 1999; cit. por Lucas, Martins & Robazzi, 2008).

O enfermeiro preenche uma importante lacuna no que respeita o tratamento de feridas, sobretudo nas feridas crónicas, uma vez que apresentam uma evolução lenta, são renitentes a diversos tratamentos, e decorrem de condições predisponentes que impedem uma normal cicatrização. Procura a excelência de modo a proporcionar à pessoa um tratamento eficaz, num curto período de tempo, com maior conforto e dando a possibilidade de retomar o nível de vida. Na maioria dos casos esta procura não é alcançada, e deparamo-nos com diversas dificuldades e alterações do quotidiano, o enfermeiro deve estar atento à pessoa, aos seus problemas, necessidades e aspectos psicológicos.

A evolução dos cuidados no que respeita os tratamentos das feridas permite uma evolução na assistência à pessoa, promovendo resultados evidentes. Foram elaborados diversos estudos para identificar o melhor tratamento, destacando-se a necessidade de compreender todo o complexo processo de cicatrização e todos os aspectos bio-psico-sociais que envolvem a pessoa com ferida (Borges et al. 2001; cit. por Lucas et al., 2008).

A ferida é algo que fragiliza a pessoa e muitas vezes a incapacita. A auto-estima encontra-se directamente relacionada com o bem-estar e qualidade de vida. São vários os estudos que relacionam factores psicológicos com a evolução cicatricial. Com a ajuda deste estudo pretende-se melhorar os cuidados prestados à pessoa com ferida, ao evidenciar a relação entre o grau de dependência funcional que a pessoa possui e a sua auto-estima, uma vez que uma ferida muitas vezes incapacita a pessoa tornando-a dependente de outros. Os cuidados podem ser melhorados através da prestação de cuidados à pessoa como um todo, analisando e tentando minimizar os factores que perturbam a cicatrização, nomeadamente tentar minorar o grau de dependência dentro das possibilidades funcionais da pessoa, disponibilizar tempo para ouvir a pessoa, verificar quais os aspectos que afectam a sua auto-estima e tentar suprimi-los, visando o bem-estar físico, psicológico e espiritual da pessoa.

A presente dissertação surge para obtenção de grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual.

Após a abordagem conceptual efectuada no sentido de compreender de forma mais aprofundada a problemática em estudo, definiu-se como principal objectivo de estudo avaliar a relação entre a dependência funcional e auto-estima da pessoa com ferida crónica. De forma a alcançar o objectivo central do estudo definido, foram determinados objectivos específicos, como identificar os diferentes níveis de dependência funcional na pessoa com ferida crónica, avaliar a auto-estima da pessoa com ferida crónica e determinar a relação existente entre a dependência funcional e a auto-estima da pessoa com ferida crónica.

Deste modo, poderá este estudo ajudar a compreender o fenómeno da relação entre a dependência funcional e auto-estima da pessoa com ferida crónica, assim como a influência de alguns aspectos determinantes na mesma, tal como a dor, etiologia e idade da ferida, o suporte familiar, entre outros aspectos, podendo fornecer algumas linhas orientadoras, no sentido de melhorar e adequar os cuidados e apoios prestado aos indivíduos com ferida crónica.

Cientes deste facto, apresentamos inicialmente, um enquadramento teórico e conceptual pertinente acerca da problemática em estudo, contextualizando o conceito de ferida crónica,

auto-estima e capacidade funcional, abordando aspectos associados, como a importância da dor, qualidade de vida e odor. Seguidamente damos a conhecer os problemas em estudo, o delineamento do mesmo e principais hipóteses levantadas, continuamente definimos as considerações metodológicas utilizadas neste estudo, neste sentido a nossa amostra é constituída por 58 indivíduos que possuem ferida crónica a nível do Barlavento Algarvio. Foi utilizado o método de conveniência como selecção da amostra utilizada, na qual iriam ser colhidos os dados para o nosso estudo.

Como forma de avaliarmos a dependência funcional e auto-estima do indivíduo, utilizamos instrumentos validados para a População Portuguesa, sendo os mesmos, o Índice de Barthel Modificado e a Escala de Auto-Estima de Rosenberg, respectivamente, descritos ao longo do trabalho. Efectuamos uma análise prévia às medidas utilizadas para avaliar as variáveis em estudo, dependência funcional e auto-estima. Referimos os métodos e técnicas estatísticas utilizadas para analisarmos as relações existentes entre as variáveis de natureza biológica e as variáveis sócio-demográficas. Analisamos ainda as hipóteses formuladas e procedemos à discussão dos resultados. Por fim salientamos as principais conclusões e implicações que emergem do nosso estudo, sugerindo a futura realização de investigações que tenham em linha de análise os resultados verificados neste trabalho, os temas centrais, assim como o seu contributo para a compreensão da problemática em estudo.

1. REVISÃO DA LITERATURA

Para a realização de um estudo é necessária a criação de bases, isto é, para além da escolha de um tema está uma longa e aprofundada pesquisa realizada antes e durante o mesmo estudo.

O estudo em causa aborda diferentes temáticas, dependência funcional (avaliada e descrita através da capacidade funcional), ferida crónica e auto-estima, associados a estes principais temas encontram-se a dor, qualidade de vida, dor e o isolamento social.

1.1. FERIDA CRÓNICA

A pele é o maior órgão do corpo humano, acarreta diversas funções, entre elas a protecção contra agentes e factores extrínsecos ao corpo humano. A integridade cutânea é algo que deve ser sempre preservado, constantemente a pele está sujeita a agressões externas que fazem com que essa mesma integridade seja difícil de manter, nomeadamente quando existem patologias associadas ou mesmo com o envelhecimento. A interrupção da integridade cutânea origina aquilo a que se chama ferida.

O processo de envelhecimento produz inevitáveis mudanças a nível da pele, tecido subjacente, vasos sanguíneos, tornando mais vulnerável a lesões e menos capaz de lidar com a cicatrização (Benbow, 2007).

Para Consuegra e Ochoa (2008), a alteração da integridade cutânea é considerada lesão, que causa perda de continuidade de uma ou mais das seguintes estruturas, pele, fáscia, músculo, vasos sanguíneos ou específicas a um parênquima de um órgão.

A ferida crónica é para alguns autores definida como uma interrupção na pele de longa duração (superior a seis semanas) ou frequentemente recorrente (Fowler 1990; Singh et al., 2004; cit. por, Fonder, Lazarus, Cowan, Aronson-Cook, Kohli & Mamealak, 2008).

Segundo Lazarus (cit. por Branoski & Ayello, 2006), uma ferida é como uma ruptura da estrutura e função anatómica normal. Podem ser classificadas como agudas ou crónicas. As feridas agudas apresentam um processo cicatricial ordenado e atempado, com eventual retorno à integridade anatómica e funcional. Por outro lado as feridas crónicas não seguem esse mesmo processo ordeiro e atempado, perdendo o efeito cascata de cicatrização de feridas, não alcançando a integridade anatómica e funcional.

De acordo com Collins et al. (2002; cit. por Benbow & Stevens, 2010) ferida crónica é aquela que permanece aberta por mais de seis semanas consecutivas, como resultado de diversos factores adjacentes.

Todavia, Troxler, Vowden e Vowden (2006) definem ferida crónica como aquela que não cicatriza através de uma terapia padronizada, em tempo oportuno e ordeno. A relação entre a etiologia da ferida e a determinação do tempo limite de cicatrização traduz apenas parte da definição de ferida crónica levantando diversas contradições.

Para Chadwick e Acton (2009), feridas crónicas ou de difícil cicatrização são aquelas que cicatrizam lentamente, tipicamente, têm uma duração de mais de quatro semanas (Clarke-Moloney et al., 2005) e são caracterizadas pelo défice na progressão das diferentes fases do processo de cicatrização, que ocorrem nas feridas agudas, sendo estas definidas por lesões de curta duração que cicatrizam de acordo com um processo definido (Menke et al., 2007).

O processo de cicatrização que é comum nas feridas agudas, não ocorre nas feridas crónicas, sendo o mesmo interrompido, originando um atraso na restauração da função e aumento do tempo de cicatrização (Hardwicke, Shmaljhann, Boyce & Thomas, 2008).

O termo “ferida difícil de cicatrizar” engloba um diverso número de respostas anormais para o processo de cicatrização, uma sequência complexa e definida de eventos celulares e

bioquímicos sobrepostos (hemostase, inflamação, proliferação e remodelação) que levam a formação de cicatriz (Barrientos, Stojadinovic, Golinko, Berm & Tomic-Canic, 2008).

De acordo com Edwards, Courtney, Finlayson, Shuter e Lindsay (2009) as feridas crónicas (úlceras de perna) estão associadas a uma decrescente qualidade de vida, mobilidade restrita, ansiedade e depressão (Charles, 2004; Franks et al., 2003; Franks & Moffatt, 1999; Jones et al., 2006; Persoon et al., 2004; Price & Harding, 1996). Sensação de dor intensa e contínua é mencionada por 17-65% dos indivíduos (Briggs & Nelson, 2003). O isolamento social surge normalmente como resultado de uma mobilidade restrita, dor e impacto a nível psicológico oriundo da presença da ferida e dos tratamentos (Persoon et al., 2004).

De acordo com Rando (2009), existem úlceras cuja etiologia não percorre as fases de cicatrização em tempo apropriado, definidas, em estudos anteriores, como feridas que não cicatrizam no período de um mês (Mostow et al., 2005; Niezgodna et al., 2005) e progridem para feridas crónicas quando o processo de cicatrização estagna (Kantor & Margolis, 2000). O que pode originar complicações na qualidade de vida da pessoa (Persoon et al., 2004), morbidade e até mortalidade devido a complicações como infecção e amputação (Brem et al., 2004; Cali & Bruce, 1999).

O processo de cicatrização geralmente ocorre dentro de um determinado período de tempo, dependendo de diversos factores como a etiologia da ferida, as dimensões da mesma, a sua duração, a idade da pessoa, assim como de factores que podem prejudicar a cicatrização, tais como comorbilidades (Eming et al., 2009; cit. por Pragnell & Neilson, 2010).

Durante o processo de cicatrização devem ser tidos em conta diferentes aspectos como a etiologia, a nutrição, a idade, as doenças associadas, o estádio em que se encontra a ferida, os aspectos psicológicos e o apoio social, noções confirmadas por Worley (2004) para quem as características da ferida e da pele que influenciam a qualidade de vida, incluem a etiologia subjacente, a dor, a avaliação nutricional e a mobilidade.

Chase et al., (cit. por Vowden & Vowden, 2006) mencionam a natureza crónica das úlceras de etiologia venosa, sendo confirmado por diversos estudos epidemiológicos, que indicam que, em qualquer altura, mais de 60% das úlceras em tratamento serão recorrentes.

Os mesmos autores (cit. por Ebbeskog & Emami, 2005), referem que as úlceras de perna são descritas como uma longa experiência de cicatrização. É sabido que os indivíduos com úlcera de perna requerem tratamento que pode demorar meses ou anos (Ebbeskog et al., 1996, Lindholm et al., 1999, cit. por Ebbeskog & Emami, 2005).

Através da revisão da literatura, verifica-se que as úlceras venosas recorrentes têm um impacto considerável no indivíduo e cuidadores, a nível do serviço de saúde em geral, em termos de custos relacionados com as necessidades e cuidados de enfermagem. Para além de que oferecem ao indivíduo uma condição debilitante e crónica, podendo afectar todas as faixas etárias, sendo os idosos os mais afectados. São caracterizadas por uma lenta cicatrização, isolamento social, dor frequente e recorrente (Vowden & Vowden 2006).

O impacto que as úlceras de pressão têm na qualidade de vida do indivíduo não pode ser de modo algum subestimado. Fox (2002, cit. por Benbow, 2009) explorou as experiências de indivíduos com úlcera de pressão e descobriu que a qualidade de vida é significativamente afectada em varias áreas. Estas incluem o isolamento social, a imagem corporal negativa e alterada, a relação com os prestadores de cuidados, os níveis exsudado, a perda de independência, o impacto psicológico negativo, o medo, a frustração, a ansiedade e depressão, e a dor, que conduzem a distúrbios do sono. Também Spilsbury et al. (2007; cit. por Benbow, 2009) concluíram que a maioria dos participantes do seu estudo sentiam que a úlcera de pressão e o seu tratamento afecta emocional, mental, psíquica e socialmente a sua vida.

Cole-King and Harding (2001; cit. por Solowiej, Manson & Upton, 2009) avaliaram a relação entre cicatrização de feridas crónicas, ansiedade e depressão. A relação entre a cicatrização das feridas crónicas, depressão e ansiedade foi estatisticamente significativa, o atraso na cicatrização foi associado a um score elevado na escala de ansiedade demonstrando que sintomas de depressão e ansiedade estão associados a cicatrização de feridas crónicas. Deve-se reconhecer contudo que a relação causal entre o stresse e o atraso na cicatrização não pode ser deduzida a partir destes resultados, como que de outros factores, tais como limitações físicas ou sociais que resultam da ferida, que podem desempenhar um papel activo nesta relação.

Quando o processo de cicatrização é interrompido ou se desenvolve mais lentamente, devido à presença de comorbilidades ou patologias subjacentes, são denominadas de crónicas, predominam em doentes diabéticos, com doença arterial e/ou venosa ou ocorrem como resultado de factores externos como pressão ou fricção (Leach, 2004; Jones, 2009; Vuorisalo et al., 2009; cit. por Pragnell & Neilson, 2010).

De acordo com Price e Harding (cit. por Baranoski & Ayello, 2006) os indivíduos com úlceras de perna com mais de 24 meses de duração, eram em geral avaliados como tendo melhor saúde, comparativamente com os que tinham a ferida à menos de 24 meses. O suportar de feridas crónicas de acordo com Dewar e Morse (cit. por Baranoski & Ayello, 2006), é conseguido através da adaptação ou processo indefensável de aceitação silenciosa da sua condição. Investigadores apuraram que alguns indivíduos consideram que permanecer com feridas trás benefícios, como visitas frequentes de enfermagem, atenção por parte dos familiares, amigos e profissionais de saúde, uma maior atenção e o carinho sentido leva a um desenvolvimento positivo da auto-estima.

Para Leonard e Vuolo, Rodin e Sturman (cit. por Pragnell & Neilson, 2010), os efeitos negativos provenientes da ferida crónica afectam não apenas a qualidade de vida da pessoa mas também a da sua família e amigos. É essencial compreender cada indivíduo, as suas motivações, suas capacidades, o ambiente familiar, o suporte familiar e suporte financeiro, uma vez que cada um desses factores afecta directamente os cuidados à ferida (Fonder et al., 2008)

Com fim a uma cicatrização eficaz deve ser feita uma avaliação da ferida, de acordo com Branoski e Ayello (2006), um processo que associa a observação, colheita de dados e avaliação, fazendo parte importante da prestação de cuidados à pessoa. Esta avaliação inclui uma avaliação inicial e todas as alterações, intervenções e tratamentos que venham a ser realizados. A avaliação da ferida é realizada de acordo com o plano de cuidados instituído, baseando-se nas características observadas aquando as mudanças de pensos, indicações médicas ou de outros profissionais.

Segundo os mesmos autores, não existem normas que indiquem o tipo e quantidade de informação que deve ser registada em cada avaliação, existem diversos métodos de documentação (Ayello, 1992; Bates-Jensen, 1997; Lazarus, 1994; Stotts, 1999), sendo na realidade o mais eficaz aquele que, toda a equipa de prestadores de cuidados preencher e considerar mais adequado. Uma avaliação minimalista deve incluir observação geral da pessoa, etiologia da ferida e características da ferida como a localização, o tamanho, a profundidade, o exsudado e o tipo de tecido presente. A classificação da ferida pode ser realizada através de diferentes abordagens.

A avaliação dos parâmetros da ferida, fornece a informação necessária para uma tomada de decisão, que irá influenciar directamente o resultado dos tratamentos instituídos. Uma observação cuidadosa origina um conjunto de informações, que subsidiam a escolha do tipo de penso a ser utilizado, assim como a mudança de comportamento ao longo do tratamento realizado (Morais, 2008).

A avaliação da ferida é apenas parte da avaliação global realizada ao indivíduo, deverá ser avaliada ainda por exemplo, a idade, o nível de mobilidade, o grau de dependência, o estado nutricional, a presença ou ausência de doenças concomitantes, o estado mental (stresse e distúrbios de sono), a medicação que faz e a atitude que adopta (Benbow, 2007).

A ferida não deve ser vista apenas como uma lesão física, mas como algo que provoca dor, sem necessariamente precisar de estímulos sensoriais, uma marca, uma perda irreparável como uma doença incurável. Tem a capacidade de fragilizar e muitas vezes incapacitar a pessoa para as suas actividades diárias, nomeadamente em termos laborais (Lucas et al., 2008).

A dor pode também desempenhar um importante papel no desenvolvimento do stresse e problemas associados, que se podem revelar determinantes para o processo de cicatrização (Solowiej, 2009).

Em geral feridas crónicas são muito dolorosas e tem um impacto determinante na qualidade de vida do indivíduo (Price et al., 2007; cit. por Chadwick & Acton, 2009). Além do que, o

stresse provocado pela dor relacionada com a ferida, provoca um atraso superior no processo de cicatrização da ferida (Soon & Acton, 2006; cit. por Chadwick & Acton, 2009). De acordo com Seco (2003) as úlceras crónicas constituem uma problemática com tendência a aumentar nos países industrializados, devido à maior esperança de vida e envelhecimento subsequente da população, ao conjunto de patologias associadas, deficiente cuidado da pele e nutrição.

Para Hoffman (2006; cit. por Kirby, 2008) o bem-estar dos indivíduos, a mobilidade, o apetite e o sono, são afectados pela dor, que então se reflecte na progressão da ferida. Por sua vez Benbow (2007; cit. em Kirby, 2008) explica que em termos práticos a vida diária gira em torno da ferida, pela espera do momento dos tratamentos, constantes limpezas devido ao exsudado e isolamento social, assim como mau odor impede as saídas ao exterior e socialização do indivíduo.

1.1.1. DOR ASSOCIADA A FERIDA CRÓNICA

Dor associada ao facto de possuir ferida pode ter origem em diferentes fontes, e apenas através de uma observação hábil, monitorização e diálogo com os utentes é possível ter uma visão sobre o que eles vivenciam (Benbow, 2009).

Na literatura existem diversos conceitos de dor. Sendo frequentemente utilizado o de McCaferly (1989; cit. por Branoski & Ayello, 2006), que se refere à dor como: tudo o que a pessoa que sente refere que é, e existe sempre que ela diz que existe. Existem diferentes tipos de dor, o tipo de dor depende amplamente do tipo de ferida presente.

Mudge (2007; cit. por Kirby, 2008) conclui que o impacto da dor, relacionada com a úlcera venosa (crónica), nunca deve ser subestimado.

A dor é uma sensação complexa, modulada fortemente por influências cognitivas, e é uma característica de muitas feridas crónicas. Pode ser constante ou intermitente, pode ser descrita

pelo indivíduo como afiada, latejante, tipo facada, tipo tiro, entre outras (Gottrup, Apelquist & Price, 2010).

De acordo com Woo, Sibbald, Fugh, Glynn et al. (2008), a dor é algo subjectivo e uma experiência comum em pessoas portadoras de ferida crónica. A dor relacionada com a ferida pode ser temporária (aguda) ou persistente (crónica). Segundo os mesmos, diversos estudos indicam que até 80% de pessoas com ferida crónica tiveram experiência de dor persistente entre os tratamentos.

