



O “CORPO” QUE NÃO CURA

Vivências das pessoas com úlcera venosa crónica de perna

Fábio Alexandre Melo do Rego Sousa

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Fábio Alexandre Melo do Rego Sousa

O “CORPO” QUE NÃO CURA

Vivências das pessoas com úlcera venosa crónica de perna

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Prof. Doutor António Couto.
Prof. Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

"Um dia quando olhares para trás verás que os dias mais belos foram aqueles em que lutaste."

Sigmund Freud

*Aos meus pais, por tudo,
sempre...*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me acompanhar em mais este percurso e por ter sido o meu companheiro nas horas em que me senti mais sozinho...

Ao Prof. Doutor António Couto, orientador deste trabalho, pela partilha da sua sabedoria, pela sua compreensão e orientação cuidada e pela sua presença, mesmo no distanciamento geográfico imposto.

Aos meus pais e às minhas irmãs, por serem tudo para mim e pela certeza sentida de estarem sempre lá para mim...

Aos meus amigos, pelas suas palavras e sorrisos de incentivo e por serem meus amigos...

Aos colegas de equipa, pela amizade, atenção e disponibilidade demonstradas.

Aos participantes que amavelmente aceitaram participar e por serem este trabalho.

A todos os que tornaram possível este trabalho e que nele participaram directa ou indirectamente...

A todos, o meu reconhecido agradecimento!

SIGLAS

AVC – Acidente vascular Cerebral

AVD's – Actividades de Vida Diária

CSPD – Centro de Saúde de Ponta Delgada

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

RCN – Royal College of Nursing

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RESUMO

Os avanços técnicos e científicos no domínio do tratamento das feridas crónicas e viabilidade tecidular são notórios, fruto do interesse que esse tema tem gerado, em parte devido à prevalência relevante que este tipo de feridas assume nas populações. Porém, apesar de existir um grande volume de investigação nesta área, grande parte da pesquisa efectuada centra-se essencialmente no desenvolvimento de produtos e meios de tratamento, tornando-se fundamental compreender para além do complexo processo de cicatrização a natureza multidimensional da realidade vivida pelas pessoas com feridas crónicas, bem como os aspectos bio-psico-sociais associados a esta condição de saúde. Como se constata, a realização de estudos centrados na experiência vivida das pessoas com feridas crónicas não é muito abundante, especialmente em contexto nacional.

Face ao exposto, estabelecemos como fio condutor do trabalho a seguinte pergunta de partida: como vivenciam as pessoas a situação de possuírem uma úlcera venosa crónica de perna?

A opção pelo estudo das úlceras venosas surgiu do facto destas, do universo das feridas crónicas, serem as mais frequentes, sendo responsáveis por cerca de 80-90% das feridas que afectam os membros inferiores (Neil, 1998), sendo que para além disso houve, igualmente, motivações pessoais resultantes do contacto profissional frequente com pessoas acometidas com este tipo de feridas, no normal desenvolvimento da nossa actividade.

Deste modo, o presente trabalho teve como objectivo geral: compreender o modo como as pessoas vivenciam a situação de possuírem úlceras venosas crónicas de perna, a que correspondem os objectivos específicos: descrever as experiências vividas das pessoas com úlceras venosas crónicas de perna, mantidas há pelo menos 3 meses de modo ininterrupto; e analisar as vivências das pessoas com úlceras venosas crónicas de perna;

Desenvolvemos um estudo qualitativo, de natureza exploratório-descritiva, com características fenomenológicas. Elegemos como instrumento de colheita de dados a entrevista semi-estruturada, tendo-se realizado dez entrevistas, o que correspondeu ao total de dez participantes do estudo. Estes cumpriam os critérios de elegibilidade por nós definidos, ou seja, pessoas que possuísem úlceras venosas crónicas de perna, presentes há pelo menos 3 meses de um modo ininterrupto, que frequentassem o CSPD para aí realizarem tratamento e que assinassem participar, assinando o consentimento informado.

Como procedimento de tratamento e análise dos dados obtidos foi adoptada a metodologia proposta por Miles e Huberman (1994).

Dos resultados obtidos emergiram quatro temas centrais que permitem compreender de um modo abrangente o fenómeno de viver com uma úlcera venosa crónica de perna, e especificamente as diferentes vivências associadas a esta condição. Deste modo, os quatro temas centrais encontrados denominaram-se: “vivendo uma vida limitada”, “vivendo com dor”, “alterações emocionais causadas pela ferida” e “vivendo entre a esperança e a desilusão face a um tratamento prolongado.

A cada tema encontram-se associados as respectivas categorias e subcategorias, perfazendo um total de vinte e três para as primeiras e de trinta e sete em relação às segundas.

E termos gerais salientam-se como principais conclusões o facto da vivência com uma úlcera venosa: ser sentida como uma condição que restringe a liberdade e a capacidade de execução das normais actividades de vida diária, bem como as de natureza social e relacional; ser uma experiência geradora de vivências intensas e constantes de dor e sofrimento, sentidas a diferentes níveis; assumir repercussões no domínio psico-emocional dos indivíduos, em especial, na sua auto-imagem e auto-estima, sendo geradora de outras emoções e sentimentos negativos; e, ser uma experiência que reporta constantemente as pessoas que a possuem para uma situação de incerteza com um desfecho imprevisível, essencialmente pelas características próprias que o processo de tratamento assume, sendo um processo prolongado que as leva a desenvolver um conjunto percepções em relação ao mesmo, a viver num misto de esperança e desesperança e a encontrar estruturas de suporte e apoio que as permitam enfrentar a sua condição.

ABSTRACT

The technical and scientific advances in the domain of chronic wounds treatment and tissue viability are known, result of the interest that this issue has generated in part due to the significant prevalence that such wounds assume on populations. However, despite a large volume of research in this area, much of this research focuses primarily on developing products and methods of treatment, making it crucial to understand what is beyond the complex process of healing and the multidimensional nature of reality experienced by people with chronic wounds, as well the bio-psycho-social aspects associated with this health condition. As noted, studies focused on the experience of people with chronic wounds are not very abundant, especially within national context.

Consequently, we manage to start our work from the following question: how people experience the situation of having a chronic venous leg ulcer?

The option for the study of venous ulcers arose from de fact of those are the most frequent type of chronic wounds, accounting for approximately 80-90% of injuries affecting the lower limbs (Neil, 1998). In addition there were also personal reasons for choosing these type of wounds as result of our frequent professional contact with people with this condition in our daily activity.

Thus, this work had as general objective: to understand how people experience the condition of having a chronic venous leg ulcer, which corresponded to specific objectives: to describe the lived experience of people with chronic venous leg ulcers maintained continuously for at least 3 months and to analyze the experiences of people with chronic venous leg ulcers;

We developed a qualitative study, a descriptive-exploratory one, with phenomenological characteristics.

Ten semi-structured interviews were conducted which corresponded to the total of ten participants in the study. The participants meet the eligibility criteria defined by us, ie people who have chronic venous leg ulcers present continuously for at least 3 months, who attended the CSPD to change treatment and had accepted to participate by signing the informed consent.

As a procedure of analysis of data was adopted the methodology proposed by Miles e Huberman (1994).

From the results obtained in the analysis four themes emerged that allow a comprehensive way of understanding the phenomenon of living with a chronic leg ulcer and specifically the different experiences associated with this condition. Thus, the four central themes found are called "living a restricted life", "living with pain", "emotional changes caused by the wound", and "living between hope and disappointment in face of a prolonged treatment."

Each theme is related to their categories and subcategories, making a total of twenty-three on the first case and thirty-seven on the second.

In a general way it appeared as main conclusions the fact of living with a venous ulcer: being perceived as a condition that restricts the freedom and ability to implement the normal activities of daily life, as well as the normal social and relational interactions; be an experience capable of generate a set of intense pain and suffering experiences, lived at different levels; take effect on people's psycho-emotional domain, especially in their self-image and self-esteem, and generating, as well, other negative emotions and feelings; and, be an experience that constantly refers to people to a state of uncertainty with an unpredictable outcome, mainly by the characteristics of the treatment process, being a lengthy process that leads them to develop several perceptions related to him, and to live in a mix of hope and despair, which require finding structures of support that enable them to face his health condition.

SUMÁRIO

	Folha
0- <u>NOTA INTRODUTÓRIA</u>	14
CAPÍTULO I – VIVENDO COM A FERIDA CRÓNICA: UM OLHAR	17
1 – <u>FERIDAS CRÓNICAS: DEFINIÇÃO E TIPOLOGIA</u>	18
2 – <u>A PESSOA COM FERIDA CRÓNICA: IMPACTO MULTIDIMENSIONAL DAS FERIDAS</u>	21
3 - <u>A ENFERMAGEM E O CUIDAR A PESSOA COM FERIDAS CRÓNICAS</u>	36
CAPÍTULO II – PROCEDIMENTO EMPÍRICO	56
1 – <u>PROBLEMÁTICA</u>	56
2 – <u>ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</u>	62
2.1 – TIPO DE ESTUDO	62
2.2 - PARTICIPANTES	65
2.3 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	68
2.4 – PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	74
2.5 – CRITÉRIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	82
2.6 - ASPECTOS ÉTICOS	86
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	89
1 – <u>VIVENDO UMA VIDA LIMITADA</u>	94
2 – <u>VIVENDO COM DOR</u>	117
3 – <u>ALTERAÇÕES EMOCIONAIS CAUSADAS PELA FERIDA</u>	134
4 - <u>VIVENDO ENTRE A ESPERANÇA E A DESILUSÃO FACE A UM TRATAMENTO PROLONGADO</u>	160
CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS	187
1 - <u>SÍNTESE E CONCLUSÕES DO ESTUDO</u>	187
2 – <u>LIMITAÇÕES E DIFICULDADES DO ESTUDO</u>	194
3 - <u>SUGESTÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO</u>	195
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	201

ANEXOS

ANEXO I – <u>PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CSPD PARA ACESSO AOS PARTICIPANTES</u>	213
ANEXO II – <u>DEFERIMENTO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CSPD PARA ACESSO AOS PARTICIPANTES</u>	216
ANEXO III – <u>GUIÃO DE ENTREVISTA</u>	218
ANEXO IV – <u>EXEMPLO DE TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA</u>	221
ANEXO V – <u>MATRIZES DE ANÁLISE</u>	227
ANEXO VI – <u>CONSENTIMENTO INFORMADO</u>	287

SEQUÊNCIA DE FIGURAS

Folha

Figura 1 – Esquema de análise de dados: processo cíclico interactivo	75
Figura 2 – Esquema representativo dos temas e respectivas categorias emergentes, resultantes do processo de análise	93
Figura 3 – Representação Esquemática do Tema “Vivendo uma vida limitada”	94
Figura 4 – Representação Esquemática do Tema “Vivendo com dor”	117
Figura 5 – Representação Esquemática do Tema “Alterações emocionais causadas pela ferida”	134
Figura 6 – Representação Esquemática do Tema “Vivendo entre a esperança e a desilusão face a um tratamento prolongado ”	160

0 – NOTA INTRODUTÓRIA

Uma das consequências que actualmente se regista associada ao aumento da longevidade das populações é a emergência de um número cada vez maior de pessoas acometidas com problemas de saúde crónicos. As feridas crónicas encontram-se entre estes problemas estimando-se que só nos Estados Unidos da América (EUA) sejam tratadas, anualmente, cerca de 5.6 milhões, o que acarreta um encargo financeiro estimado entre os 750.000 e 2.5 Biliões de Dólares, por ano, valor calculado só para o tratamento de úlceras venosas (Popoola, 2000).

Contudo, para além das “óbvias” alterações físicas e dos enormes encargos financeiros constatados, as feridas crónicas comportam, igualmente, outras implicações psicológicas, emocionais e sociais, que não se circunscrevem aos próprios doentes, mas que são igualmente extensíveis às suas esferas familiar e social, o que reafirma a complexidade deste problema, bem como a necessidade premente destes factores serem devidamente considerados e não esquecidos ou subvalorizados aquando da sua abordagem.

A escolha desta temática para o desenvolvimento do presente estudo de investigação emerge, assim, da necessidade por nós sentida de conhecer um fenómeno que nos é tão familiar e que simultaneamente nos intriga e comove. De facto, em virtude de desempenharmos funções num Centro de Saúde, como enfermeiro, rapidamente nos apercebemos da facilidade com que nos cruzámos com utentes que possuem feridas crónicas ou, por outro lado e utilizando as suas palavras têm feridas que “custam a fechar”. É, pois, comum sentirmos a necessidade, por parte destes, de falarem sobre a sua condição, sobre os seus sentimentos, sobre a sua esperança, bem como acerca das dificuldades sentidas no seu quotidiano.

Identificamo-nos com a asserção de Thorne, apresentada por Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002) quando refere que “os enfermeiros e outros profissionais desejam compreender claramente e dar sentido à experiência vivida dos seus clientes, entrar no mundo em que eles habitam e perceber o processo social básico dos acontecimentos de saúde e de doença humanos” (p.1).

Neste sentido, a escolha do tema do presente trabalho teve na sua génese a vontade de compreender o fenómeno de possuir uma ferida crónica, neste caso particular, uma úlcera de perna, que tarda em cicatrizar. Pretendemos conhecer este fenómeno em toda a sua amplitude, através dos sentimentos e da experiência de quem com ele vive: como é viver dia-a-dia com uma ferida crónica? Como podemos tornar a nossa acção,

enquanto profissionais de saúde, mais efectiva e eficaz na resposta às necessidades destes utentes?

Acreditamos que o sucesso da assistência dos profissionais de saúde aos indivíduos com feridas crónicas só poderá ser efectivo, se este fenómeno for equacionado e trabalhado numa perspectiva holística, que exige uma compreensão global do processo de cura, que inclui: a promoção do processo reconstrutivo fisiológico, o tratamento de complicações subjacentes e a premissa fundamental do cuidar a ferida e a pessoa como um todo integrado.

Com efeito, para que tal possa ser plenamente concretizado torna-se fundamental o esforço prévio na tentativa da compreensão do fenómeno de *viver com uma ferida crónica*. É esse o nosso intuito com o desenvolvimento deste estudo, cuja finalidade é sensibilizar os profissionais de saúde, bem como os familiares e cuidadores em geral para a importância da compreensão do fenómeno da experiência de viver com uma úlcera venosa crónica de perna.

Com efeito, definimos como objectivos para o nosso estudo:

Objectivo Geral:

- Compreender o modo como as pessoas vivenciam a situação de possuírem úlceras venosas crónicas de perna.

Objectivos Específicos:

- Descrever as experiências vividas das pessoas com úlcera venosa crónica de perna, mantida há pelo menos 3 meses de modo ininterrupto;¹
- Analisar as vivências das pessoas com úlcera venosa crónica de perna mantida há pelo menos 3 meses de modo ininterrupto.

Deste modo e no sentido de apresentarmos o nosso estudo estruturamos a presente dissertação em diferentes capítulos.

No Capítulo I intitulado “Vivendo com uma ferida crónica: um olhar” incidimos a nossa abordagem na delimitação e explicitação do conceito de feridas crónicas, fazendo referência aos aspectos que justificam o carácter crónico da condição patológica. É realizada, também, uma reflexão acerca do impacto multidimensional que a presença de uma ferida crónica comporta na vida quotidiana das pessoas. Por último, é discutido o papel da enfermagem e dos enfermeiros na assistência às pessoas com feridas crónicas, sob uma perspectiva do cuidar.

¹ As diferentes opções adoptadas (por exemplo, a opção pelas úlceras venosas de perna) serão posteriormente justificadas.

O Capítulo II é dedicado à apresentação do procedimento metodológico adoptado, iniciando-se com a exposição da problemática, na qual procuramos descrever o problema em estudo, a sua respectiva justificação, bem como as questões de investigação, seguindo-se a exposição do enquadramento metodológico do estudo, onde foram englobados diversos aspectos. Entre estes destacam-se: o tipo de estudo, a caracterização dos participantes (com referência ao contexto onde decorreu o estudo), a apresentação dos procedimentos de colheita de dados utilizados, bem como os procedimentos de tratamento e análise de dados privilegiados, os critérios de rigor científico, e por último, os aspectos éticos salvaguardados no decurso da investigação.

O Capítulo III é dedicado à apresentação, análise e discussão dos dados obtidos, procedendo-se à exposição e discussão dos quatro temas centrais emergentes da análise que englobam as respectivas categorias (num total de 23) e subcategorias (num total de 37).

No capítulo IV são apresentadas as considerações finais do estudo, procedendo-se primeiramente à síntese e exposição das conclusões, apresentando-se de seguida as limitações do estudo, bem como as dificuldades sentidas no seu desenvolvimento, e por fim, são discutidas as sugestões e implicações do mesmo. Por último, são apresentadas as referências bibliográficas consultadas e os anexos considerados pertinentes.

As principais dificuldades com que nos deparamos centraram-se, essencialmente, nas inevitáveis sobreposições das actividades de estudante com o normal desempenho das funções no contexto profissional, mas que entendemos serem um constante desafio à nossa capacidade de gestão do tempo. Para além disso, a nossa própria inexperiência no âmbito do desenvolvimento de trabalhos de investigação desta natureza constituiu-se, mais do que uma dificuldade, como um factor motivador para o desenvolvimento do estudo e para a aquisição de novas competências.

É neste sentido que afirmamos a nossa convicção de que o desenvolvimento deste trabalho contribuirá, seguramente, para o nosso crescimento pessoal e profissional. Esperamos, igualmente, que o mesmo possa ajudar as pessoas em geral e os enfermeiros em particular a compreenderem melhor o fenómeno em estudo e que os resultados que o resultados emergentes do mesmo possam vir a ser aplicados na prática profissional dos enfermeiros, em prol de uma melhoria efectiva da qualidade dos cuidados que prestamos dia após dia.

CAPÍTULO I – VIVENDO COM A FERIDA CRÓNICA: UM OLHAR

No desenvolvimento de um trabalho de investigação segundo Polit, Beck e Hungler (2004) é fundamental a elaboração de um enquadramento teórico, que permita uma ligação entre a nova investigação e o conhecimento já existente.

Segundo Artinian, citado por Grove e Burns (1997), o quadro conceptual resume e integra o que é conhecido sobre um fenómeno, proporcionando um quadro compreensível do que se pretende estudar.

Neste capítulo será, então, realizada uma abordagem teórica sobre um conjunto de assuntos relevantes relacionados com o tema sobre o qual versa o nosso trabalho. Assim sendo, o presente capítulo encontra-se dividido nas seguintes partes: 1) Feridas crónicas: definição e tipologia; 2) A pessoa com ferida crónica: impacto multidimensional das feridas; 3) A enfermagem e o cuidar a pessoa com feridas crónicas.

Na primeira parte procuraremos apresentar e clarificar conceitos importantes relacionados com o tema que irá ser desenvolvido, como os de: ferida, ferida crónica, úlcera venosa, fazendo alusão a critérios fisiológicos das mesmas e a aspectos epidemiológicos de prevalência das feridas.

Na segunda parte abordaremos um conjunto de temas directamente relacionados com a problemática das feridas crónicas em geral e das úlceras venosas em particular, especialmente ao que concerne ao impacto que a presença destas feridas comporta nos mais variados domínios e dimensões da pessoa.

Na terceira parte reflectiremos de um modo mais focalizado no papel da Enfermagem, enquanto ciência do cuidar e do enfermeiro, enquanto profissional de saúde na assistência às pessoas com feridas crónicas.

Estamos convictos de que a fundamentação aqui apresentada está longe de estar esgotada e que a mesma será naturalmente aprofundada, alargada e completada no decurso do desenvolvimento do trabalho, nomeadamente no capítulo da discussão dos dados obtidos.

1 – FERIDAS CRÓNICAS: DEFINIÇÃO E TIPOLOGIA

Baharestani (*in* Baranoski e Ayello, 2006) define ferida, no sentido lato, como uma interrupção da integridade e das funções dos tecidos do corpo.

As feridas são, habitualmente, classificadas com agudas e crónicas, sendo que às primeiras se encontra associado um processo de cicatrização não complicado, ordeiro, organizado e habitualmente rápido, tendente à restauração da integridade funcional e anatómica. Geralmente, as feridas cirúrgicas e traumáticas que cicatrizam por primeira intenção são classificadas como agudas. É evidente que aqui a noção de tempo é relativa, uma vez que o processo de cicatrização de uma ferida está dependente de um conjunto de factores, como sejam os relacionados com a própria condição patológica associada e o estado global de saúde do indivíduo (Neil, 1998; White, 2006).

É devido a este facto que muitos autores consideram que a utilização desta classificação de feridas, como agudas e crónicas, é utilizada por vezes de modo inexacto, sendo no entanto, consensualmente aceite. Na verdade a utilização dos termos procura reflectir a etiologia da ferida e a sua esperada cronicidade e não necessariamente o período que a ferida se mantém sem cicatrizar (Neil, 1998).

Assim sendo, o termo “crónico” é utilizado para designar feridas nas quais se consegue antever um processo de cicatrização comprometido, normalmente devido à presença de complexas patologias subjacentes, como a diabetes, a doença vascular ou presença de malignidade (White, 2006).

Deste modo e utilizando a definição proposta por Lazarus *et al.*, citado por Jones, Bale e Harding (*in* Baranoski e Ayello, 2006) a mesma adoptada, também, pela *Wound Healing Society*, entende feridas crónicas como: “feridas que dificilmente progridem através de uma sequência de reparação normal, ordeira e atempada, ou feridas que passam através de um processo de reparação sem restabelecimento anatómico e funcional” (p.79).

Popoola (2000) define ferida crónica de um modo mais prático, como qualquer alteração nas funções anatómicas e fisiológicas dos tecidos, complicadas pela presença de uma ou mais doenças crónicas, com duração superior a 3 meses. Estas feridas, como se pode constatar, estão associadas a um processo de cicatrização prolongado, com patologias sistémicas associadas, cicatrizando normalmente por segunda intenção (Rosa, 2004).

Do universo das feridas crónicas as mais frequentes são as úlceras de pressão, as úlceras venosas e as úlceras de origem diabética. Destas, as venosas são o tipo mais comum de feridas crónicas, sendo responsáveis por cerca de 80-90% das feridas que afectam os membros inferiores, ou úlceras de perna ou das extremidades, como são vulgarmente denominadas (Neil, 1998).

Dentro deste último grupo de feridas (úlceras de perna) podem, por sua vez, ser encontrados mais dois tipos para além das úlceras venosas, a saber: as arteriais e as neuropáticas.

Contudo, e tal com referem Valencia, Falabella, Kirsner e Eaglstein (2001) as úlceras venosas constituem a grande maioria da totalidade de úlceras de perna registadas².

No estudo que pretendemos desenvolver e pelo facto de existirem várias tipologias de feridas crónicas sentimos a necessidade de focalizar a nossa investigação num tipo específico. Deste modo, a nossa escolha recaiu sobre as úlceras venosas crónicas de perna.

Tal opção está relacionada com um conjunto de factores dos quais destacamos os seguintes: o facto destas úlceras, normalmente, poderem ser encontradas em pessoas não dependentes e não acamadas, possuindo assim um impacto mais abrangente no quotidiano das pessoas e atingindo uma população mais heterogénea (a nível etário), em comparação com as feridas crónicas de pressão; e ainda pelo facto, deste tipo de úlceras não ser tanto alvo de atenção ao nível de estudos de investigação. Mais acresce aos argumentos atrás descritos a evidência deste tipo de feridas ser o mais frequente, facto que confirmamos diariamente e de forma não científica pela nossa experiência profissional no local onde desempenhamos funções.

ÚLCERAS VENOSAS

A insuficiência venosa é a causa mais comum para o desenvolvimento de úlceras de perna. Estima-se que só nos EUA, dos 7 milhões de pessoas com insuficiência venosa, cerca de um milhão desenvolva úlceras venosas (Araujo, Valencia, Federman e Kirsner, 2003), enquanto que no Reino Unido calcula-se uma taxa de prevalência entre 1% e 2% da população (Anand *et al.*, citado por Ferreira, Miguéns, Gouveia e Furtado, 2007). Em Portugal e segundo Furtado (2003) estima-se haver uma prevalência de 1,42 (1,3 para

² Bergqvist, Lindholm e Nelzén, apresentados por Figueiredo (*in* Pitta, Castro e Burihan, 2000) definem úlcera crónica de perna como qualquer ferimento abaixo do joelho, incluindo o pé, que não cicatriza num período inferior a seis semanas.

homens e 1,46 para mulheres) por cada mil habitantes, sendo que a maioria dos utentes portadores de úlceras de perna são seguidos em ambiente de cuidados de saúde ambulatoriais.

Deste modo, pese embora a alta prevalência e a importância das úlceras venosas enquanto problema de saúde pública elas são, no entender de Abbade e Lastória (2006) frequentemente negligenciadas e abordadas de maneira inadequada.

De facto, o aparecimento deste tipo de úlceras é mais comum com o avançar da idade, atingindo um pico de prevalência entre os sessenta e os oitenta anos. Não obstante, 72 % das pessoas desenvolve a sua primeira úlcera aos sessenta anos, 22% aos quarenta e 13% desenvolvem-na antes dos 30 anos de idade. Mais acresce a esta situação o facto de ser estimada uma taxa de recorrência para estas úlceras na ordem dos 72% (Valencia *et al.*, 2001).

Assim, esta alta taxa de recorrência associada à evidência de, em cerca de metade dos indivíduos, estas feridas permanecerem sem cicatrizar durante um período superior a um ano ajuda a explicar a elevada prevalência desta condição (Valencia *et al.*, 2001).

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

Num estudo desenvolvido por White (2006) relacionado com a cronicidade e atraso de cicatrização de úlceras venosas de perna, o autor identificou como factores sistémicos que concorrem para esse processo a presença de condições como a diabetes, a dor, consumos tabágicos, abuso de álcool e drogas, bem como outros factores psicossociais, como a falta de informação/conhecimento, a comunicação deficiente com os profissionais de saúde e baixos níveis de educação.

Neste contexto curar uma ferida crónica significa contribuir para um aumento substancial da qualidade de vida da pessoa que a possui. Contudo, Jones, Barr, Robinson e Carlisle (2006) alertam para o facto de aproximadamente 20% das úlceras crónicas de perna não poderem ser curadas de um modo permanente, levando a que se entre num ciclo constante de “ulceração”, cicatrização e novamente “reulceração”, sendo esta mais uma evidência que justifica o carácter crónico desta condição patológica.

Assim sendo, as pessoas com feridas crónicas de perna necessitam de apoio e orientação no sentido de poderem realizar os necessários ajustamentos que são essenciais sempre que uma condição desta natureza marca presença, em vez de serem levadas a

acreditar no facto, que poderá ser erróneo, de que em breve a sua ferida vai estar curada (Jones *et al.*, 2006).

Para além disso, e como já referido, na última década muita da investigação realizada no âmbito das feridas crónicas de perna focalizou-se nos aspectos relacionados com o seu tratamento e etiologia, o que permitiu uma notável melhoria na prevalência e incidência desta patologia. Porém, esta orientação adoptada levou a que se utilizasse como resultado esperado e como critério de qualidade apenas a cicatrização completa das feridas, o que significou que outros aspectos importantes como controlo da dor e outras variáveis que influenciam a qualidade de vida das pessoas, fossem marginalizados e até mesmo subvalorizados (Jones *et al.*, 2006).

Até ao momento procuramos clarificar alguns conceitos que nos parecem fundamentais para o desenvolvimento do trabalho, como sejam os de ferida crónica e de úlcera de venosa, apresentando inclusivamente alguns aspectos relacionados com a sua epidemiologia. Gostaríamos de reflectir, neste momento, acerca da abrangência do fenómeno que pretendemos estudar – o de possuir uma úlcera venosa crónica de perna.

De facto, o impacto desta condição crónica ultrapassa largamente os aspectos físicos restritos a uma parte localizada do corpo, estendendo-se às restantes dimensões constitutivas da pessoa. A definição proposta por Langemo, citada por Oliveira (2007), procura de algum modo reflectir o que acabamos de referir ao entender uma ferida como uma “disrupção da integridade e funcionamento da pele que implica imperfeição, que tem um impacto físico e emocional” (p.35). A autora assume, assim, uma definição de ferida que não se circunscreve apenas ao efeito bio-fisiológico que a mesma possui no “corpo físico” do indivíduo, perspectivando este fenómeno como multidimensional e único.

2 – A PESSOA COM FERIDA CRÓNICA: IMPACTO MULTIDIMENSIONAL DAS FERIDAS

O cuidado aos indivíduos portadores de feridas crónicas constitui-se como um problema em larga escala, representando um desafio constante que tem de ser enfrentado, quotidianamente, tanto por quem vivencia tal situação, como pelos cuidadores formais ou informais destas pessoas, ou até mesmo por aqueles que com estas convivem (Yamada, 2001; Lucas, Martins e Robazzi, 2008).

Assim sendo, viver com uma ferida crónica, tal como atestam Lucas, Martins e Robazzi (2008) acarreta uma série de mudanças na vida das pessoas e por consequência

na dos seus familiares, surgindo habitualmente dificuldades que, em muitos casos, nem a própria pessoa, a sua família ou mesmo os profissionais de saúde que lhe prestam cuidados se encontram preparados para ajudar e compreender, de um modo global, todos os aspectos que envolvem este problema.

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

Deste modo, e tal como acontece em muitas outras doenças crónicas a abordagem terapêutica das feridas crónicas é influenciada por múltiplos factores. Estes factores não se cingem somente aos *fisiológicos*, como por exemplo a presença de circulação sanguínea adequada ou de sinais infecção. De facto, o processo de cicatrização de uma ferida crónica pode ser influenciado por muitos outros factores, como sejam os *económicos*, no que concerne ao acesso a produtos adequados e necessários ao tratamento; factores *sociais*, por exemplo na acessibilidade aos recursos/sistemas de saúde; factores *espirituais*, relacionados com as crenças pessoais e com a própria esperança dos doentes; factores *psicoemocionais*, relacionados por exemplo com a motivação dos indivíduos, a forma como reagem e lidam com o seu tratamento, bem como a forma como outros cuidadores interagem em todo este processo; e até mesmo factores *políticos*, nomeadamente na forma como são equacionadas e postas em prática políticas de saúde que influenciam directa ou indirectamente as pessoas que necessitam de assistência e de cuidados de saúde (Popoola, 2003).

Estes são apenas alguns exemplos que nos impelem à reflexão acerca da grande multiplicidade de factores distintos que não sendo estáticos e imutáveis, mas dinâmicos, interagem entre si e concorrem de um modo global para a abordagem holística que o fenómeno das feridas crónicas exige.

Neste contexto, torna-se essencial constatarmos que os problemas crónicos de saúde são multidimensionais na sua natureza. Desta feita, entendemos que a sua abordagem deve seguir uma lógica holística, que no caso particular da intervenção de enfermagem se traduz no cuidar a pessoa como um todo, não atendendo somente ao processo fisiológico (físico), mas inclusivamente às demais necessidades associadas às vertentes social, psicológica, económica, cultural e espiritual dos indivíduos.

A este propósito parece-nos interessante fazer referência ao trabalho desenvolvido por Papoola (2000), designadamente ao modelo teórico que desenvolveu intitulado “Modelo de Abordagem/Gestão das feridas crónicas.”³ Neste modelo a autora procura evidenciar a importância de se adoptar uma abordagem holística/multidimensional no processo de tratamento de pessoas com feridas crónicas, defendendo igualmente a utilização sinérgica do cuidado terapêutico, bem como de outras modalidades complementares ou alternativas adjuvantes no processo de cura.

Este modelo, cujo desenvolvimento se iniciou em 1994 nos EUA, teve como substrato diversas investigações realizadas com diversos especialistas da prática clínica (médicos, enfermeiros, nutricionistas, dietistas, psicólogos), cuja actividade se encontrava intrinsecamente ligada ao cuidado de pessoas com feridas crónicas, bem como numa extensa revisão de literatura sobre a temática, havendo a preocupação dominante de se estabelecer/conhecer as relações/interligações entre os vários factores que intervêm no processo de tratamento das feridas crónicas.

Este modelo, profundamente influenciado pelos trabalhos de Leininger (1991), tem como premissa basilar o facto de considerar o contexto ambiental como essencial para a compreensão dos factores que influenciam o processo de recuperação das feridas crónicas.

Assim sendo, os principais factores que foram identificados como aqueles que exercem uma marcada influência na abordagem das feridas crónicas foram agrupados de acordo com cinco áreas (ou *ambientes*), que os comportam: o ambiente Fisiológico; o ambiente Psicossocial; o ambiente Económico; o ambiente Político e, por último, o ambiente Espiritual.

De salientar que a síntese e a emergência destes conceitos constitui, no seu todo, um modelo reparador e dinâmico, em que as intra e inter-relações que se estabelecem entre os conceitos e entre estes com o todo se afiguram como um modelo holístico de cuidado, onde cada um destes ambientes mantém o mesmo nível de importância não se sobrepondo nem sendo sobreponível em relação aos outros.

De seguida passamos à exposição de cada conjunto de factores que intervêm no tratamento das feridas crónicas e que podem ser encontrados dentro de cada ambiente supracitado.

Constate-se que, o recurso à apresentação do presente modelo deveu-se ao facto de, pela sua exposição conseguir-se obter uma visão de conjunto de uma série de factores já identificados que intervêm no universo da temática das feridas crónicas e que, por sua

3 “Model of Chronic Wound Management”, título original em língua inglesa.

vez, vão influenciar directamente, em maior ou menor grau as vivências das pessoas possuidoras de feridas crónicas no seu quotidiano.

AMBIENTE FISIOLÓGICO

Nesta área são incluídos factores que podem promover a integridade cutânea e outros que, se não forem controlados podem agravar e retardar o processo de cicatrização a nível biológico. Exemplos destes factores incluem a circulação (venosa e arterial), o estado de nutrição, os níveis elevados de glicose no sangue, presença de edema, de sensibilidade diminuída nos membros inferiores, bem como o próprio nível de auto-cuidado que a pessoa é capaz de demonstrar devido à presença concomitante de outras patologias (insuficiência cardíaca, hipertensão, diabetes etc.).

Outros factores de natureza física como a influência dos efeitos de pressão, forças mecânicas, trauma repetido e a própria dor são também incluídos neste domínio. É universalmente aceite que a maioria destes aspectos fisiológicos sejam tidos em conta e que aqueles que se constituem como problemáticos sejam alvo de intervenção simultânea, à medida que se procedem ao tratamento das feridas (Papoola, 2000).

AMBIENTE ECONÓMICO

Nesta área encontram-se os factores relacionados os aspectos económico-financeiros dos indivíduos, seus cuidadores e familiares. As questões relacionadas com os seguros de saúde, especialmente em países cujo acesso à assistência de saúde está condicionada pela obrigatoriedade dos mesmos, assume aqui especial relevância levantando, igualmente, questões éticas em relação aos indivíduos que necessitam de tratamentos, que se sabe serem dispendiosos, não os podendo adquirir. Outro aspecto relaciona-se com a possibilidade de acesso aos cuidados de saúde, quer seja pela dificuldade de transporte associada muitas vezes à mobilidade física prejudicada, ou ao esforço em conseguir obter o dinheiro para a deslocação às Unidades prestadoras de cuidados de saúde, no que se refere à necessidade de pagamento continuado de transportes públicos, táxis etc., ou por qualquer outra razão (Papoola, 2000).

Parece-nos oportuno lembrar os resultados a que Augusto *et al.* (in Furtado *et al.*, 2001) chegaram, nomeadamente o facto de, por vezes, os tratamentos às feridas requererem gastos económicos acrescidos quer ao nível das deslocações (que como sabemos são frequentes e prolongadas no tempo), quer ao nível do material complementar para o tratamento, que não é coberto pelo Sistema Nacional de Saúde e cujas despesas são asseguradas pelos utentes, não esquecendo o facto de por vezes alguns tratamentos complementares, manifestamente importantes, por exemplo na redução da dor, não se

encontrarem disponíveis nos serviços públicos, levando a que estes só possam ser encontrados no sistema privado e por conseguinte apenas acessíveis a uma minoria (por exemplo, a terapia de aplicação de pressão negativa, a massagem, acupunctura, a reflexologia, a aromaterapia...). Isto se tivermos em consideração que grande parte da nossa população, especialmente a mais idosa, possui fracos recursos económicos, sendo que uma boa parte desta vive no limiar de pobreza.

AMBIENTE POLÍTICO

Neste domínio encontram-se integrados os factores relacionados com os aspectos legais, bem como os relacionados com políticas de saúde adoptadas, quer a nível nacional/governamental definidas pelas instituições competentes, quer sejam a um nível mais operacional, concernentes à própria gestão de competência própria de cada instituição de saúde.

Efectivamente, é a cada instituição que cabe a gestão de aspectos primordiais na área da prestação de cuidados de saúde às pessoas com feridas crónicas, no que se refere, por exemplo, à alocação de recursos humanos especializados e materiais (principalmente, na possibilidade de acesso a uma variada gama de produtos que são essenciais para o tratamento de feridas crónicas e úlceras venosas em particular, mas que são dispendiosos, sendo o seu processo de aquisição e utilização um constante desafio à sua correcta gestão). Estes factores, como se sabe, são fundamentais e exercem uma influência vincada, directa ou indirectamente, na qualidade da assistência de saúde que é prestada às populações.

O desenvolvimento de serviços/centros, especialmente vocacionados para o tratamento de feridas, a intensa proliferação comercial de produtos para o seu tratamento e os aspectos relacionados com a criação e implementação de instrumentos de diagnóstico e monitorização dos cuidados prestados às feridas crónicas estão também incluídos nesta área (Papoola, 2000).

AMBIENTE ESPIRITUAL

Este domínio inclui um conjunto de aspectos ligados àquilo a que Papoola (2000) designa de “relacionamento com forças superiores”. Aqui são enunciados como principais factores capazes de influenciar o tratamento de uma ferida crónica, as crenças e valores, não só individuais (do doente), como também dos seus cuidadores/conviventes e familiares. É a partir destas crenças (crença em Deus ou em outras entidades sobrenaturais, em correntes de energia vital etc.), que muitas vezes, são tomadas decisões e escolhidos determinados procedimentos em detrimento de outros (utilização de água benta, realização

de orações, frequência da igreja, a prática da meditação, yoga, etc.) e, é em função destes valores religiosos ou espirituais que, nalguns casos, determinados aspectos habitualmente negativos são mais facilmente enfrentados e ultrapassados (Papoola, 2000).

Twycross (2003) define espiritualidade como “a consciência do transcendente, a consciência de algo que está para além da experiência ou do conhecimento humano” (p.56).

Deste modo, uma das formas das pessoas viverem essa espiritualidade é através da religião e, eventualmente, do seu envolvimento em actividades religiosas, onde podem depositar a sua fé numa entidade divina, com vista a sentirem-se apoiadas e reconfortadas numa situação de doença (Twycross, 2003).

Outra vertente englobada neste domínio é a da esperança, associada à fé da cura, o que por vezes se traduz numa luta dicotómica entre a esperança que as pessoas desenvolvem no sentido de poderem ficar curadas e a tristeza associada ao moroso processo de cicatrização/cura com que, em muitos casos são confrontadas (Ebbeskog e Ekman, 2001).

Deste modo, os aspectos espirituais relacionados com o processo de cura são culturalmente baseados, variando de cultura para cultura e sempre estiveram presentes desde os primórdios da humanidade.

É esta evidência que sustenta o facto de até à actualidade subsistirem diferentes “filosofias” no que concerne aos princípios e práticas adoptadas pelas diferentes culturas, com diferentes inspirações religiosas, no que ao tratamento de feridas dizem respeito. Assim, nas culturas Afro-americanas e Africanas é comum os tratamentos terem por base a aplicação de unguentos, raízes de plantas e uma grande variedade de ervas, enquanto que nas culturas Hispânicas as práticas de cura tinham por base a crença de que devia existir um equilíbrio entre a aplicação do “quente”, do “frio”, da “humidade” e do “seco” para que a pessoa se sentisse curada. Já nas culturas orientais, nomeadamente na Chinesa e Filipina era comum utilizarem-se tradicionalmente a massagem, a medicina natural, baseada em plantas e a acupunctura, como práticas de cura (Papoola, 2000).

Cada cultura assume, assim, as suas “práticas e ritos de cura”, sustentadas numa base tanto espiritual como cultural, tal como abordaremos no próximo e último ambiente.

AMBIENTE PSICOSSOCIAL

Este domínio amplo e abrangente engloba um conjunto de padrões de comportamento directamente relacionados com o estado emocional, estilos de vida

adoptados e a rede social de apoio dos doentes, seus cuidadores, bem como dos próprios prestadores de cuidados.

Assim sendo, factores como a motivação, a atitude perante a condição patológica e respectivo tratamento (o grau de envolvimento), o estado emocional do doente (por exemplo situações de negação, de depressão etc.), os papéis sociais desempenhados, as estratégias de coping adoptadas, os sistemas de suporte social disponíveis, são apenas alguns exemplos de elementos que exercem uma forte influência na resposta individual e social que pode ser encontrada face à abordagem da temática das feridas crónicas. Em suma, o doente, a sua família, amigos, o seu nível educacional, o acesso à assistência de saúde, o estrato social, raça e idade, são um conjunto de variáveis que aqui são consideradas (Papoola, 2000).

Com efeito, e no seguimento da apresentação dos factores que intervêm no processo de abordagem à temática das feridas crónicas no domínio psico-emocional e social procederemos de seguida à exposição de alguns aspectos encontrados na revisão bibliográfica efectuada e que se relacionam directamente com os domínios referidos.

ASPECTOS QUE INTERVÊM NA RESPOSTA PSICO-EMOCIONAL ÀS FERIDAS CRÓNICAS

Baharestani (in Baranoski e Ayello, 2006) sintetiza os principais factores que moldam a resposta emocional do indivíduo à(s) sua(s) ferida(s), os quais passaremos a expor de modo resumido. Assim sendo, estes relacionam-se com a: etiologia; a preparação; a visibilidade; a resposta dos outros, a dor; o odor e a drenagem da ferida; os resultados de cicatrização; desenvolvimento de padrões de coping; a idade, o sexo e, por último, o impacto nas actividades de vida diária/ apoio social.

No que concerne à etiologia, a resposta individual a uma ferida pode estar intimamente relacionada como o mecanismo subjacente à sua origem. Assim, se o aparecimento de uma ferida estiver associado a um evento traumatizante (como por exemplo uma queda ou se for resultante de uma acção de risco executada pelo próprio), mais difícil será todo o processo de “relacionamento” com a condição patológica.

A preparação relaciona-se com o facto de haver a possibilidade dos doentes poderem ser submetidos a um processo de preparação psicológica e emocional que os ajude a lidar com a sua ferida. Por vezes, o que se constata, segundo a Baharestani (2006) é o facto de alguns doentes não conseguirem lidar com as suas feridas físicas, porque se encontram simultaneamente a debater com outras feridas mais profundas, sob o ponto de vista emocional.

A visibilidade reporta-se não só à gravidade e às circunstâncias sob as quais o ferimento surgiu, mas essencialmente na forma como a existência de uma ferida localizada no corpo pode afectar dramaticamente a imagem corporal dos indivíduos.

De facto, é no corpo que se experienciam as feridas, sendo que aqui o corpo não é considerado apenas como invólucro físico, mas enquanto entidade holística de impossível divisibilidade. Deste modo, uma ferida na perna, é acima de tudo uma ferida no corpo, porque o seu impacto é no corpo, no “eu” da pessoa, na sua existência e na sua multidimensionalidade, não se circunscrevendo a uma parte anatómica. Assim sendo, e procurando ultrapassar a axiologia cartesiana marcada pela dualidade corpo/pensamento há que considerar o corpo à maneira de Merleau-Ponty (1999) como veículo do ser no mundo, pois cada pessoa não está diante do seu corpo, mas no seu corpo, ou seja, é o seu corpo. Assim, o corpo deixa de ser somente uma forma, uma anatomia, um estilo, mas um devir, um movimento, um fluxo imparável, uma essência, uma existência, a nossa forma de estar no mundo.

Ribeiro (2003) entende que a representação social do corpo construído está intimamente relacionada com o espaço corporal, que corresponde ao lugar que o corpo ocupa pelo seu volume, formas e proporções. Assim, a consciência e a interligação de todos estes aspectos assume-se, inclusivamente, como parte da auto-imagem de cada indivíduo. Esta por sua vez vai ter repercussões a nível da auto-estima da pessoa, bem como ao nível das suas relações interpessoais.

Ebbeskog e Ekman (2001) entendem que ter uma ferida crónica, por vezes durante anos consecutivos de modo ininterrupto, pode representar um forte impacto na auto-estima e no auto-conceito⁴ daqueles que as possuem. Entendemos que tal poderá acontecer pelo facto de nesta situação particular uma das dimensões do auto-conceito se encontrar afectada – a auto-imagem: como é olhar ao espelho, todos os dias, por vezes durante anos, e constatar um corpo ferido, lesionado, afectado? Como será incorporar a imagem de um corpo, não coincidente com a que possuímos num período anterior à ferida?

A auto-imagem é definida por Schilder, citado por Price (1990) como a imagem mental que formamos do nosso corpo, o mesmo é dizer, o modo como vemos/apercebemos o nosso corpo.

Da definição do autor podemos concluir que a imagem corporal se encontra relacionada com a forma pela qual o corpo é percebido pelo indivíduo, ou seja o modo

⁴ Em termos gerais, Faria (2005) define o auto-conceito como sendo a: “percepção que o indivíduo tem de si próprio e, em termos específicos, as atitudes, os sentimentos e o auto-conhecimento acerca das suas capacidades, competências, aparência física e aceitabilidade social.” (pp. 361-362).

como o corpo se nos apresenta e a representação mental que dele fazemos, assumindo-se essa representação parte integrante da identidade da pessoa.

Efectivamente, o nosso corpo é, por si só, uma forma de estarmos no mundo. O corpo assume-se, ele próprio, como um instrumento perceptual e nós percebemos os seus limites. A pele ao ser um órgão sensitivo muito extenso facilmente pode “desaparecer” da nossa consciência imediata. Contudo, quando possuímos uma ferida ou uma imperfeição na pele, estas possuem a capacidade de “trazer” novamente à consciência a percepção desta e da sua função, comportando deste modo um efeito físico e emocional (Neil, 2001).

O tema da imagem corporal foi também desenvolvido pelos filósofos Kant e Merleau-Ponty. Kant (1995) concebe a pessoa como possuindo uma imagem corporal que actua como um instrumento mediador no processo de integração do comportamento e de projecção do “eu” (do self), como meio de ligação básico entre este “Eu” e o mundo. Por sua vez, Merleau-Ponty (1999) representa o corpo como um agente experimental básico que introduz ordem e significado às interacções com outros objectos. Para este autor a percepção que cada ser humano tem do corpo é inseparável da percepção que o mesmo tem do mundo, isto é, cada ser vê o mundo através do seu corpo. Assim, o homem enquanto ser-no-mundo é também, na opinião do filósofo um ser-aberto-ao-mundo, uma vez que este o apreende através da consciência e do corpo.

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

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

Retomando a descrição dos factores que afectam a resposta emocional dos indivíduos às feridas crónicas apresentados por Baharestani (in Baranoski e Ayello, 2006) abordaremos agora a resposta dos outros perante as pessoas com feridas. Uma grande variedade de sentimentos e atitudes, como a aceitabilidade, pena, desânimo, medo, repulsa e evitamento, entre outros são respostas comumente registadas perante aqueles que estão feridos. Tal poderá afectar a resposta emocional dos doentes face à sua situação e ter implicações directas na sua auto-estima.

A dor física associada às feridas é outro aspecto fundamental que deve ser atendido, sendo por vezes subvalorizado e até negligenciado pelos cuidadores formais e informais, tal como afirma Jones *et al.* (2006). De facto, facilmente verificamos que a dor é um aspecto extremamente valorizado pelas pessoas acometidas com feridas crónicas, o que pode ser facilmente constatado por quase toda a bibliografia e estudos realizados a que tivemos acesso, que a evidenciaram como tema comum aos resultados que emergiram dos dados. A fadiga é outro aspecto que se encontra associado à presença de dor, sendo muito frequente as pessoas verbalizarem sentirem-se “esgotadas”, cansadas por muitas vezes o seu período de sono ser frequentemente interrompido, levando a que acordem durante a noite e não consigam dormir devido à dor que sentem (Baharestani in Baranoski e Ayello, 2006).

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

O odor e a drenagem proveniente da ferida constitui-se como outro factor passível de afectar psicologicamente as pessoas com feridas crónicas. De facto, a presença destes aspectos pode ter um impacto desastroso na auto-estima das pessoas, levando à vivência de situações embaraçosas e ao desenvolvimento de sentimentos de culpa, de desgosto e vergonha (Neil, 1998).

Os resultados de cicatrização incluem habitualmente, segundo Baharestani (*in* Baranoski e Ayello, 2006), a resposta a três questões: Irá a ferida cicatrizar? Quanto tempo levará a cicatrizar? Irá o tratamento causar dor? Para os doentes e familiares o facto de terem esperança na cicatrização e acreditarem no facto de que a ferida está a melhorar e que a dor e as restrições a que estão submetidos acabarão um dia pode contribuir positivamente para o enfrentamento do tratamento. Por outro lado e particularizando para os doentes com úlceras de perna crónicas, as elevadas taxas de recorrência poderão ter o efeito contrário, levando a que o pessimismo de instale, e por vezes se estenda aos próprios profissionais de saúde.

O desenvolvimento de estratégias de coping constitui-se, igualmente, como uma factor capaz de influenciar a resposta psicológica às feridas. Walshe (2000), num estudo que efectuou com o intuito de perceber como é viver como uma úlcera de perna venosa a partir da perspectiva do doente, identificou quatro padrões distintos de enfrentamento: o coping por comparação (as pessoas ao compararem a sua situação patológica com outros que se encontravam também numa outra situação de doença experimentavam uma sensação de “normalização”, sentindo-se “beneficiadas” em relação às mesmas possuidoras de outro tipo de doenças, como as vítimas de enfarte ou AVC, por exemplo);

outra estratégia adoptada era o sentir-se saudável, independentemente da presença de úlceras e das suas restrições associadas; a Expectativa alterada (dado o facto dos participantes no estudo serem idosos registou-se uma atitude de aceitação da condição, sendo a presença desta considerada como parte do processo de envelhecimento) e finalmente, sendo optimista foi outra das estratégias de coping desenvolvida, numa atitude de não valorização dos sintomas e implicações da presença das úlceras.

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

Brod (1998) num estudo que realizou concluiu que as pessoas mais idosas eram menos afectadas nas áreas sociais, laborais e familiar. Em relação ao sexo, estudos realizados referem que os homens têm um pior índice qualidade de vida do que as mulheres, nas áreas da dor e mobilidade física, tal como refere Baharestani (in Baranoski e Ayello, 2006). Por sua vez, a mesma autora, citando estudos de Price e Harding (1996) refere que num estudo por eles realizado, os investigadores descobriram piores resultados no índice de qualidade de vida em mulheres nos domínios da vitalidade e funcionamento físico e social.

Por último, o impacto nas actividades de vida diária/ apoio social surge como um importante factor condicionador da resposta psicológica das pessoas com feridas crónicas.

Frequentemente as pessoas expressam a sensação de estarem a viver uma vida restringida, sendo incapazes de fazer o que pretendem, os que lhes dá prazer, de um modo natural, livre de complexos, obstáculos e impedimentos (Ebbeskog e Ekman, 2001).

Assim, estas restrições, de natureza física, médica, etc., podem interferir na realização das mais básicas actividades de vida diária, o que por seu turno pode comportar enormes implicações sob o ponto de vista psicológico e social, como abordaremos de seguida.

O CORPO E AS FERIDAS: IMPACTO SOCIAL

Como temos vindo a constatar o impacto que uma ferida crónica acarreta não se limita somente à dimensão psicológica e física do indivíduo, havendo de igual modo repercussões na vertente relacional/social dos mesmos. Assim sendo, acreditamos que reflectir sobre as vivências das pessoas com úlceras venosas de perna crónicas é acima de

tudo reflectir, de um modo particular, sobre o papel que o corpo assume na nossa sociedade e sobre o que ele representa para cada um de nós.

Ribeiro (2003) afirma que o estudo do corpo tem se assumido como uma temática de estudo por excelência de um cada vez maior número de disciplinas, demarcando-se da perspectiva tradicional das ciências da natureza, onde habitualmente se confinava. Actualmente, o corpo assume-se como um dos focos principais da reflexão filosófica, psicológica e sócio-antropológica. Esse interesse generalizado e a reflexão profunda encetada em diferentes perspectivas sobre essa temática pode ser entendida, só por si, como a evidência da profunda mudança cultural que se está a operar nos nossos dias (Ribeiro, 2003).

Neste sentido assiste-se à transfiguração do corpo, tendo esse passado do “mundo dos objectos”, onde era considerado como um instrumento de trabalho, para a esfera do sujeito considerado como entidade sedenta e digna de reconhecimento, glorificação e até mesmo objecto-sujeito de culto, característico da pós-modernidade. É neste contexto que se assiste a um investimento cada vez maior e por vezes desmesurado no corpo no sentido de dele se obter cada vez mais prazer sensual e de lhe aumentar o poder de estimulação social (Ribeiro, 2003).

A consciencialização desta complexa valorização do corpo quase que nos obriga a reflectir acerca do lugar ocupado por este ao longo da história, na vida das pessoas e sobretudo a clarificar e identificar os novos papéis que o corpo assume na actualidade e as pressões que suporta (Ribeiro, 2003).

De facto, é fundamental ter presente que o “modelo de corpo” característico, que vigora nos tempos modernos se encontra direccionado para o isolamento da doença, do envelhecimento, do corpo feio, sujo e doente, sendo predominantemente orientado para a procura constante da cura, do prazer e da juventude.

Assim, e tal como refere Novais (2003) o interesse desmesurado a que assistimos pelo corpo nos dias de hoje está longe de ser livre e espontâneo, sendo sobretudo o resultado do seguimento de normas e padrões sociais estabelecidos (a beleza, a juventude, a magreza, a sedução, a vitalidade, a competitividade, o trabalho etc.).

A este propósito achamos pertinente citar Lipovetsky 1983 (apresentado por Novais, 2003) quando refere que “num sistema personalizado, só resta ao indivíduo durar e conservar-se, aumentar a fiabilidade do seu corpo, ganhar tempo e ganhar contra o tempo” (p. 16).

Novais (2003) constata ainda a existência de um marcado investimento na percepção do corpo relacionado com os efeitos do aspecto e características físicas (o

fenómeno da atracção física) e o seu consequente impacto nas relações interpessoais que se estabelecem.

Efectivamente, enquanto seres humanos somos corpóreos, isto é, todos possuímos um corpo. No entender da autora supracitada (2003) o corpo é simultaneamente algo privado e o que de mais público possuímos: privado, porque é nosso e dispomos dele a nosso belo prazer; público porque é através dele que interagimos e nos relacionamos, sendo por excelência um objecto de troca social.

Marcel apresentado por Lopes (1999) é singularmente expressivo quando afirma que o “meu corpo” é muito mais do que um instrumento pessoal; é a identidade pessoal, razão pela qual se pode afirmar que “sou o meu corpo”. O corpo não é mais um objecto ou uma coisa, é portanto sinónimo de uma relação profunda que se estabelece com ele, é neste sentido que o autor afirma que estamos encarnados, isto é, estamos ligados essencialmente e não acidentalmente ao nosso corpo.

Ribeiro (2003) considera que o corpo pode ser equacionado e experienciado sob duas perspectivas: a do “corpo objecto” e a do “corpo vivido”.

A primeira, o “corpo objecto” refere-se ao corpo enquanto existência física, o corpo tal como se nos apresenta de imediato, quando o olhamos e o reconhecemos como pertença do indivíduo. Refere-se o seu aspecto físico que partilha o espaço com os outros objectos físicos, incluindo outros corpos humanos, ocupando uma porção de espaço – o lugar corporal. É a ocupação desse lugar corporal que vai possibilitar a orientação no tempo, espaço e pessoa.

Dentro desta concepção, existem ainda mais de uma forma de entender o corpo-objecto: por um lado, como um conjunto de órgãos, quando o alvo de interesse é o seu funcionamento e, por outro, a sua aparência exterior, isto é, a forma como o corpo se apresenta aos outros e como estes o vêem (Ribeiro, 2003).

A segunda concepção, a do “corpo vivido” entende o corpo como uma realidade subjectiva com a qual estabelecemos uma relação imediata, que está sempre e em cada momento impregnada de memórias e vivências passadas, bem como de expectativas de vivências futuras. Esta concepção não exclui a anterior, a do “corpo-objecto”, uma vez que se fundamenta nela para a compreender, dado que cada pessoa só conhece o seu corpo porque o vive num determinado contexto temporal, espacial e relacional (Ribeiro, 2003).

Assim, o corpo não é algo que apenas temos, nem algo puramente físico que existe fora da sociedade. Os nossos corpos são, pois, influenciados pelas nossas experiências sociais, bem como pelas normas e valores dos grupos aos quais pertencemos.

Deste modo, cada sociedade procura descobrir à sua maneira os mistérios que o corpo encerra quer seja pela via informal (recorrendo ao imaginário colectivo) quer pela formal (recorrendo ao saber científico), logo, cada um de nós sente o seu corpo e lhe atribui significado de acordo com os elementos culturais que lhe foi dado partilhar (Ribeiro, 2003).

Em suma, podemos constatar que o corpo é, antes de mais, uma construção simbólica, não uma realidade em si mesmo. As representações que o corpo assume variam em função do simbolismo característico de cada sociedade, tornando-se ele mesmo um produto do social, cultural e psicológico.

Domingues (*in* Neves e Pacheco, 2004) alerta para a necessidade de reconhecermos que tudo passa pelo corpo que possuímos; é nele e por ele que reside a consciência de existir em si e de poder relacionar-se com os outros; é no e pelo corpo que se manifesta a nossa situação na história e no espaço, e também é nele e por ele que se revelam e manifestam as fragilidades e capacidades. Deste modo, a doença ao marcar presença altera os nossos conceitos de ser “senhor de si”, introduzindo os conceitos de precariedade e fragilidade.

A este propósito gostaríamos de relembrar as palavras de Renaud (*in* Neves e Pacheco, 2004) quando afirma:

“O corpo é a nossa realidade, cheia de beleza, mas que pode sofrer terríveis deformações, uma realidade de que gostamos espontaneamente, mas que pode suscitar em nós desgosto, uma realidade que conhecemos por assim dizer desde sempre, mas que não deixa de nos surpreender de ano para ano, ou mesmo de semana para semana.” (p.215).

Quando a doença ou outras condições patológicas (como a presença de úlceras crónicas) marcam presença, perturbando o delicado equilíbrio dinâmico que é a saúde, estas alterações podem levar a que as pessoas experienciem o seu corpo de um modo diferente, o que pode levar à instalação de um sentimento de “desincorporação”, isto é, não sentir-se ligado, conectado com o próprio corpo, em virtude das alterações corporais verificadas (Wilde, 2003).⁵

Num estudo realizado por Ebbeskog e Ekman (2001) com pessoas possuidoras de úlceras de perna crónicas os autores constataram que os participantes consideravam o seu “corpo vivido”, como alterado e lesionado, tornando-se muitas vezes um “fardo” penoso e fatigante com um impacto relevante na sua vida quotidiana. Assim, as percepções das

⁵ O termo “desincorporação” surge aqui como oposto ao de “incorporação”, traduzido do inglês *embodiment*, que pode ser definido, a partir da filosofia fenomenológica de Merleau-Ponty, como o modo como vivemos no mundo e o experienciamos a partir dos nossos corpos, especialmente através da percepção, emoção, linguagem e do movimento no tempo, espaço e na sexualidade (Wilde, 2003).

alterações do funcionamento corporal, e consequentemente das actividades diárias provocadas pela presença das úlceras significavam para os participantes uma vida social condicionada e cada vez mais restringida. Constataram que as pessoas tinham menos energia e menos motivação para continuarem com a sua vida social, levando a que verbalizassem frequentemente a sensação de estarem presas na sua própria casa, estando a sua própria liberdade condicionada.

Para além disso, associa-se, tal como já abordado, a tendência de na sociedade actual a imagem corporal e os aspectos físico e estético serem hiper-valorizados. Homens e mulheres vêem-se enredados nessa complexa teia de preconceitos, estereótipos, percepções e pressões, atribuindo importância extrema às características corporais que consideram desejáveis, fazendo de tudo para que possam alcançar e exibir o considerado corpo ideal. Essa imagem estereotipada do “corpo ideal”, perfeito e sem mácula, não deixa de ser um produto social influenciado por novos “valores” emergentes e que começam a ser culturalmente enraizados, como a beleza e a perfeição.

No caso dos possuidores de úlceras venosas crónicas essa identificação com o corpo bonito, sem defeito, pode ser difícil de conseguir. Desta feita, os padrões sociais instituídos que ditam, informal e implicitamente, o que é e o que não é aceitável poderão assumir nestes casos uma vincada influência, condicionando o modo como cada pessoa: percebe o seu corpo e a sua aparência; decide ou não relacionar-se com os outros; toma as suas decisões e concretiza ou não os seus objectivos de vida.

Com efeito, a diminuição dos contactos sociais, bem como o próprio afastamento em relação aos amigos por vezes encontra-se associado ao facto das pessoas não quererem mostrar os seus membros lesionados, volumosos, devido às presença de grandes quantidades de material de penso, bem como pelo receio do, eventual, extravasamento de líquidos e odor desagradável emanado pelas feridas (Ebbeskog e Ekman, 2001; Neil, 1998). Frequentemente, estas alterações corporais associadas a uma vida social restringida são responsáveis pelo desenvolvimento de sentimentos de desesperança, incerteza e frustração perante o futuro (Ebbeskog e Ekman, 2001).

Neste contexto, o facto de se ser possuidor de uma ferida pode implicar muitas vezes sentimentos de rejeição e repulsa, mesmo que inconscientes, por parte dos outros (Krasner, 1998) e até mesmo motivar sentimentos de isolamento social (Ebbeskog e Ekman, 2001; Walshe, 1995) e quadros depressivos, dado o impacto negativo que este fenómeno pode assumir no âmbito das relações pessoais e laborais dos indivíduos (Brod, 1998; Chase, Melloni e Savage, 1997; Krasner, 1998), bem como em muitos outros campos das suas vidas.