Nemeth e col. (2003; cit. em Dealey, 2006) analisaram a prevalência de dor em indivíduos com úlcera de perna e aferiram que cerca de metade sofriam de dor, ao ponto da mesma influenciar a sua qualidade de vida.

Briggs (2006), Flanagan et al. (2006), Price (2005), mencionados por Kirby (2008) reconheceram que os indivíduos experimentam mais de que um tipo de dor, e descreveram vários sintomas entre o tratamento, como sensação de facada, aguda, aflitiva entre outras, que estão actualmente subvalorizadas, os indivíduos não são avaliados entre este tipo de eventos.

Cada vez mais é reconhecido que a dor é um dos grandes problemas para a pessoa que tem ferida. Moffatt et al. (cit. por Branoski & Ayello, 2006) desenvolveram um estudo no qual se verificou que a dor na úlcera de perna foi considerada a mais severa de entre os diferentes tipos de ferida e a remoção do penso o que causava a dor mais intensa.

Hoffman (2006; cit. por Kirby, 2008) resume alguns dos diversos estudos que evidenciaram como as feridas crónicas afectam a qualidade de vida. A maioria foca-se na dor sentida pelo indivíduo, nomeadamente na realização do tratamento, o que conduziu a European Wound Management Association (EWMA) a desenvolver um documento de posição, *Pain at Wound Dressing. Changes* (Moffatt et al., 2002), de forma a incentivar melhores práticas.

Na óptica de Krasner (cit. por Branoski & Ayello, 2006), a dor em feridas crónicas divide - se em três sub-conceitos, não cíclica ou incidente definida como episódio único de dor, cíclica ou episódica que se repete como resultado de tratamentos repetidos, e dor crónica ou contínua que é persistente e ocorre sem manipulação da ferida.

O mesmo autor realizou um estudo no qual evidenciou que os indivíduos apesar de descreverem a dor como algo terrível, consideravam também algo normal ou de ocorrência esperada pelo facto de possuir uma úlcera de perna. Independentemente da dor, sofrimento e limitações resultantes da presença de úlcera os indivíduos tentavam sempre manter uma atitude mais positiva, seguindo em frente na sua vida independentemente das adversidades.

A dor é um problema significativo no que respeita as feridas crónicas, provocando impacto na qualidade de vida da pessoa (Soon & Acton 2006; cit. por Solowiej, 2010). Segundo Benbow (2009) indivíduos mencionam que os profissionais de saúde nem sempre os escutam, não reconhecem devidamente a dor sentida e nem a tratam de modo adequado.

Gottrup et al. (2010) citam estudos que sugerem que a intensidade da dor pode aumentar de noite e que pode apresentar variações no dia-a-dia ou devido a influências sazonais e meteorológicas. Dor pode afectar o indivíduo física, psíquica e socialmente, uma redução na dor pode melhorar significativamente a saúde do indivíduo, relacionada com a qualidade de vida.

A dor pode ter um efeito negativo na cicatrização da ferida, assim como pode contribuir para o stresse e outras emoções negativas, como o medo, a ansiedade e depressão (Woo et al. 2008; cit. por Solowiej, 2010). A percepção da dor pode ser influenciada por factores fisiológicos, sociais e emocionais (Augustin & Maier, 2003; cit. por Solowiej, 2010).

Hyland et al. (cit. por Solowiej et al., 2010) constataram que o nível de dor sentida pelos indivíduos com úlcera de perna está relacionada com a diminuição do sono, tempo perdido a pensar na úlcera de perna, stresse e diminuição da qualidade de vida.

A dor é prejudicial para a pessoa, leva à exaustão, afecta a capacidade de realizar as suas actividades de vida, desenvolve sentimentos de baixa auto-estima, impede a cicatrização da ferida e diminui a qualidade de vida. A fim de diminuir, todos estes aspectos presentes na vida da pessoa com ferida melhorando a sua qualidade de vida, a dor deve ser tida sempre em conta e o seu alívio deve ser uma prioridade e a sua ausência um objectivo. A dor relacionada com a ferida crónica afecta o bem-estar da pessoa, a capacidade funcional e qualidade de vida (Goodridge et al.; cit. em Roden, 2009).

A dor e o stresse podem ter um efeito negativo no bem-estar dos indivíduos. Frequentemente os tratamentos à ferida como a mudança de pensos, a limpeza da ferida e o desbridamento podem provocar impacto na vida diária do indivíduo (Solowiej et al., 2009; cit. em Solowiej, 2010).

Schofield et al. (2006; cit. em Kirby, 2008) concluíram que a dor associada a ferida crónica está directamente relacionada a qualidade de vida, e sugeriram que em substituição da medicação utilizada, deveria ser tida uma perspectiva mais holística, ideia apoiada por Price (2005).

De modo a haver um melhor conhecimento por parte do prestador de cuidados, a dor que a pessoa refere deve ser devidamente avaliada, para tal recorre-se a instrumentos de avaliação como as escalas da dor, que têm um papel útil no tratamento da dor. Existem diversas escalas de avaliação, sendo referenciada a Escala Numérica da dor como uma das principais para a avaliação da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

1.1.2. ODOR ASSOCIADO A FERIDA CRÓNICA

Para além da dor o odor pode ter um impacto emocional e psicologicamente arrasador. Mesmo com o uso de produtos perfumados não é possível diminuir ou esconder o odor proveniente de uma ferida, este pode fazer-se acompanhar de sentimentos de vergonha, embaraço, a pessoa evita o convívio para não ofender os outros com o odor que transporta, a auto-imagem da pessoa pode ficar danificada. Em muitos estudos há referência do impacto do odor da ferida na pessoa, de como pode provocar emoções negativas levando ao isolamento e diminuição da auto-estima. Edwards et al. (2009) fazem referência a um impacto negativo na saúde psicológica que tem sido documentado em vários estudos, englobando emoções negativas (Ebbeskog & Ekman, 2001; Phillips et al., 1994), distúrbios do sono (Hareendran, 2005; Persoon et al., 2004), depressão e ansiedade (Jones et al., 2006; Phillips et al., 1994

Gerir as feridas exsudativas e com odor, torna-se um desafio algo difícil para os profissionais de saúde (Williams 2001; cit. por Hampton, 2008).

As feridas crónicas são acompanhadas de odor intenso, exsudado e aparência desagradável, juntos com os tratamentos necessários e sua duração, podem ter um impacto extremamente negativo na qualidade de vida da pessoa (Hampton, 2008; Kirby, 2008; Mazaharinia et al., 2007; cit. por Pragnell & Neilson, 2010).

O mau odor provocado pelas feridas exsudativas pode provocar transtornos no indivíduo, em termos de desconforto e isolamento social (Holloway et al., 2002; cit. por Hampton, 2008).

De acordo com Hampton (2008), o mau odor por destruir a qualidade de vida da pessoa com ferida exsudativa.

Para Leighton-Bellichach (2006; cit. por Kirby, 2008) os sintomas mais desagradáveis, incluindo o mau cheiro e o constrangimento incorrido, eram relatados como preferíveis à dor sentida nas feridas crónicas.

Um estudo realizado por Hopkins (2004) no qual constatou que a presença de ferida acarreta diferentes implicações para a pessoa, verificou que a presença de úlcera de perna tem um grande impacto na vida social, o odor é descrito como o pior, é algo significativo para a pessoa, contribuindo para o isolamento social. Os distúrbios do sono, a dor, o odor e a incapacidade de manter a actividade social são factores que contribuem para o isolamento.

A presença do odor pode levar ao isolamento devido à vergonha, uma vez que o odor trás muitas vezes um estigma social associado (Douglas, 2001; Rich & McLachlan, 2003; cit. por Jones, Robinson & Carlisle, 2008). O estigma afecta psicologicamente as pessoas, diminuindo muitas vezes a sua auto-estima, podendo agravar a morbilidade psiquiátrica. O odor pode levar à retirada social da pessoa ou a menores participações (Arole et al., 2002; cit. por Jones et al., 2008).

1.2. AUTO-ESTIMA

Nesta linha de pensamento, também Hasse (cit. por Barreiros et al., 2008), salienta que ser e pensar o corpo são aspectos que se referem particularmente ao facto de se ser, da participação na vida em sociedade, de se saber que se existe. Existem aspectos distintos entre a consciência e a consciência de si próprio, entre o pensar o corpo e o pensar a si próprio. A imagem do corpo desempenha deste modo um papel importante na consciência de si próprio. A auto-estima é um dos aspectos mais dinâmicos da consciência que se possui de si, estabelece relações com o físico, beleza e enfermidade. Desencadeia juízos sobre si próprio, estrutura os objectivos que se pretendem alcançar, o sentimento do seu valor, ou mesmo da ausência dele. Para Rosenberg (1965) auto-estima pode ser entendida como uma atitude positiva ou negativa que o indivíduo apresenta em relação a si próprio.

Para o indivíduo a imagem corporal desempenha um importante papel na consciência de si próprio, a percepção do corpo condiciona a auto-imagem, se a mesma for positiva a auto-estima também será (Gottrup et al., 2010).

A percepção alterada que o indivíduo tem da sua imagem corporal durante o tratamento está associada ao stresse devido ao tipo de tratamento, pensos, odores e seguindo a cicatrização, a cicatriz, o resultado de cirurgia como amputação também pode causar sofrimento extremo no indivíduo (Benbow, 2007).

Na abordagem do conceito de auto-estima, verifica-se que existe uma interdependência entre auto-estima e auto-conceito. Ao analisar a auto-estima torna-se inevitável abordar o auto-conceito, assim como a relação entre ambos.

Auto-conceito é descrito por Vaz Serra, como “*a percepção que o indivíduo tem de si próprio*” (1999, p.401). Este pode ser compreendido como um construto que influencia a representação que o indivíduo tem de si próprio e do mundo envolvente, razão pela qual este aspecto assume uma importância vital no quotidiano do indivíduo e nas relações interpessoais que estabelece com os outros.

Herbert Mead (1934; cit. por Fachada, 2001) pressupõe que o auto-conceito se origina e desenvolve através da interacção social que o indivíduo constitui com os diferentes domínios pessoais, entre os quais se salientam o espiritual, o social, o familiar, o profissional, o material e o afectivo. O auto-conceito assume-se assim como um algo complexo, multidimensional, constituído por diferentes componentes entre as quais se salientam a auto-estima. A auto-estima relaciona-se com o auto-conceito na medida em que a uma desvalorização da auto-estima sucede proporcionalmente uma desvalorização do auto-conceito, uma vez que a auto-estima resulta de uma análise intrínseca dos diferentes domínios constituintes do *self* (Fachada, 2001).

O conceito de auto-estima pode ser entendido como correspondendo aos aspectos avaliativos e emocionais do indivíduo, traduzidos pelo grau que o indivíduo gosta de si próprio (Fachada, 2001). Auto-estima, é descrito por Vaz Serra como sendo uma componente integrativa do auto-conceito, podendo ser compreendida pela “*avaliação que o indivíduo faz de si próprio*” (1999, p.406).

A imagem corporal traduz o retrato mental que a pessoa tem de si mesma, está intimamente ligada à auto-estima. Shipes (cit. por Dealey, 2006) refere-se à auto-estima como a soma total de tudo o que acreditamos sobre nós próprios.

Também Rodrigues (2002; cit. por Kuwano & Silveira, 2002) continua a expressar que, a auto-estima se baseia nos diversos sucessos e fracassos da pessoa durante a sua interacção familiar, pessoas significativas e sociedade. O sucesso das relações sociais é influenciado, entre outros factores, pelo nível de dependência dos outros. A realização dos cuidados pessoais contribui para a independência, o que influencia directamente a auto-estima.

Para Cummins e Nistico (2002), a auto-estima é fundamental para a satisfação da pessoa para com a vida, auto-estima pode ser considerada como um dos factores mais importantes que afecta o nível de satisfação de vida. Indivíduos que tenham elevados níveis de auto-estima são mais organizados nos objectivos que desejam alcançar mantendo os seus valores (Crocker, Brook Niiya & Villacorta, 2006; cit. por Oztas, 2010). Investigadores (Humphreys, 1998; Mäkikangas, Kinnunen & Feldt, 2004; cit. por Oztas, 2010) descobriram uma relação positiva entre auto-controlo, optimismo, auto-aperfeiçoamento e auto-estima.

Pode-se concluir que elevada auto-estima surge relacionada com uma maior valorização pessoal, com maior satisfação nos aspectos mais valorizados pelo próprio, contrariamente baixa auto-estima surge normalmente associada a estados depressivos, ansiedade, isolamento e avaliações excessivamente negativas de si próprio.

A presença de uma ferida afecta a pessoa nos mais diversos sentidos, a nível físico, social, económico, emocional e espiritual. Para além da pessoa, a sua família e prestador de cuidados são afectados por esta realidade. Logo devemos olhar para a pessoa de modo mais abrangente, enquanto prestadores de cuidados devemos adoptar uma visão holística, em que o profissional de saúde deve ter uma visão ampla no que se refere ao tratamento de ferida crónica, não se devendo centrar apenas na realização de tratamentos.

Durante a vida a consciência corporal contribui para a auto-estima do indivíduo, nos estádios finais da vida constitui algo mais decisivo, a adaptação às mudanças corporais e auto-diagnóstico nem sempre são vividos de ânimo leve.

De acordo com Consuerga e Ochoa (2008), uma deficiente cicatrização da ferida origina um processo de recuperação lento, que se traduz numa grave problema de saúde, que expõem a pessoa tanto a nível de saúde como social, podendo provocar problemas de auto-estima levando ao isolamento e sentimento de incapacidade. Um tratamento prolongado leva a uma redução de actividade, conseqüentemente trás repercussões emocionais, económicas e familiares, aspectos que podem motivar o abandono do tratamento devido a perda de auto-estima e sentimento de incapacidade entre os pares.

Para as mesmas autoras a auto-estima pode-se transformar num sentimento de incapacidade, inutilidade, medo, dependência e culpa. O auto-conceito/auto-percepção na percepção que a pessoa tem de si própria e as implicações que a ferida provoca no seu corpo, considera-se como um valor que a pessoa concede à sua própria imagem, neste caso associado a sentimentos de tristeza, raiva e inconformidade.

As feridas ainda são vistas como algo negativo, pelo que as pessoas portadoras de ferida são muitas vezes consideradas pouco atraentes, imperfeitas, vulneráveis, incomodativas e até podem causar repulsa (Hopkins, 2001; Van Rijswijk, 2001; cit. por Branoski & Ayello, 2006).

Jones et al. (2006; cit. em Solowiej et al., 2009) realizaram um estudo exploratório acerca da prevalência do stresse, ansiedade e depressão em indivíduos com úlcera venosa, onde foi utilizada a escala de ansiedade para avaliar a presença de ansiedade e depressão nos mesmos, os dois sintomas que aparentam estar associados com ansiedade e depressão são a dor e o odor. Concluíram que os tratamentos devem ser reorientados para os indivíduos que possuem ferida quando a cura não é uma opção, e que factores psicológicos incluindo a ansiedade e depressão devem ser tidos em consideração na prestação dos cuidados a esses indivíduos.

A socialização está implícita na auto-estima da pessoa, o afastamento da pessoa com ferida do seu meio social, das suas actividades diárias, a ruptura com família e amigos devido a sua condição conduz a um isolamento social. A inexistência de um reforço social positivo leva ao desaparecimento da auto-estima e auto-confiança da pessoa. Alguns estudos afirmam que o apoio social protege o aparecimento de transtornos físicos e psicológicos, fomenta a saúde independentemente do nível de stresse, amplia directamente a saúde mental da pessoa, protege as pessoas dos efeitos nocivos dos eventos stressantes da vida e por último atenua os efeitos do stresse (Stewart M. et al., cit. por Consuerga & Ochoa, 2008).

1.2.1. QUALIDADE DE VIDA ASSOCIADA A AUTO-ESTIMA

Indiscutivelmente, as feridas produzem os mais variados efeitos na qualidade de vida da pessoa portadora de ferida e no seu cuidador. Qualidade de vida é algo demasiado abrangente, surge associada a saúde nos anos 80. Para Price (1996), qualidade de vida associada a saúde consiste na importância do impacto da doença e seu tratamento na incapacidade e vida diária. Franks e Moffatt (cit. por Branoski & Ayello, 2006) referem que a situação de doença pode ser definida como a sensação de dor, desconforto, alteração das funções usuais ou nos sentimentos, sendo esta a chave para o conceito de qualidade de vida, relacionado com a saúde.

A presença de ferida leva a uma alteração do quotidiano da pessoa, dos seus sentimentos, provoca desconforto e muitas vezes está presente a sensação de dor. A dor é causa comum de ansiedade em indivíduos com ferida, podendo provocar um impacto significativo na sua qualidade de vida (Soon & Acton 2006; cit. por Solowiej et al., 2010).

Os efeitos nocivos das feridas de difícil cicatrização afectam não só a qualidade de vida do indivíduo assim como a da família e amigos próximos (Leonard & Vuolo, 2009; Rodin & Sturman, 2009; cit. por Pragnell & Neilson, 2010). O contributo primário para a reduzida qualidade de vida é a dor associada a ferida em si e relativa a mudança de tratamentos. Foi reconhecido que este é um assunto significativo que requer uma gestão cuidadosa (Benbow, 2009; European Wound Management Association (EWMA), 2002; World Union of Wound Healing Societies, 2004; World Union of Wound Healing Societies, 2007; cit. por Pragnell & Neilson, 2010).

A úlcera de perna causa grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos, embora os profissionais de saúde dificilmente compreendam as implicações de viver com úlcera de perna (Neil & Munjas, 2000; cit. por Ebbeskog & Emami, 2005).

A qualidade de vida é algo difícil de avaliar, devido a sua natureza pessoal e subjectiva, às diferentes percepções do que constitui o contentamento e a grande variabilidade entre os indivíduos quando estes tentam definir o grau de bem-estar em períodos de tempo específicos. É a combinação de atributos num indivíduo que identifica o seu nível de bem-estar num dado momento, sendo difícil para os profissionais de saúde avaliá-lo de modo preciso (Bewbow, 2009).

A decrescente qualidade de vida está relacionada com os efeitos da realização frequente de tratamentos que interferem com o quotidiano, da fadiga proveniente dos distúrbios do sono, da diminuída mobilidade, da presença de dor e odor, de repetidas infecções da ferida, dos efeitos físicos e psicológicos dos tratamentos (Bewbow, 2009).

Qualidade de vida é um conceito comum, utilizado em diversas áreas, quer na saúde ou economia, pelo que deve ser clarificado uma vez que têm tópicos muito diferentes originando perspectivas diferentes (Ribeiro, 2001). De acordo com Santos (2006), a qualidade de vida foi

encarada como prioridade a nível dos serviços de saúde, uma vez que se encontra associada à prevenção de doenças, procura activa da cura, alívio de sintomatologia e promoção de conforto do indivíduo.

De acordo com Santos (2006) e Pimentel (2006), devem ser considerados diversos domínios para uma correcta e completa avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, entre eles, o estado funcional que se refere à capacidade que o indivíduo tem na realização das suas tarefas diárias, sintomas físicos que surgem da doença ou tratamento, como a dor entre outros, sendo este o sintoma com maiores repercussões na qualidade de vida (Rummans et al., 1998). A sintomatologia mal controlada eleva a ansiedade, a depressão e a frustração, interferindo no bem-estar do doente e família (Ferrell & Grant, 1998).

São diversos os conceitos de qualidade de vida, no entanto é consensual que se trata de um conceito dinâmico que se altera de acordo com o tempo e experiências de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como conceito de qualidade de vida como *“Percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”* (The WHOQOL Group, 1994; cit. por Fleck, 2000).

Qualidade de vida foi um conceito que surgiu na segunda metade do Século XX, com a melhoria da condição de vida, aumento da esperança de vida e interesse pelo impacto ambiental. Actualmente é atribuído grande valor à necessidade de viver bem, à melhoria da qualidade do tempo de vida e condição da humanidade (Leone 2009; cit. por Ribeiro, França, Mendes, Ourives, Pinto & Ribeiro, 2011). Trata-se de um conceito amplo e abrangente, que inter-relaciona o meio ambiente, aspectos físicos e psíquicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

A qualidade de vida é influenciada por diferentes factores, objectivamente as condições de saúde, ambiente físico, trabalho, lazer, oportunidades entre outros, subjectivamente estão abrangidos termos como a felicidade, a satisfação com a vida, o bem-estar, isto é, as experiências individuais e todo o significado atribuído às mesmas (Beck et al., 1999; cit. por Lucas et al., 2008). Pode-se dizer que a qualidade de vida encontra-se directamente

relacionada com a auto-estima, bem-estar pessoal e abrange inúmeros aspectos como capacidade funcional, condição sócio-económica, emoções, socialização, cognição, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, cultura, ética, estilo de vida, satisfação com as actividades diárias e ambiente em vive (Gottrup et al., 2010).

1.3. CAPACIDADE FUNCIONAL

São muitos os estudos que relacionam as feridas e a qualidade de vida. O facto de ter uma ferida leva a pessoa a alterar os seus hábitos, rotinas, logo a sua qualidade de vida irá ser abalada, conseqüentemente a dos seus familiares e/ou cuidadores. A qualidade de vida abrange a função física, a presença de uma ferida poderá influenciar a realização das actividades de vida diárias da pessoa, nomeadamente a sua funcionalidade.

A avaliação funcional pode ser definida como a análise e medida de comportamentos específicos, que ocorrem em ambiente real e que são relevantes para a vida ou para a concretização de objectivos. A avaliação funcional compreende sempre uma interacção entre a execução de uma determinada tarefa e as condicionantes ambientais, sejam pessoas, regras, barreiras físicas e ou limitações de tempo (Cabete, 2005).

As competências individuais incluem saúde física e mental, capacidades cognitivas, afectividade, qualidade de vida, auto-eficácia e controle de si e do meio, as variáveis ambientais incluem a habitação, o ambiente social e as relações de vizinhança (Lichtenberg, MacNeill & Mast ; cit. por Cabete, 2005).

Tem sido demonstrado que a diminuição da função cognitiva também contribui para o declínio da capacidade física em pessoas mais velhas (Dodge et al., 2006; Stuck et al., 1999; Wang et al., 2002; cit. por Hybels, Pieper & Blazer., 2009), esta associação tem sido observada entre adultos mais velhos com ou sem dependência de base (Mehta et al., 2002). A nível social ter apenas um pequeno papel e poucos contactos também é algo que está

associado ao declínio funcional (Ishizaki et al., 2000; Stuck et al., 1999; cit. por Hybels et al., 2009).

A incapacidade é algo que está directamente relacionada com a comunidade em que o indivíduo está inserido, com as expectativas da mesma, com o que é considerado como um desempenho adequado, dito “normal”, toma o significado que é socialmente estabelecido.

Num estudo de coorte prospectivo realizado por Gill, Hardy e Guo (2006) acerca da comunidade e pessoas idosas, os mesmos evidenciam que a incapacidade funcional é um processo dinâmico, caracterizado por frequentes transições entre estados de independência e incapacidade.

A avaliação funcional permite também ter uma noção do estado cognitivo do indivíduo, bem como da sua força física e destreza, uma vez que envolve capacidades como as de gerir o dinheiro, tomar a medicação, ir as compras e alimentar-se, entre outras (Gallo, Fulmer, Paveza & Reichel; cit. por Cabete 2005). A análise da função, objectiva identificar as actividades funcionais pertinentes e avaliar a habilidade do indivíduo em desempenhar com sucesso as actividades.

Tal como outros conceitos, capacidade funcional é algo bastante complexo e abrange outros conceitos como o da deficiência, incapacidade, autonomia, independência, estão todos de alguma forma interligados, de forma geral utiliza-se o conceito capacidade funcional. A incapacidade funcional por sua vez pode-se entender como a dificuldade ou impossibilidade em desempenhar algumas actividades diárias, movimentos. Geralmente associado à capacidade funcional do indivíduo estão factores como patologias, deficiências ou problemas do foro da saúde que de alguma forma provoquem limitações (Rosa et al., 2003).

De acordo com Mudge, Meaume, Sibbald e Price (2008), a perda de mobilidade é entendida pelos sujeitos portadores de ferida como algo que impede a execução de diversas tarefas do quotidiano, reduzindo consideravelmente o seu bem-estar e qualidade de vida.

A relação entre sintomas depressivos e alteração a nível funcional é algo complexo, pode diferir por domínio de função avaliada e pode não ser necessariamente linear. Isto é, com o

aumento dos sintomas depressivos o nível de declínio funcional pode não ser correspondente (Hybels et al. 2009).

De acordo com o Decreto-lei 101/2006 n° 109 (artigo nº3, de 6 de Junho) é considerada dependência (...)

“Situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas, pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar Actividades da Vida Diária e/ou Actividades Instrumentais de Vida Diária” (p. 3857).

Deste modo, consideram-se em situação de dependência os indivíduos que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem.

Para Baltes e col. (1999; cit. por Sequeira, 2007), actividades de vida diárias são um conjunto de actividades quotidianas fundamentais, que devem ser realizadas regularmente para manter a independência de um indivíduo no contexto onde vive.

Uma vez que a pessoa se torna dependente, necessita de ajuda para a realização das actividades de vida diária, entendendo-se estas segundo Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI, 2009b) como sendo actividades básicas necessárias à vida, as quais incluem higiene, alimentação, eliminação e mobilização. Associado às quais se encontram as actividades instrumentais de vida diária, de acordo com Stephens (1990; cit. por Sequeira, 2007), são actividades que possibilitam a adaptação do indivíduo ao meio em que se insere e a manutenção da sua independência na comunidade, estando estas actividades relacionadas com o estado cognitivo, incidindo sobre acções como cozinhar, utilizar transportes, dinheiro, telefone entre outras.

De acordo com Sequeira (2007) o conceito de dependência está relacionado com a incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas. O grau de dependência reporta à incapacidade de cuidar de si próprio no contexto em que vive. Entende-se assim por dependência a incapacidade do indivíduo atingir um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, por se encontrar impossibilitado de adoptar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros.

Segundo o mesmo autor, independência e autonomia definem situações complementares, mas não idênticas, a primeira relaciona-se com a capacidade de desempenho de actividades de vida diárias e auto-cuidado, a segunda relaciona-se com a capacidade da pessoa gerir a sua vida, tomar decisões sobre si mesmo.

Para a UMCCI (2009b), a capacidade funcional não se prende apenas com a vertente física mas sim com um conjunto de capacidades que cada pessoa possui, a fim de realizar tarefas de subsistência, relacionando-se com todo o meio envolvente em que possa ter uma participação activa na sociedade.

Independência funcional, social e habilidade cognitiva são aspectos da vida que sofrem alterações ao longo do tempo, e do processo de envelhecimento, este é um processo complexo que envolve diversas variáveis que interagem entre si.

Perda de autonomia e de controlo da situação constituem factores geradores de instabilidade. Há perda do papel familiar e social, alterações da auto-imagem, perda de sentido. As mudanças de hábitos, rotinas e estilos de vida são identificados como geradores de stresse por Koenig et al. (cit. por Cabete, 2005).

Para Enoch (cit. por Benbow, 2008) uma nutrição alterada, depressão, isolamento social, gradual perda de actividade contribuem para a perda de independência, associada ao declínio funcional pode levar a transformações na saúde e bem-estar da pessoa. Outro factor basilar para a limitação física, são as comorbilidades, sendo também a dor frequentemente identificada como determinante. São aspectos físicos que influenciam a capacidade comportamental e auto-eficácia (Heinen, Evers, Van Uden, Van der Vleuten, et al., 2007).

De acordo com Van Rijswijk (cit. por Branoski & Ayello, 2006) ter uma ferida induz a imperfeição, um insulto que resulta na vulnerabilidade física e emocional.

Diversos factores influenciam o vínculo entre patologia, compromisso e função, tornando-se de grande importância a resposta social do indivíduo. Indivíduos com as mesmas patologias e compromissos, podem não desenvolver o mesmo tipo de limitações a nível funcional. O indivíduo pode contudo desenvolver as suas actividades de forma diferente devido às suas limitações, logo pode desenvolver o seu papel social e não ser considerado incapacitado.

Para Covinsky, Lindquist, Dunlop e Yelin (2009) as limitações funcionais que comprometem a capacidade de viver de forma independente aumentam significativamente com a idade (Covinsky et al., 2003), limitações que se encontram directamente ligadas ao estado de saúde do indivíduo, nomeadamente situações crónicas (Gill et al., 2004). Por se encontrarem tão ligadas ao processo de envelhecimento estas limitações são consideradas como parte do fenótipo de envelhecimento (Fried et al., 2001), mas existe uma grande variabilidade entre o grau de limitação e a idade, alguns indivíduos apresentam limitações mas não atingiram a idade incluída no conceito de idoso.

2. PROBLEMAS EM ESTUDO

Neste capítulo iremos dar a conhecer a questão orientadora do presente estudo, principais hipóteses levantadas, assim como o tipo de estudo realizado.

2.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Enquanto elementos de uma equipa de saúde, nas diferentes áreas de prestação de cuidados, constatamos situações de sofrimento, revolta, de carência aos mais diversos níveis. A presença de uma ferida crónica altera a realidade da pessoa, conseqüentemente a sua percepção de qualidade de vida.

O desejo de compreender e aprofundar conhecimentos acerca da relação entre dependência funcional e a auto-estima das pessoas com ferida crónica, prende-se com o facto de, ao longo da nossa prática clínica, depararmos-nos com as repercussões que uma ferida crónica trás ao seu portador e sua família ou prestador de cuidados, tentar minimizá-las constitui um complexo desafio para os profissionais de saúde.

Por detrás de uma ferida existem múltiplos factores, torna-se insuficiente olhar apenas para a ferida como um todo, preconiza-se a cicatrização da mesma, processo complexo dependente de diversos factores, nomeadamente intrínsecos á pessoa. Torna-se então fundamental entender a pessoa com ferida no sentido mais lato e holístico, e não apenas como alguém que tem uma ferida, esta é uma realidade muito mais abrangente. O profissional de saúde deve ter uma visão ampla no que se refere ao tratamento de ferida crónica, não se deve centrar apenas na realização de tratamentos.

Um estudo de Ebbeskog e Ekman (2001) identificou diferentes áreas problemáticas no que respeita a ter uma ferida crónica, as repercussões emocionais pelo facto de ter a imagem corporal alterada, um quotidiano alterado, alcançar o bem-estar possuindo uma ferida que provoca dor e a luta diária entre a esperança e o desespero tendo em conta um processo de cicatrização prolongado. Mostra a importância do reconhecimento da percepção da pessoa perante a sua ferida e o impacto dessa mesma percepção sobre o seu bem-estar. Os enfermeiros podem antecipar alguns dos problemas e proporcionar cuidados mais individualizados e delicados.

Para Worley (2004), questões relacionadas com feridas e problemas de pele que coloquem em causa a imagem corporal, são frequentemente considerados como situações que necessitam de apoio psicológico. A perda de funções tem um impacto a nível físico e psicológico para a pessoa. Kuwano refere, num estudo de 2002, que a aptidão para desenvolver tarefas de cuidado pessoal contribui para o nível de independência funcional, podendo afectar directamente a auto-estima da pessoa.

Deste modo, o presente estudo visa a análise e o esclarecimento da seguinte problemática:

- Qual a relação entre a dependência funcional e auto-estima da pessoa com ferida crónica?

Este trabalho surge na medida em que, interessa compreender de que forma o nível de dependência funcional originado pela presença de uma ferida crónica irá afectar o quotidiano da pessoa com ferida crónica e consequentemente a sua auto-estima.

Dentro desta linha de pensamento, efectuou-se um estudo do tipo descritivo, transversal, correlacional, não experimental inserido numa metodologia quantitativa.

Pretende-se estabelecer relações entre as variáveis em estudo e levantar hipóteses, em determinado período de tempo. Quantitativamente pelo facto de se objectivar a recolha de dados observáveis e quantificáveis.

2.2. PRINCIPAIS HIPÓTESES

Ao longo do processo de investigação e após definido conceptualmente o problema em estudo torna-se necessário a elaboração de hipotéticas respostas para esse mesmo problema, devendo estas ser testadas empiricamente, de modo a que se teste a sua validade.

Segundo Quivy e Campenhout (1998), hipóteses constituem de certa forma respostas provisórias e relativamente sumárias que irão guiar o trabalho de recolha e análise de dados, por sua vez devem ser testadas, corrigidas e aprofundadas pelo mesmo.

Pretendendo este trabalho compreender se o nível de dependência funcional dos indivíduos influencia o seu nível de auto-estima, foi desenvolvido um modelo hipotético no sentido de se compreender as relações existentes entre as variáveis em estudo. Estabeleceu-se uma relação hipotética entre a percepção da dor e o nível de auto-estima, entre a idade da ferida e o nível de auto-estima, entre a existência de suporte familiar e o nível de auto-estima e entre a etiologia da ferida e o nível de dependência funcional do indivíduo.

De acordo com o objectivo traçado para o estudo e com o modelo hipotético anterior, foram estabelecidas as seguintes hipóteses de estudo:

- Existe relação entre o nível de dependência funcional dos sujeitos de estudo e o seu nível de auto-estima;
- Existem diferenças significativas entre a percepção de dor por parte dos sujeitos de estudo e o seu nível de auto-estima;
- Existe relação entre a idade da ferida e o nível de auto-estima dos sujeitos de estudo;
- Existem diferenças significativas entre o facto de possuir suporte familiar e o nível de auto-estima dos sujeitos de estudo;
- Existem diferenças significativas entre a etiologia da ferida e o nível de dependência funcional dos sujeitos de estudo;

São estas as hipóteses gerais de relação entre variáveis que podemos formular, podendo-se ter definido hipóteses mais específicas, mas tornar-se-ia numa extensa lista, devido às variáveis e instrumentos utilizados. Contudo na análise de resultados irá ser feita uma avaliação mais específica das variáveis em estudo.

3. METODOLOGIA

Iremos neste capítulo dar a conhecer as opções metodológicas efectuadas ao longo deste trabalho, bem como o tipo de abordagem metodológica efectuada, as principais questões de investigação, o método utilizado para seleccionar a amostra e características da mesma, as variáveis utilizadas, as hipóteses definidas e os instrumentos de colheita de dados utilizados.

Nesta medida, no que concerne aos testes estatísticos utilizados, e uma vez que nem sempre os requisitos metodológicos para a utilização de testes paramétricos estavam cumpridos, optou-se pela utilização de testes não paramétricos, quando os requisitos necessários à utilização de testes paramétricos não estavam reunidos. Sabendo que os testes não paramétricos, são testes menos potentes face aos paramétricos, a nossa opção teve como fundamento principal, a manutenção do rigor estatístico exigido a um estudo desta natureza.

3.1. AMOSTRA E PROCEDIMENTO

Objectivou-se como população em estudo neste trabalho científico, todos os indivíduos de ambos os sexos que possuam ferida crónica, que se encontrem no seu domicílio ou institucionalizados, e que possuem um determinado grau de dependência funcional. Inicialmente seria um estudo que abrangia a população Algarvia, mas por se tratar um elevado número de indivíduos afastados geograficamente de forma considerável, limitou-se a população à área geográfica do Barlavento Algarvio.

Na impossibilidade de utilizar toda a população em causa, surge a necessidade de utilizar uma amostra que nos permita analisar a problemática em estudo. Foi utilizada neste estudo uma amostra por conveniência, em que definimos como critérios de inclusão na amostra a utilizar

possuir ferida Crónica; estar orientado a nível espaço-temporal; possuir uma dependência a nível funcional; estar em regime de cuidados domiciliários e/ou institucionalizadas; possuir idade superior a 60 anos e aceitar participar de forma livre, esclarecida e consentida no estudo.

Inicialmente pretendia-se aplicar os questionários a indivíduos institucionalizados em lares, centros de apoio, casas de repouso, a primeira contrariedade surge quando após diversos contactos com as mais variadas instituições, com essas características, a nível do Barlavento Algarvio verificou-se que actualmente os indivíduos institucionalizados com ferida não reuniam os critérios de inclusão, nomeadamente a orientação espaço-temporal, por vezes a ferida não ser crónica, e até mesmo muitas dessas instituições não admitirem indivíduos com nível de dependência funcional elevado ou até mesmo por possuírem feridas crónicas. De entre os diversos contactos realizados apenas nos foi possível a aplicação do instrumento de colheita de dados num Lar Residencial e somente a dois sujeitos.

Dadas as contrariedades optou-se por aplicar o instrumento de colheita de dados no âmbito da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI), uma vez que abrange cuidados domiciliários e instituições com internamento. A nível do Barlavento Algarvio existem seis unidades de internamento (duas em Portimão e uma em Lagos, Estombar, Silves e Algoz) com diferentes tipologias, de entre as quais apenas foi possível aplicar os questionários em três (Portimão e Algoz), devido aos critérios de inclusão dos participantes. No que respeita aos cuidados domiciliários, estes estão integrados na rede e sediados nos centros de saúde, a nível do Barlavento Algarvio existem quatro equipas responsáveis por este tipo de cuidados (Lagos, Portimão, Lagoa e Silves) através das quais foi possível aplicar o instrumento colheita de dados. Relativamente à idade pré-estabelecida, como superior a 60 anos, foi alargada a faixa etária da amostra, uma vez que a integração na RCCI permite idades inferiores ao mínimo pré estabelecido, e deparamo-nos com indivíduos com os restantes critérios de inclusão excepto a idade, daí ter sido revisto este parâmetro de inclusão.

Para a realização do estudo foi necessário solicitar a autorização de diversas entidades, nomeadamente da administração do Lar da Santa Casa de Misericórdia de Silves, da UMCCI, da Administração Regional Saúde de Faro, da Equipa de Coordenação Local para os

Cuidados Continuados Integrados, a nível das Unidades de Internamento e ao Agrupamento de Centros de Saúde, à Administração de cada Unidade de Internamento, aos Enfermeiros Chefes/Coordenadores e posteriormente a cada indivíduo a quem foi aplicado o instrumento de colheita de dados.

Após as devidas autorizações concedidas foi distribuído pelos Enfermeiros Chefes/Coordenadores um questionário composto por duas partes (será abordado de forma mais pormenorizada, mais a frente no estudo). Aquando da distribuição do instrumento de colheita de dados, procedeu-se a uma explicação prévia do mesmo junto de cada Enfermeiro Chefe/Coordenador, quer no que concerne à finalidade do estudo, quer relativamente à constituição do instrumento de colheita de dados, assim como o modo como este deveria ser preenchido. Os Enfermeiros Chefes/Coordenadores responsabilizaram-se pela distribuição e explicação do instrumento de colheita de dados junto dos Enfermeiros prestadores de cuidados directos, para que os mesmos distribuíssem pelos sujeitos em estudo.