3 – A ENFERMAGEM E O CUIDAR A PESSOA COM FERIDAS CRÓNICAS

À luz do paradigma da transformação, e tal como apresentado por Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1996) um fenómeno é único, independentemente de poder ser semelhante a outro, mas nunca igual. Pode ser definido portanto como unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia.

Este paradigma emerge a partir da década de 70 do século XX constituindo-se como um ponto de viragem no modo de olhar o mundo nos mais diversos aspectos (políticos, culturais e económicos) e ao qual a enfermagem não ficou indiferente, levando à constatação de que as experiências em termos do binómio saúde/doença ultrapassam largamente a linearidade e as relações de causalidade (conceitos associados ao paradigma da categorização que se caracteriza pela concepção dos fenómenos de modo isolado, não inseridos no seu contexto e comportando propriedades definíveis e mensuráveis).

A emergência do paradigma da transformação e em parte do da integração (que perspectiva os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais), no nosso entender veio possibilitar o estudo da realidade e dos fenómenos que a compõem de um modo mais holístico (porque a realidade é assumida como complexa), bem como a natureza dos próprios cuidados de enfermagem, pelo facto de se valorizar o significado que o fenómeno tem para a pessoa que o vive.

A pessoa, segundo Kant (1978), existe enquanto fim em si mesmo, possuidora de um valor absoluto inquestionável e dotada de singularidade, autonomia e unidade individual. Romeo citado por Vicente (1997) aproxima-se desta visão acrescentando que a pessoa é “um ser aberto à experiência que necessita dela para se fundamentar, alimentando-a e regressando a ela constantemente” (p.16). Assim, entendemos que a pessoa só se assume como tal pelas suas experiências individuais, que a moldam no percurso da vida e às quais recorre na busca de significado para as suas vivências.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001) define pessoa, simultaneamente, com os outros três conceitos básicos – o de ambiente, saúde e o de cuidados de enfermagem – cuja inter-relação especifica o campo da disciplina que constitui a enfermagem, sendo vulgarmente assumidos como o *metaparadigma*.

Assim sendo, a pessoa é considerada como um ser social, dotado de intencionalidade, cujos comportamentos se baseiam nos seus valores, crenças e desejos individuais, o que implica que cada pessoa seja única, possuidora de uma dignidade própria

e com direito à autodeterminação. O seu comportamento é por conseguinte influenciado pelo ambiente em que vive e se desenvolve, numa relação dinâmica onde a pessoa reconhece que influencia o ambiente e que, simultaneamente, é influenciada por ele, perseguindo uma qualidade de vida que define segundo as suas potencialidades e prioridades.

O ambiente é considerado como o conjunto de elementos (humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais) que exercem a sua influência, condicionando deste modo os estilos de vida da pessoa bem como o modo como esta entende e perspectiva o seu conceito de saúde.

A saúde é, simultaneamente, o estado e a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. A saúde é portanto, um valor e uma vivência de cada ser humano, sendo por este motivo um estado subjectivo que não pode ser considerado como um conceito oposto ao de doença.

Nesta lógica, os cuidados de enfermagem encontram o seu fundamento e foco de atenção na promoção dos projectos individuais de saúde que cada pessoa define, vive e persegue na expectativa de os concretizar. A relação terapêutica promovida pelos profissionais de enfermagem no decurso do exercício profissional com as pessoas alvo dos seus cuidados é, então, entendida sob a perspectiva de uma parceria, na qual os enfermeiros respeitam as percepções e capacidades da pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, valorizando o seu papel activo e decisório em todo este processo dinâmico, cujo objectivo último é ajudar a pessoa a assumir uma atitude proactiva e responsável na consecução do seu projecto de saúde.

O CUIDAR: CONCEITO INDISSOCIÁVEL DA PRÁTICA DA ENFERMAGEM

Tal como afirma Gameiro (2003) centrar a prática de enfermagem no “cuidar” assume-se como uma forma da enfermagem reclamar a sua autonomia e de possibilitar a constituição de um corpo de saberes específico, procurando afastar-se do “tratar” veiculado pelo modelo biomédico, bem como de outras premissas a ele associadas. Esta orientação surge assim como uma consequência natural da mudança de paradigma que se operou no decurso da segunda metade do século XX e que provocou um grande impacto nas profissões ligadas à saúde: a doença e a técnica deixam de ser consideradas como o foco de atenção dos cuidados, passando este foco a centrar-se no domínio da prevenção, promoção do bem-estar e na relação com o meio ambiente. No âmbito particular da enfermagem estas mudanças vieram promover a reflexão sobre a natureza desta profissão levando à reivindicação de um conteúdo funcional autónomo, sustentado num corpo de conhecimentos próprio.

Assistiu-se assim à reafirmação e à adopção de um conceito, que embora não sendo exclusivo do domínio/ profissão de enfermagem, se tornou num dos seus conceitos fundamentais e significantes: o cuidar.

A Madeleine Leininger (1978) se reconhece o facto de ter sido uma das primeiras teóricas a propor esse conceito, como sendo um dos focos essenciais da atenção da disciplina de enfermagem, estando o seu trabalho associado à denominada “Escola do Cuidar”, a par do de outras teóricas como Watson (1985) (Kéroauc *et al.*, 1996).

De acordo com o paradigma da transformação e tal como nos é apresentado por Kéroauc *et al.* (1996) o cuidar visa a manutenção do bem-estar da pessoa tal como ela o define. Ser enfermeiro assume o significado de “estar com” a pessoa. O profissional e o utente são parceiros nos cuidados individualizados. Numa atmosfera de mútuo respeito o enfermeiro acredita nas potencialidades de desenvolvimento e no potencial da pessoa, beneficiando igualmente dos laços autênticos estabelecidos com esta, que lhe possibilitam o desenvolvimento do seu próprio potencial.

Para Watson (2002) a Enfermagem combina e integra a ciência com “a beleza, a arte, a ética e a estética do processo de cuidar do Homem-pelo-Homem” (p. 35). Ela considera que a ciência do cuidar humano se baseia numa epistemologia que inclui a metafísica, a estética, as humanidades, a arte e o empírico. Dentro desta filosofia, os cuidados de enfermagem assumem-se como um processo intersubjectivo, de pessoa para pessoa, que requer um compromisso prévio com o cuidar enquanto ideal moral e conhecimentos sólidos. Deste modo, Watson (2002) considera que “o cuidar é o ideal moral de enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana” (p.111). Na sua visão o objectivo dos cuidados de enfermagem é ajudar a pessoa a atingir o mais alto nível possível de harmonia na tríade individual: corpo-alma-espírito.

No trabalho desenvolvido por Watson (2002), que sofreu influências dos postulados de Carl Rogers, surge o conceito basilar de relação transpessoal de cuidados que a autora define como sendo uma relação humana particular em que duas pessoas co-participantes num processo se respeitam e permitem uma evolução para uma melhor auto-compreensão e harmonia.

Hesbeen (2000) acrescenta que cuidar é uma arte e aquele que cuida combina “elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (p.37). Para este autor (2000), que se baseou no trabalho de Watson, o que constitui a essência da prática do cuidar é a relação interpessoal de um receptor/beneficiário que necessita de ajuda e de uma pessoa prestadora de cuidados, que tem por missão ajudar numa situação de vida em que é interpelada a intervir.

Collière (1999) afirma que a prática de enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa. Refere ainda que tanto se afirma como um acto individual, ou seja, que prestamos a nós próprios quando adquirimos autonomia, como igualmente é um acto de reciprocidade que prestamos a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, necessita de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Como temos procurado demonstrar ao longo do presente trabalho compreender e actuar perante a diversidade dos fenómenos de saúde/doença com os quais a enfermagem se relaciona exige, invariavelmente, uma abordagem multidimensional e multifactorial, isto é, exige uma abordagem holística. Assim, o conceito de Cuidar Holístico pode ser entendido como a utilização dos cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa como um todo, onde se combinam os aspectos tradicionais do cuidar com outras modalidades alternativas ou complementares de cura (Popoola, 2003).

Com efeito, os enfermeiros são desde cedo alertados e formados para a importância de estarem atentos às reacções individuais da pessoa como um todo, face aos fenómenos de saúde/doença e não centrarem somente a sua atenção no problema físico/efeito imediato que esta última comporta. Assim, enquanto um diagnóstico médico de uma doença pode ser claramente delimitado, as respostas humanas que a pessoa manifesta perante a sua presença podem não ser (e não o são, certamente) tão lineares e predeterminadas, diferindo de pessoa para pessoa e acarretando um impacto díspar na capacidade individual de cada um tem de enfrentar e superar as adversidades.

No nosso caso, pretendemos estudar o fenómeno de ter uma úlcera venosa crónica de perna que tarda em cicatrizar e pretendemos fazê-lo procurando percepcioná-lo em toda a sua complexidade e multidimensionalidade, sob o ponto de vista de quem o vivencia e lhe atribui significado.

Segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000), a enfermagem deve centrar a sua atenção no processo e nas experiências das pessoas que enfrentam transições, onde a saúde e o bem-estar são encarados como um resultado a alcançar.

Meleis (2007) define o conceito-chave de transição como uma alteração no estado de saúde, no desempenho de papéis, de expectativas ou de capacidades, implicando necessidades em todos os aspectos humanos, exigindo que a pessoa incorpore novo conhecimento para alterar um comportamento e, portanto, mudar a definição de si próprio no contexto social.

Murphy, apresentado por Zagonel (1999) refere que o conceito de transição pode ser definido a partir de duas perspectivas teóricas. A primeira relacionada com o desenvolvimento ao longo do ciclo vital, no qual ocorrem eventos marcantes; a segunda

relacionada com o facto dos eventos que ocorrem no percurso de vida produzirem desequilíbrio entre dois períodos de tempo estáveis. As experiências das transições assumem-se assim não como unidimensionais, mas pelo contrário, cada transição é caracterizada pela sua própria singularidade e complexidade, não ocorrendo de modo isolado do ambiente e do contexto que rodeia a pessoa.

Como referido, a Teoria das Transições desenvolvida por Meleis defende que a assistência de enfermagem às pessoas que se encontram a vivenciar um determinado acontecimento ou situação particular (transição) é o objectivo-chave da enfermagem.

Deste modo, o desafio para os enfermeiros e/ou outros que se encontram envolvidos no apoio às pessoas que se encontram a lidar com uma transição reside na necessidade de compreender essa mesma transição e os processos subjacentes à mesma (quais as suas implicações na vida da pessoa), e desenvolver intervenções que sejam efectivas e que possam contribuir para a reacquirição do controlo e da estabilidade, bem como do próprio estado de bem-estar (relativo ou absoluto) por parte dos que tiveram que enfrentar a transição.

Num artigo publicado em 2000 com outros autores Meleis considera que os enfermeiros tendem a ser os cuidadores que primeiramente preparam os clientes para lidarem com as transições e que facilitam o processo de aquisição de novas competências relacionados com a sua saúde individual e com as suas experiências de doença. Na sua teoria de médio-alcance Meleis (2007) defende que existem variadas transições que ocorrem em diferentes momentos do ciclo vital. Estas podem ser desencadeadas por diferentes processos: os de saúde-doença; os situacionais (de origem social e cultural, por exemplo a migração, a reforma) ou de desenvolvimento (relacionadas com o ciclo vital, por exemplo: a adolescência, gravidez, nascimento, parentalidade, envelhecimento, morte...).

Dentro dos processos de saúde-doença as experiências de doença são exemplos de transições que podem tornar as pessoas vulneráveis. Destas destacam-se as fases de diagnóstico de eventuais patologias, os procedimentos cirúrgicos, bem como os processos de reabilitação e recuperação. Deste modo, o facto de uma pessoa estar acometida com problemas crónicos como seja a existência de feridas crónicas que não cicatrizam, pode ser considerado como um exemplo de uma transição que exige uma acção concertada entre o doente e outros actores (profissionais de saúde, familiares etc.) no sentido da promoção de respostas adaptativas que visem ultrapassar este período de instabilidade.

O mesmo é dizer que o facto das pessoas possuírem uma condição crónica (neste caso particular, a existência de úlceras venosas), com carácter recorrente e durante períodos de tempo significativos, constitui-se como um exemplo de uma transição, enquadrando-se na definição supracitada deste conceito-chave tal como definido por

Meleis, havendo a necessidade do desenvolvimento de estratégias de adaptação e de reorganização de estruturas internas (cognitivas, psico-emocionais) e externas (sociais, familiares, relacionais) que a presença da condição exige.

Deste modo, e por tudo o que anteriormente expusemos, com o nosso estudo não pretendemos estudar as feridas crónicas como um fenómeno isolado “em si mesmo”, isto porque, consideramos que qualquer doença não tem nenhum significado por si só, nem tão pouco poderá existir só por si.

De facto, e tal como nos explica Collière (2003) uma doença existe pelo impacto e pelos efeitos que produz na vida de alguém que tem de se adaptar a uma determinada situação: sobre as suas ocupações, as suas actividades, as suas expectativas e os seus desejos e objectivos. A doença não existe, assim, descontextualizada de um substrato humano – a pessoa – no qual se expressa.

Cuidar de um modo abrangente, equivale deste modo, a perceber como se estrutura uma determinada situação sócio-cultural, bem como a compreender os laços de significação que têm de ser descodificados para que os cuidados prestados possam ser verdadeiramente efectivos e individualizados e para que tenham em conta não só as modificações fisiológicas originárias da doença, mas também os demais aspectos imputáveis à vivência da complexa realidade quotidiana das pessoas, enquanto seres relacionais, sociais e culturais.

Assim sendo, se tal for tido em consideração por parte de quem presta cuidados, entendemos que a sua actuação terá seguramente um maior significado para os receptores dos cuidados, que vêem assim reconhecidas a individualidade das suas respostas à saúde e compreendidas as suas necessidades, devidamente enquadradas culturalmente, de acordo com as suas crenças, valores e práticas. Neste sentido, e tal como defende Amendoeira *et al.* (2003) a especificidade da intervenção do enfermeiro com a pessoa no âmbito da interacção que ambos estabelecem deve assentar na valorização das experiências/vivências problemáticas ou não que esta vive.

Para Lalanda (1995), cuidar é algo abrangente, em que são perceptíveis dois universos humanos e socioculturais em interacção, comunicando conteúdos, agindo e interagindo. Nesta relação dialéctica, a forma como o enfermeiro percepção o outro determina uma actuação baseada no cuidar ou, simplesmente, guiada pelo mero instinto de tratar.

A este propósito, e no âmbito da temática subjacente ao nosso estudo consideramos nunca ser demais reforçar a dissonância existente nos conceitos de tratar e cuidar. Collière (2003) considera que com a “medicalização” dos cuidados e com a afirmação da profissão

de enfermagem assistiu-se a um desvio erróneo nos dois conceitos, que levou à denominação de cuidados para evocar situações de tratamentos. A autora (2003) entende que, nunca os tratamentos poderão substituir os cuidados e que, é a ausência ou deficiência de cuidados que conduz à multiplicação dos tratamentos. Assim sendo, e ainda, segundo a autora (2003):

“Perceber a confusão alimentada entre «cuidar» e «tratar» e discernir a diferença da sua finalidade, dos seus meios e dos seus efeitos biológicos, culturais, sociológicos e económicos é indispensável aos prestadores de cuidados, para recolocar os cuidados, bem como os tratamentos, nas suas dimensões antropológicas” (p. 146).

Torna-se assim fundamental que os enfermeiros se consciencializem e tornem omnipresente na sua prática a ideia de que “cuidar de pessoas com feridas” não é o mesmo que “cuidar das feridas das pessoas”. Consequentemente, a sua intervenção deverá ser focalizada na pessoa como entidade global e ser direccionada à mesma enquanto corpo-sujeito e não numa perspectiva reducionista, cuja acção se dirige somente à ferida, isto é, ao corpo-objecto (Augusto *et al.*, in Furtado *et al.*, 2001).

Para complementar esta ideia fazemos alusão à forma como Collière (1986) caracteriza o cuidar. Para a autora, o cuidar é “invisível”, na medida em que o cuidar, o preocupar-se com alguém, o crer na pessoa, acreditar e reforçar as suas capacidades, o permitir recuperar a sua esperança, em suma, o acompanhar o percurso da pessoa são acções, na sua essência, “invisíveis”, não materializáveis.

Não obstante, e no entender de Kéroauc *et al.* (1996), a análise do conceito de cuidar compreende, para além dos aspectos humanistas e afectivos relacionados com as questões de atitude e compromisso, aspectos instrumentais e técnicos, que no caso na prática da enfermagem lhe conferem o carácter profissional e científico da profissão.

A este propósito, Hesbeen (2000) – alertando para o facto de ser necessário utilizar rigorosamente o conceito de “cuidado”, entendendo-o como uma palavra um pouco vaga e gasta dada a sua utilização frequente e recorrente com conotações várias – considera que torna-se fundamental não confundir a expressão “tomar conta de”, com o conceito de “cuidar”. O autor entende que a primeira expressão possui uma conotação materializante e desresponsabilizadora (tomar conta de alguma coisa, um objecto, um animal, um brinquedo etc.), enquanto que o conceito de cuidar, se relaciona essencialmente com o facto de se estar atento a alguém ou alguma coisa e o esforço para lhe proporcionar o seu bem-estar. No campo da saúde o autor (2000) entende o cuidar como: “essa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde.” (p.10).

Hesbeen (2000) defende que esta confusão é de um modo especial no domínio da enfermagem, não deve ser alimentada, uma vez que ao enfermeiro é exigido um saber científico, um saber técnico, mas igualmente, um saber ser, que lhe possibilite estabelecer um relação pessoal de partilha onde, muitas vezes, a dor e o sofrimento humanos desencadeiam uma resposta humana de ajuda.

Swanson (1991) desenvolveu empiricamente uma teoria do cuidar que procurou clarificar e por em evidência, o que significava para os enfermeiros exercer a sua actividade enquadrados na filosofia do cuidar. Para a autora o objectivo da enfermagem é promover o bem-estar das pessoas com as quais se interage. Neste âmbito, o cuidar surge definido como “a nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility”⁶ (Swanson e Wojnar, 2004, p.46).

Na sua teoria Swanson (1991) faz referência e desenvolve os cinco processos básicos que no seu entender são essenciais e atribuem significado aos actos de enfermagem, sendo habitualmente entendidos como formas de cuidar. São os designados “processos de cuidar em enfermagem”: Conhecer; Estar com; Fazer por; Possibilitar; Manter a crença (Swanson e Wojnar, 2004).

Neste sentido, **CONHECER** significa esforçar-se por compreender um determinado evento ou situação, tal como ele entendido e investido de significado pela pessoa que o está vivenciar. Implica, portanto, evitar ideias pré-concebidas, centrar-se na realidade do outro, procurar sinais e pistas e envolver/promover o encontro entre as personalidades de ambos, isto é, entre o cuidador e a pessoa cuidada numa perspectiva de parceria.

ESTAR COM significa estar lá, mostrar disponibilidade. Implica estar física e emocionalmente presente para o outro, transmitindo-lhe uma atitude verdadeira de que o que lhe está a acontecer importa. É partilhar sentimentos e ter presente a noção de não sobrecarregar o outro.

FAZER POR implica fazer pelos outros aquilo que eles próprios fariam por si mesmos se tal fosse possível. Consiste em criar oportunidades para as pessoas resolverem os seus problemas e/ou que sejam promotoras de bem-estar. Os actos relacionados com o “fazer por” incluem o confortar, o antecipar necessidades, o executar com competência, o proteger as necessidades do outro, em suma, o preservar a sua dignidade.

POSSIBILITAR significa facilitar a passagem dos outros pelos processos de transição que enfrentam, ao longo do ciclo vital ou no contacto com eventos incomuns, não familiares, incentivando, sempre que possível, o auto-cuidado. O “possibilitar” inclui informar/explicar,

⁶ “uma forma de alimentar o relacionamento com alguém que valorizamos e por quem sentimos um sentimento pessoal de compromisso e responsabilidade.” Tradução livre, nossa.

apoiar/permitir, focar nas preocupações do outro, gerar alternativas/reflectir e providenciar uma via de validação dos sentimentos do outro.

O **MANTER A CRENÇA** está associado à necessidade de “fazer ver ao outro” a mensagem implícita existente em cada situação com a qual se tem de lidar, isto é, a ideia de que existe um significado pessoal em cada situação particular que necessita ser encontrado.

“Manter a crença” implica, portanto, acreditar/ter estima pelo outro, manter uma atitude de esperança e oferecer optimismo realista, ajudando o outro a encontrar significado, veiculando a ideia de que se está com a pessoa independentemente do desfecho da situação: “ir até ao fim”.

Deste modo uma das premissas associadas a esta teoria é a de que a capacidade dos receptores de cuidados para integrarem e enfrentarem um determinado evento é tanto maior se os cuidadores/profissionais de saúde estiverem bem informados/conhecerem os processos comuns de resposta utilizados perante um problema de saúde específico (Swanson e Wojnar, 2004).

Ao aplicar-se essa teoria na prática quotidiana dos cuidados o desafio que enfermeiros terão de enfrentar é o da capacidade de perante um utente com uma situação específica serem capazes de ingressar nessa realidade do “outro”, através de um verdadeiro sentido “empático” de cuidar e onde a experiência pessoal e profissional passada dos enfermeiros adquirirá, necessariamente, uma relevância extrema, podendo ser facilitadora de uma maior compreensão das vivências do outro de quem se cuida.

Pode dizer-se, portanto, que a enfermagem põe em prática um cuidar profissional, havendo recurso por parte dos enfermeiros a diferentes teorias, métodos, técnicas e instrumentos que lhes permitem prestar assistência a pessoas numa situação/processo particular de saúde.

Tal como referido previamente Watson (2002) preconiza que o “cuidar” é fundamental para desenvolver a relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa doente. Adoptando uma postura de escuta activa, disponível e cuidadosa o enfermeiro encara a sua prática curativa não como um fim em si mesmo, mas como parte integrante do cuidar, visto que é um ser humano que cuida de outros seres humanos (Pacheco, 2004).

A adopção desta postura, no nosso entender, assume ainda maior relevância quando o ser humano cuidado se encontra numa situação de doença e consequentemente, numa posição de maior fragilidade e, eventualmente, de maior sofrimento.

Normalmente, a doença constitui uma situação considerada pela pessoa como uma limitação e uma ameaça perante a qual os seus processos e recursos habituais de resolução de problemas são avaliados como não totalmente satisfatórios (Pacheco, 2004).

No caso particular do fenómeno que estudamos, e atendendo à revisão de literatura efectuada e aos estudos apresentados sobre o tema, constatamos que a vivência de possuir úlceras venosas crónicas de perna poderá constituir-se como uma fonte de grande sofrimento para as pessoas que convivem com esta situação, tendo em conta as características associadas a essa alteração de saúde: dor intensa emanada pela ferida, duração elevada do tratamento, o seu carácter recorrente e crónico, instabilidade no processo de cura, limitações associadas, etc. (Chase *et al.*, 1997; Beitz e Goldberg, 2005; Hyde, 1999; Neil, 1998; Krasner, 1997, 1998; Walshe, 1995).

Atendendo ao descrito, os profissionais de saúde, e especificamente os enfermeiros são exortados a intervir e a estabelecer, no âmbito das suas competências, uma relação terapêutica com estas pessoas.

Para Gameiro (1999) a compreensão e o alívio do sofrimento humano são elementos fundamentais do cuidar em enfermagem. Este constitui-se um imperativo que encontra substrato na convicção de que a identidade e a natureza do cuidar reside no seu plano mais básico no alívio do sofrimento da pessoa, em especial, das que se encontram em situação de doença ou incapacidade.

Neste contexto, a utilização da técnica de relação de ajuda poderá assumir especial pertinência, uma vez que e tal como entende Phaneuf (2005) ela constitui-se uma troca que comporta componentes verbais e não verbais que ultrapassam a superficialidade e que favorecem a criação de um clima de compreensão e de apoio essencial a toda a pessoa que se defronta com uma situação difícil de ultrapassar.

Segundo a autora (2005) referida, o estabelecimento desta interacção entre cuidador e cuidado, por abrir espaço à mudança, autonomia e evolução pessoal, facilita a compreensão e aceitação das situações problemáticas, concorrendo para a sua resolução.

Por este motivo Gameiro (1999) refere-se à relação de ajuda descrita por Phaneuf como o instrumento básico de intervenção em enfermagem.

A seguir apresentamos e desenvolvemos, em traços gerais, os aspectos relacionados com a relação de ajuda, por considerarmos ser um instrumento essencial no domínio da actuação autónoma dos enfermeiros, pela enorme possibilidade de intervenção e pelos ganhos em saúde que a mesma poderá possibilitar.

A RELAÇÃO DE AJUDA: UM INSTRUMENTO NA ACTUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Os enfermeiros assumiram o compromisso de prestar cuidados holísticos às pessoas ao longo do ciclo vital (na saúde, incapacidade e morte). É neste compromisso ético que reside a promessa e, consequentemente a responsabilidade de cumprir o prometido. Assim, decorrente do mandato social assumido pela profissão os enfermeiros atribuíram a si mesmos uma série de deveres ao assumirem a autonomia e auto-regulação da profissão pelos seus próprios membros. Tal como nos lembra Nunes (*in* Neves e Pacheco, 2004) a finalidade da profissão de enfermagem é promover o bem-estar de outros seres humanos, e esta mais do que uma finalidade científica, assume-se como um objectivo de ordem Moral, isto é, assenta num conceito moral básico: a preocupação com os outros.

O enfermeiro enquanto profissional e pessoa que acompanha e intervém na vida das pessoas de quem cuida assume-se como um elo activo em todo o processo de cuidados de um modo geral, procurando trabalhar com a pessoa/família no sentido de responderem utilizando os melhores recursos possíveis e disponíveis perante qualquer que seja a situação encarada como problemática com a qual têm de lidar. A actuação do enfermeiro encontra fundamento na relação estabelecida com o outro, um relação que se pretende verdadeiramente terapêutica.

A OE (2001) define claramente a natureza desta relação:

“A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e a valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde.” (p.8).

Neste sentido, a relação terapêutica que se estabelece entre enfermeiro-cliente poderá exigir, dada uma determinada situação e um contexto específico, o recurso à aplicação de técnicas específicas, as quais o enfermeiro prescreve, no âmbito da autonomia⁷ que lhe é reconhecida. De entre as técnicas mencionadas destacamos “a relação de ajuda”.

Neste tipo de intervenção/relação o enfermeiro interage com outra pessoa, no sentido de a ajudar a: desenvolver a sua autonomia (através da mobilização de recursos

⁷ Entende-se por autonomia no domínio da profissão de enfermagem as “acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais (...)” (REPE, 1996). Por outras palavras, entende-se por acções autónomas, as acções realizadas pelos enfermeiros que resultam de uma prescrição dos mesmos (em função de um contexto e de um cliente em particular) e não de uma delegação ou continuação de cuidados, que foram iniciados por outros profissionais.

personais e comunitários); considerar a sua existência de uma modo mais positivo; modificar o seu estilo de vida; tomar decisões importantes; e encontrar/redescobrir um sentido para a vida, mesmo em situações onde não existem perspectivas de sucesso (Rogers, 1970; Lazure, 1994; Phaneuf, 2005).

Numa perspectiva histórica pode afirmar-se que a relação de ajuda nasce com Carl Rogers, psicólogo americano do século XX (1902-1987), que desenvolveu o seu trabalho fiel a uma filosofia humanista, tendo implementado uma terapia inovadora: a Abordagem Centrada na Pessoa (*Person Centred Approach*). O alcance do seu trabalho viria a marcar domínios e disciplinas tão vastas, como sejam a Enfermagem, a Psicologia, a Psicoterapia, a Educação, o Ensino e até a própria Filosofia (Rogers, 1974; Phaneuf, 2005).

Rogers (1970) entende o ser humano como um ser possuidor dos recursos essenciais para o auto-governo, isto é, tendo a capacidade de tomar conta de si, evoluir e desenvolver-se, capaz da modificação dos seus hábitos e estilos de vida, em prol do alcançar de um bem-estar crescente.

A Abordagem Centrada na Pessoa assume-se assim numa maneira de estar única no domínio das relações humanas, sendo o seu objectivo último ajudar as pessoas a ajudarem-se, procurando dentro de si a solução para os seus problemas (Lino, 2001).

Deste modo, defende-se que nada deve ser feito “contra” a pessoa, pela pessoa ou em favor dela, devendo antes ser ela própria a dar os passos necessários à eliminação/ultrapassagem as suas dificuldades, tendo em conta a sua experiência pessoal e vontade. Este processo deverá ser sempre enquadrado no âmbito de um relação de ajuda, em que aquele que ajuda deverá ter a capacidade de respeitar o outro em todos os momentos e ser capaz de o demonstrar de modo a que tal lhe seja perceptível, devendo igualmente dar o retorno das mensagens emocionais e verbais expressas pela pessoa ajudada (Rogers, 1974; Lino, 2001).

É a partir deste contacto desenvolvido no âmbito da Terapia Centrada na Pessoa que emerge a Relação de Ajuda, descrita por Rogers (1970) como uma relação permissiva, estruturada de maneira precisa, que permite ao cliente adquirir uma compreensão sobre si próprio a ponto de o tornar capaz de progredir à luz da sua nova orientação.

Tendo por base essa filosofia Humanista a relação com o outro torna-se primordial. Esta não é entendida somente como um instrumento de cura, é antes um veículo para a auto-realização da pessoa cuidada (Phaneuf, 2005).

Deste modo, a relação de ajuda surge como uma estrutura relacional organizada livremente ao longo do processo terapêutico entre aquele que ajuda e aquele que é ajudado. Esta é uma relação que vai sendo progressivamente construída, dependendo dos

seus intervenientes, exigindo uma enorme atenção essencialmente pela subtilidade da inter-relação que se desenvolve entre ambos. Segundo Frade (1999), citando Rogers é “o carácter de aceitação total, permissividade na expressão de sentimentos e a ausência de qualquer juízo de valores que tornam esta relação única requerendo, no entanto, plena maturidade e disciplina da parte do terapeuta para permitir um clima propício à ajuda psicológica” (p. 36).

Com a utilização da relação de ajuda podem ser alcançados variados objectivos que dependerão da situação/ experiência vivida de cada pessoa e do contexto particular onde a relação decorre. Assim, e tal como descreve Phaneuf (2005), referindo-se à relação de ajuda enfermeiro-doente, através da utilização deste tipo de relação a pessoa cuidada pode ser ajudada a:

- “Colocar a sua dificuldade em palavras a fim de que ela possa perceber-se como uma interveniente activa na sua própria situação;
- Aceitar a dor ou as dificuldades de uma situação com mais serenidade;
- Ver o seu problema mais claramente, de maneira mais realista, nas suas justas proporções, e modificar as suas perspectivas sobre o assunto, em caso de necessidade;
- Apresentar à enfermeira o seu problema tal como ele se lhe coloca;
- Compreender e comunicar à pessoa que ajuda as diferentes ligações entre os acontecimentos da sua vivência e as diferentes relações de força que se exercem entre as pessoas-chave da sua vida para chegar a uma melhor compreensão de um problema ou de um conflito;
- Expressar os seus sentimentos e as suas opiniões, mesmo se são negativos;
- Libertar a sua tensão;
- Sentir-se escutada, aceite tal como é, e compreendida, para que em seguida seja capaz de se aceitar a ela própria tal como é;
- Abrir-se aos outros e sentir-se mais à vontade para comunicar;
- Ter em conta os outros e tornar-se consciente das suas responsabilidades;
- Estabelecer uma relação significativa com uma enfermeira que servirá de trampolim para o estabelecimento de outras relações interpessoais;
- Desenvolver uma auto-imagem mais positiva;
- Modificar certos comportamentos que prejudicam a sua adaptação;
- Encontrar um sentido para a sua dificuldade;
- Adaptar-se a uma situação à qual não se poderia adaptar sem ajuda;
- Conhecer os recursos pessoais de que dispõe para resolver as suas dificuldades;
- Ver a vida de forma mais confiante e mais positiva, e a dar-se objectivos de vida;
- Enfrentar a morte com dignidade e serenidade”.

(pp. 326-327)

Vários foram os autores que desenvolveram a temática da relação de ajuda no domínio particular da enfermagem. Neste momento, apoiar-nos-emos do trabalho desenvolvido por Margot Phaneuf, por a considerarmos uma autora contemporânea com amplo legado nesta matéria, especialmente por ter encetado uma profunda reflexão sobre a natureza da relação de ajuda, perspectivando-a como uma entidade basilar na relação enfermeiro-doente, e tendo-se preocupado sempre por não confinar essa reflexão a um nível meramente teórico, realizando um esforço por discutir e enquadrá-la numa perspectiva prática com a exposição de contributos acerca da sua operacionalização nos contextos de actuação dos enfermeiros.

Phaneuf (2005) entende a relação de ajuda como:

“ (...) uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem a necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade, e mesmo diante da morte. ” (p.324).

Neste âmbito, o enfermeiro enquanto elemento detentor da tarefa de cuidar deve tomar a iniciativa ou facilitar o primeiro contacto relacional com o doente. A partir deste primeiro contacto, a autora (1995) defende que o papel essencial do enfermeiro centra-se na postura de abertura e escuta que permite a cedência de oportunidade ao outro para viver a experiência.

Assim sendo, após o estabelecimento desta etapa inicial da relação de ajuda, a mesma deve tomar continuidade respeitando as seguintes premissas:

- **Adopção de uma atitude de cuidados pelo enfermeiro:** O enfermeiro deve mostrar interesse e sensibilidade face ao sofrimento do doente, e estar presente e disponível para fornecer resposta às necessidades e expectativas deste (Phaneuf, 1995);
- **Desenvolvimento da relação de confiança:** através da promoção de um sentimento de confiança do doente no enfermeiro, que serve como suporte significativo para enfrentar as experiências de sofrimento (Phaneuf, 1995);
- **Utilização da relação de ajuda:** a pessoa cuja situação foi cognitivamente reformulada e compreendida subjectivamente por esta e pelo enfermeiro, sai afectivamente reforçada pelos sentimentos de estima e de solidariedade transmitidos na relação sendo então capaz de ver mais claramente as

repercussões da doença e do seu tratamento, bem como os recursos de que dispõe para o seu enfrentamento (Phaneuf, 1995).

Como já referenciado, falar em relação de ajuda implica aludir a um processo gradual, com um início e um fim, onde podem ser identificadas algumas fases.

Na linha do preconizado pela autora adoptada, Phaneuf (1995) considera o processo de relação de ajuda constituído por três fases, a saber: preparação da pessoa que ajuda; fase de exploração da relação; e o fim da relação.

A primeira fase, a preparação da pessoa que ajuda, é caracterizada pela obtenção de informação sobre a pessoa, seu quadro conceptual, sentimentos, crenças, valores, objectivos, com o objectivo de procurar conhecer o outro tal qual ele é. Esta fase inicia-se com um primeiro contacto entre duas pessoas (enfermeiro e doente) com papéis diferentes, uma que ajuda e outra que é ajudada. Nesta fase, ambos os intervenientes através de uma comunicação terapêutica sentem necessidade de um conhecimento mútuo e do estabelecimento de um clima de confiança.

A fase seguinte, a de exploração da relação, consiste tal como descrevem Simões, Fonseca e Belo (2006) “na interiorização, exploração e tomada de consciência do vivido, por parte do ajudado, de modo a que se processe a aceitação, a melhor adaptação, mudança de comportamento, evolução para um melhor bem-estar e para a autonomia” (p.49), sendo nessa altura que se clarificam as necessidades da pessoa, bem como os objectivos da relação.

Isto é, trata-se da criação das condições, após uma fase em que já existe um conhecimento mútuo, para que a própria pessoa aprenda a adaptar-se, a conviver e ultrapassar os seus problemas e dificuldades. Por essa razão as acções do enfermeiro deverão ser personalizadas, de modo a que o ajudado possa sentir a competência e a responsabilidade do enfermeiro.

A última fase da relação, fim da relação, acontece quando o patamar de autonomia, de aceitação ou de mudança/adaptação considera-se atingido, alcançando-se com isso o objectivo da relação definido inicialmente. Nesta fase é esperado que o doente se tenha integrado na situação que se encontra a vivenciar ou tenha superado a necessidade detectada. O fim da relação deverá ser cuidadosamente preparado, para que tanto o enfermeiro, como aquele que é ajudado não evidenciem sensações de perda e para que possam ambos realizar uma avaliação do processo estabelecido.

Phaneuf (2005) põe em evidência a dificuldade na exploração da relação de ajuda entre enfermeiro e doente, reconhecendo que para que a mesma possa ser levada a cabo de um modo eficaz são requeridas condições prévias. Desde logo, algumas destas

condições relacionam-se com as atitudes da pessoa que ajuda e com o conhecimento que as mesmas possuem sobre si mesmas e sobre a sua capacidade de se utilizarem como um meio terapêutico (a presença e a vontade de não julgar). Outras condições encontram-se associadas às qualidades relativas à relação a implementar (intervenção não directiva e centralização na pessoa), ou aos aspectos inerentes ao conteúdo desta relação (escuta e a consideração positiva).

Seguidamente, procuraremos clarificar e desenvolver, sucintamente, o que se entende por cada uma dessas condições ou princípios no quadro particular da relação de ajuda.

PRESENÇA

A relação é, antes de mais, uma presença para o outro. Contudo, “estar presente” para o outro significa mais do que “estar lá”. Este conceito alude à capacidade física de estar presente, mas igualmente, à capacidade psicológica de estar “com a pessoa”. A presença, segundo Phaneuf (2005) “simboliza ao mesmo tempo a força que suscita a confiança e que tranquiliza, e a doçura que supõe uma abordagem humana e benevolente” (p.329).

A “presença” pode ser assim considerada como um estado de proximidade física e de disponibilidade afectiva e para que tal aconteça implica reconhecer que o enfermeiro é capaz de desenvolver competências que o tornam fundamental neste tipo de relação.

VONTADE DE NÃO JULGAR

A vontade de não julgar refere-se à qualidade da escuta associada à relação de ajuda. O respeito por essa condição possibilita ao enfermeiro deixar-se “penetrar”, sem preconceito nem reserva, pelo que exprime a pessoa alvo de atenção (pelo seu comportamento verbal e não verbal). No contexto da relação de ajuda a vontade de não julgar está intimamente relacionada com a aceitação incondicional do outro, com a ausência de julgamento, almejando a compreensão profunda dos seus comportamentos e motivações. Implica não realizar juízos de valor, nem avaliações e deixar ser o outro a fazer essas avaliações e julgamentos por si próprio (Phaneuf, 2005).

INTERVENÇÃO NÃO DIRECTIVA

Define-se pela qualidade da relação de ajuda que se traduz na vontade do cuidador em não usar autoridade ou poder sobre a pessoa ajudada (Phaneuf, 2005).

Deste modo o enfermeiro não pretende substituir o outro, dando-lhe conselhos e soluções feitas para os seus problemas, mas sim apoiar o doente nas decisões respeitando a manutenção da sua liberdade. Esta atitude passa pelo fornecimento de informação necessária que permita ao doente compreender melhor a sua situação no momento. Só assim se acredita que a pessoa esteja apta para seleccionar a desenvolver estratégias mais adequadas de superação.

CENTRALIZAÇÃO NA PESSOA A AJUDAR

A centralização no ajudado refere-se, segundo Phaneuf (2005), à “qualidade da relação de ajuda que faz com que a pessoa que ajuda se preocupe em primeiro lugar com a própria pessoa, com as suas emoções e os seus sentimentos, as suas reacções, as suas necessidades e os seus desejos, mais do que interessar-se prioritariamente com a sua doença ou os seus problemas existenciais ” (p.332).

Em contexto da relação de ajuda o que se revela importante para o enfermeiro, antes de mais, é a pessoa, enquanto entidade global que necessita de ajuda (nomeadamente as suas emoções, sentimentos, as suas reacções, necessidades e desejos) e não apenas o modo como esta reage e enfrenta a doença/situação problemática, correndo-se o risco, se tal acontecesse, de descurar outros aspectos que necessitam igualmente de intervenção. Assim, cada indivíduo desenvolve uma forma própria de reagir perante a doença e a relação deve adaptar-se às particularidades que daí decorrem.

ESCUITA

A escuta assume-se como uma condição fundamental em todo o processo da relação de ajuda. Ela traduz um estado de disponibilidade intelectual e afectiva por parte do enfermeiro, assumindo-se como um momento de partilha em que o ajudado transmite aspectos pessoais e experiências de vida. A escuta é, tal como refere Phaneuf (2005) “ao mesmo tempo silêncio e palavra a fim de levar a pessoa a exprimir-se” (p.333).

CONSIDERAÇÃO POSITIVA

Trata-se de um sentimento de respeito e de confiança que o enfermeiro enquanto cuidador manifesta em relação ao doente, com o intuito de levá-lo a reconhecer o seu valor e dignidade como um todo. Esta atitude é considerada como fomentadora do crescimento pessoal do doente de modo a que este ganhe coragem para enfrentar dificuldades e efectuar mudanças, quando necessário (Phaneuf, 2005).

De salientar que, para além dessas condições prévias requeridas para o estabelecimento eficaz da relação de ajuda que até agora apresentamos, se encontram também subjacentes ao desenvolvimento da mesma um conjunto de atitudes, ou habilidades próprias da relação de ajuda, assim denominadas por Phaneuf (1995;2005) e que são a aceitação, a empatia e o respeito.

Para além destas, que a seguir desenvolveremos, a autora considera existir outras habilidades, também elas importantes no estabelecimento e manutenção deste tipo de relação, como sejam: a autenticidade, a congruência, a confrontação, o imediatismo, a revelação de si, o humor e a comunicação de esperança.

Estes conceitos, que se encontram inter-relacionados entre si, essencialmente pela sua significação e pelo que representam, exigem do enfermeiro uma profunda atitude de compreensão e implicam a adopção dos valores que lhe estão subjacentes.

EMPATIA

A empatia pode ser definida como um profundo sentimento de compreensão do outro, para o qual convergem os esforços do enfermeiro num contexto de ajuda. Em certos casos, tal como refere Phaneuf (2005) é quase sinónimo da própria relação de ajuda, quando esta se desenvolve num contexto informal.

Phaneuf (2005) considera que para que a empatia aconteça é necessário entrar no universo de outrem com a finalidade de o compreender como se ele se colocasse no seu lugar e procedesse à apreensão do que o outro vive e do modo como vive, de modo a lhe levar reconforto, apoio e de estimular a sua energia interior para o ajudar a evoluir.

Assim, o enfermeiro deverá ter presente a importância da manifestação de empatia e deverá esforçar-se por a desenvolver e por a demonstrar no contacto com o outro de uma forma genuína. Ser empático significa o esforço por nos colocarmos no “lugar do outro”, compreendê-lo e transmitir-lhe essa mesma compreensão.

Tal como conclui Squier, citado por Reynolds e Scott (2000), nos campos das doenças crónicas, bem como daquelas relacionadas com o stresse, uma relação empática entre profissional de saúde e utente pode fazer a diferença entre o viver com um sentimento de angústia, de sofrimento e de dor e uma vida relativamente activa e produtiva.

RESPEITO

Qualquer tipo de relação/interacção deve encontrar-se cimentada no respeito pelos outros e o contexto da relação da ajuda não foge à regra. É através do respeito que a pessoa que ajuda reconhece no outro uma pessoa dotada de dignidade e valor e, como tal,

livre e capaz de tomar as suas próprias decisões, independentemente de ser ou não ajudada para tal (Phaneuf, 2005).

Respeitar a pessoa é acreditar profundamente na sua unicidade, considerando que só ela possui o potencial específico para aprender a viver da forma mais satisfatória. Respeitá-la é mais do que manifestar estima, tratá-la com deferência e delicadeza, é acolhê-la na sua diferença e mostrar consideração real pelo que ela é. Ajudar a pessoa pressupõe assim um envolvimento humano-a-humano, baseado numa afectuosidade compassiva que pode incluir o sorriso aberto, “toque caloroso” e outras manifestações de carinho e de estima (Phaneuf, 2005).

ACEITAÇÃO

Refere-se a um sentimento de abertura face à experiência do outro, à sua maneira de ser e ao sofrimento por ele manifestado, sem qualquer exigência de mudança. Constitui-se como condição primordial para o estabelecimento de uma relação de ajuda, fundamentando-se na crença de que o enfermeiro compreende o sofrimento como uma experiência subjectiva com significados e modos de expressão pessoais. O doente é cuidado no seu todo como um ser com dignidade, independentemente do seu aspecto físico, do seu carácter, dos seus valores e da sua conduta (Phaneuf, 2005).

Deste modo, procurámos reflectir e discutir a relação de ajuda como um meio facilitador na actuação do enfermeiro e como um importante veículo do cuidar do *outro*. Estamos convictos de que a utilização deste tipo de relação, enquanto processo estruturado, organizado, desenvolvido por fases poderá, à semelhança de muitas outras situações ser utilizado no âmbito da temática que nos encontramos a estudar, isto é, o fenómeno da vivência com feridas crónicas de origem venosa.

Entendemos que a vivência com esta condição crónica pode, eventualmente, exigir um esforço adaptativo e uma capacidade de resposta eficaz em prol do objectivo de se ir conquistando progressivamente um melhor bem-estar e uma melhor qualidade de vida, em muitos casos difícil de se conseguir.

O enfermeiro pelas frequentes e variadas oportunidades de contacto, que se prolongam no tempo, com pessoas que possuem úlceras venosas crónicas de perna, pode configurar-se como uma fonte de apoio para estas.

Efectivamente, este contacto é por demais evidente em virtude da necessidade das pessoas terem que mudar os pensos regularmente, prolongando-se esta rotina por todo o período de tempo em que a ferida perdura. É esta proximidade que faz com que, neste âmbito, o enfermeiro possa contactar de perto, como nenhum outro profissional de saúde,

com as dificuldades, sensações, sentimentos, e com a própria evolução e alteração do estado emocional das pessoas de quem cuida, presenciando todo o seu percurso de vivência da situação de saúde, bem como as respostas mais ou menos adaptativas que as mesmas possam desenvolver.

É neste sentido que a utilização da relação de ajuda poderá revelar-se uma mais valia importante, pelas oportunidades que a mesma proporciona: dar à pessoa a possibilidade de sentir, escolher, identificar e decidir que aspectos devem ou não ser modificados. Através da relação de ajuda não se oferecem soluções prontas à pessoa. Com a sua utilização pretende-se orientá-la e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e prestar-lhe assistência na sua evolução ou no progresso nas várias fases do processo de enfrentamento do problema (Phaneuf, 1995).

Tal como defende Gameiro (1999) “estar-com” e “actuar-com” o outro são processos de ajuda necessários para a expressão e compreensão da essência e significados pessoais da vivência, permitindo a centralização do cuidado na pessoa, levando-a a uma reflexão sobre a sua condição permitindo-lhe se necessário reformular as suas interpretações, nunca elaborando por ela as suas alternativas.

Tendo presente as condições prévias necessárias à relação de ajuda acima definidas, bem como o conjunto de atitudes que se revelam princípios basilares nas relações humanas como a empatia, o respeito e a aceitação, acreditamos que a actuação do enfermeiro poderá adquirir um significado mais *puro*, no sentido de permitir o cuidar a pessoa enquanto um todo e não apenas de uma ferida.

CAPÍTULO II – PROCEDIMENTO EMPÍRICO

1 – PROBLEMÁTICA

As feridas crónicas são um amplo e complexo problema de saúde à escala global, afectando milhões de pessoas em todo o mundo.

Actualmente a prática de cicatrização está a atravessar mudanças revolucionárias, à medida que a investigação emergente vai permitindo revelar progressivamente o complexo processo da degradação, regeneração e reparação tecidual (Baharestani *in* Baranoski e Ayello, 2006).

Com efeito, hoje a área das feridas é alvo de uma intensa investigação o que consequentemente conduz ao desenvolvimento e aparecimento no mercado de novos produtos, tecnologicamente mais avançados e de novos recursos para o tratamento de feridas, aos quais os profissionais de saúde têm acesso de uma forma nunca antes vista.

Não obstante, e tal como constata Rosa (2006) apesar de existir um grande volume de investigação nesta área, grande parte da pesquisa efectuada no campo das feridas crónicas centra-se essencialmente nas características das feridas, nos seus tempos de cicatrização, nas abordagens ao tratamento, no tipo de material a utilizar e nos modelos de prestação de cuidados. A linha de investigação que tem prevalecido nesta área continua a ter por base o domínio biofisiológico ao qual as feridas se reportam, investigação esta, empiricamente construída e com a finalidade de, a partir dela, poderem ser emanadas orientações prescritivas, que se cingem aos tratamentos a aplicar às feridas (Rosa, 2006).

Assim, e pese embora exista actualmente muito conhecimento e informação sobre vários aspectos particulares das feridas crónicas existe na realidade pouca investigação disponível sobre os múltiplos factores e influências que interagem entre si e que, no seu conjunto, constituem o complexo processo de abordagem a este tema. De facto, grande parte da informação disponível nesta área encontra-se dirigida de um modo específico para os vários tipos de feridas, não havendo uma abordagem ao tema da “gestão”⁸ das feridas

⁸ O termo “Gestão” é aqui considerado em toda a sua abrangência devendo, também, ser entendido no sentido da compreensão global do tema em estudo, ou seja, todas as repercussões presentes na vida das pessoas em vários domínios, associadas ao facto de se possuir uma ferida crónica.

crónicas” como um processo global, onde intervêm uma grande multiplicidade de factores (Papoola, 2000).

É neste sentido que Rosa (2006) considera fundamental a utilização de uma abordagem fenomenológica que permita compreender a natureza diversa e multidimensional da realidade vivida pelas pessoas com feridas crónicas, bem como as dificuldades que as mesmas enfrentam na sua vida diária.

Rosa (2004) constata que embora se tenha registado melhorias nas taxas de recuperação, as feridas crónicas continuam a ser um problema de saúde prevalente, levando-a a defender a existência de um hiato presente na compreensão e interligação dos conceitos de: “processo de cicatrização”, “Conhecimento/Intervenção de Enfermagem” e o da “Percepção das pessoas acerca da experiência de possuir uma ferida”. É no que acaba de ser enunciado que pensamos residir o foco do nosso estudo.

Na verdade, as feridas crónicas fazem parte do quotidiano dos enfermeiros, maioritariamente em contexto de cuidados de saúde primários, sendo que, diariamente é canalizado um volume considerável de tempo e de recursos materiais na assistência aos utentes que as possuem.

O risco que se corre, na perspectiva de Oliveira (2007) prende-se com o facto de, por vezes, termos tendência a mecanizar os tratamentos que efectuamos, olhando apenas para a ferida (e não para pessoa ferida) como alvo preferencial de atenção, de cuidados e de preocupação, numa atitude puramente reducionista, relegando para segundo plano a visão da pessoa enquanto ser holístico. Onde estará verdadeiramente centrada a nossa atenção quando alguém se dirige à nossa sala afim de lhe serem efectuados tratamentos: na pessoa enquanto ser global ou apenas na ferida que ela transporta? Quando prestamos cuidados, o que mais frequentemente nos preocupa? Saber como a pessoa está vivendo a experiência de ter uma ferida ou saber, apenas, se a ferida está a evoluir no sentido da cicatrização?

Por vezes, o difícil é conseguir discernir, mentalmente, que a ferida que se trata não pertence a uma “perna” isolada, descontextualizada da realidade, mas pertence antes, a uma *pessoa*, que merece uma atenção global e individualizada, que não se circunscreve à mera substituição de um curativo.

De facto, por vezes esquecemo-nos, igualmente, de parar para pensar e reflectir sobre o impacto que uma ferida, que tarda em cicatrizar, produz na vida da pessoa e no seio da sua família e amigos (Oliveira, 2007).

Desde logo, podemos ler na alínea a) do artigo 89º, referente à Humanização dos cuidados, do Código Deontológico do Enfermeiro, publicado no DECRETO-LEI n.º 104/98,

de 21 de Abril, o seguinte: “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (p.1756).

No contexto particular do trabalho que desenvolvemos, que se relaciona com as vivências das pessoas com úlcera de perna crónica, estamos convictos de que este dever assume especial relevância.

A frequência deste Curso de Mestrado veio, pois, proporcionar-nos a oportunidade de reflectirmos e de aprofundarmos conhecimentos acerca da problemática supracitada, corporalizada na forma de uma dissertação.

Entendemos que conhecer um fenómeno é algo imprescindível e prévio a qualquer intervenção que se pretenda terapêutica. Só assim acreditamos poder estar em condições de adoptar uma acção verdadeiramente focalizada e individualizada que possa corresponder às expectativas e necessidades dos que esperam uma intervenção profissional por parte dos enfermeiros.

Com efeito e após um processo de reflexão sobre o tema chegámos à conclusão de que a nossa verdadeira intenção, ao pretendemos estudá-lo, centra-se na vontade de compreender o fenómeno de possuir uma ferida crónica de uma modo global, a partir da experiência de quem o vivencia.

Para tal formulamos a pergunta de partida, que no entender de Quivy e Campenhoudt (1998) constitui-se como a melhor forma de começar um trabalho de investigação, pois esta tem como finalidade exprimir, de forma o mais exacta possível, aquilo que se procura saber, elucidar, compreender melhor, apresentando-se como um primeiro fio condutor da investigação.

Como tal, a pergunta de partida do nosso estudo ficou assim formulada: Como vivenciam as pessoas a situação de possuírem uma úlcera venosa crónica de perna?

Mora, apresentado por Frias (2003) entende vivências como situações vividas, repletas de significado que perduram no tempo.

Fidalgo, citado pela mesma autora (2003), entende que vivência significa “a consciência imediata do objecto (...) a vivência tem sempre um vivido, um resultado preñado de significado que permanece” (p. XXIV). É o significado que foi atribuído pela própria pessoa a partir da interpretação do que viveu que a caracteriza essencialmente.

Carvalho (1996) acrescenta que as vivências são totais, uma vez que, a pessoa é um ser global. Diogo (2000) complementa, ainda, que estas são multidimensionais e que

envolvem esferas psicossociais mais alargadas como por exemplo a família, o trabalho e a própria existencialidade.

Assim, é através da consciência permanente do que se viveu e se vive, da forma como se interpreta, se investe de sentido e atribui significado à experiência de possuir uma úlcera venosa crónica de perna que não cicatriza, que acreditámos poder compreender as diferentes experiências vividas por cada pessoa.

Desta feita é nossa finalidade com o desenvolvimento do presente estudo sensibilizar os profissionais de saúde, bem como os familiares e cuidadores em geral para a importância da compreensão do fenómeno da experiência de viver com uma úlcera venosa crónica de perna, tendo-se para tal definido os objectivos que se esperam alcançar, já apresentados na introdução da presente dissertação.

De seguida, achamos relevante apresentar uma selecção de um conjunto de estudos relacionados com a temática supracitada ou com áreas afins, proveniente da revisão de literatura efectuada.

Os estudos encontrados foram, na sua grande maioria, realizados no estrangeiro. De salientar que apenas conseguimos ter conhecimento de dois estudos sobre o tema realizados em Portugal, o que no nosso entender vem reforçar a necessidade de ser realizada mais investigação acerca desta temática que contemple a nossa realidade.

Chase *et al.* (2000) conduziram um trabalho de investigação descritivo para estudar as vivências das pessoas com úlceras venosas de perna crónicas. Neste estudo os participantes revelaram um conjunto de limitações, num grau moderado a severo, quer ao nível físico bem como ao nível da sua vitalidade e energia diária, revelando, igualmente défices de conhecimento no que concerne às causas e aos demais aspectos relativos ao processo de tratamento. A dor foi, também, uma experiência evidenciada pelos mesmos. O estudo aponta este aspecto como sendo um aspecto que tende a ser continuamente subestimado e não convenientemente atendido pelos cuidadores e profissionais de saúde.

A conclusões semelhantes chegou Walshe (1995) num estudo fenomenológico, em que procurou descrever a experiência de viver com uma úlcera venosa de perna, em que a dor, a mobilidade prejudicada e as diferentes estratégias de *coping* utilizadas pelos doentes foram as vivências que se salientaram.

Flanagan *et al.* (2001) (*in RCN- Clinical Practice Guidelines*, 2006) estudaram as percepções pessoais de doentes, de cuidadores e de enfermeiros perante o tratamento e a recorrência de úlceras venosas. Como conclusões constaram que todos os actores atrás descritos acreditavam que a promoção da saúde não estava a ser realizada eficazmente

nas actividades diárias e que factores organizacionais, como constrangimentos de tempo e recursos limitados eram responsáveis pelos episódios de recidivas das feridas. Cuidadores e doentes identificaram como necessidade fundamental um maior e melhor conhecimento dos factores que condicionam a ocorrência e recorrência das úlceras de perna.

Krasner (1997, 1998) investigou o significado da experiência de ter uma úlcera venosa dolorosa. Nos seus trabalhos emergiram como resultados o facto do controlo da dor dever ser um aspecto a merecer maior atenção no processo de cuidado e que os cuidadores necessitam de ouvir mais atentamente as pessoas de quem cuidam, necessitando igualmente de criar relações eficazes e de ajudar as pessoas a encontrar satisfação e gratificação em outras actividades. Sentimentos de frustração devidos à lentidão na cicatrização, depressão, embaraço, dificuldades na realização da higiene pessoal associadas à presença de ligaduras, distúrbios do sono ocasionados, principalmente, por episódios de dor e pelo medo do desenvolvimento de novas úlceras são outro conjunto de aspectos que foram mencionados pelos participantes no estudo.

Chase *et al.* (1997) conduziram também um estudo fenomenológico sobre pessoas com úlceras venosas de perna. Os temas identificados a partir da análise dos dados denominaram-se: “processo de tratamento sem fim” (*forever healing*); “limites e acomodação”; “sentimento de impotência”; “Quem se importa?” Alguns temas relacionados com a frustração são coerentes com os encontrados nos estudos de Krasner (1997, 1998).

Em Portugal tivemos conhecimento de um estudo qualitativo exploratório que utilizou uma abordagem fenomenológica realizado por Augusto *et al.* (*in* Furtado *et al.*, 2001) intitulado: ter uma ferida crónica. Que vivências? Que repercussões? O estudo contou com a colaboração de doze participantes e teve como objectivo averiguar o significado que os utentes atribuem à presença de uma ferida, bem como compreender as repercussões que estas têm nas suas vidas.

Como resultados obtidos, relativamente ao significado constatou-se que a presença de uma ferida pode ser considerada como uma doença (causa de infelicidade e mal-estar), e como uma fonte de gastos supérfluos, relacionados com os custos acrescidos para as deslocações e material complementar para o tratamento. Verificaram também, que para algumas pessoas o facto de ter uma ferida constituía-se como uma “mais-valia”, através da qual podiam obter benefícios (reforma antecipada, fuga à solidão e ao isolamento, no caso das pessoas mais idosas).

No que concerne às repercussões das feridas na vida das pessoas foram identificados diferentes temas: dificuldades na satisfação das necessidades fisiológicas (alteração do padrão de sono, sexualidade alterada, actividade limitada), sentimentos de insegurança (dor e mal-estar físico, medo e ansiedade), necessidade de pertença alterada

(sentimentos de inutilidade, dependência de outros, aceitação/rejeição pelos outros) e finalmente, dificuldade em assumir os seus papéis sociais (incapacidade de auto-realização, rehierarquização de valores sociais e espirituais).

Foram verificadas ainda a partir da análise dos resultados duas posições antagónicas, emergentes da relação enfermeiro/doente. Uma que resulta essencialmente de uma intervenção técnica, adoptada por alguns enfermeiros e na opinião dos participantes, centrada na tarefa e na ferida (conducente à despersonalização do atendimento) e outra direccionada para uma intervenção de carácter mais relacional dirigida ao corpo-sujeito, permitindo ao enfermeiro criar laços de confiança essenciais na relação terapêutica.

O segundo estudo que encontramos desenvolvido em Portugal intitulou-se “Vivências do indivíduo com ferida crónica”, sendo realizado por Sanchas e Baltar (2004), com quatro utentes seguidos na consulta externa de cirurgia geral de um hospital. Os temas emergentes da análise dos dados foram organizados em catorze temas, agrupados em sete categorias que a seguir se transcrevem a título exemplificativo: “A dor e o sofrimento causados pela perda de integridade cutânea”; “O tempo de arrastamento da situação agrava a dor e o sofrimento”; “Cuidar implica Comunicar/Informar ”; “Cuidar implica ter interesse pelo outro”; “Cuidar implica disponibilidade para ouvir e ajudar”; “Cuidar implica envolver a família” e finalmente “Cuidar implica conhecer o utente”.

Leonardo Da Vinci disse um dia que a alegria de compreender é o mais nobre dos prazeres. Estamos convictos de que compreender um fenómeno é uma premissa básica e fundamental para alterarmos a nossa forma de estar e de actuar perante o mesmo. É isso que esperamos que este trabalho venha a proporcionar, uma base de reflexão individual e conjunta sobre as práticas que efectuamos todos os dias, por vezes de uma forma rotinizada, quase automática, e que por vezes tanto trabalho dão questionar.

2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia sendo uma etapa do processo investigativo descreve a forma como o trabalho é perspectivado e como este poderá evoluir. Ela descreve os passos científicos para o conhecimento, bem como as opções delineadas e assumidas pelo investigador. Tal como Gil (1999) reconhece, a metodologia é um caminho para se chegar a determinado fim.

Neste capítulo pretendemos apresentar o percurso metodológico, por nós efectuado, designadamente: o tipo de estudo, a caracterização dos participantes e respectiva explicitação dos critérios de elegibilidade. Apresentaremos também os procedimentos de colheita de dados, bem como os procedimentos de análise e tratamento dos dados que foram adoptados. Por último, referimo-nos aos critérios para assegurar a cientificidade do estudo, explicitando o modo como os mesmos foram assegurados. Finalizamos com a exposição dos procedimentos éticos considerados na nossa investigação.

2.1 – TIPO DE ESTUDO

A escolha do tipo de estudo está sempre relacionada com o que se pretende estudar. Este, e tal como referem Polit, Beck e Hungler (2004) é influenciado pela visão que temos do mundo, ou seja, pelo paradigma que nos orienta e ajuda o investigador a apurar o âmago do fenómeno de interesse.