Todos os indivíduos que participaram no estudo fizeram-no de forma voluntária, tendo-lhes sido dada a garantia da confidencialidade dos dados recolhidos, para tal os questionários não possuíam identificação do indivíduo e foram distribuídos e recolhidos em envelopes fechados.

As questões éticas relacionadas com o trabalho em questão foram respeitadas, uma vez que se trata de um estudo com pessoas, foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Os questionários de colheita de dados aplicados procuram não invadir a privacidade dos sujeitos de estudo, todos os dados colhidos foram utilizados unicamente para fins de investigação.

Para se proceder ao tratamento estatístico dos dados recolhidos, foi utilizado o programa SPSS – Statistics 19.

A amostra utilizada em estudo é de 58 sujeitos de estudo, sendo 56,9% do género masculino e 43,1% do género feminino (*vide* gráfico 1), com idades compreendidas entre os 36 e 95 anos, o que corresponde a uma média de idades de 75,71 anos. Considerando-se a idade legal do nosso país para a velhice, os 65 anos, pode-se dizer que é uma amostra envelhecida. Os indivíduos são na sua maioria (98,3%) de nacionalidade portuguesa.

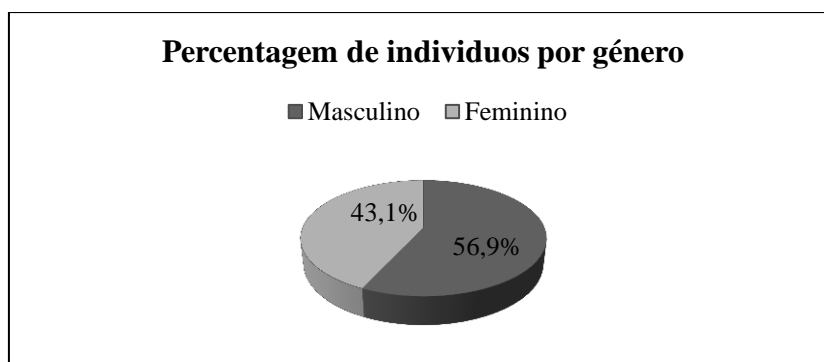


Gráfico nº 1 - Percentagem de indivíduos por Género

No que diz respeito ao estado civil 17,2% são solteiros, 48,3% são casados, 5,2% são divorciados e 29,3% viúvos. Do total 84,5% vivem no seu domicílio, 12,1% estão integrados na Rede Cuidados Continuados em Unidades de Internamento e 3,4% institucionalizados em Lar residencial (*vide* gráfico 2), dos 84,5% que vivem no domicílio 19% vivem sozinhos, 43,1% com cônjuges, 15,5% com os filhos e 8,6% com outros familiares (*vide* gráfico 3). Sendo que 89,7% têm como suporte familiar/prestador de cuidados informal a família, 6,9% têm apoio de amigos/vizinhos e 3,4% apenas têm apoio social.

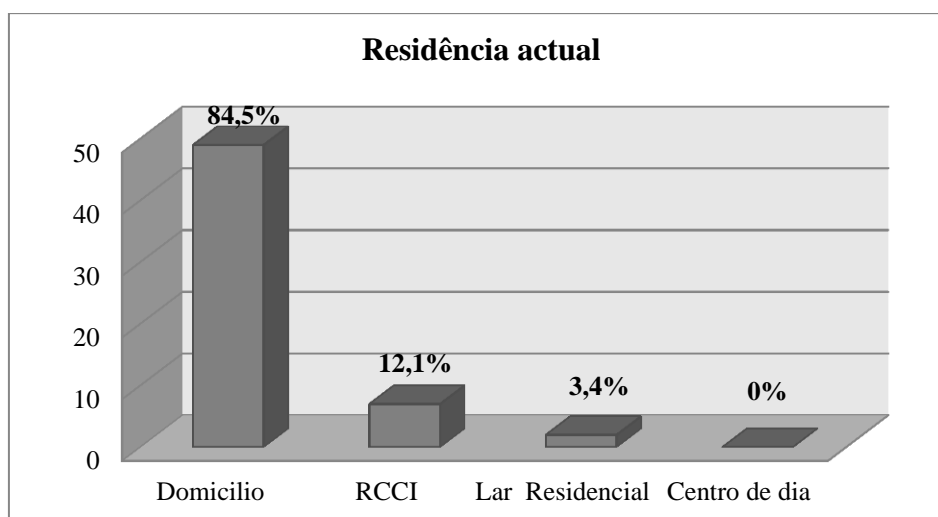


Gráfico nº 2 – Residência actual do sujeito

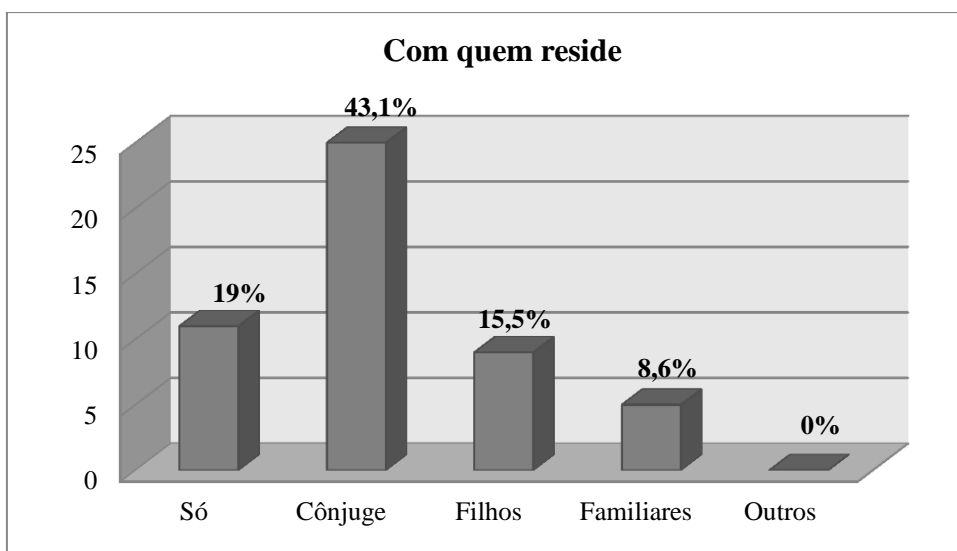


Gráfico nº 3 – Com quem reside o sujeito

Relativamente ao nível de escolaridade 29,3% não frequentaram a escola, 56,9% têm o 1º Ciclo (1ª a 4ª classe), 8,6% o 2º ciclo (5º ao 9ºano), 0% o 3º ciclo (10º ao 12º ano), 3,4% o ensino superior e 1,7% um curso profissional (*vide* gráfico 4).

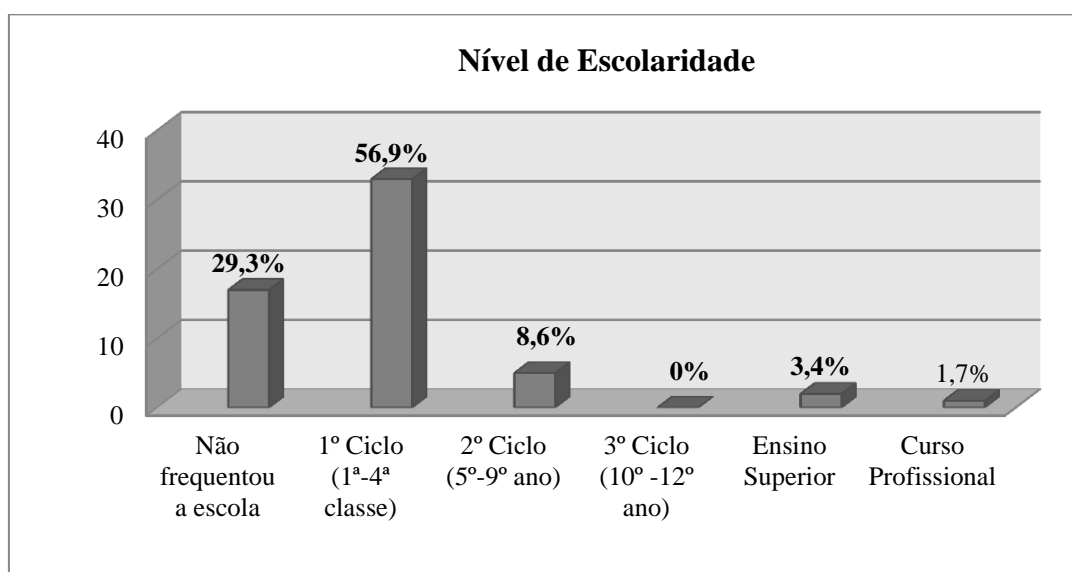


Gráfico nº 4 – Nível de Escolaridade dos sujeitos

No que concerne à presença de ferida, 67,2% dos indivíduos possuem apenas uma ferida, 13,8% duas feridas, 10,3% três feridas e 8,6% possuem quatro feridas. Relativamente á idade da ferida avaliada em meses, constata-se a duração de 12 a 22 meses na úlcera venosa, de 2 a 12 meses e 12 a 22 meses na úlcera arterial, superior a 72 meses na úlcera mista, de 2 a 12 meses na úlcera de pressão e de 2 a 12 meses na “outra” etiologia. Sendo a localização 6,9% das feridas na região sagrada, 8,6% no trocânter, 8,6% no calcâneo, 1,7% no cotovelo, 29,3% no terço inferior do membro inferior, 27,6% no terço médio do membro inferior e 17,2% em outro local anatómico (*vide* gráfico 5). No que respeita a etiologia 31% são úlceras venosas, 3,4% úlceras arteriais, 6,9% úlceras mistas, 27,6% úlceras pressão, 31% de “outra” etiologia não especificada, não houve registo de indivíduos com pé diabético (*vide* gráfico 6).

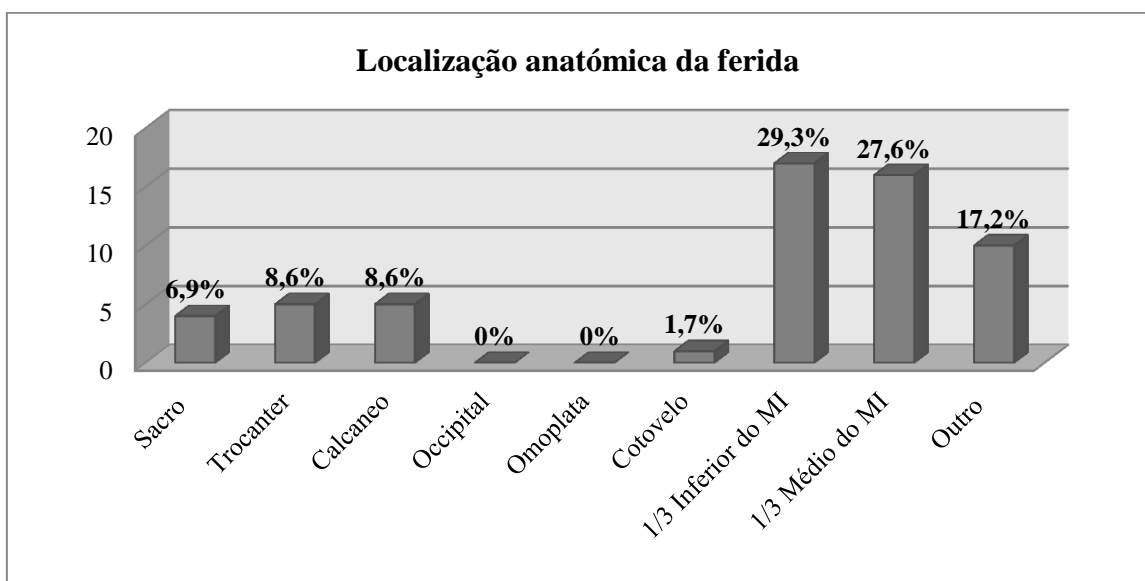


Gráfico nº 5 - Localização anatómica da ferida

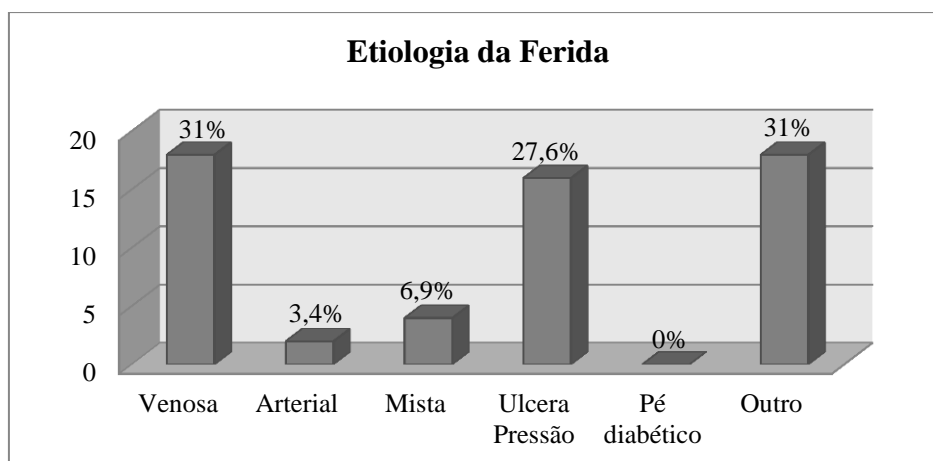


Gráfico nº 6 - Etiologia da Ferida

Quanto ao nível de dor sentido pelos indivíduos ao longo do dia, 15,5% refere ausência de dor, 84,5% manifesta dor, dos quais 5,2% manifestam dor contínua e maioritariamente 79,3% refere uma sensação de dor variável ao longo do dia (*vide* gráfico 7). Utilizada a Escala Numérica da dor para avaliar o grau de dor sentida pelos sujeitos, verifica-se que a média da dor sentida pelos mesmos é de 4,74 valores, na mesma escala de 0 a 10 valores. Assim sendo, 15,5% não manifestam dor, 3,4% de nível 2, 15,5% de nível 3, 8,6% de nível 4, 10,3% de nível 5, 13,8 % de nível 6, 13,8% de nível 7, 15,5% de nível 8 e 3,4 % de nível 9, não havendo registo de indivíduos a localizar a dor sentida no nível 1 ou 10 (*vide* gráfico 8).

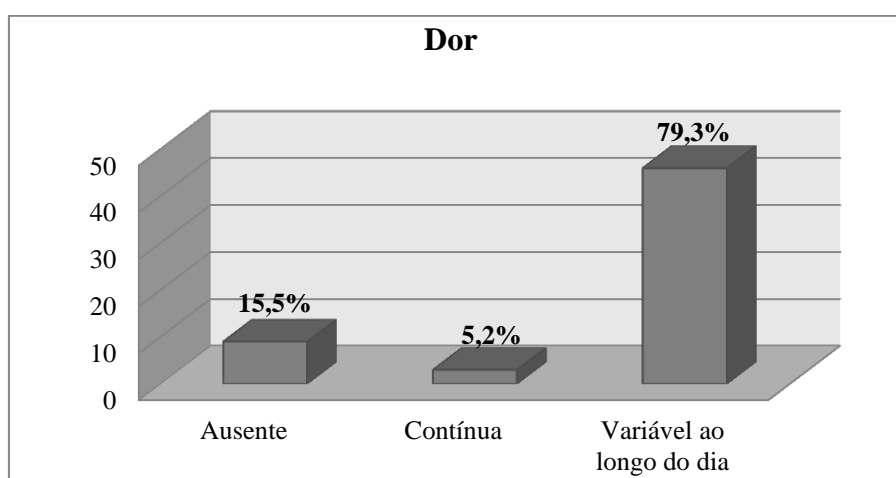


Gráfico nº 7 – Dor sentida pelos sujeitos ao longo do dia

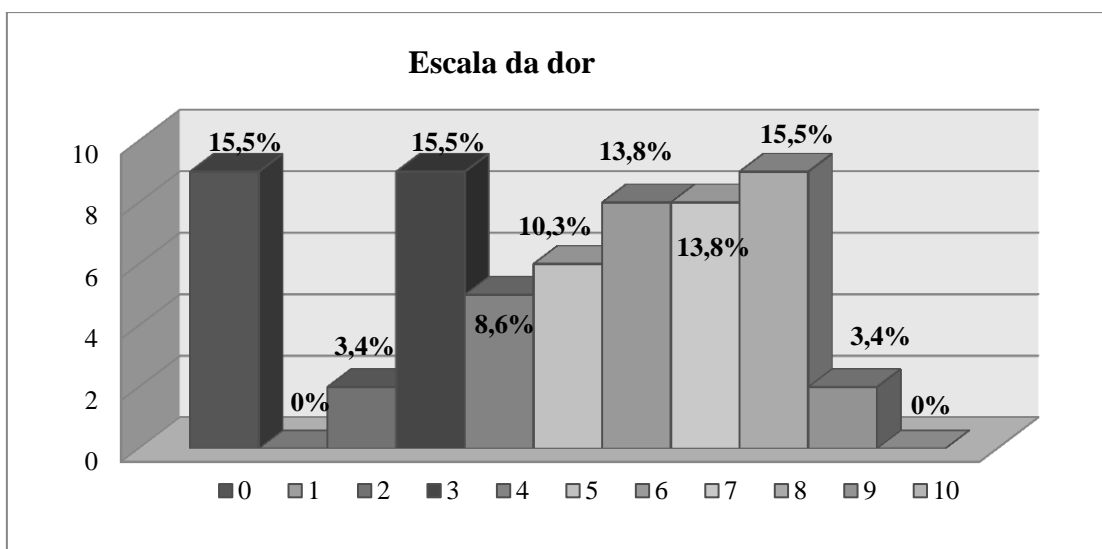


Gráfico nº 8 – Nível de dor sentida pelos sujeitos ao longo do dia

3.2. VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis representam conceitos importantes num estudo de investigação, com interesse em explicitar, pois assim será possível compreender a sua influência no estudo.

Para Fortin (2000), as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, indivíduos ou situações estudadas no decurso de uma investigação.

Com base no principal objectivo do estudo e em toda a revisão bibliográfica realizada, depreende-se que se apresenta como variável dependente a auto-estima do indivíduo, avaliada através da Escala de Auto-Estima de Rosenberg, sobre a qual se pretende analisar o efeito das variáveis independentes. As variáveis independentes subdividem-se em variáveis de natureza sócio-demográfica e de natureza biológica do indivíduo. Dentro das variáveis sócio-demográficas estão a idade, o género, a nacionalidade, o estado civil, a residência actual, a escolaridade e o suporte familiar. Dentro das variáveis biológicas encontram-se a presença

de ferida, a etiologia e a localização da ferida, a presença e nível de dor, a avaliação do funcionamento cognitivo onde é utilizada o Mini-Mental State Examination e a avaliação da capacidade funcional através do Índice de Barthel Modificado.

3.3. INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Como instrumento de colheita de dados foi construído um questionário composto por duas partes, no qual a primeira parte é constituída por dez questões subdivididas em treze, das quais seis são fechadas, pretendem avaliar quem preenche o questionário, género, nacionalidade, estado civil, residência actual, nível de escolaridade, suporte familiar/prestador de cuidados informal, localização anatómica da ferida, etiologia da ferida e percepção da dor (presença/ausência), e quatro são abertas e pretendem avaliar a idade do indivíduo, número de feridas presentes, a idade da ferida (média em meses) e quantificar o nível de dor através da Escala Numérica da Dor.