Para Bogdan e Biklen (2003), o paradigma:

“consiste num conjunto aberto de asserções, conceitos ou preposições logicamente relacionados e que orientam o pensamento e a investigação (...) estamos a falar de um modo de entendimento do mundo das asserções que as pessoas têm sobre o que é importante e o que é que faz o mundo funcionar” (p.52).

Kuhn, apresentado por Teixeira (2002), foi o primeiro a definir o termo paradigma como a realização científica, universalmente reconhecida que, durante algum tempo fornece problemas e soluções modelares para uma comunidade. Assim sendo, para ele todas as teorias se fundam em determinados pressupostos ou afirmações gerais, nem sempre claramente explícitas pelos cientistas, mas que justificam as suas opções tanto teóricas como metodológicas, assim como parte da realidade que estudam.

No nosso trabalho, não pretendemos explorar a evolução dos vários paradigmas que foram vigorando ao longo do tempo e da “ciência”, mas sim focalizar a nossa abordagem naquele onde se integrou o nosso estudo. Com efeito, enquadrámo-lo no paradigma emergente ou holístico, assim definido por autores como Santos (1999) ou Teixeira (2002), uma vez que, no nosso entender, este enfatiza a complexidade da realidade, a subjectividade, a interacção e a abordagem holística, vendo o Homem como um ser activo, integrado e em interacção múltipla. A pessoa, para Teixeira (2002), é considerada como um sistema aberto em constante dinamismo, possuindo uma subjectividade e auto-determinação próprias, e não como uma máquina, que pode voltar ao estado global após a substituição/reparação das partes doentes/danificadas.

Entendemos que é este paradigma que mais se adequa à orientação da nossa investigação, dado o que pretendemos estudar (objectivo do trabalho) e as próprias características imputáveis ao fenómeno em estudo. Neste sentido, a abordagem qualitativa afigura-se como a mais adequada para uma análise detalhada e profunda da problemática em questão.

Neste sentido, atendendo à natureza da temática do nosso estudo optámos por seguir uma abordagem qualitativa, uma vez que pretendemos privilegiar a compreensão de um fenómeno a partir da perspectiva dos sujeitos de investigação, neste caso, o de viver com uma úlcera venosa crónica de perna, que tarda em cicatrizar. Esta abordagem possibilitará uma análise mais profunda e adequada da problemática em questão.

Para Creswell (1994) “(...) a qualitative study (...) is defined as an inquiry process of understanding a social or human problem, based on building a complex, holistic picture (...) conducted in a natural setting”⁹ (p. 1).

Assim, como podemos constatar a utilização de uma perspectiva qualitativa tem como intuito privilegiar a compreensão dos fenómenos, focando a sua atenção na relatividade e procurando a compreensão o mais global possível da realidade. Não existe, deste modo, uma única realidade, mas múltiplas, que os investigadores procuram interpretar, assumindo-se a interacção investigador-fenómeno em estudo como uma forma de vivência entre observador e participante.

Com efeito, esta abordagem procura compreender os significados que reflectem a experiência humana, pois, tal como Streubert defende (in Streubert e Carpenter, 2002) “numa realidade humana como a enfermagem, é imperativo que os enfermeiros adotem

⁹ “um estudo qualitativo (...) é um tipo de estudo que é definido como sendo um processo de questionamento que visa compreender um problema social ou humano, baseado na construção de uma perspectiva complexa e holística (...) conduzida num contexto natural” (Tradução livre, nossa)

uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas” (p. 3).

Bogdan e Biklen (2003, pp. 47-50) caracterizam a investigação qualitativa com base em cinco pressupostos, os quais passamos a apresentar:

- A fonte de dados corresponde ao ambiente natural, onde os indivíduos permanecem no seu contexto real e habitual;
- Os dados recolhidos são descritivos, sendo apresentados sob a forma de palavras e não de números, e vulgarmente justificados por citações;
- O investigador interessa-se mais pelo processo do que pelos resultados obtidos ou produtos, isto é, dá ênfase à riqueza que os dados transmitem para a análise do estudo, mais do que, a quantidade dos dados obtidos;
- O investigador analisa os dados de forma indutiva (do particular para o geral), agrupando-os após a recolha e construindo de forma contínua significados reflexivos;
- O significado é de importância vital na investigação qualitativa. A descrição e compreensão da forma como as pessoas dão sentido às coisas constitui o foco de interesse do investigador, isto é, o modo como interpretam e percebem uma situação, bem como, a forma como constroem significados.

O estudo que desenvolvemos assumiu também uma vertente exploratório-descritiva, uma vez que, e tal como Cervo e Bervian (2002) explicam, relativamente a esse tipo de estudos “(...) há poucos conhecimentos sobre o problema a ser estudado” (p.69). No nosso caso concreto isso mesmo pode ser constatado, de um modo especial na realidade portuguesa, onde a investigação sobre a temática na qual se centra o nosso estudo é diminuta.

Recorrendo ainda aos mesmos autores (2002) não houve pretensão da elaboração de “ (...) hipóteses a serem testadas no trabalho, restringindo-se a definir objectivos e buscar mais informações sobre determinado assunto de estudo” (p.69).

Outros autores (Fortin, 1999; Hesbeen, 2001), referem-se aos estudos de natureza exploratório-descritiva destacando que nestes o objectivo do investigador não é o de verificar a verdade de um respectivo fenómeno, mas sim o de reunir e acumular a maior quantidade de informação possível acerca do mesmo, a fim de se caminhar para a sua compreensão num sentido mais lato.

A pergunta de partida e o objectivo do nosso trabalho influenciaram a selecção do tipo de método a usar. Sendo assim e como já referido o estudo é de índole qualitativa, exploratório-descritivo, com características fenomenológicas, essencialmente devido à natureza da temática que pretendemos investigar (as vivências em relação a um determinado fenómeno).

De acordo com Carpenter (*in* Streubert e Carpenter, 2002), e atendendo a que a enfermagem se fundamenta nas experiências de vida das pessoas, a fenomenologia ajusta-se convenientemente ao domínio de investigação em enfermagem, pois de acordo com Carvalho e Valle (2002), fenómenos como saúde-doença, vida-morte, relação enfermeiro-utente, não podem ser compreendidos de um modo isolado das pessoas que os vivenciam. Assim, e tal como acrescentam Munhall e Boyd (*in* Loureiro, 2002), a investigação em enfermagem não pretende compreender as pessoas apenas através daquilo que é passível de ser observado e medido, mas sobretudo através das descrições que estas fazem dos seus mundos, isto é, as suas vivências, experiências e o que para estas significa viver determinado fenómeno.

Esta orientação fenomenológica tem por base o facto de ser nosso intuito com a realização desta investigação compreender o fenómeno de viver com úlceras venosas crónicas de perna. Tal implica aceder a um tema complexo, íntimo, sensível e pouco explorado no domínio da Enfermagem. Mais acresce, o facto de pretendemos aceder à subjectividade da pessoa, estando esta, em profunda interligação com o ambiente, onde se inclui o social e o cultural.

O trabalho que desenvolvemos pretendeu assim ir *além* da doença e conferir existência visível à experiência vivida das pessoas doentes, o que consideramos ser uma exigência ética que se impõe a todos os profissionais de saúde. Descobrir as características de um determinada realidade, bem como a forma particular como cada doente vive a sua situação de doença é responsabilidade de quem cuida porque, e tal como afirma Botelho (2004) quando nos fixamos na doença, apenas na doença e esquecemos a pessoa doente, perdemos o “Eu” que ficou para atrás da manifestação. A pessoa que está “atrás” da manifestação da doença é única, a doença é assim o seu prolongamento e mesmo que a sua doença seja igual à doença de outrem, na sua doença projecta-se a pessoa real na sua individualidade única.

2.2 - PARTICIPANTES

Atendendo às características do nosso estudo adoptaremos o termo participantes para nos referirmos às pessoas seleccionadas para participarem na investigação, em detrimento do termo sujeitos, por partilharmos da posição de Streubert (*in* Streubert e

Carpenter, 2002) que considera que, num estudo qualitativo a posição que o investigador assume é a de que “não se age nas pessoas que tomam parte da investigação, mas que estas são activas no estudo” (p.25), o mesmo é dizer que, no decurso de uma investigação qualitativa as pessoas são activas e participativas durante a mesma, não estando numa posição em que se “age sobre” elas.

Na investigação qualitativa e tal como atestam diferentes autores (Gómez, Flores e Jiménez, 1999; Streubert, 2002) os participantes são seleccionados por possuírem informação a que interessa aceder, principalmente tendo em conta a sua experiência, havendo no entanto outros critérios como sejam os relativos à cultura, interacção social ou fenómeno de interesse. Assim sendo, são seleccionados os participantes que se consideram poder fornecer uma melhor, mais rica e completa descrição/explicação do fenómeno em estudo.

Loureiro (2006) salienta que a escolha dos participantes efectua-se através da definição de critérios de selecção, que assegurem que os primeiros tenham um conhecimento específico do fenómeno que se pretende descrever e analisar, e que sejam capazes de o comunicar, com o intuito de partilhar esse conhecimento.

Neste sentido, atendendo ao anteriormente referido e tendo presente o nosso objectivo de compreender as vivências das pessoas com úlceras venosas crónicas de perna foram definidos critérios a utilizar para a selecção dos participantes no estudo, os quais passamos a descrever:

- Pessoas que possuíssem úlceras venosas crónicas de perna, presentes há pelo menos 3 meses de um modo ininterrupto (ou seja, sem cicatrização durante este período) e que frequentassem o Centro de Saúde de Ponta Delgada (CSPD) para aí realizarem tratamento (maior facilidade de acesso). Tal critério procura respeitar a definição de feridas crónicas tal como apresentada por Popoola (2000). Na verdade e na revisão bibliográfica efectuada constatamos não haver um período de tempo definido e consensualmente aceite para a classificação de um ferida como crónica, variando este período, consoante diferentes factores e de acordo com diferentes autores: entre 6-8 semanas (Van Rijswijk e Polansky, 1994; Bergqvist, Lindholm e Nelzén, 2000) e os 3 meses, critério que iremos seguir neste trabalho, por considerarmos que este limite superior comporta um período de tempo suficiente para que o fenómeno em estudo possa acarretar um impacto mais significativo no quotidiano das pessoas que vivem com feridas, podendo daí advir uma descrição de uma experiência vivida mais “rica” (no sentido de maior abrangência).

- Aceitar participar no estudo voluntariamente e assinar o consentimento informado, de modo a garantir que os participantes só aceitassem colaborar espontaneamente após devidamente esclarecidos acerca do estudo a ser efectuado, sendo esta uma forma de garantir o respeito pelo direito à autodeterminação dos mesmos;
- Ser capaz de se expressar verbalmente e gostar de comunicar, uma vez que o instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista e dado que esperávamos obter uma descrição rica e densa do fenómeno em estudo.

Salienta-se que a totalidade dos critérios supracitados foi respeitada no decorrer do processo de selecção dos participantes.

Para acedermos aos participantes procedemos à elaboração de um pedido de autorização ao Conselho de Administração do CSPD (Anexo I) para acesso aos participantes (selecção e contacto), o qual foi deferido (Anexo II). Assim sendo, a escolha desta Instituição de Saúde deveu-se a um conjunto de razões: o facto desta possuir uma abrangência significativa a nível populacional, sendo o maior Centro de Saúde da Região Autónoma dos Açores, abarcando uma população de cerca de 80.000 habitantes (INE, Censos 2001). Além do mais, este Centro de Saúde possui uma ampla distribuição geográfica, sendo composto por sete Unidades de Saúde (S. José, Matriz, Lagoa, Arrifes, Feteiras, Capelas e Santo António), integrando a maioria destas, por sua vez, diferentes extensões de saúde). Como se pode constatar estas Unidades de Saúde encontram-se disseminadas, quer pelo meio rural, quer pelo meio urbano do Concelho em causa. Assim sendo, facilmente se compreende que a população abrangida por esta Instituição caracteriza-se por ser heterogénea e igualmente numerosa o que aumentou a probabilidade de encontrarmos participantes que pudessem satisfazer os critérios de inclusão por nós definidos. Para além destas razões o facto de desempenharmos funções numa das Unidades deste Centro de Saúde (Unidade de Saúde de S. José) permitiu um conhecimento prévio de uma parte da população que a esta recorre, levando a que já tivéssemos estabelecido/mantido, previamente, uma relação com a mesma, o que nos permitiu de antemão e de acordo com os critérios referidos, seleccionar 3 participantes.

Com efeito, no decurso do processo de selecção dos participantes contámos com a colaboração de **participantes privilegiados** que, no caso concreto do nosso estudo, foram os enfermeiros que desempenham funções nas salas de tratamentos das diversas Unidades de Saúde que compõem o CSPD. De facto, a colaboração prestada por estes colegas revelou-se importante, uma vez que actuaram como elementos facilitadores no processo de acesso e selecção dos participantes, essencialmente, pelas informações que

sobre eles possuíam, quer ao nível do seu quadro clínico (etiologia das úlceras, características/duração do tratamento), e no que diz respeito ao conhecimento de características pessoais dos mesmos (capacidade de expressão verbal e de manutenção do discurso, o gostar de conversar), conforme os critérios de elegibilidade anteriormente enunciados.

Tal como referem Polit Beck e Hungler (2004) não existem critérios inequivocamente definidos e globalmente aceites para o tamanho das amostras na pesquisa qualitativa. Como tal, o tamanho a amostra é definido, em grande parte, em função da finalidade da pesquisa, da qualidade dos informantes e do tipo de amostragem utilizada. Assim sendo, este aspecto deve ser equacionado, tendo-se em conta o contexto do trabalho, bem como o princípio da saturação dos dados. As autoras supracitadas (2004) referem que, geralmente, é possível chegar-se à redundância dos dados com um número relativamente pequeno de casos.

Complementando esta ideia, Morse, citada por Fortin (1999), explica que nos estudos qualitativos “pequenas amostras são geralmente suficientes para obter a informação sobre o fenómeno estudado” (p. 211). Bogdan e Biklen (2003) são também da opinião que, nem sempre grandes amostras conduzem a melhores aproximações relativamente aos parâmetros da população, acrescentando ainda que o interesse das investigações qualitativas se centra, não na generalização dos resultados, mas na aplicabilidade dos mesmos a contextos e sujeitos semelhantes.

O presente estudo contou com a colaboração de dez participantes, número que considerámos aceitável atendendo ao tipo de estudo e objectivos do trabalho e à riqueza e diversidade das experiências relatadas (achados). No nosso caso contámos ainda com um factor adicional relacionado com o tempo que disponhamos para elaborar o presente trabalho, que tem que ser considerado e que limitou o período de colheita de dados.

Não obstante, parece-nos importante referir que os achados a que chegámos no nosso estudo apresentaram repetição regular de informação, o que interpretámos, como um possível indício de que a saturação de dados possa ter ocorrido. Tivemos assim a preocupação de atingir um meio termo, isto é, seleccionar um número de casos adequado, que nos permitisse chegar à compreensão da essência do fenómeno em estudo, e que simultaneamente esse pudesse ser analisado no período de tempo disponível para a conclusão do trabalho.

2.3 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Segundo Gómez *et al.* (1999) a colheita de dados no processo de investigação qualitativa tem que ser coerente com o paradigma e a abordagem do trabalho em causa.

Para tal, existem vários procedimentos e técnicas e a sua escolha depende do que o investigador pretende.

Tendo em conta os objectivos do estudo considerámos o método de auto-relato, assim denominado por Polit, Beck e Hungler (2004), aquele que nos permitiu colher informações mais ricas acerca das experiências pessoais dos participantes.

O facto do nosso estudo ser qualitativo, de natureza exploratório-descritiva, não se encontrando orientado para objectivos de quantificação (estando implicado numa lógica de investigação do tipo indutivo) e considerando a afirmação de Carpenter (*in* Streubert e Carpenter, 2002) “ (...) que o método primário de colheita de dados é a voz das pessoas que experimentam um determinado fenómeno” (p.64), adoptámos como técnica de colheita de dados a entrevista.

Efectivamente, e uma vez que, com o nosso estudo pretendíamos aceder a *vivências* relativas ao fenómeno de possuir uma úlcera venosa crónica, os dados que iriam ser colhidos revestiam-se necessariamente de subjectividade. Deste modo, tornou-se indispensável tentar obter a visão pessoal de cada participante em relação ao fenómeno em estudo (o modo como este era concebido e entendido pelas pessoas), o que nos levou a considerar a entrevista a técnica mais adequada para recolha de dados, por poder possibilitar ao entrevistador uma via de incursão no *mundo subjectivo* das pessoas (pela verbalização, por parte destas, das experiências vividas que considerem relevantes).

Bogdan e Biklen (2003) definem entrevista como uma conversa intencional, geralmente, entre duas pessoas e dirigida por uma delas, com o objectivo de obter informações sobre a outra.

Foddy (1996) refere que a entrevista dá-nos a possibilidade de registar “informações sobre a aparência, sobre o comportamento e sobre as atitudes do entrevistado” (p. 47). Com o uso da entrevista podemos recolher dados descritivos na linguagem usada pelo entrevistado, o que nos poderá permitir inferir como é que ele percepção o mundo que o rodeia.

O tipo de entrevista pelo qual optámos foi a semi-estruturada (Bogdan e Biklen, 2003). Neste tipo de entrevista, o investigador pode elaborar previamente alguns tópicos gerais que pretende abranger durante a mesma (Guião da entrevista), sem que tenha de seguir, rigorosamente, uma determinada sequência ou enunciação, o que proporciona uma flexibilidade na recolha de dados. Isto permite que o entrevistador disponha de uma série de perguntas abertas e directas pelas quais se possa guiar, estimulando assim uma comunicação livre e favorecendo a exploração mais profunda das respostas dos entrevistados. Bogdan e Biklen (2003) atestam isso ao afirmarem que “as boas entrevistas

caracterizam-se pelo facto de os sujeitos estarem à vontade e falarem livremente sobre os seus pontos de vista (...) as boas entrevistas produzem uma riqueza de dados, recheados de palavras que revelam as perspectivas dos respondentes” (p. 136).

Considerámos, deste modo, ser a entrevista semi-estruturada o método mais adequado ao nosso tipo de estudo, uma vez que permite a recolha de informação específica de cada participante sobre um determinado assunto, mas dando espaço individual a cada um para responder consoante a sua experiência e evitando demasiada dispersão. Estas são dotadas de um carácter flexível que permitirá responder às exigências de uma pesquisa indutiva. É nossa convicção que a utilização de um guião de entrevista que não funcione de forma rígida contribui, de certo modo, para que sejam os próprios participantes, através do seu discurso, a delinear o caminho que pretendem seguir. Tivemos em conta o que acaba de ser descrito, nomeadamente, na preocupação tida de não elaborar muitas questões, dando, assim, azo e liberdade aos participantes de enunciarem as vivências que os mesmos sentem como importantes e relevantes em relação ao fenómeno em estudo, evitando, no entanto muita dispersão.

Foddy (1996) alerta para a necessidade de na utilização da técnica da entrevista o entrevistador dispor-se mais a ouvir do que a falar e dar o tempo necessário para que o entrevistado fale abertamente sobre o tema. Deverá ainda controlar a entrevista e conduzir o entrevistado, quando necessário, ao assunto da mesma e, sobretudo, estabelecer um clima de confiança, de naturalidade e de expressão livre, no qual o entrevistado se sinta à vontade para responder às questões. A esse propósito Gómez *et al.* (1999) sugerem que para que isso seja possível, o entrevistador deve:

- Não emitir juízos negativos sobre o entrevistado, mas tentar mostrar simpatia e compreensão;
- Permitir que a pessoa fale, dando tempo para elaborar o seu pensamento, incentivando, suavizando situações que possam produzir discrepâncias e inclusive dar exemplos de situações semelhantes vividas;
- Realizar comprovações cruzadas, fazendo com que a pessoa diga mais do que uma vez a mesma coisa a fim de comprovar a sua estabilidade e permitir que os participantes clarifiquem as suas próprias ideias;
- Procurar demonstrar interesse e atenção através da postura corporal, através da expressão facial ou de repetições clarificadoras;
- Tentar ser sensível aos sentimentos e ao discurso do entrevistado.

No decurso da realização das entrevistas tivemos presente e procurámos respeitar as orientações acima descritas.

Deste modo, e previamente à execução das entrevistas foi elaborado o respectivo guião (Anexo III) O mesmo foi concebido tendo em consideração três blocos, estando a cada um deles subjacente um propósito diferente. Assim, no primeiro bloco – Legitimação da entrevista – para além da habitual fase de apresentação do investigador e do trabalho; da explicação e assinatura do consentimento informado; criou-se um espaço para a recolha de alguns elementos biográficos (Género; Idade; Estado civil; Escolaridade; Profissão/Situação profissional) e outros relacionados com a situação de possuir úlceras venosas crónicas (Tempo de existência das úlceras actuais; História de ulcerações anteriores; Duração do tratamento até cura). O intuito da recolha destes dados esteve subjacente à necessidade de se efectuar uma breve caracterização dos participantes (do seu contexto pessoal e profissional), e obter informações mais completas acerca da sua condição de saúde, que nos ajudassem a melhor compreender as vivências a serem relatadas, posteriormente, face ao fenómeno de possuir uma úlcera venosa crónica. Daí se ter incluído a recolha de dados como sejam o tempo de existência das actuais feridas; se a condição era ou não uma situação recorrente e, no caso afirmativo, a duração total do tratamento até à cura das feridas, por acreditarmos que estas condicionantes interferem, necessariamente, no modo como cada participante experiencia o fenómeno em estudo.

Do segundo bloco do guião de entrevista – Vivências acerca da experiência de possuir uma ferida crónica – faziam parte duas questões abertas centrais, que se inter-relacionavam: a primeira mais geral, que tinha como finalidade aceder à descrição das vivências associadas ao fenómeno de possuir uma úlcera venosa crónica de perna, tal como estruturadas e investidas de significado pelos participantes; a segunda, com o objectivo de identificar o impacto percebido pelos participantes que presença da condição comporta.

No último bloco do guião – Finalização e agradecimentos – estavam contemplados os procedimentos usuais, habitualmente, utilizados no término da entrevista: agradecimento pela concessão da mesma; oportunidade de fazer referência a aspectos, eventualmente, não mencionados etc.

O guião de entrevista elaborado foi discutido com o orientador do trabalho. Para além disso, efectuou-se uma primeira entrevista com recurso à utilização do guião efectuado, com a finalidade de se aferir o instrumento de colheita de dados criado, tendo-se concluído que o mesmo possibilitou a recolha de dados abrangentes, através de um discurso rico em pormenores, directamente relacionados com o fenómeno em estudo. Esta primeira entrevista efectuada foi incluída no tal das dez com que trabalhámos.

Para assegurar que os dados colhidos fossem preservados, as entrevistas foram gravadas em fita de banda magnética áudio através do uso de um gravador áudio, de modo a recolhermos na íntegra a informação fornecida pelos participantes, viabilizando a sua análise posterior. Merriam, referido por Espada (2004), reconhece que, embora inicialmente, a utilização de um gravador possa ser incómoda e, até mesmo, inibidora para os entrevistados, estes, após os primeiros momentos, esquecem-se que estão a ser gravados. Bogdan e Taylor, citado pela mesma autora (2004), referem que a utilização de um gravador permite que os participantes tomem consciência de que a finalidade do mesmo é registar aquilo que dizem e que, por outro lado, permite ao entrevistador registar mais do que é capaz de reter na sua memória. Possibilita também ao entrevistador estabelecer um maior contacto visual com o entrevistado e, conseqüentemente, focalizar a sua atenção no que está a ser transmitido, bem como em outros pormenores relativos à comunicação não verbal do entrevistado, libertando-se assim da preocupação de anotar tudo o que está sendo dito.

O gravador deverá ser discreto na sua aparência e localização. Reconhecendo as suas vantagens Gómez *et al.* (1999) alertam que só se deve começar a gravar após os participantes darem o seu consentimento e aconselham ter o cuidado de verificar o funcionamento do mesmo, bem como de preparar duas cassetes de 60 minutos, para que ao ser necessário, se possa interromper o menos possível o discurso dos entrevistados. Todas estas recomendações foram consideradas e respeitadas na normal prossecução das entrevistas.

As dez entrevistas foram realizadas no período de 11 de Setembro a 30 de Dezembro de 2008.

O facto deste período ter sido superior ao inicialmente definido deveu-se à dificuldade por nós sentida de encontrar participantes que respeitassem os critérios de elegibilidade definidos. As entrevistas duraram, em média 32 minutos sendo a mais curta de 20 minutos e a mais longa de 50 minutos, tendo cada uma delas decorrido no local e no horário escolhido por cada participante. Assim, e como anteriormente referido, contámos com a colaboração de participantes privilegiados, neste caso as enfermeiras que desempenhavam funções nas salas de tratamento de três unidades de saúde pertencentes ao CSPD às quais recorremos e que nos ajudaram na selecção de eventuais participantes, tendo em conta o conhecimento que as mesmas possuíam acerca dos seus utentes e de acordo com os critérios de elegibilidade que o investigador lhes facultou.

Desta feita, e após a selecção inicial de, eventuais, participantes foi solicitado a estas enfermeiras que estabelecessem uma primeira abordagem com estas pessoas auscultando o seu eventual interesse em participar no estudo. Em caso afirmativo eram

cedidos ao investigador os contactos dos utentes para que pudesse falar, directamente, com estes e apresentar-se enquanto investigador, bem como informar-lhes do propósito do estudo, esclarecer dúvidas e, por fim, confirmar a sua intenção de colaboração. Este contacto prévio (primeiro contacto) com o investigador foi realizado em dois casos via telefone (por impossibilidade de deslocação do investigador), sendo todos os outros estabelecidos pessoalmente na unidade de saúde, pela enfermeira de referência do utente.

Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002) atestam que “após o investigador obter acesso é importante estabelecer relação para manter interesse e consideração pelo informante da investigação. Este deve confiar no investigador antes de se sentir disponível para revelar informação” (p.27). Deste modo, com o procedimento atrás descrito procurámos estabelecer/iniciar uma relação de proximidade com os participantes.

Acreditamos que o facto destes utentes terem entrado em contacto com o investigador pela apresentação por parte da sua enfermeira de referência e no seu contexto habitual, terá contribuído para o estabelecimento de uma relação empática, embora inicial. Assim, e estando convictos de que a relação entrevistador-entrevistado é tão importante que pode condicionar a qualidade da informação recolhida, no momento do contacto pessoal com os participantes aproveitámos para estabelecer uma conversa social e informal, tendo surgido a oportunidade de efectuarmos as marcações das entrevistas de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Esta conduta foi adoptada para os participantes com os quais não tínhamos uma relação de proximidade, embora no caso de alguns os conhecêssemos de situações de encontro pontual no âmbito da nossa actividade profissional.

Procedimento um pouco diferente foi adoptado perante três participantes, os quais já conhecíamos e já mantínhamos uma relação de proximidade, pelo facto de frequentarem habitualmente a unidade de saúde onde desempenhamos funções. Nestes casos, o conhecimento prévio das suas situações clínicas e pessoais levou-nos a endereçar um convite directo a que participassem no estudo, o qual foi prontamente aceite pelos três.

Procurámos, regularmente, relembrar os participantes das nossas intenções com o desenvolvimento do estudo, recorrendo a diversas acções: explicando, claramente e em diferentes momentos, à pessoa o propósito do trabalho; alertando para o facto de, naquela circunstância, estarmos a assumir o papel de investigador, em vez do de enfermeiro que desempenha as suas funções habituais; incentivando sempre a pessoa a falar abertamente sobre todo e qualquer assunto que as mesmas quisessem abordar. Acreditamos tê-lo conseguido, isto tendo em consideração o à vontade que as pessoas manifestaram, mesmo no relato de determinadas vivências menos agradáveis, relacionadas, por exemplo com a execução dos tratamentos, onde intervinham principalmente enfermeiros.

No desenrolar das entrevistas tentámos adoptar o preconizado por Gómez *et al.* (1999), isto é, uma postura de interesse e ignorância em simultâneo perante o que nos estava a ser verbalizado, mesmo quando percebíamos o que o participantes estavam a dizer procurávamos clarificar os assuntos mencionados, tentando obter explicações mais profundas e pormenorizadas. Não obstante, reconhecemos que nem sempre, tal foi conseguido, devido essencialmente ao facto de alguns participantes revelarem uma relativa incapacidade de, por vezes, aprofundarem e procurarem explicar determinados aspectos do discurso que estavam a proferir, o que levava a que em determinadas alturas respondessem: “Não sei, não sei explicar...” às tentativas de clarificação do investigador face a determinadas vivências relatadas.

2.4 – PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Na investigação qualitativa com a colheita de dados inicia-se, automaticamente, o processo da sua análise. Gómez *et al.* (1999) referem que esta é uma das tarefas de maior importância no processo investigativo, já que é a partir dela que se dá sentido aos dados recolhidos. Os autores defendem que os dados recolhidos pelo investigador são, por si só, insuficientes para esclarecer realidades, pelo que é através da sua análise que o investigador é responsabilizado a encontrar significado no material recolhido. Bogdan e Biklen (2003) acrescentam que “a análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades, (...) síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes (...) e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros” (p.205).

Neste sentido, a análise qualitativa assume também um vertente “construcionista”, a par do seu carácter trabalhoso e desafiador, tal como defendem Polit, Beck e Hungler (2004). Assim sendo, a investigação qualitativa, ao procurar conhecer e aprofundar uma determinada realidade subjectiva, apoia-se num processo analítico para a sua interpretação. Esta descrição, no nosso entender, não pretende exclusivamente a mera interpretação do conteúdo, mas de igual modo, uma análise dos fenómenos que compõem a realidade estudada.

Para Gómez *et al.* (1999), os dados recolhidos são como peças de um puzzle que o investigador vai encaixando à medida que vai adquirindo mais conhecimento sobre a realidade estudada. De acordo com os autores, os dados transmitem informação sobre uma realidade interna ou externa sobre os sujeitos estudados, que serão utilizados com o propósito de alcançar a subjectividade que se encontra oculta nestas mesmas realidades. Assim, apesar dos dados fornecerem uma determinada informação acerca da realidade em estudo, esta informação necessita de um tratamento conceptual com vista a tornar possível a sua interpretação e comunicação.

Diferentes autores defendem que embora não exista um modo único e padronizado para se analisar os dados qualitativos é possível identificar-se um conjunto de tarefas e operações que constituem o processo analítico básico comum à maior parte dos estudos (Gómez *et al.*, 1999; Miles e Huberman, 1994). Assim sendo, existem componentes e etapas de ordem genérica que devem ser cumpridas e que caracterizam a técnica de análise de conteúdo inerente a este tipo de pesquisas.

Bardin (1995) define a técnica de análise de conteúdo como:

“ (...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p.38).

Pelas leituras efectuadas tornou-se claro que na prática da análise de conteúdo não existem modelos ideais. As regras a adoptar são ditadas pelos teóricos de referência e pelos objectivos do estudo (Vala, 2005; Gómez *et al.*, 1999).

Neste estudo e para a interpretação e análise dos achados baseámo-nos no modelo desenvolvido por Miles e Huberman (1994), caracterizado como sendo um modelo interactivo. A justificação desta interactividade resulta do facto deste modelo se apoiar numa dialéctica e num movimento de vaivém entre as suas diferentes etapas: redução dos dados, a apresentação (organização) dos dados; e a obtenção de conclusões/verificação dos dados.

A figura 1 pretende ilustrar, em traços gerais, o modelo proposto pelos autores ilustrando as componentes dinâmicas da análise de dados:

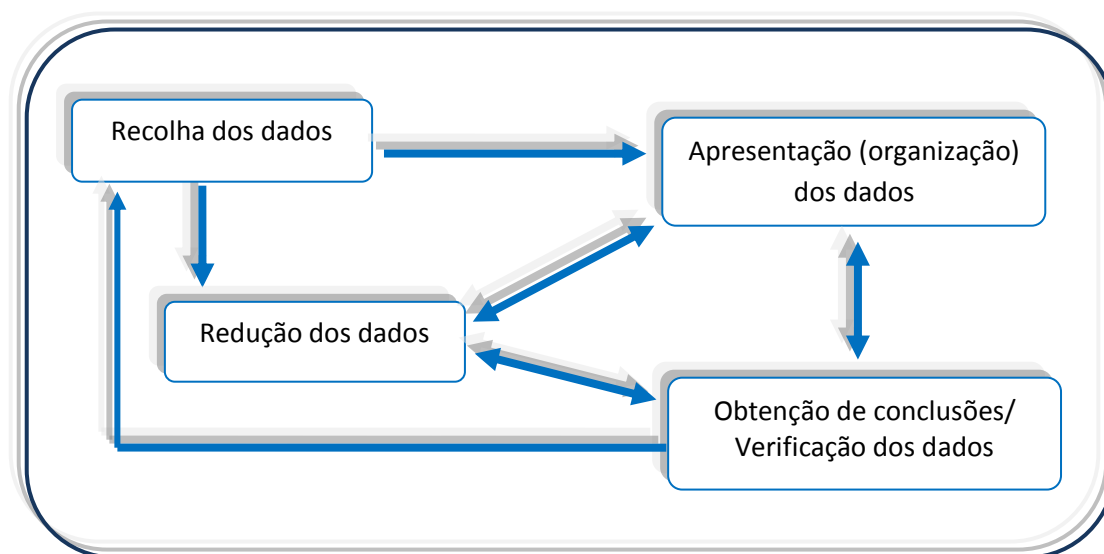


Figura 1 – Esquema de análise de dados: processo cíclico interactivo
Adaptado de: Miles e Huberman (1994, p.12)

Na visualização desta figura encontram-se representadas os três tipos de actividades de análise e a própria actividade de recolha de dados a partir de um processo cíclico e interactivo, dadas as inter-relações que se estabelecem entre as várias etapas. Tal como os autores atestam (1994) durante a fase de análise de dados o investigador “movimenta-se” constantemente ao longo dos quatro momentos apresentados, partindo da colheita de dados, passando seguidamente a um processo de redução dos mesmos, às preocupações com a sua apresentação e organização, chegando finalmente à obtenção de conclusões e sua verificação.

De seguida passaremos a definir os três processos componentes do modelo de análise, tal como Miles e Huberman (1994) os entendem.

A redução dos dados é definida pelos autores como um processo de selecção, de centração, de simplificação, de abstracção e de transformação do material compilado. Este processo assume um carácter contínuo, na medida em que, se inicia aquando da determinação do que se pretende estudar, ou seja, antes da colheita de dados prolongando-se até à fase em que se decide aplicar um sistema de codificação.

Gómez *et al.* (1999) interpretando o trabalho desenvolvido por Miles e Huberman (1994), entendem que esta primeira tarefa pretende simplificar, resumir e seleccionar a informação e passará por criar e adequar uma estrutura de análise ao material colhido que engloba: a separação em unidades, a identificação e classificação destas e a sua síntese e agrupamento (categorização). Oportunamente procederemos à descrição dos procedimentos que adoptámos no sentido de operacionalizar o descrito nesta fase.

No que concerne à segunda etapa, a da organização (apresentação) dos dados, Miles e Huberman (1994) referem que esta procura traduzir o esforço na apresentação e disposição dos achados de modo ordenado, com a finalidade de torná-los “mais perceptíveis” e de ser, então, possível chegar-se a conclusões e tomar decisões. Na realidade esta etapa permite a apresentação de um conjunto organizado de informação, sob uma forma espacial ordenada e operativa que permita ao investigador extrair respostas às questões de investigação efectuadas.

Os autores supracitados (1994) chamam a atenção para a importância que esta fase de organização dos dados se reveste, constituindo-se, segundo o entendimento dos mesmos, como um momento determinante da análise por vezes negligenciado. Esta fase possibilita ao investigador, tal como apontam Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin (2008):

“uma representação dos dados num espaço visual reduzido; ela auxilia a planificação de outras análises; ela facilita a comparação entre diferentes

conjuntos de dados; por último, ela garante a utilização directa dos dados no relatório final.” (p.118).

Miles e Huberman (1994) definem diversos modos para que esta apresentação dos dados qualitativos possa acontecer, e que podem ser agrupados em dois grupos distintos: as figuras (ou gráficos) e as matrizes (ou quadros).

No que concerne às matrizes, os autores (1994) admitem que estas possam conter diferentes tipos de informação (expressa em fragmentos do texto, citações, frases, abreviaturas ou figuras simbólicas) e diferentes formatos. Geralmente as matrizes consistem em tabelas de dupla entrada que contêm diferentes tipos de informação e diferentes formatos.

O recurso a este procedimento conduz a uma maior compreensão dos dados e à obtenção de resultados e conclusões permitindo, deste modo, encontrar o significado e o sentido para a pergunta de partida e tomar conhecimento das vivências exteriorizadas pelos participantes face ao fenómeno em estudo.

Relativamente à terceira etapa da análise de dados, a obtenção de conclusões/verificação dos dados procura-se “extrair” significados, tendo em conta a apresentação prévia dos achados, colocando em evidência ocorrências regulares, esquemas, explicações, configurações possíveis, tendências causais e proposições, tal como referem Miles e Huberman (1994).

Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin (2008) complementam que esta componente da análise consiste na atribuição de significado aos dados reduzidos e organizados através da formulação de relações ou de configurações expressas em proposições ou modelos. Concluem, assim que “a interpretação dos dados, na sequência da sua organização, é criadora de sentido” (p.123).

As conclusões são, para Gómez *et al.* (1999), as proposições que estabelecem os conhecimentos adquiridos pelo investigador relativamente ao problema estudado. Trata-se de construir um significado coerente, global, em que se reconhece a relação mais ou menos complexa entre os diferentes conceitos.

Após se ter explicado, em traços gerais, o modelo de análise de dados qualitativos proposto por Miles e Huberman (1994), e tendo em conta a sua filosofia e fundamentos, bem como o próprio objectivo que este trabalho se propôs atingir, acreditámos que a utilização das linhas orientadoras associadas a este modelo, em especial o dinamismo e flexibilidade das suas etapas, contribuíram para um processo de análise de dados rigoroso,

direccionado para a conservação da essência dos dados, e por conseguinte, do próprio fenómeno em estudo.

É comumente aceite e preconizado que na pesquisa qualitativa todos os passos metodológicos devam ser devidamente clarificados e descritos com o intuito de tornar claro a outros o percurso efectuado pelo investigador, com a finalidade de que estes possam ser replicados por outros, se assim o desejarem. Deste modo e atendendo a este preceito, seguidamente, procederemos à explicitação dos passos por nós assumidos, ao longo da fase de tratamento e análise de dados.

Assim, após a recolha dos dados existe todo um trabalho prévio de reunião controlada e sistemática dos mesmos, seguindo-se a sua organização e classificação que, depois, conduzirá à fase da interpretação e, finalmente, às conclusões que dos resultados devem ser retiradas.

Uma vez que procedemos à gravação das entrevistas, o passo seguinte foi proceder à sua transcrição, transformando a informação em texto. Obtivemos, deste modo, o verbatim das entrevistas, o que nos permitiu juntar todo o material, sem qualquer corte, facilitando a análise mais fiel dos dados, tal como atesta Savoie-Zacj (*in* Gauthier, 2003). Procurámos, de igual modo, proceder as estas transcrições o mais rápido possível, iniciando o processo de preferência no próprio dia em que a entrevista foi realizada, com a finalidade de assim procuramos relembrar mais pormenores relacionados com o contexto e/ou com a própria interacção, nomeadamente a comunicação não verbal utilizada. Estas notas adicionais foram incluídas no texto da transcrição, encontrando-se graficamente entre parêntesis e em itálico.

Durante o processo de transcrição das entrevistas tivemos a preocupação de respeitar fielmente, o discurso dos participantes, nomeadamente as palavras ou expressões de uso frequente no contexto sócio-cultural Açoriano e Micaelense, vulgo “regionalismos”, que se encontram entre aspas («») e cujo significado optámos por traduzir de modo a tornar o seu conteúdo perceptível a todos os leitores. As reticências simbolizam os períodos de silêncio utilizados pelos entrevistados.

A cada participante foi atribuída a letra **E** e um número correspondente (1 a 10), reportando-se a letra E a “entrevista” e o número, à ordem de realização da mesma. Por exemplo, E3 corresponde ao participante que deu a entrevista em terceiro lugar. No canto superior direito de cada transcrição foram anotadas o número da entrevista e registadas a data da sua realização, hora de início, de término e duração total da mesma. No anexo IV apresentamos, a título de exemplo, a transcrição de uma entrevista efectuada.

Após o processo de transcrição das entrevistas, e mesmo durante o mesmo, procedemos à leitura e releitura dos textos, com o objectivo de realizarmos uma primeira incursão nos dados colhidos, procurando sempre realizar um exercício mental no sentido de estabelecer a congruência entre o narrado pelos participantes e o texto escrito e com o objectivo de apreendermos a essência do fenómeno a ser estudado.

A este propósito Sandelowski (1995) defende que os achados transcritos devem ser analisados como um todo, sendo que o investigador deverá ler cada entrevista as vezes que forem necessárias de forma a apreender o essencial. A autora (1995) refere que ao fazê-lo novas ideias poderão surgir, em conjugação com outras provenientes da revisão de literatura ou de outras fontes de inspiração, contribuindo para que a análise comece a ganhar forma.

Após as primeiras leituras efectuadas tornámos a examinar cada transcrição, com o intuito de identificar a informação a que pretendíamos aceder, ou seja, procurámos iniciar o processo de identificação de vivências associadas ao fenómeno de viver com uma úlcera venosa.

Separámos, assim, a informação essencial, portadora de informação associada às vivências relatadas, da acessória, através de um processo contínuo e sistemático que nos permitiu reduzir os dados até que obtivéssemos uma selecção de dados das entrevistas, especificamente parágrafos e frases, que mais tarde se iriam constituir como unidades de texto, relacionadas com as experiências vividas verbalizadas componentes do fenómeno em estudo.

Nas margens das páginas das transcrições fomos estabelecendo um primeiro esboço de classificação onde íamos anotando observações e aspectos que nos permitiam identificar os assuntos que podiam ser encontrados nos parágrafos e frases previamente seleccionados, sublinhados no texto e considerados como tradutores/reveladores das vivências descritas.

Gómez *et al.* (1999) explicam que, na fase da redução dos dados, a separação em unidades inclui a segmentação do texto em elementos singulares, ou seja, no global dos dados colhidos evidenciam-se segmentos ou unidades que são relevantes e significativos.

Os critérios utilizados para a divisão dos dados em segmentos ou unidades podem ser variados: espaciais (determinadas linhas de texto, determinado número de páginas etc.); temporais (duração em minutos, horas, dias etc.); temáticos (sendo o critério mais frequente, considerando os segmentos ou unidades em função de um tema referido); gramaticais (frases, parágrafos); de conversação (declarações, mudanças de orador, vários

oradores numa entrevista de grupo etc.); ou sociais (informação relativa a pessoas com determinado estatuto ou papel social).

No presente estudo, utilizámos o critério temático e designamos cada fracção do texto seleccionada por “unidade de registo”, sendo textualmente apresentadas, ao longo do trabalho, entre aspas e em itálico, com referência às entrevistas que lhes deram origem, bem como à sua localização em termos de linhas na respectiva transcrição.

Na etapa seguinte, procedemos à identificação e classificação das unidades, etapa que ganha corpo quando se categoriza e codifica um conjunto de dados. Trata-se de um processo sistemático, disciplinado e consciente aplicado à selecção dos dados obtidos. Como tal, tornou-se necessário examinar as unidades de registo seleccionadas, a fim de identificar nas mesmas os temas que permitem a sua classificação na categoria apropriada. Recorremos, deste modo, aos processos de codificação e categorização.

A codificação é, segundo Gómez *et al.* (1999) uma operação concreta a que a cada unidade se faz corresponder um código próprio da categoria na qual pensamos incluí-la.

A categorização permite classificar de modo conceptual as unidades incluídas no mesmo tópico. Uma categoria engloba, assim, um significado ou tipo de significados. Gómez *et al.* (1999) alertam para o facto deste processo ocorrer em simultâneo com a separação em unidades de registo quando, e tal como acontece neste estudo, o critério utilizado é o temático, pois ao separar-se uma unidade por estar subjacente a um determinado assunto, imediatamente a mesma pode ser incluída na categoria que lhe corresponde.

Assim, enquanto íamos analisando o material transcrito foram-se evidenciando um conjunto de unidades de registo, estando estas integradas, por sua vez, num conjunto das respectivas categorias, através do recurso ao processo de codificação. Esta codificação foi realizada manualmente no próprio texto da transcrição, associando-se a cada unidade de registo o seu respectivo código. Utilizou-se, igualmente, um sistema de codificação por cores, utilizado de modo complementar, que permitiu a associação da totalidade das unidades de registo identificadas aos quatro temas centrais emergentes na análise, que as integram, estando a cada um destes adstrita uma cor.

Segundo Gómez *et al.* (1999) categorizar dados implica estabelecer juízos, decidir se determinadas unidades de registo devem ou não ser incluídas num código e tomar decisões em relação a isso. Assim sendo, o estabelecimento de categorias pode ser efectuado *a priori*, isto é, a partir de um marco teórico e conceptual concebido para tal, ou à medida que se examinam os dados, isto é, num processo indutivo, *a posteriori*.

Para a construção das categorias tivemos em consideração a informação fornecida pelos participantes, mas inclusivamente, as perguntas e os objectivos do trabalho, o que nos levou a seguir um caminho indutivo, sendo a categorização estabelecida *a posteriori*. Ou seja, dada a pouca exploração do fenómeno em termos de investigação, no nosso contexto particular, bem como a própria orientação fenomenológica que o estudo assumiu privilegiámos a emergência de padrões provenientes da recolha de dados, almejando a compreensão do fenómeno, a partir da perspectiva subjectiva dos participantes.

No nosso caso, as categorias que íamos construindo eram provisórias, e à medida que a codificação avançou, as mesmas foram-se consolidando, nalguns casos, através da manutenção das categorias existentes; noutros, as categorias iam sendo modificadas, reorganizadas ou mesmo suprimidas. Este processo de leitura e releitura das categorias a que íamos chegando, apesar de moroso, tornou-se essencial pela possibilidade que nos facultou de compreensão da essência e do significado que comportavam, enquanto componentes do fenómeno de possuir uma úlcera venosa que tarda em cicatrizar.

À medida que o processo ia decorrendo fomos obtendo uma listagem de categorias, não repetidas, estando a cada uma delas associadas as unidades de significado que lhes deram origem, e que procuram descrever as vivências de cada participante em relação ao fenómeno em estudo. Toda esta construção e organização destas categorias foi baseada num processo de procura de convergências/divergências entre as unidades significativas.

Foi essa compreensão a que chegámos, após a leitura das categorias encontradas, que nos permitiu distinguir e assistir à emergência de quatro unidades temáticas centrais (temas emergentes), cada uma composta pelas respectivas categorias e subcategorias, como convenientemente se apresentará no capítulo que se segue.

Após o processo de codificação e categorização dos dados, a apresentação dos dados começou a ganhar forma. No nosso trabalho, recorremos, tal como preconizado por Miles e Huberman (1994) e tal como anteriormente descrito, à construção de matrizes (anexo V) apresentadas sob a forma de tabelas com filas e colunas, encontrando-se nestas tabelas representadas a totalidade dos temas centrais (coluna 1), categorias (coluna 2) e subcategorias (coluna 3) emergentes da análise, com a devida referência às unidades de significado (coluna 4), cujo processo de codificação e categorização deu origem à denominação da categoria na qual as mesmas se incluem.

No decorrer do processo de análise as matrizes elaboradas foram novamente lidas e relidas e fomos-nos, constantemente, interrogando acerca das razões que nos levavam a englobar determinadas unidades de registo seleccionadas numa determinada categoria, e não noutra. Esta atitude reflexiva adoptada “obrigou-nos” a proceder de um modo contínuo a uma série de cruzamentos e intersecções entre as categorias emergentes, bem como

estabelecer uma relação acerca da informação que continham, com a sua respectiva denominação atribuída, avaliando a sua pertinência. Contribuiu, igualmente, para avaliar as relações de dependência estabelecidas entre as categorias e subcategorias e, até mesmo, o seu nível de inter-relação.

Note-se que, no processo de categorização tivemos em consideração um conjunto de princípios que, segundo Miles e Huberman (1994) deverão estar subjacentes ao referido processo, designadamente: a exaustividade das categorias (refere-se à necessidade do sistema de categorias contemplar todas as possíveis unidades de registo diferenciadas nos dados); a exclusão mútua (preconiza que cada unidade de registo deverá estar, apenas, incluída numa categoria) e, por último, o único princípio classificatório (refere-se ao facto da definição de categorias serem elaboradas sob um único critério de classificação).

De salientar, que para aumentar a fidelidade na nossa análise recorreremos à validação externa realizada por um investigador experiente no domínio da investigação qualitativa nas áreas da Enfermagem e Ciências Sociais, neste caso o professor orientador do trabalho. O seu contributo na revisão da análise final de dados efectuada possibilitou a identificação de aspectos menos claros, e a confirmação do percurso efectuado. Desta feita, e atendendo ao referido por Carpenter (*in* Streubert e Carpenter, 2002): “ter um segundo investigador que reveja os dados e verifique as categorias também pode servir como verificação da validade” (p.46).

As conversas e a troca de impressões com outros colegas foi também um aspecto importante que considerámos importante durante a fase de análise de conteúdo efectuada, pelas oportunidades de discussão de ideias e de partilha de dúvidas sentidas.

Com efeito e como já referimos, ao findar o processo de análise dos dados emergiram quatro unidades temáticas principais (temas), cada uma comportando respectivas categorias e subdivisões de cada categoria (subcategorias), sempre que considerávamos necessário para melhor compreensão do fenómeno em estudo.

No capítulo seguinte (análise, apresentação e discussão dos dados) optámos por apresentar, para maior facilidade de compreensão, diversas figuras que esquematizam a totalidade de categorias e subcategorias comportadas por cada um dos quatro temas centrais emergentes.

2.5 - CRITÉRIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

A cientificidade de um estudo é garantida quando os dados nele colhidos são considerados fiáveis, ou seja, quando reflectem a verdadeira experiência tal como foi vivida pelos participantes. Esta ideia é defendida por Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002)

quando afirma que “a meta do rigor na investigação qualitativa é apresentar rigorosamente as experiências dos participantes no estudo” (p.33).

Para assegurar o rigor científico de um estudo de índole qualitativa, que pretende compreender um determinado fenómeno inserido no seu contexto, recorre-se a critérios que determinarão a fidedignidade dos dados. Lincoln e Guba, citados por Polit, Beck e Hungler (2004), referem quatro critérios para que se assegure a fidedignidade dos dados qualitativos: credibilidade, transferibilidade, segurança e confirmabilidade.

Assegurar estes critérios aumenta a credibilidade e o rigor de um trabalho, uma vez que, são congruentes e adequados dentro do paradigma no qual se insere este estudo.

CREDIBILIDADE

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a credibilidade dos dados refere-se à confiança no carácter verdadeiro dos mesmos, que se obtém utilizando técnicas relevantes para avaliação dos estudos qualitativos.

Para Loureiro (2006) este critério encontra-se associado e procura responder à questão da precisão dos dados obtidos (achados), tal como estes são descritos pelos participantes.

Para assegurar este critério, é comum os investigadores desenvolverem observações, contactos e participação com os informantes durante um período de tempo prolongado de modo a obterem um conhecimento cumulativo do fenómeno. Outros autores (Streubert, 2002; Loureiro, 2006; Gómez *et al.*, 1999; Lincoln e Guba, 1985) defendem, igualmente, a verificação dos resultados com os participantes, que os reconhecerão como verdadeiros ou não, tendo por base a sua experiência vivida.

No nosso trabalho desenvolvemos os contactos necessários com os participantes no sentido de acedermos à informação/fenómeno pretendido.

Tivemos a preocupação de, tal como refere Loureiro (2006), voltar aos participantes após a transcrição do verbatim das entrevistas, com o intuito de lhes solicitar que verificassem as suas experiências e de confirmassem ou não, se as informações que verbalizaram correspondiam, efectivamente, àquilo que pretendiam verbalizar e se a informação relatada correspondia às suas vivências relativas ao fenómeno. Deixámos claro que a informação apresentada nas transcrições podia ser alterada, caso o desejassem. Assim, em alguns casos as transcrições foram lidas pelos próprios, noutros os participantes solicitaram que fossemos nós a proceder à leitura dos textos. Em ambos os casos, os participantes não procederam a qualquer alteração do conteúdo referido.

TRANSFERIBILIDADE

Lincoln e Guba, citados por Polit, Beck e Hungler (2004) designam a transferibilidade como a capacidade de generalização dos dados, ou seja, a forma como as descobertas provenientes dos dados podem ser transferidas a outros locais ou grupos. Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002) partilha da mesma opinião, ao afirmar que a transferibilidade refere-se “ (...) à probabilidade dos resultados do estudo terem significado para outros em situações semelhantes” (p. 34).

Polit, Beck e Hungler (2004) acrescentam que, para que se verifique a transferibilidade, é necessário que o investigador seja capaz de “(...) fornecer dados descritivos suficientes no relatório de pesquisa de modo que os consumidores possam avaliar a aplicabilidade dos dados a outros contextos” (p. 212).

Para assegurar a transferibilidade, procurámos descrever pormenorizadamente o fenómeno em estudo, assim como a forma como foi estudado e os contextos onde decorreu a investigação. Para isso, incluímos também as respectivas matrizes de análise de forma integral, aquando da análise das entrevistas.

Tivemos, igualmente, a preocupação de seleccionar participantes que nos pudessem fornecer descrições densas, ricas de pormenores relativamente ao fenómeno de viver com uma úlcera venosa crónica de perna. Procurámos, assim, recolher detalhada e atentamente as descrições emergidas aquando do nosso encontro com essas pessoas, que ao viverem o fenómeno foram capazes de o comunicar, o mais “eficazmente” possível.

SEGURANÇA

Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que a segurança dos dados qualitativos “ (...) refere-se à estabilidade desses dados através do tempo e mediante condições.” (p.212).

Para Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002), baseada em Lincoln e Guba, a segurança só pode ser atingida se o investigador assegurar a credibilidade das suas descobertas. Assim, segundo a mesma autora, só se pode falar em segurança se houver credibilidade.

Polit, Beck e Hungler (2004) referem dois métodos de se avaliar a segurança dos dados:

- Duplicação à moda de etapas – segundo este método, o grupo de investigadores é dividido em duas equipas. Estas conduzem entrevistas e trabalham os dados de forma independente, para posteriormente

compararem os mesmos. Contudo, é importante a comunicação contínua e regular entre as equipas, para que se alcance o sucesso deste procedimento.

- Auditoria por interrogatório – consiste numa apreciação minuciosa dos dados e documentos relevantes, por parte de uma pessoa externa ao estudo. Este método conduz também à confirmabilidade dos dados.

No nosso estudo, utilizámos a auditoria por interrogatório. Mais uma vez, recorremos ao orientador deste trabalho, sendo que para tal foi-lhe entregue toda a documentação relacionada com o estudo (objectivos, guião de entrevista, resultados da análise etc.) para que fosse revista e auditada.

CONFIRMABILIDADE

Confirmabilidade, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), “é um conceito que se refere à objetividade ou neutralidade dos dados, de modo que haja concordância entre duas ou mais pessoas independentes acerca da relevância ou significado dos dados” (p. 212).

Segundo Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002) este critério é conseguido quando se descreve em pormenor todas as decisões e procedimentos para que outro investigador possa seguir um mesmo percurso investigativo.

Loureiro (2006) alude ao facto de, relacionado com o este critério, estar associado o conceito de *auditabilidade*, processo que o autor refere possibilitar a verificação de todo o processo de condução da investigação, desde a recolha dos dados, à verificação das conclusões.

As auditorias por interrogatório representam outro método conducente à confirmabilidade, tal como referido anteriormente. Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002) afirma que este processo é utilizado para garantir quer a segurança quer a confirmabilidade dos dados, uma vez que, ao assegurar-se a confirmabilidade garante-se a segurança dos dados.

Para assegurar a confirmabilidade e, implicitamente, a segurança dos dados do nosso estudo fomos acompanhados durante todo o processo de desenvolvimento do mesmo, por um perito no domínio da investigação qualitativa, com experiência no desenvolvimento e orientação de trabalhos de investigação, que teve a oportunidade de acompanhar todo o processo investigativo, auditando-o regularmente.

Para além disso, descrevemos de forma pormenorizada todos os passos por nós seguidos no decurso da investigação, descrevendo e justificando procedimentos. Procurámos, de igual modo, justificar todas as opções metodológicas adoptadas.

2.6 – ASPECTOS ÉTICOS

Segundo Carpenter (*in* Streubert e Carpenter, 2002) para realizar um trabalho de investigação é necessário assumir um compromisso, o que implica a responsabilidade pessoal e profissional, de modo a assegurar imperiosamente os direitos dos participantes envolvidos na pesquisa.

Com efeito, e assumindo o nosso estudo uma natureza qualitativa, descritiva, com características fenomenológicas, facilmente se depreende que as questões ligadas ao *mundo das pessoas* (relacionadas com as suas vidas, bem como com os significados que as mesmas atribuem aos fenómenos) assumem especial relevância, uma vez que a pesquisa que se efectuou visou a compreensão das vivências das pessoas com feridas crónicas. Neste contexto, torna-se imperioso assegurar um conjunto de princípios éticos no decurso de todo o processo de investigação.

Grande (2000), salienta que independentemente da natureza de qualquer projecto de investigação os princípios éticos da beneficência (o “fazer o bem” para o próprio e para a sociedade, respeitando o primado da pessoa humana), da não maleficência (o “não causar dano”, avaliando os riscos possíveis e previsíveis), da autonomia (respeito pela liberdade e autodeterminação dos participantes) e da justiça (o “proceder com equidade”), terão de ser respeitados e deverão, de igual modo, guiar todos os momentos da investigação.

Efectivamente, quando falamos em investigação em saúde, facilmente constatamos que a sua prática, implica, muitas vezes, estudar uma população constituída por indivíduos fragilizados física e psicologicamente (de uma forma temporária ou permanente). Por esta razão emerge a imperiosa necessidade de adoptarmos uma conduta séria e rigorosa no sentido do dever de protecção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (Artigo 81º do Código Deontológico do Enfermeiro).

Em suma, estamos conscientes de que foi imprescindível termos adoptado, no decurso do nosso estudo, as necessárias disposições a fim de que os direitos e liberdades dos que participaram na nossa investigação não fossem violados. Acreditamos que na prossecução das finalidades da investigação em nome do progresso e evolução científica deve existir um limite que não deverá ser excedido e tal como refere Nunes (2005) este limite “refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção de seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano ” (p.4).

Assim sendo, e particularizando na nossa investigação, considerámos essencial a elaboração de um consentimento informado (Anexo VI), que permitiu assegurar o direito à autodeterminação dos participantes, permitindo que estes entendessem, os eventuais,

riscos e benefícios da sua participação (onde se incluíam, naturalmente, a opção de não participar no estudo, ou de revogação da sua intenção a qualquer momento).

Para além disso, considerámos importante a nossa disposição, no sentido de estarmos atentos às reacções dos participantes durante o processo investigativo, com o intuito de poder reconhecer atempadamente, eventuais, sinais de desconforto, sofrimento ou outros, que pudessem interferir/agravar a situação de saúde emocional dos participantes.

Assim, metodologicamente, adoptámos uma conduta que permitiu salvaguardar o anonimato e a confidencialidade dos participantes. Os dados pessoais não foram divulgados ou partilhados sem autorização dos sujeitos e inclusivamente as suas identidades não poderão ser associadas às respostas individuais fornecidas, sendo que apenas o investigador e os participantes privilegiados conheceram a identidade das pessoas entrevistadas.

No decorrer da colheita de dados, procurámos deixar sempre em aberto um espaço onde os entrevistados tivessem a oportunidade de exporem as suas dúvidas e colocarem questões acerca do trabalho, antes e após a realização das entrevistas.

Para além disso, suprimimos todos os dados biográficos na transcrição das entrevistas, bem como os nomes de familiares, amigos e elementos da equipa de saúde, directamente, implicados no processo de tratamento dos participantes, que sejam passíveis de os identificar. Os consentimentos informados depois de assinados e as próprias cassetes áudio foram mantidas na posse do investigador, sendo após a conclusão do estudo destruídas ou entregues aos entrevistados, consoante as suas preferências.

O próprio pedido de autorização dirigido ao Conselho de Administração do CSPD, com a finalidade de obter consentimento para a realização do estudo e de solicitar autorização para a selecção e contacto dos participantes, bem como o facto de nos termos comprometido, desde logo, a apresentar os resultados e o relatório de investigação à instituição e aos próprios entrevistados, após o término do estudo, devem ser encarados como um esforço por parte do investigador para que os preceitos éticos envolvidos num processo de investigação desta natureza fossem, devidamente, considerados e respeitados.

Com esta conduta procurámos, honestamente, assegurar o pleno respeito pelos direitos e pela dignidade dos participantes no estudo em conformidade com o estipulado no relatório Belmont, aprovado em 1979, emanado pela *National Commission for Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, que nos serviu de referência no decurso do presente trabalho.

Estamos convictos de que a nossa intervenção ao longo de todo o processo de investigação não provocou qualquer dano a todos quanto dele participaram, quer directa quer indirectamente.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

No presente capítulo procederemos à apresentação, análise e discussão dos dados obtidos através das entrevistas que realizámos. Esta análise segundo Bogdan e Biklen (2003) “envolve o trabalho com os dados, a sua organização em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão do que vai ser transmitido aos outros” (p. 205).

A todo este processo de análise esteve sempre subjacente a pergunta de partida que se encontrou na génese do desenvolvimento do nosso estudo, almejando o propósito de atingir os objectivos a que nos propusemos inicialmente.

De acordo com Gómez *et al.* (1999), nesta fase de análise e após os dados obtidos no trabalho serem devidamente tratados e apresentados torna-se fundamental contextualiza-los e relacioná-los com os obtidos por outros estudos já efectuados, de modo a que os resultados a que se chegam com a investigação em curso possam ser integrados e discutidos à luz do conhecimento e teorias previamente desenvolvidas, discutindo em que medida estes contribuem para o corpo de conhecimentos sobre o tema estudado.