3.3.1. AVALIAÇÃO DA DOR

Para avaliar o nível de dor foi utilizada a Pain Numerical Rating Scale ou seja a Escala Numérica da Dor, é um instrumento de medida elaborado tendo por bases outras escalas em língua inglesa e posteriormente validado e implementado internacionalmente. No que respeita a população Portuguesa, o uso desta escala é referenciado em Circular Normativa pela Direcção Geral de Saúde (2003), como instrumento de mensuração da intensidade da dor, validado internacionalmente e adaptado à população Portuguesa.

De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática sobre a Dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008) é um dos principais instrumentos para a avaliação da dor. Esta escala tem como população

alvo indivíduos com idade igual ou superior a 6 anos, ou a partir do momento que tenham a noção de grandeza e saibam contar. Pretende avaliar, em cada indivíduo, a relação existente entre a intensidade da dor que o mesmo percebe num determinado momento e uma classificação numérica de 11 valores, que varia entre 0 “Sem dor” e 10 “Dor máxima” (*vide* figura 1).

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Figura 1 – Escala numérica da Dor (retirado de Circular Normativa nº09/DGCG, 2003)

3.3.2. AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO COGNITIVO

Na segunda parte do questionário estão presentes o Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein, Folstein e McHugh (1975), validado para a população Portuguesa por Guerreiro et al. (1994), provavelmente a escala mais utilizada em todo o mundo como medida de avaliação do funcionamento cognitivo. Segundo Sequeira (2007), constitui um instrumento de avaliação cognitiva, possibilita o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade. Este instrumento permite a avaliação da orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (*vide* quadro 1), cada resposta correcta é um ponto. Cotação global varia entre 0 e 30, para a População Portuguesa os valores de corte a partir dos quais se considera com defeito cognitivo são ≤ 15 Analfabetos; ≤ 22 1 a 11 anos de Escolaridade e ≤ 27 Escolaridade superior a 11 anos (*vide* quadro 2).

Quadro 1: Sub-escalas constituintes do instrumento de avaliação do funcionamento cognitivo

CONCEITO	SUB-ESCALAS
Funcionamento Cognitivo	Orientação
	Retenção
	Atenção e cálculo
	Evocação
	Linguagem
	Habilidade construtiva

Quadro 2: Interpretação dos valores obtidos no MMSE para a População Portuguesa

FUNCIONAMENTO COGNITIVO	VALORES
Analfabetos	0 - 15
1 a 11 anos de Escolaridade	16 - 22
Escolaridade superior a 11 anos	23 - 27

3.3.3. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE AUTO-ESTIMA

A Rosenberg Self-esteem Scale (RSES), em Português Escala de Auto-estima de Rosenberg, foi construída por Rosenberg em 1965, na qual uma elevada auto-estima traduz até que ponto a pessoa se sente bem o suficiente. Ao falar de alta auto-estima não implica que a pessoa se considere melhor que os demais, perfeito, mas sim tão só que reconhece as suas limitações, esperando melhorá-las e alcançá-las. Esta escala foi traduzida e adaptada à população Portuguesa por Santos e Maia (1999, 2003) tendo em conta algumas limitações identificadas nas versões portuguesas anteriores. Os mesmos autores aplicaram os estudos em jovens do

ensino secundário, Santos (2008) aplica a mesma escala em estudantes do ensino superior entre os 20 e 40 anos de idade.

Investigadores utilizaram a RSES para estudar a auto-estima na população idosa e concluíram que este instrumento é adequado para todas as faixas etárias da população. (Essex & Klein, 1989; cit. por Classen, Velozo & Mann, 2007).

A escala é constituída por 10 itens, com conteúdos referentes aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo, tendo igual número de itens de orientação positiva e negativa, de modo a controlar tendenciosidades, apresentados de forma aleatória de forma a reduzir o perigo de resposta direccionada. É utilizado um formato de 4 possibilidades de resposta, de *concordo muito* a *discordo muito*, aplicado nos diferentes itens, permitindo ordenar os indivíduos num mesmo continuum. Após as devidas inversões, a média dos 10 itens dá-nos a cotação da escala cuja classificação total oscila entre 10 e 40, a obtenção de uma classificação alta reflecte uma auto-estima elevada.

3.3.4. AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

O Índice de Barthel (Mahoney & Barthel em 1965; Wade & Colin em 1988; cit. por Sequeira, 2007) é um instrumento que quantifica o nível de independência funcional nas actividades básicas de vida diária. Introduzido por Dorothea Barthel e Florence Mayoney em 1955, modificado por Carl Granger em 1979. As actividades avaliadas encontram-se divididas em duas categorias, autonomia pessoal ou auto-cuidado e mobilidade (*vide* quadro 3), estas representam o total do Índice Barthel Modificado (IMB) com pontuação total de 100, sendo que quanto maior for o resultado obtido, maior é o nível de independência funcional (Sulter, Steen & Keyser, 1999). Sensível para doentes que necessitam de assistência e não para aqueles que são autónomos nas actividades de vida diárias (Geyh, Szilvia et al., 2004). Foi validada para a População portuguesa por Lima (1995) e posteriormente por Loução (1998).

A capacidade funcional e autonomia são capacidades directamente relacionadas com a qualidade de vida, logo são de extrema importância. Diversas vezes as actividades de vida diárias são utilizadas como referência na avaliação funcional, permitem saber o que o indivíduo pode realmente realizar, é possível determinar se os indivíduos são capazes de viver de forma independente.

Quadro 3: Sub-escalas constituintes, itens e *score* do instrumento de avaliação da capacidade funcional

CONCEITO	SUB-ESCALAS	ITENS	SCORE POSSÍVEL
Capacidade funcional	Nível de autonomia pessoal	1-9	53
	Nível de mobilidade	10-15	47

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo apresentam-se as análises estatísticas realizadas às medidas empregadas para avaliar as variáveis em estudo, assim como entre as diferentes dimensões constituintes de cada medida utilizada.

Realiza-se a análise das hipóteses formuladas e por fim discutem-se resultados.

4.1. ANÁLISE PRÉVIA DAS MEDIDAS UTILIZADAS PARA AVALIAR AS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Após aplicação dos instrumentos de avaliação descritos no capítulo anterior, segue-se a análise da consistência interna para cada uma das medidas utilizadas

4.1.1. INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO

Com base nos dados recolhidos, foi realizada a análise da consistência interna do instrumento de avaliação do nível de auto-estima do indivíduo, através da RSES, tendo sido obtido um coeficiente alfa elevado de 0,828. Relativamente ao instrumento de avaliação do grau de dependência funcional, IBM foi obtido um coeficiente alfa elevado de 0,888. (*vide* quadro 4).

Quadro nº4 – Coeficientes alfa de Cronbach obtidos nas medidas utilizadas para avaliar auto-estima e dependência funcional

MEDIDAS	CONSISTÊNCIA INTERNA
Auto-estima	0,828
Dependência funcional	0,888

Relativamente à análise descritiva dos resultados foram calculados as médias, desvio padrão, valores mínimos e máximos de cada medida, seguem-se no quadro 5.

Quadro nº5 – Médias, desvios padrão e valores mínimos e máximos obtidos nas diversas medidas utilizadas

MEDIDAS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
Auto-estima	26,08	5,4	13	38
Dependência funcional	64,46	29,137	0	105

4.2. ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE CAPACIDADE FUNCIONAL, AUTO-ESTIMA E AS VARIÁVEIS BIOLÓGICAS

4.2.1. CORRELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE FUNCIONAL, IDADE, IDADE DA FERIDA E DOR

Para se proceder à análise estatística da relação entre a capacidade funcional do indivíduo e as restantes variáveis biológicas, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson,

comumente designado por r de Pearson, pois esta técnica estatística possibilita conhecer a medida de associação linear entre duas variáveis quantitativas, assumindo que os dados provêm de uma distribuição normal. Não obstante, Pestana e Gageiro salientam que o problema da normalidade, pelo teorema do limite central, “*afecta pouco o erro tipo I e a potência do teste, especialmente em grandes amostras (...) a dimensão mínima de uma amostra quando se pretende calcular o coeficiente de correlação de Pearson deve ser de 30 para $p < 0.05$ ou 40 para $p < 0.01$* ” (2003, 189), o que se verifica no nosso estudo.

A análise efectuada à matriz de correlações entre a escala de avaliação da capacidade funcional e variáveis biológicas (idade, idade da ferida, dor), foi efectuada numa perspectiva exploratória, em que se verificou não existir uma correlação estatisticamente significativa entre o nível de capacidade funcional e as mesmas variáveis, quer no total das escalas, quer entre as diferentes sub-escalas ou dimensões constituintes das mesmas.

4.2.2. CORRELAÇÃO ENTRE AUTO-ESTIMA, IDADE, IDADE DA FERIDA E DOR

Relativamente à análise das correlações entre a auto-estima e as variáveis biológicas (idade, idade da ferida e dor), ainda segundo uma perspectiva exploratória, verificou-se existir uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a auto-estima e a dor de -0,31 (*vide* quadro 6).

Quadro 6 – Resultado obtido da análise da correlação entre a auto-estima e a escala da dor

DIMENSÕES	Escala da dor
Auto-estima	-0,31*

Coefficientes de correlação de Pearson (N= 58)

* $p < .01$

Pela análise do quadro 6, verificamos que o nível de auto-estima dos sujeitos relaciona-se negativamente com o nível de dor sentida pelos mesmos, uma vez que quanto maior a dor sentida menor a auto-estima dos sujeitos.

4.2.3. CORRELAÇÃO ENTRE AUTO-ESTIMA, NÍVEL DE MOBILIDADE E NÍVEL DE AUTONOMIA PESSOAL

Relativamente à análise das correlações entre a auto-estima e nível de mobilidade e nível de autonomia pessoal, ainda segundo uma perspectiva exploratória, verificou-se existir uma correlação estatisticamente significativa positiva entre a auto-estima e o nível de autonomia pessoal de 0,46 e auto-estima e nível de mobilidade de 0,58 (*vide* quadro 7).

Quadro 7 – Resultado obtido da análise da correlação entre a auto-estima, nível de mobilidade e nível de autonomia pessoal

DIMENSÕES	Nível de mobilidade	Nível de autonomia pessoal
Auto-estima	.58	.46

Coefficientes de correlação de Pearson (N= 58)

* p < .01

Pode-se constatar através da análise do quadro 7 que o nível de mobilidade e de autonomia pessoal relacionam-se positivamente com o nível de auto-estima do sujeito, o que significa que quanto maior é a mobilidade e a autonomia do sujeito, maior a sua auto-estima.

4.2.4. RELAÇÃO ENTRE A RESIDÊNCIA ACTUAL, AUTO-ESTIMA, CAPACIDADE FUNCIONAL, NÍVEL DE MOBILIDADE E NÍVEL DE AUTONOMIA PESSOAL

A análise estatística efectuada entre a variável residência actual (D= domicílio, R=RCCI, L=Lar residencial, C= Centro de dia), e a variável auto-estima (Chi-square = 1,516; sig.= .4769) permitiu verificar que as distribuições não diferem em tendência central. Por outro lado, da análise efectuada entre a variável residência actual, o nível de mobilidade, o nível de autonomia pessoal e a capacidade funcional, verificou-se que as distribuições diferem em tendência central, existindo diferenças entre as variáveis analisadas, sendo possível afirmar que os indivíduos que se encontram no domicílio têm maior capacidade funcional, nível de autonomia pessoal e mobilidade, pois apresentam valores médios mais elevados (*vide* quadro 8).

Quadro 8 – Resultados obtidos no teste de *Kruskal Wallis* entre a residência actual, capacidade funcional, nível de autonomia pessoal e nível de mobilidade

	Médias	Chi - Square	Sig.
Nível de capacidade funcional total	D=33,04 R= 9,29 L=13,50	14,017	.001
Nível de autonomia pessoal	D=32,46 R=6,71 L=13,25	9,794	.007
Nível de mobilidade	D=33,42 R=13,29 L=13,75	17,920	.001

4.2.5. RELAÇÃO ENTRE O SUPORTE FAMILIAR/PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAL E, CAPACIDADE FUNCIONAL E NÍVEL DE MOBILIDADE

No que concerne ao suporte familiar/prestador de cuidados informal (AF= apoio familiar; AAV= apoio de amigos e vizinhos; AS= apoio social), auto-estima (Chi-square=5,497; sig.= .06) e autonomia pessoal (Chi-square=4,827; sig.= .09) foi possível verificar que as distribuições não diferem em tendência central. No que respeita a análise efectuada entre a variável suporte familiar/prestador de cuidados informal e a capacidade funcional e sub-escala nível de mobilidade, verificou-se que as distribuições diferem em tendência central, em que pela análise das médias podemos afirmar que os indivíduos que recebem apoio de amigos e vizinhos possuem maior capacidade funcional e nível de mobilidade (*vide* quadro 9).

Quadro 9 – Resultados obtidos no teste de *Kruskal Wallis* entre o suporte familiar, capacidade funcional e nível de mobilidade

	Médias	Chi - Square	Sig.
Nível de mobilidade	AF=27,64 AAV= 47,88 AS=41,00	6,354	.04
Nível de capacidade funcional total	AF=27,63 AAV=47,88 AS=41,25	6,355	.04

4.2.6. RELAÇÃO ENTRE A LOCALIZAÇÃO ANATÓMICA DA FERIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL, AUTONOMIA PESSOAL E NÍVEL DE MOBILIDADE

Relativamente à localização anatómica da ferida (S= região sagrada; T= trocânter; CA= calcâneo; CO= cotovelo; 1/3 IMI = 1/3 inferior do membro inferior; 1/3 MMI= 1/3 médio do membro inferior; O= outro) e auto-estima (Chi-square=8,692; sig.= .192) constatou-se que as distribuições não diferem em tendência central. Pela análise efectuada entre a variável localização anatómica da ferida e a capacidade funcional, bem como com as sub-escalas nível de mobilidade e nível de autonomia, verificou-se que as distribuições diferem em tendência central, existindo diferenças entre as diferentes localizações anatómicas da ferida e a capacidade funcional do indivíduo, sendo que quem possui a ferida ao nível do cotovelo apresenta maior autonomia pessoal e capacidade funcional global, no que respeita o nível de mobilidade a opção outra localização é a que permite maior mobilidade do indivíduo, seguindo-se do 1/3 médio do membro inferior como é possível observar pela análise do quadro 10.

Quadro 10 – Resultados obtidos no teste de *Kruskal Wallis* entre a localização anatómica da ferida, capacidade funcional, autonomia pessoal e nível de mobilidade

	Médias	Chi - Square	Sig.
Nível de mobilidade	S=10,75 T=10,80 CA=19,40 CO=36,50 1/3 IMI=37,41 1/3 MMI=28,16 O=39,40	20,495	.02
Nível de autonomia pessoal	S=6,25 T=13,80 CA=17,80 CO=38,00 1/3 IMI=34,79 1/3 MMI=32,72 O=37,50	19,812	.03
Nível de capacidade funcional total	S=7 T=11,50 CA=19,10 CO=39 1/3 IMI=36,53 1/3 MMI=30,03 O=38,95	21,143	.02

4.2.7. RELAÇÃO ENTRE A ETIOLOGIA DA FERIDA, AUTONOMIA PESSOAL E NÍVEL DE MOBILIDADE

A análise estatística efectuada entre a variável etiologia da ferida (UV= úlcera venosa; UA= úlcera arterial; UM= úlcera mista; UP= úlcera pressão; O= outro), e a variável auto-estima (Chi-square = 8,174; sig.= .085) permitiu verificar que as distribuições não diferem em tendência central. Contrariamente a análise efectuada entre a variável etiologia da ferida e a capacidade funcional, e as sub-escalas nível de mobilidade e nível de autonomia pessoal, verificou-se que as distribuições diferem em tendência central. Pela análise das médias é possível afirmar que os sujeitos de estudo que possuem uma úlcera de etiologia arterial, são aqueles que possuem maior capacidade funcional e autonomia pessoal, enquanto que os sujeitos de estudo que possuem uma ferida de “outra” etiologia são aqueles que apresentam um nível de mobilidade superior (*vide* quadro 11).

Quadro 11 – Resultados obtidos no teste de *Kruskal Wallis* entre a etiologia da ferida, autonomia pessoal e nível de mobilidade

	Médias	Chi - Square	Sig.
Nível de mobilidade	UV=31,89 UA=37,50 UM=37,50 UP=13,72 O=38,47	20,968	.001
Nível de autonomia pessoal	UV=31,50 UA=49 UM=33,75 UP=13,22 O=38,86	24,515	.001
Nível de capacidade funcional total	UV=32,06 UA=41 UM=36,38 UP=12,91 O=38,89	23,077	.001

5. ANÁLISE DAS HIPÓTESES FORMULADAS

Para analisar as hipóteses formuladas no nosso estudo, foi utilizada a correlação de Pearson (r) e o teste de Kruskal Wallis. Neste sentido, e sabendo que o nosso trabalho possui como objectivo compreender a relação entre a dependência funcional e auto-estima na pessoa com ferida crónica, assim como outras variáveis de natureza sócio-demográfica consideradas potencialmente importantes, começámos por analisar a relação existente entre o nível de dependência funcional dos sujeitos de estudo e o seu nível de auto-estima.

Desta forma, através da análise estatística efectuada entre a capacidade funcional e a auto-estima, verificamos que, com um $r = .546$ e um nível de significância de $.001$ para $N=58$, existe uma correlação significativa entre estas duas variáveis, pelo que através de valores estatísticos obtidos rejeita-se a hipótese nula de que não existe uma relação entre a dependência funcional e a auto-estima da pessoa com ferida crónica. Assim, foi possível verificar a hipótese estatística de que existe uma relação entre o nível de dependência funcional dos sujeitos de estudo e o seu nível de auto-estima, sendo esta uma relação positiva entre as variáveis em estudo (*vide* quadro 12).

Quadro 12 – Resultado obtido da análise da correlação entre a auto-estima e o nível de capacidade funcional

DIMENSÕES	Capacidade funcional
Auto-estima	.546

Coefficientes de correlação de Pearson ($N= 58$)

* $p < .01$

No que concerne à hipótese da existência de relação existente entre a percepção de dor por parte dos sujeitos de estudo (A= ausente; C= contínua; V= variável ao longo do dia) e o seu nível de auto-estima, foi possível verificar que com um Chi-square= 5,314 e um sig.= .07, aceita-se a hipótese nula de que não existem diferenças significativas entre a percepção da dor e o nível de auto-estima dos sujeitos de estudo, rejeitando-se assim a hipótese estatística colocada (*vide* quadro 13).

Quadro 13 – Resultados obtidos no teste de *Kruskal Wallis* entre a percepção de dor sentida e o nível de auto-estima

	Médias	Chi - Square	Sig.
Nível de auto-estima	A= 41,39 C= 28,17 V = 27,26	5,314	.07

Relativamente à existência de relação entre a idade da ferida e o nível de auto-estima dos sujeitos de estudo, com um $r = .126$ e um nível de significância .344 para $N=58$, através da análise estatística efectuada verificou-se a ausência de uma relação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis em estudo, pelo que aceitamos a hipótese nula de que não existe relação entre a idade da ferida e o nível de auto-estima, rejeitando-se assim a hipótese estatística colocada (*vide* quadro 14).