Tendo em conta o exposto, nesta fase de análise, interpretação e discussão dos dados recorreremos não só a diferentes autores, através da revisão bibliográfica realizada, especificamente estudos encontrados no domínio da temática estudada e àquilo que é conhecido sobre a mesma, como também ao enquadramento teórico previamente construído, para fundamentar os achados nas categorias encontradas numa perspectiva de complementaridade.

Contudo, antes da apresentação e discussão dos dados e da exposição da figura que esquematiza os temas e categorias emergentes considerámos pertinente, em primeiro lugar, apresentar uma breve caracterização dos participantes que colaboraram no nosso estudo.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Como anteriormente referido, colaboraram no nosso estudo um total de dez participantes, cuja breve caracterização o quadro seguinte pretende demonstrar:

Caracterização dos Participantes		Resultados	
		N=10	Percentagem (%)
Género	Masculino	3	(30)
	Feminino	7	(70)
Idade (anos)	Média	59.6	
	Intervalo	[47-75]	
Estado Civil	Casado(a)	9	(90)
	Viúvo(a)	1	(10)
Escolaridade	Primária Incompleta (3ºano)	2	(20)
	Primária (4ºAno)	6	(60)
	Básica (5º ano)	1	(10)
	Secundária (12º ano)	1	(10)
Situação Profissional	Activo	7	(70)
	Aposentado	3	(30)
Tempo de existência das úlceras actuais (meses)	Média	26.2	
	Intervalo	[5-60]	
	Moda	24	
Antecedentes de Ulcerações anteriores	Sim	5	(50)
	Não	5	(50)

Quadro 1 – Resumo dos elementos caracterizadores dos participantes no estudo.

Relativamente à idade constata-se que a amplitude etária variou entre os 47 e os 75 anos, situando-se a média de idades nos 59.6 anos. Assim, consideramos ter acedido na nossa amostra a um grupo de pessoas heterogéneo, a nível etário, uma vez que esta englobou adultos relativamente jovens, bem como idosos, o que, em nosso, entender, poderá ter contribuído para tornar o trabalho mais rico e abrangente, no que à diversificação das vivências relatadas e à compreensão do fenómeno em estudo dizem respeito. Deste modo, dos dez participantes, sete foram mulheres.

No que concerne ao estado civil, verificámos que nove participantes eram casados, sendo que a outra se encontrava viúva, vivendo actualmente com dois filhos.

Em relação à escolaridade detida, constata-se que: seis pessoas possuíam a escolaridade primária (4ºAno); duas possuíam o 3º Ano; uma participante detinha o 5º Ano liceal e um participante possuía o 12ºAno, embora tivesse frequência universitária.

No que à situação profissional diz respeito verifica-se que sete participantes encontram-se em situação laboral activa (cinco trabalhando essencialmente como domésticas, um como empresário em nome individual e um sendo funcionário público), enquanto os restantes três já se encontravam reformados, ou seja, em situação laboral não activa.

No que se refere à condição de saúde que se encontra na génese do presente estudo, isto é, a existência de úlceras venosas crónicas de perna, verifica-se que o intervalo, contabilizado em meses, de existência/permanência com as úlceras venosas, variou de 5 a 60 meses, sendo que a média, considerando o total dos participantes foi de vinte e seis meses (aproximadamente dois anos).

Como se pode facilmente depreender excedemos largamente o limite mínimo de três meses (critério utilizado para a definição de úlcera venosa crónica) adoptado neste trabalho referente ao tempo de existência das feridas que os participantes do estudo teriam de comportar, de modo ininterrupto, para que no estudo pudessem participar.

Acreditamos que os relatos e as vivências emergidas, por parte daqueles que mais do que estarem em contacto ou familiarizados com um fenómeno, o conhecem profundamente, por via de com ele serem forçosamente obrigados a lidar, e neste caso, por períodos de tempo alargados (atingindo, nalguns casos, os cinco anos), só veio beneficiar e enriquecer o presente trabalho, pela partilha de uma grande multiplicidade e diversidade de experiências, que contribuiu para a compreensão do fenómeno em estudo, ou seja, as vivências das pessoas com úlceras venosas crónicas de perna.

Por último, destacamos ainda que para metade dos participantes a experiência de possuir uma úlcera venosa crónica não se constituiu como uma experiência nova, uma vez que estas pessoas já tinham tido a mesma condição patológica anteriormente, sendo esta uma situação recorrente.

Do processo de análise realizado emergiram, então, quatro temas centrais, cada um dos quais compreendendo categorias. Estas, por sua vez, encontram-se subdivididas em respectivas subcategorias. Este conjunto organizado dos achados procura representar e descrever a estrutura essencial do fenómeno de viver com uma úlcera venosa crónica de perna a partir da experiência vivida dos participantes, tendo-se para tal recorrido aos excertos do discurso dos mesmos com a finalidade de ilustrar as vivências relatadas.

Desta feita, os quatro temas principais que emergiram do fenómeno em estudo foram: 1) Vivendo uma vida limitada; 2) Vivendo com dor; 3) Alterações emocionais causadas pela ferida; 4) Vivendo entre a esperança e a desilusão face a um tratamento prolongado.

Para uma maior facilidade de compreensão foi construído um esquema representativo dos principais temas e respectivas categorias emergentes do processo de análise, que é apresentado na figura 2.

Por razões de simplificação da apresentação dos resultados adoptaremos a seguinte estrutura para a sua apresentação: sempre que iniciarmos a apresentação de cada tema

será exposta a sua respectiva esquematização gráfica, com a evidência da totalidade das suas categorias e subcategorias. Sendo que, estas últimas não foram apresentadas na Figura 2 propositadamente por poderem conduzir a uma difícil compreensão do esquema.

Vivências das Pessoas com Úlcera Venosa Crónica de Perna

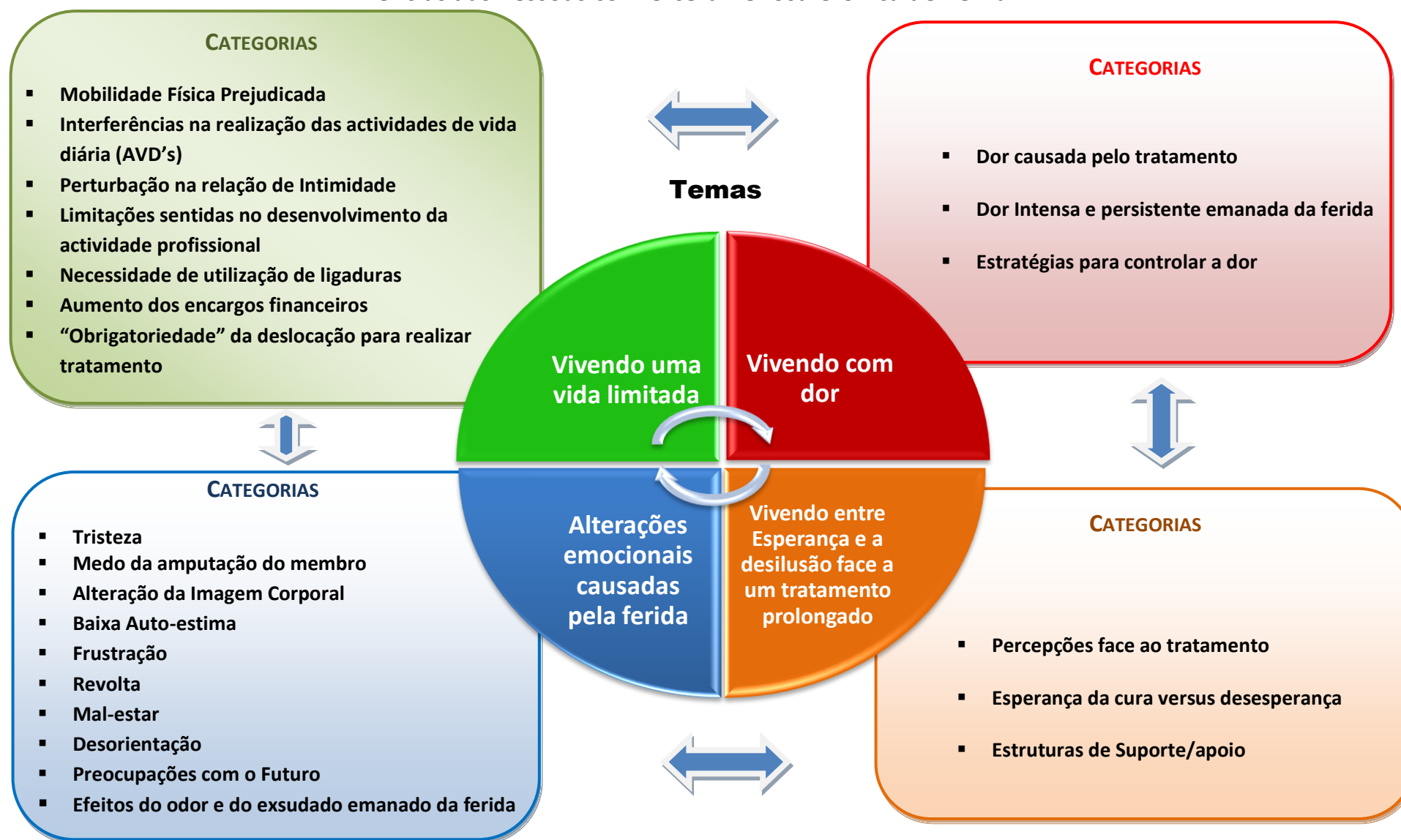


Figura 2 – Esquema representativo dos Temas e respectivas categorias emergentes, resultantes do processo de análise

1 - VIVENDO UMA VIDA LIMITADA

No Tema “Vivendo uma vida limitada” encontram-se as seguintes categorias: “Mobilidade Física Prejudicada”, “Interferências na realização das actividades de vida diária”, “Perturbações da relação de intimidade”, “Limitações no desenvolvimento da actividade profissional”, “Necessidade de utilização de ligaduras”, “Aumento dos encargos financeiros” e, finalmente, “«Obrigatoriedade» da deslocação habitual para realizar tratamento”.

Em relação às categorias “Interferências na realização das actividades de vida diária” e “Necessidade de utilização de ligaduras” estas encontram-se ainda subdivididas em subcategorias, sendo que em relação à primeira encontramos as que se seguem: “Actividades domésticas”, “Hábitos de higiene”, “Hábitos de sono”, “Actividades sociais e de lazer” e “Hábitos de vestuário e calçado”; e em relação à segunda as subcategorias encontradas foram: “Processo de aceitação do seu uso”; “Incómodo/desconforto causado pela sua utilização” e, por último, “Estratégias para ocultar o seu uso”.

Para uma maior facilidade de apreensão do total de categorias e subcategorias relativas a este tema estas encontram-se representadas esquematicamente na figura 3:

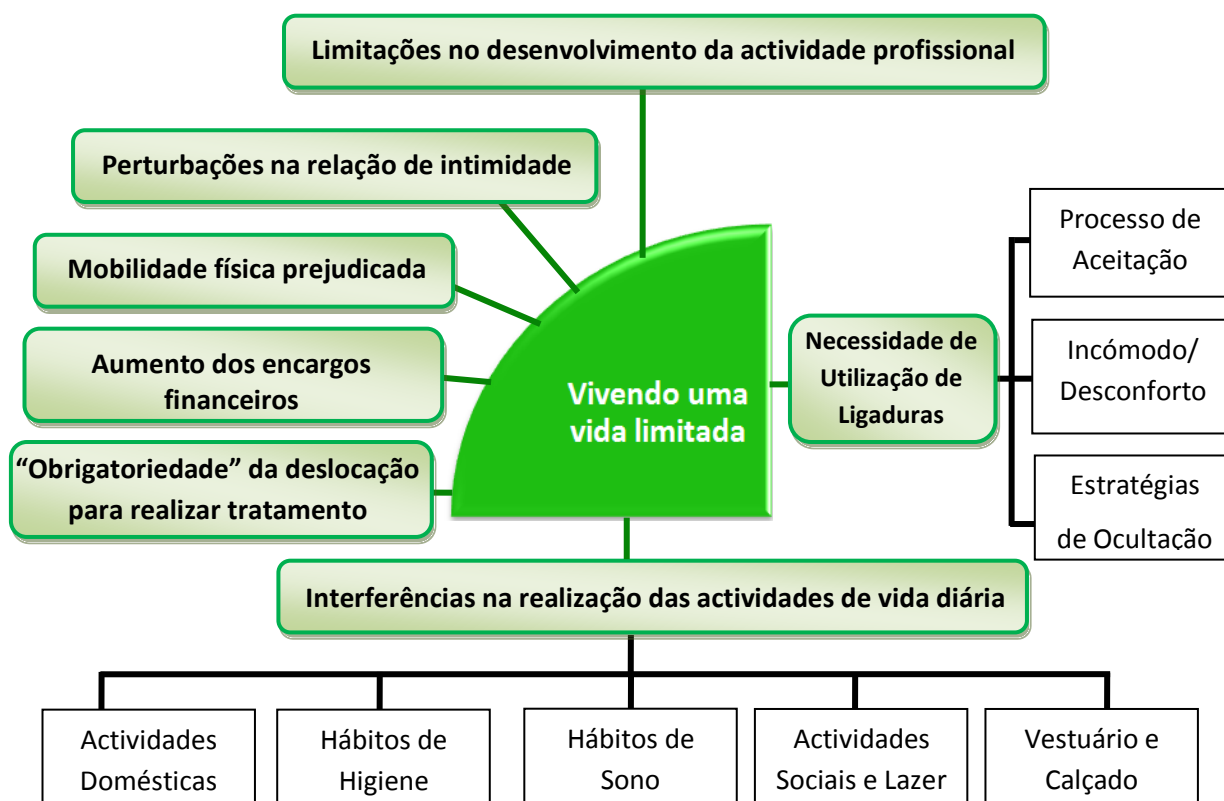


Figura 3 – Representação esquemática do tema “Vivendo uma vida limitada”

MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

A mobilidade prejudicada foi uma vivência bastante valorizada pelos participantes, atendendo a que foi uma experiência verbalizada por quase todos. A sensação de querer deslocar-se e não conseguir ou de ter de o fazer com muita dificuldade com impedimentos de ordem física, sendo estes a presença de dor ou outros, revela-se penalizadora e limitadora, sendo feita com muito custo. A marcha encontra-se dificultada pela dor sentida o que leva as pessoas a apresentarem dificuldade em colocar o pé no chão e a adoptarem uma marcha instável, claudicante:

“Por exemplo, na locomoção não posso correr, não posso andar depressa, se houver assim um caso urgente de me apressar, na estrada atravessar uma passadeira, pois tenho que fazer um sinal, aos carros que se movimentam, para que tenham alguma compreensão e possa mais vagarosamente atravessar a passadeira.” E2 – L 91-94

“O andar, a gente nunca anda bem, é sempre manca (...)” E3 – L 115

“ (...) querer por o pé no chão e não conseguir (...)” E4 – L 8-9

“Não pode saltar uma parede, não pode fazer nada, porque sente-se diminuído nas suas faculdades de movimentos.” E7 – L 8-9

“ Com falta de força nas pernas. Com fraqueza nos membros inferiores, a gente sente que, realmente, não vai andar nos braços de ninguém, devido a isso [refere-se às úlceras]. E7 – L 60-62

Deste modo, actividades banais e rotineiras como o simples subir ou descer uma escada, o deslocar-se até à casa de banho, ao quintal ou simplesmente o permanecer de pé sem apoio, durante um curto período de tempo, o percorrer curtas distâncias, o levantar-se da cama tornam-se tarefas difíceis de concretizar no dia-a-dia dos participantes:

“ (...) subir uma escada não se pode subir, a minha filha mora aqui em cima [aponta para a escada que leva ao piso superior] mas é raro eu subir ali acima, porque tem aquelas escadas todas para subir (...)” E3 – L 54-56

“Mesmo quando eu tenho dores, eu não faço nada. (...) Porque, até para o quarto de banho custa-me a ir, para andar, repuxa-me.” E3 – L 85-87

“ Se eu não estiver em casa tenho que estar perto de uma mesa ou de uma parede, porque tem certos dias que eu não consigo dar um passo.” E4 – L 42-44

“Dificuldades no dia-a-dia em descer escadas que a maior parte da minha vida é no quintal (...) a ferida atrapalha porque a gente custa muito descer e subir as escadas, dificuldade em andar, dificuldade em fazer o serviço (...)” E6 – L 43-44; 46-47

“ (...) é para deitar, para levantar, é preciso a gente ter pessoa que nos ajude a levantar... ainda o deitar a gente deita-se bem, mas muitas vezes o meu marido ajuda-me a por as pernas para o lado de fora da cama para eu me poder terminar.” E6 – L 78-81

“ (...) vai para sair e sente dificuldade em se movimentar e que ser sentar por tudo e por nada. Por tudo e por nada ter que se sentar (...)” E7 – L 222-223

A interferência na actividade básica da locomoção acarreta, deste modo, múltiplas implicações “obrigando” as pessoas a reestruturarem as actividades do seu quotidiano e nalguns casos a sentirem-se dependentes de outros para se poderem locomover aos diversos sítios pretendidos e assim poderem relacionar-se com os outros.

A delegação de tarefas das quais antes se era responsável foi também uma vivência relatada em virtude desta dificuldade de deslocação:

“É de repente querer ir à cidade, a mulher é que vai, por exemplo ainda hoje ela foi porque eu não posso andar na cidade de táxi de aqui para ali e daqui para acolá.” E5 – L 180-181

“É, às vezes querer sair, ir dar uma volta ou fazer uma visita não posso ir a pé, tenho dificuldade... para andar custa muito.” E8 – L 32-33

“ (...) e também no andar porque eu já não posso andar como andava, ando mais devagar, muito mais devagar e depois eu sinto vontade de visitar uma pessoa, uma doentinha, uma conhecida minha que é doentinha e não vou porque tenho de ir é de carro e tenho de esperar pelo meu marido, estou sempre à espera de quem me leve.” E8 – L 43-47

“O que custa muito e eu já disse aqui é o querer sair e não poder.” E8 – L 40

“É o andar, o andar que já não ando com andava.” E8 – L 163

“Lembrei-me da igreja, que é uma das coisas que me custa e é só ao sábado, e é porque vou de carro, se não fosse com o meu marido eu não podia ir, e não é que a igreja fique muito longe, que não fica.” E8 – L 171-173

A vivência de sentir-se limitado fisicamente e sentir-se aprisionado a um corpo que não mais se locomove como outrora e que por consequência tem dificuldade em viajar é ainda constatado por um participante:

“A gente tem que dizer que a cabeça regula o corpo e é verdade, mas as pernas... se não houver o corpo, não anda. Eu aprendi muito foi andando, viajando correndo o mundo, eu sou um espírito ambulante e parei no tempo. E estou parado por isso [com as feridas].” E7 – L 82-85

“As pernas quando não ajudam, o corpo não vai a lugar nenhum, e o meu corpo era um corpo de viajante um corpo de não parar. E se essas feridas não me ajudam (...)” E7 – L 123-125

Como se pode verificar a mobilidade prejudicada é uma realidade presente no quotidiano de muitos dos participantes, assumindo variadas e diferentes implicações que vão desde a incapacidade (ou a realização com muito custo) sentida na execução das mais simples actividades de vida, dependentes de uma locomoção livre, à manifestação por parte destas pessoas de um sentimento de encarceramento, de sentirem-se prisioneiras por não se poderem locomover livremente.

Num estudo de revisão sistemática de literatura sobre os estudos realizados acerca do impacto das úlceras de perna na vida diária das pessoas Persoon *et al.* (2004) fazem referência, a este propósito, a dois estudos efectuados. O primeiro realizado por Phillips *et al.* conclui que 81% da população (62 pessoas) referiu sentir a sua mobilidade prejudicada, sendo esta considerada severa em 57% dos casos. A conclusões semelhantes chegou Hyland *et al.* cujos resultados evidenciaram problemas evidentes sentidos a nível da mobilidade, nomeadamente, na execução de actividades quotidianas no domicílio como subir escadas, ou fora deste, como andar de autocarro.

Num estudo fenomenológico efectuado por Beitz e Goldberg (2005) com pessoas com úlceras venosas crónicas os autores constataram que os participantes associavam os efeitos da mobilidade prejudicada como estando directamente relacionados à presença das feridas, sendo a presença destas encarada como um sinal premonitório do próprio processo envelhecimento.

A este propósito Walshe (1995) constatou que a mobilidade prejudicada foi a maior restrição descrita, devido essencialmente à presença de dor, levando a que as pessoas se sentissem confinadas em casa. A presença da úlcera foi considerada pelos participantes como um elemento restritivo que as impedia de funcionar no máximo das suas capacidades.

INTERFERÊNCIAS NA REALIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD's)

Experienciar variadas interferências limitadoras da normal capacidade de realização das variadas AVD's constituiu-se com um grande grupo de vivências relatadas. Estas interferências foram sentidas pelas pessoas com úlceras venosas crónicas a vários níveis, de acordo com as várias AVD's que qualquer pessoa executa normalmente no seu dia-a-dia.

Neste contexto, achamos pertinente fazer referência a uma das conclusões do estudo fenomenológico realizado por Beitz e Goldberg (2005) quando atestam que viver

com uma ferida crónica comporta alterações significativas na capacidade das pessoas executarem as normais actividades de vida diária, bem como de desempenharem outras actividades de carácter social. Constatamos no nosso estudo a emergência de evidência semelhante, atendo às vivências relatadas relacionadas com as interferências que a presença de uma úlcera venosa acarreta no desenvolvimento das diferentes actividades de vida diária, como seguidamente se poderá verificar nas subcategorias seguintes.

Actividades Domésticas

As dificuldades sentidas na execução das actividades domésticas foram frequentemente verbalizadas. Assim, mais do que a dificuldade na sua realização ou da sua realização ser sentida como imperfeita, a incapacidade de efectuar as lides domésticas como: o passar roupa, confeccionar as refeições, arrumar a casa, lavar a louça, entre outras é sentida como uma grande limitação e por vezes com algum pesar por não se conseguir fazer o que sempre se fez e o que se gosta de fazer:

“(...) porque eu por fim eu larguei de trabalhar, que eu trabalhava, quando me deu essa [a actual ferida] é que eu depois larguei de trabalhar que, eu já não podia fazer nada. (...) Por causa da ferida, sim senhor. Eu era doméstica, e eu estava sempre a mexer em pé, aliás quando a gente está trabalhando não tem tempo de estar sentadas: é correr, lavar, limpar a casa, tudo, e fazia-me muito mal à ferida, mesmo eu já não podia mesmo.” E3 – L 144-146; 148-150

“Eu terminava a minha vida toda, hoje, se eu quiser por uma comidinha ao lume, eu tenho que por, tenho que me sentar, depois tenho que me tornar a levantar, é assim aos poucos.” E4 – L 40-42

“Eu cheguei a ter as duas pernas ligadas, com muita dificuldade porque não tenho quem me ajude nas lides domésticas.” E6 – L8-9

“(...) muitas vezes chegar à hora da comida e da gente ter de fazer... porque as dores são tantas, que a gente às vezes não consegue fazer nada.” E6 – L 71-73

“É na vida de casa, muitas vezes incomodava-me, mas eu não tinha outro remédio senão fazer. Mesmo com dores eu não tinha outro remédio, sentava-me bocadinhos, tornava a ir, tornava-me a sentar (...)” E6 – L 139-141

“Eu faço a minha vida, mas não é a minha vida completa, não limpo as coisas como devo limpar, porque incomoda-me, não me posso às vezes ajoelhar para limpar bem os móveis esta ferida incomoda muito neste sentido.” E8 – L 19-20

“Agora quando tenho muitas dores, já não faço aquilo que devia fazer, às vezes coisas que tenho que lavar à mão lá fora, já não posso fazer (...) essas ligas por exemplo (...) tinha dias que eu passava por um aborrecimento, não chegava a lavá-las, porque não podia estar de pé (...)” E8 – L 36-40

“Já passaram muitos dias em que o meu marido chegava a casa para almoçar ou jantar e eu estava sem poder comigo, sem poder fazer nada, cheia de dores (...) não podia fazer o trabalho, não podia fazer a comida e a gente amanhava-se. É isso é que custa mais.” E8 – L 102-106

“A minha família, na minha casa disse: “não faças nada deixa-te de estar sentadinha não podes fazer”, porque elas sabem que sou assim, mas sou uma pessoa activa, e como elas vêem que para eu não fazer é porque eu não podia.” E9 – L 96-99

O querer realizar algo, o ter vontade sem contudo o conseguir por não ter forças e o sentir-se limitado é, habitualmente, sentido pelos participantes:

“ (...) a gente não pode fazer o que a gente quer (...) Porque isso dói muito, por mim eu estou sempre sentada com a perna estirada, porque eu não posso fazer mesmo nada, às vezes eu enxugo uma loucinha é sentada, porque eu não posso estar em pé muito tempo.” E3 – L 6-9

“ (...) varrer o chão, não posso, porque não posso estar muito tempo em pé; “correr” a roupa, também não se pode, porque é muito tempo em pé; lavar loiça também, não se pode; estender roupa a mesma coisa, é o dia-a-dia que a gente faz todos os dias, não se pode. Uma pessoa sente-se muito limitada, agora mesmo assim, vou fazendo uma coisinha, mas antes, não fazia nada, nada, nada. Era sempre sentada nesse sofazinho [aponta para o sofá], perna estirada (...)” E3 – 43-48

“É uma pessoa ter vontade e querer trabalhar e sem poder e uma pessoa não consegue e não posso estar de pé, a minha vida é passar um roupinha sempre com a perna esticada, sentada, com a perna esticada, quer lavar uma loucinha, de repente lavo um pratinho, dois mas não consigo lavar mais porque não posso. Estender uma roupinha? Não estendo porque não posso, porque não consigo por o pé no chão (...)” E4 – L 19-24

“Uma pessoa querer fazer uma coisa sem poder, quer fazer mas não pode”. E4 – L 88-89

“Pois é isso, uma pessoa quer trabalhar e não poder (...)” E3 – L 18-19

No caso de uma participante a explicação por ela dada como diferenciadora de um dia *bom* e um *mau* reside na capacidade por ela sentida de executar num determinado dia as diferentes actividades domésticas (sendo um dia *bom*). Pelo contrário, se não as consegue realizar sente-se triste (encontrando-se num dia *mau*):

“Vai-se vivendo, dia-a-dia, dias bons, dias maus. Um dia bom é um dia lindo para mim: eu vou para o quintal, eu estendo roupa, às vezes (...) É o dia em que eu sei que faço uma coisa de que eu gosto, assim: lavo louça, estendo roupa, o meu dia-a-dia que eu costumava fazer antes, tem dias que é assim, mas tem outros dias que é esmorecer, eu esmoreço. Tem dias que eu digo assim: “eu fiz isso ontem, porque é que não faço hoje?” Porque não posso, por causa da perna... Nos dias maus sinto-me tão triste (...)” E4 – L 58-59; 61-65

Entendemos que estas vivências relacionadas com a incapacidade de executar, correctamente, as actividades domésticas assumem especial relevância no contexto cultural onde se inserem os participantes do estudo. De facto, 70% dos participantes eram mulheres provenientes de um contexto rural, sendo que neste contexto cultural ainda se encontram a elas associadas a realização deste tipo de tarefas. Assim, e especificamente na cultura Micaelense tradicionalmente é *suposto* as mulheres serem *boas* “donas de casa”, o que implica que seja ainda valorizado ser a mulher a cuidar adequadamente da sua casa e do “seu marido e filhos”.¹⁰ Desta feita, a não realização destas tarefas poderá acarretar outras implicações e ter “um peso” diferente para as mulheres:

“A lida da casa, que tarde ou cedo temos, sempre, que fazer. Sempre muita dificuldade, muitas vezes a minha irmã é que me vem dar uma mãozinha, quando eu estou com mais dores a minha irmã vem me dar uma mãozinha. Porque eu vivo sozinha, mais o meu marido, não tenho mais ninguém que me faça mais nada e o meu marido não é pessoa para fazer serviço. Mesmo assim, muitas vezes ele lava a loiça do jantar, quando eu estou com mais dores ele às vezes lava a loiça do jantar, mas tirado isso ele não sabe sequer estrear um ovo.”E6 – L 37-43

“Da minha vida particular, não me incomoda, porque eu não faço nada, a mulher é que faz o comer é que faz tudo, às vezes manda-me vigiar o comer que está ao lume, mas é só (...)” E5 – L 168-170

Hábitos de Higiene

A necessidade de alteração de hábitos de higiene foi outra das interferências causadas pela presença das úlceras venosas. As alterações dos hábitos de higiene referidas relacionam-se essencialmente com a incapacidade de tomar um banho completo, de “corpo inteiro”, bem como com as dificuldades sentidas neste processo.

A necessidade de um banho faseado, em que o corpo é lavado por partes traduz-se na alternativa possível, geradora de grandes incómodos com a qual os participantes têm de lidar em virtude de não poderem molhar aos pensos e as ligaduras.