Quadro 14 – Resultado obtido da análise da correlação entre a idade da ferida e o nível de auto-estima

DIMENSÕES	Nível de auto-estima
Idade da ferida	.126

Coefficientes de correlação de Pearson (N= 58)
* $p < .01$

No que concerne à existência de possíveis diferenças significativas entre o facto de possuir suporte familiar (AF= apoio familiar; AAV= apoio de amigos e vizinhos; AS= apoio social), e o nível de auto-estima dos sujeitos de estudo apuramos que, com um Chi-square= 5,497 e um sig.= .06, as distribuições não diferem em tendência central, logo através dos valores estatísticos obtidos não se rejeita a hipótese nula de que não existem possíveis diferenças significativas entre o facto de possuir suporte familiar e o nível de auto-estima dos sujeitos de estudo, rejeitando-se assim a hipótese estatística colocada (*vide* quadro 15).

Quadro 15 – Resultados obtidos no teste de *Kruskal Wallis* entre o suporte familiar e o nível de auto-estima

	Médias	Chi - Square	Sig.
Nível de auto-estima	AF=27,92 AAV= 48,25 AS= 33,00	5,497	.06

Quanto à existência de diferenças significativas entre a etiologia da ferida (UV= úlcera venosa; UA= úlcera arterial; UM= úlcera mista; UP= úlcera pressão; O=outro), e o nível de dependência funcional dos sujeitos de estudo, constatou-se que, com um Chi-square = 23,077 e um sig.= .001, as distribuições diferem em tendência central, logo através dos valores estatísticos obtidos rejeita-se a hipótese nula de que não existem possíveis diferenças significativas entre a etiologia da ferida e o nível de capacidade funcional dos sujeitos de estudo, aceitando-se a hipótese estatística colocada de que existem diferenças estatisticamente significativas entre a etiologia da ferida e o nível de dependência funcional dos sujeitos de estudo, sendo que aqueles que apresentam nível de dependência funcional são os que possuem uma ferida com “outra” etiologia (*vide* quadro 16).

Quadro 16 – Resultados obtidos no teste de *Kruskal Wallis* entre a etiologia da ferida e a capacidade funcional

	Médias	Chi - Square	Sig.
Nível de capacidade funcional total	UV=32,06 UA=41 UM=36,38 UP=12,91 O=38,89	23,077	.001

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após terem sido apresentados os dados relativos ao estudo da relação entre a dependência funcional e auto-estima da pessoa com ferida crónica, apresentamos seguidamente uma síntese onde iremos discutir os resultados que mais se evidenciam.

Relativamente à relação existente entre o nível de dependência funcional dos sujeitos de estudo e o seu nível de auto-estima, em que verificámos a existência de uma relação estatisticamente significativa entre ambos. Nesta óptica, através dos resultados encontrados, podemos afirmar que o nível de dependência funcional é coincidente ao nível de auto-estima, isto é, maior independência funcional revelou elevada auto-estima. Não obstante, o facto da análise estatística efectuada no nosso estudo possuir uma vertente exploratória, uma vez que não existem estudos semelhantes realizados em Portugal, os resultados encontrados não podem ser alvo de comparação. Porém Hybels et al., (2009) fazem referência a uma relação não necessariamente linear entre os sintomas depressivos, que estão directamente ligados à auto-estima, e ao nível funcional. Porém a relação encontrada, está de acordo com as perspectivas teóricas encontradas por diversos autores, entre eles, Kuwano (2002) e Mudge et al., (2008), pois valores elevados de independência funcional correspondem a valores elevados de auto-estima, o que se verificou no nosso estudo, na medida em que foi encontrada uma relação positiva significativa entre o nível de dependência funcional e a auto-estima, salientando-se que na escala de dependência funcional por nós utilizada, quanto mais baixos forem os valores médios obtidos, maior será a dependência funcional dos sujeitos de estudo.

Através da revisão bibliográfica constatou-se que, relativamente às restrições ao nível das actividades de vida diárias, as mesmas podem provocar impacto na qualidade de vida e serem afectadas pelas ramificações psicológicas e emocionais da experiência com uma ferida (Baharestani; cit. por Baranoski & Ayello, 2006), o que contradiz o estudo por nós realizado na medida em que a amostra em estudo revelou estatisticamente um nível médio de capacidade funcional de 64,46 e um nível de auto-estima médio de 26,08, resultados

significativos que demonstram que, apesar das dificuldades a nível funcional, os sujeitos de estudo revelam uma auto-estima considerável.

Analisando os dados obtidos à luz da teoria desenvolvida por Covinsky et al., (2009) verifica-se que os sujeitos de estudo apresentam uma média de idades de 75,71 anos, logo considera-se parte da população idosa. Ao nível do funcionamento cognitivo 65,5% dos sujeitos possui 1 a 11 anos de escolaridade, factores que segundo o mesmo autor podem estar na base das limitações apresentadas pela nossa amostra, pois de acordo com Gill et al. (2004), estas limitações estarão associadas à presença de uma ferida crónica e ao estado geral de saúde de cada sujeito.

A funcionalidade constitui um aspecto crucial para o indivíduo, o acto mais simples do quotidiano, que para muitos passa despercebido, apesar de revelar ter uma importância fulcral para as pessoas que possuem algum tipo de limitação, como o tomar banho, vestir, comer sozinho, são aspectos que contribuem significativamente para o bem-estar e auto-estima dos indivíduos, nomeadamente para os mais idosos. Existem, no entanto, indivíduos para os quais estas tarefas já não são possíveis de realizar sem o apoio de outrém, o que leva a um nível de auto-estima mais baixo, indicando os estudos encontrados que à medida que se apercebem das suas limitações e dependências a auto-estima tende a diminuir.

A amostra por nós estudada apresenta, na sua maioria um nível elevado na escala de dependência funcional (69%), indicando como referimos anteriormente elevada independência funcional. Nesta medida, seria de esperar um nível de auto-estima elevado, o que se verifica no nosso estudo, pois o nível médio de auto-estima obtido foi de (62,1%), verificando-se que, apesar das suas dificuldades valorizam-se a si próprios, procurando melhorias e estratégias para o seu dia-a-dia. Para Phillips et al. (cit. por Baranoski & Ayello, 2006) os indivíduos idosos mostram-se mais eficazes em lidar com a adaptação às limitações e incapacidades com que se vão defrontando, concluindo que os idosos apresentam menor número de emoções negativas que os mais jovens, o que nos parece ser o caso em estudo pelos resultados por nós encontrados nas análises estatísticas efectuadas. Também Franks e Moffatt (cit. por Baranoski & Ayello, 2006) tiveram conclusões semelhantes nos seus estudos, no que respeita a emoções negativas relacionadas com a presença de úlcera e maiores

problemas de mobilidade. No que respeita às diferenças existentes entre a percepção de dor por parte dos sujeitos de estudo e o seu nível de auto-estima, verifica-se que não existem diferenças significativas entre ambas na amostra estudada. Apesar dos estudos encontrados evidenciarem que a dor afecta consideravelmente a auto-estima do indivíduo, os sujeitos estudados apresentam em média um nível de dor de 4,74, valor este já com alguma significância, mas que não parece afectar a auto-estima dos mesmos, possivelmente pela aprendizagem na gestão da dor, pelo uso de medicação ou pelo apoio familiar. O facto de serem acompanhados pela equipa de cuidados domiciliários, faz com que aspectos da sua saúde, tal como a dor, possam ser objecto de tratamento mais incisivo e permanente, sendo possível reajustar facilmente a medicação sempre que necessário, ao contrário de indivíduos que não são acompanhados quer por esta equipa de cuidados domiciliários, quer pelo seu médico de família. O acompanhamento multidisciplinar revela-se assim uma importante fonte de promoção da qualidade de vida, nomeadamente no controlo da dor, tendo repercussões positivas na sua auto-estima, conforme demonstrado pelos resultados encontrados no nosso estudo.

Através do estudo realizado, verificou-se que 84,5% dos sujeitos da nossa amostra manifestam dor, na sua maioria 79,3% refere ser uma sensação variável ao longo do dia, apenas 5,2% manifesta dor contínua, indo de encontro com os resultados apresentados por Briggs e Nelson (2003), pois como foi referido anteriormente no nosso estudo 17 a 65% dos indivíduos manifestam uma sensação de dor intensa e contínua.

Relativamente ao nível de dor 31% manifestam igualmente dor de nível 3 ou de nível 8, o que vai de encontro as ideias de Woo et al. (2008), que mencionam a subjectividade da percepção da dor, uma vez que esta varia de indivíduo para indivíduo. Através dos dados estatísticos encontrados verifica-se que os sujeitos têm valores de dor significativos, em que os valores médios de auto-estima encontrados são elevados (62,1%), contradizendo novamente os resultados apresentados por Soon e Acton (2006), segundo os quais nos estudos por eles efectuados os sujeitos de estudo apresentavam alterações da sua qualidade de vida quando os níveis médios de dor eram elevados.

O estudo de Krasner (cit. por; Baranoski & Ayello, 2006) vem suportar os resultados por nós encontrados, na medida em que apesar de existir uma forte relação entre a percepção de dor e auto-estima, segundo este autor existem indivíduos que psicologicamente e emocionalmente conseguem desenvolver estratégias que lhes permitem relativizar a influência da dor na sua qualidade de vida e consequentemente no nível de auto-estima apresentado.

No que respeita à relação entre a idade da ferida e o nível de auto-estima, através dos dados estatísticos, constatou-se que na amostra utilizada não existe relação entre as duas variáveis. Estando a idade da ferida relacionada directamente com o tempo de cicatrização da mesma, e afectando o processo e tempo de cicatrização a auto-estima do sujeito, seria de esperar que houvesse uma relação entre ambas as variáveis, o que estaria de encontro com as ideias apresentados por Cole-King e Harding (2001), uma vez que segundo os autores o atraso na cicatrização leva a um aumento de sentimentos de depressão e ansiedade, aspectos estes que não se confirmaram no estudo por nós efectuado.

Quanto à idade da ferida dos sujeitos de estudo verificou-se uma média de 23,3 meses, sendo a taxa de duração da úlcera variável entre um mínimo de 2 meses e um máximo de 140 meses, coincidindo com o estudo de Vowden e Vowden (2006), em que 45% dos indivíduos mencionaram ter a úlcera por mais de 10 anos, as taxas de recorrência permaneceram entre os 45-70%.

Contrariamente ao equívoco de muitos enfermeiros, uma cicatrização bem sucedida é totalmente dependente da capacidade inata que o indivíduo tem em termos de cicatrização, e não apenas do tipo de tratamento que é aplicado. De acordo com Consuerga e Ocha (2008), um deficiente processo de cicatrização da ferida origina um lento processo de recuperação, o que se pode constatar no estudo realizado, no que respeita à etiologia das feridas dos sujeitos de estudo, a úlcera mista (úlcera de perna) é aquela que apresenta um período de cicatrização mais longo, superior a 72 meses, seguindo-se da úlcera de etiologia venosa e arterial com um período de cicatrização de 12 a 22 meses. A úlcera de perna apresenta elevado índice de recorrência, como confirmam Chase et al. (cit. por Vowden & Vowden 2006) que relativamente à úlcera de etiologia venosa mais de 60% das úlceras em tratamento são recorrentes.

No estudo realizado verifica-se que os sujeitos de estudo apesar de apresentarem uma idade da ferida relativamente elevada mantêm uma auto-estima elevada, o que vai contra a maioria dos estudos encontrados, embora Price e Harding (cit. em Baranoski & Ayello, 2006) tenham constatado que indivíduos com úlcera de perna com idade superior a 24 meses em geral eram avaliados como tendo melhor saúde comparativamente com os que tinham idade inferior a 24 meses, o que se pode dever à adaptação ou ao processo indefensável de aceitação da sua condição como referem Dewar e Morse citados pelos mesmos autores. Para alguns indivíduos o facto de o processo de cicatrização ser longo é visto como algo benéfico, uma vez que é motivo de visitas frequentes dos profissionais de saúde para os cuidados a ferida, controlo sintomático e vigilância, mais atenção e disponibilidade por parte dos familiares e prestadores de cuidados informais, uma atenção mais redobrada nas alturas de maior sensibilidade leva a um desenvolvimento positivo da auto-estima.

No que respeita ao suporte familiar do sujeito com ferida crónica constatou-se que a presença ou ausência do mesmo não afecta o nível de auto-estima do sujeito. Em relação ao apoio prestado pelos cuidadores informais verificou-se que 89,7% dos sujeitos de estudo têm como suporte familiar/prestador de cuidados informais a família, 6,9% têm apoio de amigos/vizinhos e 3,4% apenas têm apoio social. A família tem um papel fundamental, nomeadamente como agente de socialização, na influência do desenvolvimento da auto-estima. Os preconceitos sócio-culturais afectam o indivíduo, reflectindo-se na sua auto-estima. Torna-se fundamental segundo Fonder et al. (2008) compreender cada indivíduo, as suas motivações, capacidades, o ambiente e suporte familiar, assim como financeiro, visto que todos estes factores influenciam directamente os cuidados a ferida. Na amostra em estudo 84,5% dos sujeitos mantêm-se no domicílio, 43,15% dos quais habita com o seu cônjuge, Fonder et al. (2008) manifesta que os cuidados a ferida estão interligados as motivações de cada sujeito, ao ambiente e suporte familiar.

Apesar de na sua maioria os sujeitos de estudo possuírem apoio familiar constatou-se que possuem uma elevada auto-estima, uma média de 48,25 nos sujeitos apoiados por amigos e vizinhos, uma média de 33,00 nos sujeitos com apoio social e uma média de apenas 27,92 nos sujeitos apoiados por familiares, Rodrigues (2002) defende que a auto-estima tem por base os diversos sucessos e fracassos da pessoa durante a sua interacção familiar, pessoas

significativas e sociedade. Na amostra estudada a maioria dos sujeitos habita e tem apoio familiar, embora se verifique que não é uma situação coincidente com o nível de auto-estima sentido pelos sujeitos, contrariamente, verifica-se que estes revelam uma menor média de auto-estima, o que se pode dever ao tipo de relações familiares ou mesmo à ausência de família, o que muitas vezes leva a que o sujeito apenas tenha como seu prestador de cuidados informal os amigos e vizinhos com quem desenvolve uma relação de cumplicidade, para Baranoski e Ayello, (2006) o único requisito para que um familiar se torne cuidador é apenas o facto de o querer ser, de assumir esse papel, na maioria dos casos não estão preparados para assumi-lo. Os cuidadores lidam, juntamente com o indivíduo com o seu sofrimento e suas limitações, o bem-estar psicológico dos cuidadores é influenciado pelo estado geral do indivíduo, pelo que levou ao aparecimento da ferida e pela resposta do indivíduo à mesma. Podendo-se verificar que a amostra em estudo evidencia uma elevada auto-estima, logo pode-se concluir que têm uma boa aceitação da sua condição actual, por conseguinte os seus cuidadores partilham os mesmos sentimentos, não exercendo o suporte familiar uma relação efectiva com a auto-estima do indivíduo.

Relativamente à etiologia da ferida e nível de dependência funcional, verificou-se que existem diferenças entre ambas as variáveis, constatando-se que a úlcera de etiologia arterial é aquela que oferece maior independência funcional com uma média de 41, das três etiologias de úlcera de perna que foram avaliadas (venosa, arterial e mista), a de etiologia venosa revelou uma média de dependência funcional de 32,06 sendo a mais baixa das três o que vai de encontro os estudos realizados anteriormente por Vowden e Vowden (2006) que fazem referência ao facto da úlcera venosa oferecer uma condição debilitante e crónica aos indivíduos, podendo afectar qualquer faixa etária, Nemeth e col. (2003), visam que a dor sentida pelos indivíduos com ferida de perna é bastante frequente e que pode influenciar a sua qualidade de vida, Bewbow (2009) e Edwards et al.(2009), relacionam as feridas crónicas com a decrescente qualidade de vida e com factores como a diminuída mobilidade. Relativamente as úlceras de pressão verificou-se uma média de capacidade funcional de 12,91, correspondendo a uma capacidade funcional mais limitada logo maior nível de dependência funcional, o que se traduz num maior impacto na sua qualidade de vida, de acordo com Fox (2002) esta encontra-se significativamente afectada em diferentes áreas como a diminuição da independência, logo maior dependência de terceiros.

Da amostra estudada verificou-se que 41,3% dos indivíduos são portadores de úlcera de perna, dos quais 31% de etiologia venosa, 3,4% etiologia arterial e 6,9% de etiologia mista (arterial e venosa), os restantes sujeitos 27,6% são portadores de úlcera de pressão e 31% de “outra” etiologia, estando incluídas nesta última as feridas traumáticas, oncológicas, cirúrgicas todas elas com 6 semanas ou mais de processo de cicatrização, sendo por esse motivo consideradas feridas crónicas. A presença de ferida crónica acarreta diversas limitações ao seu portador, muitos são os estudos que evidenciam que a perda de mobilidade é muito significativa para os indivíduos, a perda de mobilidade leva à diminuição do nível de autonomia pessoal, logo a capacidade funcional do indivíduo é comprometida, podendo daí advir a dependência de outrem. Pela revisão dos estudos realizada, independentemente da etiologia da ferida, verifica-se que existe algum nível de dependência funcional, Heinen et al. (2007) mencionam as comorbilidades e dor como aspectos que influenciam a capacidade comportamental e auto-eficácia, logo torna-se compreensível que as úlceras de pressão correspondam a uma média mais baixa de independência funcional, uma vez que a maioria dos indivíduos que possui úlceras de pressão estão numa situação de saúde que acarreta maior nível de dependência de outros, muitos deles acamados com sérias limitações, já as úlceras de perna evidenciam uma média mais elevada, apesar da dor sentida pela maioria dos portadores de ferida, como mencionam Price et al. (2007) nos estudos por eles realizados, o sujeito consegue obter um nível considerável de independência funcional.

De acordo com Worley (2004) a etiologia é uma característica da ferida que influencia a qualidade de vida do indivíduo, e sendo a independência funcional um factor determinante para a qualidade de vida do indivíduo estas estão fortemente ligadas, constata-se que na amostra utilizada os níveis de capacidade funcional, relativamente à etiologia da ferida, são moderados, podendo-se concluir que os sujeitos de estudo constituem uma amostra heterogénea, com diferentes níveis de capacidade funcional, logo existe uma relação evidente entre as duas variáveis em estudo.

7. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES

A problemática das feridas é algo que cada vez mais desperta a atenção dos mais diversos profissionais de saúde, durante muito tempo foi um tema bastante relativizado por muitos, mas uma problemática que continua a crescer entre as sociedades, sendo avaliada por diversos investigadores como Seco (2003), uma problemática em ascensão nos países industrializados, devido a uma maior esperança de vida, ao envelhecimento subsequente da população, ao maior número de patologias associadas e ao défice de cuidados e nutrição.

Esta problemática tem vindo a suscitar mais interesse nos profissionais de saúde, mas continua a ser uma área na qual ainda permanece uma grande falta de informação, nomeadamente no que diz respeito a assistência dada, contribuindo muitas vezes para o insucesso dos tratamentos.

Da observação da ferida passou-se à observação da pessoa no seu todo, não ter apenas como objectivo a cicatrização da ferida sem avaliar tudo aquilo que envolve a ferida em si, isto é, reconhecer que para além da ferida está a pessoa, como as suas limitações, necessidades e patologias associadas, avaliar, tentar corrigir e melhorar todos os factores envolventes, conduz a um processo de cicatrização melhor sucedido e menos prolongado. Sabendo que, todo o tratamento que envolve o processo de cicatrização das feridas, nomeadamente as crónicas, possui elevados custos, é cada vez mais importante tentar colmatar todos os défices identificados na pessoa, para que o processo decorra da melhor forma e durante o mínimo tempo possível de forma a reduzir os custos implicados no tratamento, assim como é importante a descoberta de novos tratamentos, objectivando o melhor cuidado, sendo o menos traumático possível e com menos custo, medidas que iram favorecer a pessoa e promover a sua qualidade de vida.

Os enfermeiros desempenham um importante papel no que respeita o tratamento das feridas, essa responsabilidade deve ser consciente. Claramente é um papel importante mas que deverá

ser visto no contexto multidisciplinar, uma vez que as feridas não podem nem devem, ser vistas como algo externo ao restante corpo, logo são inúmeros os factores que influenciam a sua cicatrização. Para alcançá-la deverão estar implicados profissionais das mais diversas áreas da saúde, um trabalho conjunto com a pessoa e prestador de cuidados conduz a um processo de cicatrização mais curto e eficaz, assim como uma melhor qualidade de vida.

A concepção holística do ser humano é o fundamento base dos cuidados de enfermagem, recordando que a pessoa, independentemente da situação em que se encontre, é uma pessoa, que mantém o seu contexto de vida e não é um ser isolado mesmo após ser arremetido pela situação de doença. Os cuidados prestados dependem de diversos factores, entre eles a percepção que o indivíduo e família têm da situação de doença e do significado atribuído a essa mesma experiência, neste contexto mais especificamente a percepção da presença de uma ferida que se tornou crónica e de tudo o que ela acarreta e representa.

Para além do lado físico da pessoa encontra-se o lado psicológico, de extrema importância e muitas vezes descurado pelos profissionais de saúde e mesmo pelos prestadores de cuidados informais, muitas vezes este lado não é suficientemente valorizado, nem explorado, podendo como refere Benbow (2007), reduzir significativamente o potencial de cicatrização e mesmo prolongar o estado de ansiedade. Como foi possível verificar ao longo deste estudo e de toda a revisão realizada a presença de ferida conduz a estados de ansiedade, stresse e depressão, sentimentos negativos que conduzem à baixa de auto-estima da pessoa, e influenciam directamente e negativamente todo o processo de cicatrização ao não ser valorizada devidamente a vertente psicológica, é realizado um trabalho por toda uma equipa que não apresenta resultados evidentes e contínuos, uma vez que a pessoa não se encontra estável a nível emocional. Constatou-se que, sem sombra de dúvida a auto-estima é algo que influencia directamente o processo de cicatrização, a pessoa com baixa auto-estima encontra-se pouco disponível para os outros e aquilo que lhe apresentam, têm uma baixa valorização pessoal, tendem ao isolamento social, a ferida como tudo o que a mesma acarreta conduz muitas vezes a este tipo de sentimentos e de comportamento, associado a presença de ferida estão as limitações que esta trás aos mais diversos níveis, como refere Fox (2002), uma imagem corporal negativa e alterada, a relação com os prestadores de cuidados é afectada, os níveis de exsudado e o odor da ferida tornam-se incomodativos, os distúrbios de sono e a perda de

independência pelas limitações físicas, que conduzem à diminuição e dificuldade na realização das actividades de vida diárias, logo a dependência de terceiros.

No nosso país, verifica-se que cada vez mais os profissionais estão despertos para todo esta problemática, a nível social verifica-se um gradual conhecimento acerca da temática, mas não se poderá afirmar que é suficiente, uma vez que o estigma que a ferida representa ainda está presente. A nível de investigação, verifica-se cada vez mais a realização de estudos de nesta área e da criação de grupos com formação na área, que visam a melhoria dos cuidados e transmissão de conhecimentos.

Embora conscientes das limitações a que o nosso estudo está sujeito, inerentes à própria produção de conhecimento científico, com base na revisão bibliográfica efectuada e pelo estudo empírico realizado, podemos retirar algumas conclusões que pensamos serem pertinentes.

Neste sentido, foi nosso intuito, mediante uma perspectiva exploratória, procurar compreender a relação entre a dependência funcional e auto-estima da pessoa com ferida crónica. Verificámos que a investigação realizada confirma alguns resultados já anteriormente verificados.

Numa perspectiva exploratória verificámos, a existência de uma relação não estatisticamente significativa entre o nível de capacidade funcional e a idade do sujeito, assim como com a idade da ferida e dor sentida, no que respeita a relação entre o nível de auto-estima e as mesmas variáveis biológicas constata-se que, o nível de auto-estima relaciona-se negativamente com o nível de dor sentida, embora seja avaliado de forma estatisticamente positiva.

Verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre a auto-estima e o nível de autonomia pessoal e o nível de mobilidade, de acordo com os estudos encontrados o nível de capacidade funcional exerce grande influência na qualidade de vida do sujeito, logo na sua auto-estima.

No que respeita a residência do sujeito e o seu nível de mobilidade, o nível de autonomia pessoal e a capacidade funcional total, verifica-se que os sujeitos que se mantêm no domicílio apresentam médias mais elevadas, logo consideram-se mais independentes, facto que é determinante para a sua manutenção no domicílio, uma vez que elevados níveis de dependência funcional acarretam inúmeras dificuldades nos cuidados e nem sempre é possível manter um nível adequado de cuidados no domicílio.

Uma variável considerada importante é o suporte familiar/prestador de cuidados informal, uma vez que o apoio de outrem e suporte emocional e financeiro é de extrema importância no processo de cicatrização da ferida, quer a nível físico como psicológico, pode-se constatar que são os sujeitos com apoio de amigos e vizinhos que apresentam maiores níveis de mobilidade e capacidade, e os que apresentam menores níveis de mobilidade logo maior dependência são aqueles que têm apoio familiar.

Consideramos importante analisar o local anatómico da ferida, visto que pode se tornar bastante limitador a nível funcional, o que se verificou na nossa amostra, uma vez que a nível da mobilidade o “outro” local anatómico oferece maior mobilidade, a ferida ao nível do cotovelo oferece maior autonomia pessoal e nível de capacidade funcional total, é um local considerado pouco limitativo. No que respeita a etiologia da ferida verificou-se que a úlcera arterial oferece maior capacidade funcional total, interpretando à luz de Mudge et al. (2008), possuir capacidade funcional elevada permite a realização das tarefas do quotidiano, mantendo o seu bem-estar e qualidade de vida.

É também pertinente verificarmos que, contrariamente ao que os estudos recentes indicam, a amostra estudada não apresenta diferenças significativas entre o nível de dor sentida e o nível de auto-estima, ou no facto de possuir suporte familiar e o nível de auto-estima dos sujeitos de estudo, variáveis que ao nível dos estudos apresentados exercem influência no processo de cicatrização da ferida. Não existe uma relação significativa entre a auto-estima e a idade da ferida, o facto de a ferida apresentar maior ou menor durabilidade não afecta a auto-estima dos sujeitos de estudo. Verifica-se sim uma relação positiva entre o nível de dependência funcional e o nível de auto-estima dos sujeitos, assim como diferenças significativas entre a etiologia da ferida e o nível de dependência funcional do sujeito.

Na realização deste estudo deparamo-nos com algumas limitações, nomeadamente a nível da amostra em estudo, o facto de um dos critérios ser a presença de ferida crónica levou-nos à falta de conhecimento da idade da ferida por parte de muitos sujeitos, que não tinham presente o tempo real de presença da ferida, o estado de orientação espácio-temporal e capacidade de resposta de alguns sujeitos, nomeadamente sujeitos com úlceras de pressão, uma que vez que na sua maioria apresentam elevados nível de dependência funcional estando confinados a uma cama e apresentando diversas comorbilidades, o que conduz ao défice cognitivo do sujeito, impossibilitando respostas adequadas e correctas, a dispersão geográfica que a região do Algarve apresenta levou-nos a centrar a nossa amostra apenas na zona do Barlavento. Factos como os descritos conduziram-nos a uma amostra pequena, de apenas 58 sujeitos, o que nos limitou de certa forma o estudo realizado, temos consciência de que obteríamos melhores resultados e dignos de uma investigação com produção de conhecimento científico considerável, se a nossa amostra fosse consideravelmente maior.

Para nós o tema do estudo traduziu-se numa limitação no sentido da revisão bibliográfica, isto é, houve uma importante dificuldade sentida na obtenção de estudos já realizados no âmbito desta temática, nomeadamente na auto-estima do sujeito e dependência funcional, concluímos que são áreas pouco exploradas, são mencionados factos relacionados com estes temas mas de forma muito superficial.

Verificámos assim, que urge intervir eficazmente nalguns aspectos que referimos no decurso deste estudo que apesar de numa primeira análise parecerem de uma complexidade elevada, no fundo representam somente a mudança de alguns comportamentos a atitudes que se encontram desfasadas face à realidade actual da pessoa com ferida, devido ao aumento que esta problemática tem tido nos últimos tempos.

Parece assim importante que, seguindo a linha das ideias apresentadas neste estudo, se desenvolvam investigações posteriores, valorizando as variáveis por nós aqui introduzidas, utilizando uma população de indivíduos com ferida mais alargada e diversificada em termos geográficos. Será de igual forma pertinente, aprofundar os conhecimentos acerca da relação existente entre a auto-estima e a presença de ferida, na medida em que seria benéfico para os tratamentos instituídos, no processo de cicatrização e na qualidade de vida dos indivíduos e da

população em geral, a compreensão aprofundada desta problemática, procurando predizer e minimizar efeitos adversos da influência da auto-estima no processo de cicatrização da ferida. De acordo com os resultados encontrados consideramos que existe ainda um longo caminho a percorrer nesta área da ciência.

8. BIBLIOGRAFIA

ARAÚJO, F., RIBEIRO, J., OLIVEIRA, A. & PINTO, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , 59-66.

AZEVEDO, A.S. & FARIA, L.A. (2004). Auto-estima no ensino secundário: Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale. In X Conferencia Internacional Avaliação Psicológica: formas e contextos. Braga: Psiquilíbrios Edições.

BARREIROS, J. E. (2006). *Actividade Física e envelhecimento*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.

BARRIENTOS, S., STOJADINOVIC, O., GOLINKO, M., BERM, H. & TOMIC-CANIC, M. (2008). Growth factors and cytokines in wound healing. *Wound repair regen* 16(5) , 585-601.

BATISTA, P.M.F. (1995). *Satisfação com a imagem corporal e auto-estima: Estudo comparativo de adolescentes envolvidos em diferentes níveis de actividade física*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

BENBOW, M. (2009). A practical guide to reducing pain in patients with wounds. *British Journal of Nursing* 18(11) , 20-28.

BENBOW, M. (2008). Exploring wound management and measuring quality of life. *Journal of community nursing* (22) , 14-18.

BENBOW, M. (2007). Patient assessment and wounds. *Journal of Community Nursing* 21.

BENBOW, M. (2009). Quality of life and pressure ulcers. *Journal of Community Nursing*, 23, 14-18.

BENBOW, M. & STEVENS, J. (2010). Exudate, infection and patient quality of life. *British Journal of Nursing*, 19 (20) .

BENBOW, M. (2009). Understanding patients' wound pain is crucial. *British Journal of Nursing*, 18(11) , S3.

BRANOSKI, S. & AYELLO, E. (2006). *O Essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos*. Loures: Lusodidacta.

CABETE, D. G. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico de pessoas idosas*. Loures: Lusociência.

CHADWICK, P. & ACTON, C. (2009). The use of amelogenin protein in the treatment of hard-to-heal wounds. *British Journal of Nursing*, 18(6) , 22-29.

CLASSEN, S. & VELOZO, C. A. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale as a Measure of Self-Esteem for the Noninstitutionalized Elderly. *Clinical Gerontologist*, 31(1) .

CONSUEGRA, R. & OCHOA, A. (2008). Contexto social, biológico, psicológico, económico y cultural en personas com heridas en miembros inferiores. *Avances en enfermería*. XXVI (1) , 75-84.

COVINSKY, K., LINDQUIST, K., DUNLOP, D. & YELIN, E. (2009). Pain, Functional Limitations, and Aging. *Journal American Geriatrics Society* 57(9) , 1556–1561.

CUMMINS, R. & NISTICO, H. (2002). Maintaining life satisfaction: the role of Positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies* 3 , 37–69.

DEALEY, C. (2006). *Tratamento de feridas: Guia para enfermeiros*. Lisboa: Climepsi Editores.

Decreto lei nº 101/2006. (2006). *Diário da Republica 109 Série I-A*. Lisboa: Ministério da Saúde.

EBBESKOG, B. & EKMAN, S. (2001). Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scand J Caring Sci*, 15 , 235-243.

EDWARDS, H., COURTNEY, M., FINLAYSON, K., SHUTER, P. & LINDSAY, E. (2009). A randomised controlled trial of a community nursing intervention: improved quality of life and healing for clients with chronic leg ulcers. *Journal of Clinical Nursing*, 18 , 1541–1549.

FACHADA, M. O. (2001). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo.

FERNANDES, F. & SANTOS, F. (2010). Evolução Motora e Funcional de doentes com AVC nos primeiros três meses apos a alta-hospitalar. *Revista da Faculdade de Ciencias da Saude*, 7 , 426-438.

FERRELL, B. & GRANT, M. (1998). Quality of Life ans Symptoms. In C. King, & P. Hinds, 1998, *Quality of Life: from nursing and patient perspectives: theory, research and practice* (pp. 140-153). Boston: Jones and Bartlett Publishers.

FLECK, M. (2000). O Instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL): Características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1) .

FLECK, M., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., et al. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista Saúde Pública* 34(2).

FONDER, M., LAZARUS, G., COWAN, D., ARONSON-COOK, B., KOHLI, A. & MAMEALAK, A. (2008). Treating the chronic wound: A practical approach to the care of nonhealing wounds and wound care dressings. *Journal American Academy of Dermatology* , 185-206.

FORTIN, M.-F. (2000). *Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

GEYH; SZILVIA et al. (2004). Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on stroke using the international classification of functioning, disability and health as a reference. *J. Rehabil Med Suppl.*44 , 56-62.

GILL, T., ALLORE, H., HARDY, S. & GUO, Z. (2006). The Dynamic Nature of Mobility Disability in Older Persons. *Journal compilation The American Geriatrics Society*, 54(2).

GOTTRUP, F., APELQVIST, J. & PRICE, P. (2010). Outcomes in controlled and comparative studies on nonhealing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management - EWMA document. *Journal of Wound Care* 1 9(6).

HAMPTON, S. (2008). Malodorous fungating wounds: how dressings alleviate symptoms. *Wound care Journal* , 31-38.

HARDWICKE, J., SHMALJOHANN, D., BOYCE, D. & THOMAS, D. (2008). Epidermal growth factor therapy and wound healing – past, present and future prespectives. *Surgeon* 6(3) , 172-177.

HEINEN, M., EVERS, A., VAN UDEN, C., VAN DER VLEUTEN, C., VAN DE KERKHOF, P. & VAN ACHTERBERG, T. (2007). Sedentary patients with venous or mixed leg ulcers: determinants of physical activity. *Journal of Advanced Nursing* 60(1) , 50–57.

HILL, M., & HILL, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo .

HOPKINS, A. (2004). Disrupted lives: investigating coping strategies for nin-healing le ulcers. *British Journal of nursing* (13) , 556-563.

HYBELS, C., PIEPER, C. & BLAZER, D. (2009). The Complex Relationship Between Depressive Symptoms and Functional Limitations in Community Dwelling Older Adults: The Impact of Subthreshold Depression. *Psychological medicine*, 39(10) , 1677-1688.

JONES, J., BARR, W., ROBINSON, J. & CARLISLE, C. (2006). Depression in patients with chronic venous ulceration. *British journal of Nursing* 15(11)

JONES, J., ROBINSON, J. & CARLISLE, C. (2008). Impact of exsudate and odour from chronic venous leg ulceration. *Nursing Standard*. (22) , 53-61.

KIRBY, P. (2008). Quality of life, exudate management and the Biatain foam dressing range. *British Journal of Nursing*, 17(15).

KUWANO, V. & SILVEIRA, A. (2002). A influência da actividade física sistematizada na auto percepção do idoso em relação às actividades de vida diária. *Maringá*, 13 (2) , 35-39.

LIMA, P. (1995). *Contributo para a validação e adaptação de uma escala de medição do estado funcional (escala de Barthel modificada)*. Alcoitão: Biblioteca da ESSA.

LOUÇÃO, R. (1998). *Contributo para a adaptação e validação da Escala de Barthel – versão : 1989*. Alcoitão: Biblioteca da ESSA.

LUCAS, L., MARTINS, J. & ROBAZZI, M. (2008). Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores – úlcera de perna. *Ciencia y enfermeria XIV (1)* .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Setembro de 2009). Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) a). *Modelo de referenciação de utentes* .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Abril de 2009). Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) b). *Glossário rede nacional de cuidados continuados integrados* .

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Direcção Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital - Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular normativa nº9* .

MORISON, M. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusodidacta.

MUDGE, E., HOLLOWAY, S., SIMMONDS, W. & PRICE, P. (2006). Living with venous leg ulceration: issues concerning adherence. *British Journal of nursing*, 15 (21) , 1166-1171.

MUDGE, E., MEAUME, S., SIBBALD, R. & PRICE, P. (2008). Patients' experience of wound-related pain: an international perspective. *EWMA Journal*, 8 (2) , 19-28.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2008). *Dor: Guia Orientador de boa prática* . Serie I. nº1.

OZTAS, F. (2010). Self-esteem, occupational self-esteem, and epistemological beliefs of Turkish university students . *Social Behavior and Personality*, 38(3) , 321-326.

PERSOON, A., HEINEN, M., VAN DER VLEUTEN, C., DE ROOI, J. M., VAN DE KERKHOF, P. & VAN ACHTERBERG, T. (2004). Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *Journal of Clinical Nursing* 13 , 341–354.

PESTANA, M. H. & GAGEIRO, J. N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

PIMENTEL, F. L. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.

PRAGNELL, J. & NEILSON, J. (2010). The social and psychological impact of hard-to-heal wounds. *British Journal of Nursing*, 19 (19) .

PRICE, P. (1996). Defining and Measuring Quality of life. *Journal of wound care* 5(3) , 139-140.

QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

RANDO, T. (2009). Use of a biological extracellular matrix wound therapy to heal complex, chronic wounds. *Journal of Wound Care* 18 (2) , 70-74.

RIBEIRO, J.L.P. (2001). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. Dias, & E. Durá, *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 75-87). 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

RIBEIRO, T., FRANÇA, A., MENDES, A., OURIVES, A., PINTO, C. & RIBEIRO, I. (2011). *Qualidade de vida: do conceito à tomada de decisão in Saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir*. Obtido em 2 de outubro de 2012, de

http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F721889083/E-book_final.pdf>

RICE, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários*. Loures: Lusociência.

RODEN, A. & STURMAN, E. (2009). Assessment and management of patients with wound-related pain. *Nursing Standard*. 23(45) , 53-62.

ROMANO, A., NEGREIROS, J. & MARTINS, T. (2007). Contributos para a validação da Escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da Região interior Norte do País . *Psicologia, Saúde & Doenças* 8 (1) , 109-116.

ROSA, T., BENÍCIO, M., LATORRE, M. & RAMOS, L. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública*. 37(1).

RUMMANS, T. A.; FROST, M.; SUMAN, V. J.; TAYLOR, M.; NOVOTNY, P. & GENDRON, T. (1998). Quality of life and pain in patients with recurrent breast and gynecologic cancer. *Psychosomatics*. 39(5) , 437-445.

SANTOS, C. (2006). *Doença oncológica: Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente e família*. 1ª Edição,Coimbra: Formasau.

SANTOS, P. J. (2008). Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale Numa Amostra de Estudantes do Ensino Superior. In A. NORONHA, C. MACHADO, L. ALMEIDA, M. GONÇALVES, S. MARTINS, & V. RAMALHO, *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (vol XIII)*. Braga: Psiquilibrios Edições.

SANTOS, P. J. & MAIA, J. (1999). Adaptação e análise factorial confirmatória da Rosenberg Self-Esteem Scale com uma amostra de adolescentes: Resultados preliminares. In A. SOARES, S. ARAÚJO, & S. CAIRES, *Avaliação psicológica: Formas e contextos (Vol. VI)* (pp. 101-113). Braga: APPORT.

SANTOS, P. & MAIA, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão Portuguesa da Escala de Auto-estima de Rosenger. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2 , 253-268 .

SECO, M. & PUIG, M. (2004). *Qualidade de vida e cicatrização são possíveis: Cuidado Clínico*. São Paulo.

SEQUEIRA, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.

SERRA, A. V. (1999). O Stress na vida de todos os dias. *Coimbra: Adriano Vaz Serra* , 665-692.

SOLOWIEJ, K. (2010). Take it easy:How the cycle of stress and pain associated with wound care affects recovery. *Nursing & Residential Care* 12 (9) .

SOLOWIEJ, K., MANSON, V. & UPTON, D. (2009). Review of the relationship between stress and wound healing: part 1. *Journal of Wound Care* 18(9) , 357-366.

SOLOWIEJ, K., MASON, V. & UPTON, D. (2010). Psychological stress and pain in wound care, part 2: a review of pain and stress assessment tools. *Journal of wound Care* 19 (3) .

SULTER, GEERT, STEEN, C. & KEYSER, J. (1999). Use of the Barthel Index and modified ranking Scale in acute stroke trials. *Stroke* 30.8 , 1538-1541.

TROXLER, M., VOWDEN, K. & VOWDEN, P. (2006). Integrating adjunctive therapy into practice: the importance of recognizing “hard-to-heal” wounds. *World Wide Wounds* .

VOWDEN, K. & VOWDEN, P. (2006). Preventing venous ulcer recurrence: a review. *Wound Journal* 3, 11—21.

WHOQOL, Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3) , 24-56.

WOOK, SIBBALD, G., FOGH, K., GLYNN, C., KRASNER, D., LEAPER, D., et al. (2008). Assessment and management of persistent (chronic) and total wound pain. *International Wound Journal* 5(2), 205-215.

WORLEY, C. (2004). Quality of life-part I: using the holistic caring praxis in skin and wound care. *Dermatology nursing*. 16(6).

ANEXOS

ANEXO I - PEDIDO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA APLICAÇÃO DE INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Lisa Adriana Vieira Lino

Rua Dr. Manuel de Arriaga 53 3º

8365 – 140 Armação de Pêra

Telem. 967111876

lisalino@sapo.pt

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados

Data: 17 de Janeiro de 2012

Venho por este meio solicitar a V. Excia o preenchimento de um questionário, com objectivo a realizar um estudo académico para obtenção do grau de Mestre, cujo projecto intitulado: “Dependência funcional e Auto-estima da pessoa com ferida crónica” foi aprovado pelo Conselho Científico do ICS da Universidade Católica Portuguesa.

È garantido o anonimato de quem preenche o questionário e os dados através dele obtidos serão utilizados apenas para o estudo em questão.

Eu _____, confirmo que fui informada/o do assunto acima referido e autorizo a utilização dos dados obtidos no questionário preenchido, para os fins e condições supracitadas.

Assinatura do utente e/ou familiar responsável _____

Portimão _____ de _____ de 2012

ANEXO II - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Estimado(a) colega:

Chamo-me Lisa Adriana Vieira Lino, sou Enfermeira e estou a frequentar o Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual na Universidade Católica, estando agora a realizar a dissertação sobre o tema “DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AUTO-ESTIMA DA PESSOA COM FERIDA CRÓNICA”.

Para a concretização deste trabalho é fundamental a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário, por favor faculte o mesmo aos utentes que preenchem os critérios de inclusão da amostra, para que realizem o questionário, caso necessitem de ajuda por algum motivo solícito que os ajude da melhor forma e coloque um X na linha referente à sua resposta.

Não existem respostas certas ou erradas. Todas as respostas fornecidas são confidenciais e serão utilizadas para fins unicamente científicos.

GRATA PELA SUA COLABORAÇÃO

I PARTE

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

1- QUEM PREENCHE O QUESTIONÁRIO

O próprio ____ Familiar ____ Outro ____

2-GÉNERO

Masculino ____ Feminino ____

3 - IDADE: _____ (anos)

4- NACIONALIDADE

Portuguesa ____ Outra ____

5- ESTADO CIVIL

Solteiro _____ Divorciado ____
Casado _____ Viúvo _____

6 - RESIDÊNCIA ACTUAL

Domicílio ___ (se sim, por favor indique com quem)

Só ___ Cônjuge ___ Filhos ___ Familiares ___ Outros que não familiares ___

Rede de Cuidados Continuados Integrados (internamento) ___

Lar residencial ___ Centro de dia ___

7- NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Não frequentou a escola ___

1º Ciclo (1ª a 4ª classe) ___

2º Ciclo (5º ao 9º ano) ___

3º Ciclo (10º ao 12º ano – secundaria) ___

Ensino Superior ___ Curso profissional ___

8- SUPORTE FAMILIAR / PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAL

Apoio familiar ___ Apoio de amigos / vizinhos ___ Apoio social ___

9- PRESENÇA DE FERIDA

Número de feridas ___

Idade da ferida ___ (meses)

Localização anatómica da ferida

Região sagrada ___ Trocanter ___ Calcâneo ___ Occipital ___

Omoplata ___ Cotovelo ___ 1/3 inferior do membro inferior ___ 1/3 médio do membro inferior ___ Outro _____

Etiologia da ferida

Úlcera venosa ___ Úlcera arterial ___ Úlcera mista ___

Úlcera de pressão ___ Pé diabético ___ Outro ___

10 – PERCEPÇÃO E NÍVEL DE DOR SENTIDA

Ausente ___ Presente: Continua ___ Variável ao longo do dia ___

Escala Numérica

Sem Dor

Dor Máxima

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

II PARTE

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

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

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____ Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____ Dobra ao meio _____ Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

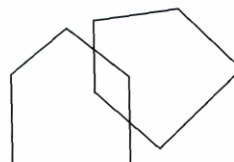
Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



Nota: _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE ROSENBERG

Por favor, **coloque um círculo (O)** no número que considera corresponder à sua opinião, tendo em conta que cada número tem o seguinte significado:

1- Discordo muito	2- Discordo
3- Concordo	4- Concordo muito

	Discordo		Concordo	
	1	2	3	4
1. Geralmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a)	1	2	3	4
2. Por vezes, penso que nada valho.	1	2	3	4
3. Sinto que tenho um certo número de boas qualidades.	1	2	3	4
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maior parte das outras pessoas.	1	2	3	4
5. Sinto que tenho pouco de que me orgulhar.	1	2	3	4
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.	1	2	3	4
7. Sinto-me uma pessoa de grande valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	1	2	3	4
8. Gostaria de ter maior respeito por mim próprio(a).	1	2	3	4
9. No conjunto, inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a).	1	2	3	4
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	1	2	3	4

ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA

Os quadros seguintes apresentam os itens ou tarefas contadas na escala de Barthel, com valores correspondentes para a realização das tarefas.

Nível de autonomia pessoal

	“Pode por si próprio”	“Pode com ajuda”	“Não pode”	Valor
1-Beber por uma chávena	4	0	0	
2-Comer	6	0	0	
3-Vestir a parte superior do corpo	5	3	0	
4-Vestir a parte inferior do corpo	7	4	0	
5-Colocar cinto ou suspensórios	0	-2	(não aplicável)	
6-Toailete pessoal	5	0	0	
7-Lavar-se ou tomar banho	6	0	0	
8-Controlo da urina	10	5 (acidentes)	0 (incontinente)	
9-Controlo dos intestinos	10	5 (acidentes)	0 (incontinente)	
Total				

Nível de mobilidade

	“Pode por si próprio”	“Pode com ajuda”	“Não pode”	Valor
10-Sentar-se e levantar-se da cadeira	15	7	0	
11-Sentar-se e levantar-se da sanita	6	3	0	
12-Entrar e sair da banheira ou duche	1	0	0	
13-Andar 5° metros em piso plano	15	10	0	
14-Subir e descer um lanço de escadas	10	5	0	
15-Se não Andar , impulsionar ou puxar uma cadeira de rodas	5	0	(não aplicável)	
Total				

Total do nível de autonomia pessoal	
Total de mobilidade	
Total Barthel	

Total Barthel: melhor Score = 100; pior = 0

Nota: As tarefas 1-9, do nível de autonomia pessoal (incluindo o controle dos intestinos e da bexiga), têm um Score total possível de 53.

As tarefas 10-15, do nível de mobilidade, têm um Score total possível de 47. Os dois grupos de tarefas combinados produzem o total da escala de Barthel com um Score total possível de 100.

ANEXO III – DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO – ARS ALGARVE

Administração Regional de Saúde
do Algarve, I.P.



Ministério da Saúde

0311'11 020636

┌

Exm^a. Senhora

┐

Lisa Adriano Vieira Lino

Rua Dr. Manuel de Arriaga 53 - 3^o

8365-140 Armação de Pêra

└

┘

Sua Referência

Seu Fax

Nossa Referência
617/11 D.E.P.
02-11-2011

ASSUNTO: Pedido de colheita de dados para o estudo sobre “Dependência funcional e Auto-estima da pessoa com ferida crónica”.

Serve o presente para comunicar que o Conselho Directivo da ARS Algarve, analisou o parecer e os fundamentos apresentados pela Comissão de Ética referentes ao pedido de autorização de V. Exa. para a realização do estudo em epígrafe, decidindo concordar com o teor do mesmo, o qual se transcreve:

*“... Considerados os documentos suficientes e esclarecedores, esta CES é de parecer favorável à autorização deste Estudo, ficando **condicionado** à obtenção prévia da autorização do ACES Barlavento e dos responsáveis das Instituições para a execução do Inquérito”.*

Com os melhores cumprimentos,

Dr. Martins dos Santos
Presidente do Conselho Directivo
da ARS Algarve, I.P

Largo do Carmo, 3 - 8000 - 148 Faro Telf. 289889900 - Fax. 289829849

Email: dep@arsalgarve.min-saude.pt
<http://www.arsalgarve.min-saude.pt>

ANEXO IV – DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO – ACES BARLAVENTO

----- Mensagem encaminhada de ACES Barlavento <acesbarlavento@acesbarlavento.min-saude.pt> ----- Data: Wed, 4 Jan 2012 15:52:28 +0000De: ACES Barlavento <acesbarlavento@acesbarlavento.min-saude.pt> Assunto: RE: Pedido de autorização para elaboração de um estudo Para: lisalino@sapo.pt Cc: UCC Dunas <uccdunas@acesbarlavento.min-saude.pt>, UCC Infante <uccinfante@acesbarlavento.min-saude.pt>, UCC Rio Arade <uccrioarade@acesbarlavento.min-saude.pt>, UCC D'Alagoa <ucc-dalagoa@acesbarlavento.min-saude.pt>, Enfermeira Chefe Lagos <enfchefe-lgs@acesbarlavento.min-saude.pt>

Exma Senhora

Enf.^a Lisa Lino

Venho por este meio informar V. Ex.^a que o estudo solicitado se encontra autorizado.

Mais informo, que o estudo poderá ser aplicado em Lagos, Lagoa, Silves e Portimão (a equipa de cuidados continuados de Portimão e Monchique é a mesma), de 2^a a 6^a feira, em dias a combinar com os Coordenadores das UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade).

O estudo não pode causar qualquer sobrecarga de trabalho ou perturbação no trabalho das equipas, nomeadamente prolongamento do tempo de estadia em cada domicílio. Salienta-se ainda que a recolha dos dados terá de ser da responsabilidade da Sr.^a Enfermeira, não sendo possível às equipas de enfermagem efectuarem esse procedimento.

Deve contactar, para operacionalizar o estudo os Senhores Enfermeiros:

Coordenadora da UCC Dunas – Enf.^a Cristina Sousa (CS Portimão, telefone 282 420 160, email uccdunas@acesbarlavento.min-saude.pt).

Coordenadora da UCC Infante – Enf.^a Isabel Pedro (CS Lagos, telefone 282 780 000, email uccinfante@acesbarlavento.min-saude.pt).

Coordenadora da UCC Rio Arade – Enf.^a Ana Paula Silvestre (CS Silves, telefone 282 440 020, email uccrioarade@acesbarlvento.min-saude.pt).

Coordenadora da UCC D'Alagoa - Enf.^a Anabela Simões (CS Lagoa, Telefone 282 340 370, email ucc-dalagoa@acesbarlvento.min-saude.pt).

Com os melhores cumprimentos,

A Directora Executiva do ACES Algarve II – Barlavento Dr.^a Rosa Gonçalves

ANEXO V – DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO – ECL BARLAVENTO

----- Mensagem encaminhada de ECL do ACES Barlavento
<eclacesbarlavento@acesbarlavento.min-saude.pt> -----Data: Thu, 19 Jan 2012 15:14:00
+0000 De: ECL do ACES Barlavento <eclacesbarlavento@acesbarlavento.min-saude.pt>
Assunto: FW: Pedido de autorização para elaboração de um estudo Para: lisalino@sapo.pt

Exma Sr.Enf.^a Lisa Lino

Na sequência do exposto poderá efectuar os contactos com as entidades prestadoras da rede para operacionalização do seu estudo da área do Barlavento.

Atenciosamente

Enf. Ana Paula S. Silvestre

ECL ACES Barlavento

Centro de Saúde de Silves
ACES Barlavento
R. Cruz de Portugal
Telef: 282440025/6
Fax:282444071

De: Josélia Gonçalves **Enviado:** quinta-feira, 19 de Janeiro de 2012 12:40 **Para:** UCC Rio Arade **Assunto:** RE: Pedido de autorização para elaboração de um estudo

Cara,

Enf.^a Ana Paula

Tendo em consideração que o Conselho Directivo desta ARS algarve, IP decidiu “*concordar com o teor*” do parecer e fundamentos apresentados pela Comissão de Ética referentes ao pedido de autorização em causa), “*o qual se transcreve:*

*“ ... Considerados os documentos suficientes e esclarecedores, esta CES é de parecer favorável à autorização deste Estudo, **condicionado** à obtenção prévia da autorização do ACES Barlavento e dos responsáveis das Instituições para a execução do Inquérito”;*

Tendo em consideração a autorização do ACES Barlavento exposto no e-mail que se anexa;

Desde que se verifique a necessária e prévia autorização por parte dos responsáveis das Instituições onde se pretende aplicar o inquérito, nada temos a opor à realização do estudo e logo à disponibilização dos contactos para este efeito.

Com os melhores cumprimentos,

Josélia Gonçalves

Coordenadora Regional Cuidados Continuados Integrados

ANEXO VI – DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO – UCC DUNAS

----- Mensagem encaminhada de ucc dunas uccdunas@acesbarlvento.min-saude.pt> -----
data: fri, 13 jan 2012 12:27:37 +0000 de: ucc dunas uccdunas@acesbarlvento.min-saude.pt
assunto: re: realização de estudo junto dos utentes para: lisalino@sapo.pt

Cara colega

Gostaria saber se é possível marcar reunião para discussão da operacionalização da aplicação dos questionários no próximo dia 17/01 cerca das 11h na UCC Dunas.

Aguardo resposta

Cristina souza

ANEXO VII – DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO – UCC D’ALAGOA

----- Mensagem encaminhada de UCC D'Alagoa <ucc-dalagoa@acesbarlvento.min-saude.pt> -----Data: Fri, 20 Jan 2012 15:56:08 +0000 De: UCC D'Alagoa <ucc-dalagoa@acesbarlvento.min-saude.pt> Assunto: RE: Realização de estudo junto dos utentes
Para: lisalino@sapo.pt

Cara Enf. Lisa

Proponho a sua vinda à nossa unidade no próximo dia 24 Janeiro pelas 9:30, a fim de reunir com a Enf. Coordenadora da ECCI Cristina Francisco e acertar pormenores relativamente ao trabalho que pretende desenvolver.

Atentamente,

Anabela Simões

Coordenadora Unidade Funcional UCC D'Alagoa

ANEXO VIII – DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO – UCC AL-VITA

----- Mensagem encaminhada de Vanessa Tabuinhas - Al-Vita <vtabuinhas@al-vita.com> -----
- Data: Fri, 16 Mar 2012 12:08:35 +0000 De: Vanessa Tabuinhas - Al-Vita <vtabuinhas@al-vita.com> Assunto: RE: aplicação de questionarios Para: lisalino@sapo.pt

Bom dia Enf^a Lisa.

Já falei com a Dr^a Ana Paula e tem autorização para vir aplicar os questionários.

Dou-lhe o meu contacto para combinarmos a sua visita - 924143188

Atentamente

Vanessa

ANEXO IX – DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO – ULDM ALGOZ



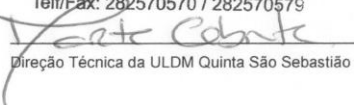
UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO QUINTA DE SÃO SEBASTIÃO, ALGOZ

Sra. Enfermeira Lisa Lino

Venho, por este meio, autorizar a aplicação dos questionários aos utentes das ULDM Quinta de São Sebastião. Agradeço que articule com a Dra. Marta Cabrita as questões práticas.

Melhores cumprimentos

QUINTA SÃO SEBASTIÃO
Cont. n.º 506 786 030
8365 - 080 ALGOZ
Telf/Fax: 282570570 / 282570579


Direção Técnica da ULDM Quinta São Sebastião

ANEXO X – DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO – UCC SCM PORTIMÃO

----- Mensagem encaminhada de João Amado - SCMP <saude@scmpportimao.pt> ----- Data: Tue, 13 Mar 2012 21:12:09 +0000 De: João Amado - SCMP <saude@scmpportimao.pt> Assunto: Re: aplicação de questionarios para tese Para: lisalino@sapo.pt Cc: João Correia <scmp@scmpportimao.pt>, Cláudia Batista <enfermagem@scmpportimao.pt>, Conceição Braz <saobraz008@gmail.com>

Sra. Enfermeira Lisa Lino

Venho, por este meio, autorizar a aplicação dos questionários aos utentes das UCC da Santa Casa da Misericórdia de Portimão. Agradeço que articule com a Sra. Enf. Claudia Batista as questões práticas.

Melhores cumprimentos

João Amado

Vice-Provedor

saude@scmpportimao.pt

Santa Casa da

Misericórdia de Portimão

Parque de Saúde da Misericórdia de Portimão

Av. São João de Deus, 8500-508 Portimão

Apartado 665

Tel. 282430040; Fax: 282430049

ANEXO XI – APROVAÇÃO DE APLICAÇÃO QUESTIONÁRIO

Após realização de contacto por e-mail as autorizações das Unidades UCC Infante e UCC Rio Arade foram concedidas através de telefonema. Assim como a Autorização da Instituição Santa Casa de Misericórdia de Silves – Lar. Motivo pelo qual não me é possível apresentar em formato papel, em anexo.