Deste modo, o acto de tomar banho é revestido de um maior esforço e atenção no sentido de se evitar molhar os pensos, levando a que os participantes, por vezes, recorram ao auxílio de outros durante o banho para que tal não aconteça. A necessidade de enrolar

¹⁰ Esta constitui-se uma visão pessoal do autor não fundamentada por nenhuma evidência científica resultante de um processo de investigação particular. Destina-se, tão só, a apresentar um ponto de vista e a ilustrar uma determinada realidade da qual julgámos ser conhecedores, mas que outros poderão desconhecer.

as pernas com material impermeável, geralmente película aderente de plástico, surge como uma estratégia utilizada:

“Também nos meus hábitos de higiene, confronto-me com uma higiene que tem que ser faseada, tem que ser feita por etapas, diferente de quando não estou com estes problemas em que tomo duche muito mais rápido e mais eficiente, de uma forma mais higiénica e tudo isso, e em que sinto, até, uma maior conforto, do que lavar-me por partes, para que não molhe a gaze, para que não molhe as ligaduras, para não afectar a ferida.” E2 – L 94-99

“ (...) é quando uma pessoa vai tomar o seu banho, muita vez um pessoa quer tomar o seu banho e não consegue, porque não pode. Se ela está mais aquilo, uma pessoa põe um saco plástico e toma o seu duche, mas muitas vezes não consigo lavo-me é às prestações (...) Exactamente, muitas vezes. Lavo-me daqui para cima [faz um movimento de ascensão com a mão apontando da cintura para o topo do corpo], lavo os pés, é às prestações, lavo-me é às prestações, e isso incomoda uma pessoa, e é mesmo. A pessoa que queira fazer as coisas à sua vontade, não pode.” E4 – L 129-132; 134-137

“ (...) no lavar eu tenho dificuldade, a minha mulher lava-me as costas, depois eu lavo o peito e os braços, as pernas, é às prestações. Tomar banho é às prestações, por causa de não molhar a liga (...)” E5 – L 6-8

“Custa muito a ferida, principalmente na hora do banho, custa muito, e para tomar banho tem que se tomar banho por partes, não podemos tomar banho de corpo inteiro, tomamos por uma parte e depois tomamos a outra (...)” E6 – L 6-8

“Porque a gente quer tomar um banho mais em condições, tem que amarrar um saco plástico.” E7 – L 7-8

“ (...) uma pessoa vá levantar-se de manhã e quer tomar um duche e coisa e não pode porque tem que amarrar um plástico (...)” E7 – L 219-221

“ (...) dificuldades em tomar banho que é uma coisa séria. A gente quer tomar banho normal e não consegue, tem que ser sempre com a perna enrolada.” E9 – L 36-37

“ (...) eu não me sinto bem quando eu não me lavo e eu fazia a diligência, às vezes até exagerava eu amarrava um saco bem amarrado na minha perninha, porque eu não posso e eu às vezes eu molhava o penso, elas [as enfermeiras] diziam: “A senhora não pode molhar esse penso assim” e às vezes eu molhava, porque eu não podia.” E9 – L 40-43

“ (...) quando eu vou me lavar é muito tempo que eu levo. Depois tenho aquele cuidado de colocar os pensos fora de, para não estar com... é logo e já sacos de plástico. E isso incomoda (...)” E10 – L 53-55

A sensação do corpo não ficar bem lavado e a insatisfação revelada pelo tipo de banho utilizado, o parcial, são vivências referidas:

“E para tomar banho é um penar (...) É como eu já disse, é a prestações: os braços, depois é os peitos e depois, mas o que é que um gajo há-de fazer, eu não posso ir para uma banheira (...) mas não fico bem lavado, como se fosse, assim todo. (...) não se fica satisfeito, quer dizer, tem que se lavar né, tomar banho e tudo mas não fico satisfeito como uma pessoa normal. (...) mesmo os pés e tudo. Já se sabe, lavando um braço, lavando outro, depois vai-se enxugar... quer dizer eu sinto o corpo leve, tira suor e o coisa do corpo, mas não é como se uma pessoa vá a uma banheira e fica completamente, mas o que é que um fulano há-de fazer? E5 – L 75; 77-81; 83-84; 87-90

“Na dificuldade do banho. Para dizer a verdade eu tinha que me ajoelhar no chão porque não podia tomar banho com água corrente, lavava a parte de cima e depois... a perna ligada eu nunca lavava senão as pontas dos dedos, mas a outra eu lava, não tinha outro remédio. Sentia-me um bocadinho, sentia-me um bocadinho... achava que não ficava bem lavada a verdade é essa.” E6 – L 127-131

Estas vivências relativas ao incómodo e ao mal-estar sentido pelas interferências causadas pela presença das úlceras no domínio da higiene são consistentes com as encontradas em investigações anteriores sobre o fenómeno em estudo.

Walshe (1995) constatou na sua investigação o pesar manifestado pelas pessoas face à impossibilidade de manterem a sua higiene pessoal devido à presença dos pensos e das ligaduras. Os participantes verbalizaram dificuldades constantes durante o decurso do banho, bem como mal-estar e incómodo por não lavarem as suas pernas e pés durante um longo período de tempo.

No estudo conduzido por Ebbeskog e Ekman (2001) os participantes referiram sentir a falta das suas rotinas de higiene diárias, aquelas que possuíam num período anterior à ferida sentindo, nomeadamente a necessidade frequente de tomarem um banho completo de corpo inteiro e de assumirem assim os cuidados ao seu corpo. Foi igualmente valorizado pelos participantes a importância dos conselhos práticos e adaptações realizadas aconselhadas pela família e amigos que os ajudaram a superar, em parte, as dificuldades sentidas na área da higiene.

Hábitos de Sono

A interferência nos hábitos de sono, especificamente na capacidade de dormir adequada e repousadamente foi outra vivência relatada. Os participantes atribuíram esta dificuldade em dormir a diferentes razões, sendo uma das mais apontadas a presença de dor. Esta situação levava por vezes a que as pessoas se sentissem cansadas e fatigadas durante o dia pelo facto de não terem descansado o tempo suficiente durante a noite:

“ (...) porque eu não dormia de noite, de dia andava doidinha da minha cabeça...” E1 – L 15-16

“ Ainda esta noite passada eu quase que não dormi, era a perna sempre a latejar, a latejar, uma pessoa não sabe como é que há-de estar na cama (...)” E3 – L 70-71

“É querer dormir e não poder dormir com dores (...)” E4 – L 5

“ (...) já falei que não consigo dormir, tantas vezes sentada na beira da cama com tanta dor (...)” E4 – L 124-125

“ (...) eu tinha noites de não dormir (...) Era noites sem dormir, é a tal coisa, por exemplo durante o dia eu não faço nada se as dores estavam mais vagas eu ia descansar uma hora, duas horas (...) Quando eu tinha menos dores eu ia descansar, eu descansava, mas quando eu não tinha dores era uma altura em que eu não conseguia dormir, quer dizer, eu descansava mas a cabeça não dormia, era noites, noites (...)” E5 – L 11; 14-16; 18-20

“Eu senti (...) tanta dor, que daí para cá nunca mais dormi bem. Vou para o quintal, venho do quintal, eu passo a noite assim.” E7 – L 48-49

“ (...) era horroroso, sem poder dormir, era noites a fio sentada numa cadeira com os pés no ar (...)” E10 – L 7-8

Tal como anteriormente referido, para além da presença de dor outros factores como a presença de odor desagradável e de exsudado emanado da ferida perturbavam o sono:

“Se de repente tem mau cheiro, um cheiro horrível. Isso incomoda-me, tanta vez que derivado ao cheiro uma pessoa não consegue dormir (...). E4 – L 103-104

“ (...) eu de noite não dormia, levantava-me várias vezes eu desenrolava e voltava a enrolar, os pensos estavam muito sujos muito molhados” E8 – L 108-109

O sono é considerado uma necessidade fisiológica básica e universal para a vida e para sobrevivência. Deste modo e tal como alerta a Associação Portuguesa de Sono a privação de sono, ou as perturbações continuadas nos seus hábitos podem acarretar consequências negativas várias para a vida e saúde dos indivíduos, entre as quais a maior probabilidade de desenvolvimento de doenças crónicas, dificuldades de desempenho e manutenção dos papéis sociais e profissionais, dificuldades de concentração, etc.¹¹

A perturbação no padrão de sono surge, deste modo, como uma vivência relatada pelos participantes, quase sempre associada à existência de dor. A fadiga e a sensação de cansaço consequência destas perturbações são condições que marcam regularmente presença na vida dos que possuem uma ferida crónica e que podem ter consequências

¹¹ Disponível (online) no sítio: <http://www.apsono.com/pt/> (acedido a 08/06/2009)

óbvias na energia, disposição e capacidade das pessoas desempenharem as suas normais actividades pessoais e profissionais.

Por sua vez, Neil (1998) alerta ainda para o facto de se considerar à luz do conhecimento disponível o sono como elemento essencial para a própria recuperação tecidual, em caso de ferimentos. Assim sendo, alterações regulares nos padrões de sono podem ter influência no processo de cura e recuperação das feridas atrasando a cicatrização. A autora para justificar esse facto faz referência à evidência de que foram encontradas correlações entre os factores fisiológicos capazes de interferir com a cicatrização, nomeadamente a libertação da hormona de crescimento, que desempenha um papel importante na cicatrização e cuja libertação ocorre em maiores quantidades durante a sono.

Actividades sociais e de lazer

As interferências sentidas na normal realização das várias actividades sociais e de lazer decorrentes da presença de uma úlcera venosa foram outras vivências relatadas.

A incapacidade de praticar actividades desportivas e ou de lazer das quais se gosta foi uma situação vivida por um participante que, pelo facto de possuir a ferida, deixou de poder praticar actividades que gostava de realizar, como o ténis e a natação, essencialmente devido à mobilização física se tornar dolorosa:

“no caso dos meus hobbies, eu era um praticante de ténis, há alguns anos, e com o aparecimento dessas sequelas, desses problemas que tenho tido, ora numa perna, ora noutra, e por vezes, em simultâneo. Estas úlceras varicosas, além de provocarem dor, o movimento torna-se doloroso com dificuldade de marcha e rotação da perna e apoio do pé, tudo isso... pronto. Isto vai fazer com que no meu próprio hobbie, estamos a falar do hobbie, que eu deixei de o praticar, por estas dificuldades todas, e era uma coisa que eu gostava mesmo. A natação, sobretudo no Verão também é uma coisa que eu gosto de fazer, mas se eu tenho esses problemas, eu não consigo fazer, fico mais a ver os outros a praticarem.”
E2 – L11-18

A este respeito Baharestani (in Baranoski e Ayello, 2006) refere que as pessoas com feridas crónicas podem ser forçadas a efectuar alterações significativas nas suas vidas e a redireccionar a sua atenção para outras actividades a fim de encontrarem prazer na sua realização. Assim, a capacidade de apreciar uma sauna, andar de bicicleta, correr, nadar ou jogar ténis é eliminada pela presença de pensos volumosos e utilização de ligaduras de compressão, para além do facto da dor poder estar presente.

Para além das actividades desportivas a presença da condição acarretou limitações ao nível do desenvolvimento das actividades e interacções sociais, em saídas ou em

convívios de amigos, nomeadamente: na dificuldade sentida em permanecer num determinado espaço de convívio, limitado a um posicionamento físico do membro, dificuldade em permanecer de pé durante um período de tempo prolongado e dificuldade na mobilização do membro afectado:

“ (...) em termos do lazer, podemos dizer que em festas, em idas, deslocações a bailes, ou coisas desse género também não os posso fazer, embora isso seja um mal menor, não é um mal menor. Sim, porque, veja: (...) um grupo de pessoas que tentem confraternizar entre si para além de estarem sentados numa mesa a beber ou a comerem ou a fazerem qualquer tipo de coisas desse género, se quiserem dançar se quiserem se locomover mais facilmente, ou estarem em pé algumas horas a ouvir música, conversar em tipo de tertúlias desse género, eu não posso, efectivamente, fazer isso porque o estar de pé torna-se doloroso, torna maçador e dolorosa a marcha, o estar parado, sente-se as pernas pesadas.” E2 – L42-51

Por vezes, as interferências causadas pela presença da úlcera no normal desenvolvimento das interacções sociais levam a que os participantes constatem o facto de estarem a reduzir as suas actividades sociais, actividades que antes realizavam com prazer e que no presente desejariam continuar a fazê-lo, não fosse a presença da úlcera. Esta situação leva a que alguns participantes se sintam “aborrecidos” pelos longos períodos de tempo passados em casa, em que a ida ao quintal ou o estar em frente à televisão se assumem como alternativa:

“ (...) querer sair de casa e nunca mais ter saído, sem ser para o médico, de resto uma pessoa não sai para lado nenhum. Eu saía muito com o meu marido, agora nunca mais fui para lado nenhum, é de casa para o médico e do médico para casa e não vou para mais lado nenhum.” E4 – L 9-12

“ (...) porque se eu tivesse saúde eu ia ali aos [nome de um local perto da sua casa], antigamente, aí há uns dois anos, quando eu comecei com estas feridas, eu ia muita vez, só ao sábado, a uma loja brincar (...) mas isso era quando eu podia. Desde que começou a vir as dores e deixei de ir. (...) mas gostava de ir a um cinema, ou ir a uma bola, não é? E5 – 190-194

“ (...) querer ir para uma parte e não poder, estar proibido de fazer, não é que eu não tivesse gosto, eu estaria ali três quatro horas numa loja (...) vinha de lá mais satisfeito, estava ali aquelas horas, assim, eu estou aqui em casa, mesmo ao sábado, ao domingo, e o que eu faço é ver televisão, depois aborreço-me vou descansar, se o tempo está bom sento-me no quintal (...)” E5 – L 203-208

A sensação e o receio de não se sentirem confortáveis (dada a possibilidade de surgirem dores ou de não conseguirem posicionar o membro adequadamente) em determinados espaços e em determinados contextos (festas, por exemplo), leva alguns participantes a abdicarem destas interacções com familiares e conhecidos:

“Se uma pessoa quer ir a casa de uma filha, ou de um filho, não posso. (...) A gente na nossa casa sempre estamos mais à vontade, não é? A gente vai para a casa de uma pessoa, a gente não vai por a perna onde quero, já na minha casa eu posso estender a minha perna, posso pô-la da maneira que eu quiser, naquilo que é meu. Se for para casa de uma pessoa de fora, não tenho outro remédio senão estar sofrendo aquelas dores ali, e é isso que faz com eu não me sinta confortável na casa de uma pessoa de fora. E é isso que faz com que eu não saia.” E4 – L 89-90; 92-97

“Por exemplo se há uma festa ou uma coisa qualquer, eu não vou porque os sapatos são velhos e eu tenho vergonha de ir e toda a gente iria compreender que eu não podia calçar. (...) muitas vezes deixo de ir.” E8 – L 142-144; 146

“Ainda há pouco tempo, no mês de Dezembro houve uma festa grande, umas bodas de ouro e eu não fui e também com medo porque podia me dar as dores. Também tem isso, a gente nunca sabe quando é que nos dá as dores (...) podia dar-me as dores e tinha de ir para casa.” E8 – L 146-149; 153

A presença da condição é considerada por um participante como castradora da possibilidade e da vontade de viajar:

“Uma pessoa que se sente assim, não se sente... como é que eu hei-de dizer, nem com vontade de fazer uma viagem, ir para o Canadá, para a América, para o Brasil, não dá, não se sente, perde a vontade.” E7 – L 56-58

No caso de uma participante o “sair de casa” e o “realizar um vida normal” é sentido como uma realidade presente, fruto de um processo de adaptação desenvolvido:

“A primeiro já foi pior, mas agora já saio já faço a minha vida normal, já me habituei a essas dores.” E10 – L 10-11

Em relação às vivências relatadas relacionadas com as actividades sociais e de lazer Ebbeskog e Ekman (2001) verificaram no seu estudo resultados semelhantes aos apresentados. Os autores concluíram que o contacto social dos entrevistados se alterou, uma vez que estes restringiram as suas actividades sociais como consequência da presença da úlcera e dos constrangimentos a ela associados. Deste modo, a percepção manifestada de que o corpo estava modificado pela doença contribuiu decisivamente para uma redução do contacto com os outros. Como consequência as relações com os amigos estreitaram-se, limitando-se aos amigos mais chegados e actividades como viagens foram adiadas. Foram também manifestados, à semelhança dos resultados que obtivemos, sentimentos de perda de liberdade, essencialmente, pelos participantes se sentirem confinados a permanecerem nas suas casas.

Persoon *et al.* (2004) no seu estudo de revisão sistemática da literatura sobre o fenómeno em estudo cita uma pesquisa quantitativa efectuada por Callam *et al.* que concluiu que 40% dos participantes (num total de 600) experienciou restrições moderadas a severas nas actividades de lazer devido à presença das úlceras.

Deste modo, pode constatar-se o efeito que a existência de ulcerações comporta na diminuição das actividades no âmbito relacional dos indivíduos. Assim, a não realização de actividades que dão prazer e permitem a realização de potencialidades, a diminuição do contacto com familiares e amigos, bem como a manifestação de sentimentos relacionados com a perda de liberdade, podem condicionar, segundo o nosso entendimento, respostas emocionais negativas, que carecem de atenção.

Hábitos de Vestuário e Calçado

Alterações dos hábitos de vestuário e calçado foram, igualmente, referenciadas pelos participantes como resultado da convivência com a ferida. Assim, são diversos os incómodos surgidos que vão desde o deixar de poder vestir determinadas peças de vestuário, à dificuldade em calçar sapatos, dado ao volume comportado pela ligadura e penso e em conseguir sapatos que não magoem os pés, aquando da sua utilização. Relativamente a este aspecto, o uso de sapatos mais antigos surgem como uma solução pelo facto de serem mais largos e possibilitarem um maior conforto. No entanto, o seu uso traz também alguns receios, como a possibilidade do sapato sair do pé e provocar uma queda:

“Incomoda muito, certas peças de roupa incomoda a vestir. Deixei de usar meia – calça, porque custa-me muito a calçar (...)” E6 – L 66-67

“É para calçar um sapato, não consigo calçar um sapato, não consigo calçar aquilo que eu quero (...)” E4 – L 121-122

“Não consigo calçar uns sapatos, se eu calçar um sapato diferente incomoda-me muito (...)” E8 – L 153-154

“ (...) quero andar e tenho receio porque posso cair, com um sapato diferente. Em casa eu ando bem com uns chinelos que e tenho velhos, mas quando eu vou à missa, eu sinto muita dificuldade e tenho receio que o sapato me vá cair do pé. Porque é um sapato mais largo e não pode ficar seguro (...)” E8 – L 154-157

“ (...) hoje tive de vir a pé, é pertinho a minha casa. Custa-me porque eu tenho muito medo que o sapato não me vá sair do pé.” E8 – L 154-165

Nalguns casos, surge mesmo a incapacidade de calçar sapatos, sendo as pessoas forçadas a recorrer ao uso de chinelos, o que em ocasiões especiais mais formais pode

revelar-se embaraçoso e difícil de aceitar, tal como foi verbalizado por uma participante que sentiu a necessidade de comparecer no casamento do filho calçada de chinelos:

“ (...) porque nem sequer sapato eu pude calçar, tive que ir de chinelos [ao casamento do filho], porque os sapatos são novos mas não entravam com as meias nos pés, devido à liga, que é um bocadinho grossa e a gente sente-se às vezes um bocadinho mais... podia ir mais bem calçada (...) a gente sente-se um bocadinho, não é?” E6 – L 111-114

Walshe (1995) concluiu no seu estudo que a aparência geral dos participantes é difícil de manter quando se possui uma úlcera, sendo que, em relação ao calçado, por exemplo torna-se difícil arranjar sapatos com o tamanho adequado que consigam “entrar no pé volumoso”, seja pela presença de edema, seja devido à utilização de ligaduras.

Deste modo, constata-se que em relação ao calçado existe uma questão problemática de resolver, se por um lado o calçado novo pode ser difícil de se adaptar aos pés devido aos pensos e ligaduras volumosas, por outro, o calçado já antigo e mais “gasto” para além do seu efeito inestético inadequado para situações mais formais, poderá contribuir para uma maior possibilidade de queda, pelo facto de serem mais largos e mais facilmente poderem sair dos pés.

Ao nível do vestuário e calçado Hyde *et al.* (1999) referem que as pessoas com ulcerações de perna crónicas são, por vezes, forçadas a realizar alterações na aparência a que estão habituadas, optando pelo uso de vestuário com o qual muitas vezes não se identificam.

Assim, estas alterações provocadas na aparência devido às feridas constituem-se um desafio que adquire maior relevância para as mulheres, exigindo um maior esforço da sua parte no sentido da manutenção da feminilidade, constituindo-se a forma de vestir uma das vias pela qual essa é expressada (Hyde *et al.*, 1999).

Hyland *et al.* (citado por Persoon *et al.*, 2004) também abordam este assunto referindo que as mulheres são sensíveis à situação percebida de perda de feminilidade que a presença da condição e os esforços adaptativos para lidar com ela implicam, por exemplo: a utilização de um tipo de roupa que permita a ocultação da visão das ligaduras, ou a utilização de um calçado com características específicas.

PERTURBAÇÃO NA RELAÇÃO DE INTIMIDADE

A perturbação sentida na relação de intimidade estabelecida pelos participantes foi outra vivência experienciada. Neste domínio dois participantes revelaram a interferência que a presença de uma ferida pode comportar. O afastamento corpo a corpo, na cama

durante a noite é verbalizado e sentido por um participante. Tal afastamento surge na tentativa de prevenir qualquer contacto accidental com o membro que comporta a ferida, o que resultaria no despoletar de uma experiência dolorosa.

Noutra situação uma participante refere-se, a um nível mais íntimo, à incapacidade de manter um relacionamento sexual devido, também, à presença da ferida:

“A minha mulher nem se pode aproximar de mim com a perna, na cama se estiver a dormir, porque me pode tocar na perna e eu fico a sentir a dor, e ela tem o cuidado para não me tocar. Só isso já é um afastamento, de corpo a corpo dentro da própria cama, porque se ela me tocar na perna, realmente, é o que me magoa.” E7 – L 35-38

“A vida sexual é muito diferente, não pode ser de maneira nenhuma (...)” E10 – L 20-21

A este propósito fazemos referência ao estudo desenvolvido por Augusto *et al.* (in Furtado *et al.*, 2001) sobre vivências e repercussões de possuir uma úlcera de perna, já anteriormente referido no enquadramento teórico. Neste estudo a questão da perturbação na sexualidade surge também referida, especificamente no que concerne às dificuldades sentidas na realização do acto sexual, bem como a necessidade de assumir comportamentos defensivos, que permitissem reduzir o risco de lesão adicional da ferida.

Como se verifica a presença de uma ferida influi, igualmente, nas esferas mais íntimas e sensíveis da vida das pessoas, bem como no próprio relacionamento íntimo que se mantém com outra pessoa, variando esse grau de influência de acordo com cada pessoa e consoante as próprias características da ferida.

LIMITAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DA ACTIVIDADE PROFISSIONAL

As limitações sentidas no desenvolvimento da actividade profissional foi outra categoria emergente. No domínio laboral, a presença de uma úlcera venosa é vista por um participante como uma fonte de limitações ao normal desempenho da actividade profissional.

A incompreensão por parte dos outros (chefes de serviço) e, por vezes, a sua renitência em aceitar as limitações físicas de uma pessoa com uma ferida desta natureza e por maioria de razão numa profissão que exige esforço físico, é outra experiência relatada por um participante:

“Pronto, com este tipo de sequelas, no caso uma úlcera varicosa que já possuo há longa data, as consequências que advêm deste facto, o facto de ser um doente com algumas limitações, (...) limitações estas que (...)”

no meu desempenho profissional, têm tido relevância no sentido de me dificultarem um bom desempenho (...) E2 – L6-11

“ (...) a nível profissional, e como eu sou um técnico de laboratório, embora tenha tirado um curso de base e aí sim, já poder estar mais tempo sentado com a perna na posição que me aconselham, a perna elevada por causa da circulação e a cicatrização ser mais eficaz mas, como eu ainda não estou nesta carreira profissional, embora tenha feito por isso, há uma certa resistência dos chefes em aceitarem esse posicionamento físico num serviço, porque, não só está em risco a imagem da instituição, como também do gabinete, ou seja lá do que for...” E2 – L27-33

O sentimento de uma certa injustiça é indirectamente manifestado pelo participante, uma vez que este sente não se encontrar numa posição de igualdade face aos colegas de trabalho, por possuir determinadas limitações físicas que o impedem de comportar-se como os seus colegas (estando longos períodos de pé, por exemplo), embora reconheça que os resultados finais que apresenta são semelhantes aos que eles chegam. Numa outra vertente, o ter a percepção de que se “*está a ficar para trás*” e não se está a acompanhar o ritmo dos colegas de trabalho, não sentindo uma atitude compreensiva por parte destes, é também referido:

“ (...) sendo um técnico de laboratório há determinados ensaios, que os meus colegas conseguem fazer e que exigem algum esforço físico: estar algumas horas em pé, eles conseguem fazer e eu não. É natural que um chefe em paridade com os outros terá a tendência para no meu caso não me dar a classificação que eu - embora apresente um bom resultado final, igual aos outros - mas haverá factores em que eu fico desvalorizado face aos meus colegas. Terá e trará, efectivamente, consequências no desempenho da minha actividade profissional.” E2 – L 36-42

“ Em termos profissionais, (...) passa-se a ter umas limitações, nessas limitações, é nesse acompanhamento de tarefas é natural que os colegas não nos queiram arrastar com eles e deixam-nos para trás. É como uma pessoa que não está a acompanhar, que não está a acompanhar o passo e então aí, não se perca. O trabalho é para ser feito e concluído (...) embora, sinceramente, isso não seja dito, manifestado, verbalizado, mas apercebo-me que isso existe e que pensam isso.” E2 – L 232-238; 241-242

Numa outra situação a reforma surge como uma solução *natural* face à limitação e à incapacidade sentida para desenvolver uma actividade:

“E eu queria ainda dar mais ao mundo, porque o mundo não me deu nada a mim. No entanto olha, penso que vou ter que caminhar para a reforma porque mais não tenho que fazer (...) E7 – L 223-225

Os resultados relacionados com as interferências e limitações sentidas no desenvolvimento da actividade profissional pelos indivíduos que possuem úlceras venosas são consistentes com os descritos na bibliografia encontrada e com os aspectos sobre esse tópico já enunciados no enquadramento teórico.

Krasner (1998) referiu-se às interferências no trabalho devidas ao desconforto ocasionado pelo posicionamento e à impossibilidade de elevar os membros, o que se constitui como uma recomendação no processo de tratamento deste tipo de úlceras.

Simka e Majewski (2003) referem-se ao estudo desenvolvido por Phillips *et al.*, sobre o impacto das úlceras de perna na qualidade de vida das pessoas que as possuíam, tendo os investigadores encontrado uma correlação positiva, estatisticamente significativa entre a presença de úlceras de perna em trabalhadores jovens e o absentismo laboral, bem como com a perda do emprego. Neste mesmo estudo (num total de 62 indivíduos) concluiu-se que das pessoas que não se encontravam reformadas 50-100% experienciou problemas moderados a severos no emprego.

Ainda neste âmbito Oliveira (2007) refere que a perda de tempo de trabalho, as oportunidades falhadas de progressão na carreira, a diminuição da produtividade devido à dor e à incapacidade de adoptar um posicionamento livre, a reforma antecipada e a perda de emprego são acontecimentos que marcam presença na vida destas pessoas.

O que acaba de ser descrito vem corroborar o verbalizado pelos participantes do nosso estudo, sendo que os efeitos nesta área em particular adquirem uma especial relevância em pessoas mais novas e em situação laboral activa, como é o caso de um participante que devido às especificidades do seu emprego sentia-se limitado por ser incapaz de manter a posição de pé durante muito tempo, tendo a necessidade de repousar a perna permanecendo frequentemente sentado com a mesma esticada. Esta necessidade levou a que se sentisse incompreendido pelos pares e chefias e se sentisse injustiçado, em comparação as seus colegas de trabalho, apesar de ter a percepção que o trabalho por ele desenvolvido apresentava a mesma qualidade.

No outro caso a reforma assumiu-se como um meio de por cobro às muitas dificuldades sentidas no desenvolvimento da actividade profissional.

NECESSIDADE DE UTILIZAÇÃO DE LIGADURAS

Tal como anteriormente referido a “Necessidade de utilização de ligaduras” foi outra categoria emergente da análise efectuada, integrada no tema “Vivendo uma vida limitada”.

Esta categoria encontra-se subdividida em três subcategorias que seguidamente se apresentam.

Processo de aceitação do seu uso

Quando confrontados com a necessidade de utilizar ligaduras, os participantes tendem inicialmente a reagir de modo negativo, recusando o seu uso. Contudo, à medida que o tempo vai passando as pessoas vão se capacitando da importância de utilizarem ligaduras e vêm exemplos práticos desta conduta, principalmente quando se sentem uma maior sensação de conforto.

Existe, pois, um processo de aceitação progressivo descrito por alguns participantes que os leva numa fase inicial a não aceitar pacificamente a utilização de ligaduras, essencialmente pela alteração da imagem corporal que as mesmas implicam: “o estar sempre com a pernas ligadas”, mas que gradualmente vai evoluindo, levando os participantes a reconhecer a importância da sua utilização pelos benefícios que comportam:

“E tirar essas ligaduras, essas ligaduras é que... eu digo a elas, mas não pode ser, oh não pode ser, mas eu queria.” E5 – L 96-97

“(...) eu até tenho um problema de princípio, quando eu comecei a tratar-me os senhores enfermeiros disseram que eu tinha de andar com a perninha ligada, mas eu não aceitei, não aceitei, não, não: “Senhor enfermeiro eu peço desculpa mas eu não quero isso ligado eu quero é que o senhor enfermeiro ou senhora enfermeira me ponha um pensozinho”. Mas claro que eles é que estavam com a razão, a gente mais tarde é que vê.” E9 – L 62-67

“Porque eu já me vou conformando, porque a gente não vendo melhoras é uma coisa (...) e eu já não me importo de andar com a perna ligada. De princípio não me sentia bem, era assim a minha maneira de pensar, não é por nada, mas eu não tinha as minhas pernas sem liga, era nesse sentido, tinha de andar sempre com as pernas ligadas.” E9 – L 80-84

“Eu já não sentia, porque antes de andar com a perna ligada, eu não aceitei de princípio, como já lhe disse, mas os enfermeiros insistiam, insistiam e então quando o médico disse: “a senhora tem que andar sempre com a perna ligada”, aí é que eu me conformei e vi realmente que com a perna ligada eu sentia-me mais confortável.” E9 – L 87-90

Incómodo/desconforto causado pela sua utilização

Contudo, embora a sua utilização traga benefícios, o incómodo e o desconforto causado pelo uso continuado de ligaduras são vivências, frequentemente, verbalizadas por alguns participantes. Este incómodo e desconforto sentidos, para além de se encontrarem comumente associados à dimensão física (sensação de aperto, de peso e dor) estão

também relacionados com a dimensão emocional dos participantes, nomeadamente com o impacto emocional que o facto de andar sempre com uma perna ligada acarreta:

“ (...) já não vai ter estas rodilhas enroladas, o que me custa mais é estas rodilhas.... Ah custa muito, sagrado, custa muito (...)” E1 – L 277-279

“ (...) às vezes (...) tirar a ligadura porque não se consente aquele aperto na perna” E4 – L 6-7

“ (...) eu mesmo já disse a elas: “eu estou doido, para tirar essas ligas, e ponham-me uns remendos aí”, elas diziam: “Ah, Ah, não pode ser”. Mas a liga, e estão largas, mas a liga aperta, quer dizer «aparteia» [faz pressão] ali o sangue, e quando elas cortam as ligas, ao cabo de dois ou três minutos, eu às vezes digo assim: “Pronto, já estou melhor”, ao cabo de dois ou três minutos o sangue parece – eu não percebo nada disso – mas parece que o sangue gira sem ter nada que incomode e as dores desaparecem. Mas põem a liga e têm que apertar uma coisinha. E 5 – L 65-71;

“Eu sinto uma espécie de um peso nas pernas (...) sinto aquela pressão, aquelas pernas ali amarradas e eu sinto um peso, tornam-se mais pesadas, aquilo não é peso nenhum mas, aquela espécie de uma pressão, e eu digo a elas: “Vocês não vão meter...”, elas dizem: “Oh senhor (nome) não pode ser mais larga senão a liga cai”. Eu também concordo, mas eu digo, pobre de quem passa as dores (...)” E5 – L 99-104

“Para além disso as ligaduras incomodam, incomodam muito. Muitas vezes eu tinha que desapertá-las à noite (...)” E6 – L 115-116

“Eu não me sentia bem era com isso, tinha que andar sempre com esse tratamento, sempre com a perna ligada (...)” E9 – L 77-79

Deste modo constata-se que a utilização de ligaduras torna-se incómoda e até mesmo dolorosa. Contudo, para além do impacto físico que as mesmas provocam é também referido por uma participante um sentimento de incómodo, de mal-estar a nível psicológico despoletado pelo uso continuado de ligaduras na perna e que parece estar relacionado com a alteração da aparência/ imagem corporal apresentada.

Estratégias para ocultar o seu uso

Face ao incómodo e ao mal-estar percepcionado pela utilização de ligaduras, os participantes referiram estratégias utilizadas com a finalidade de ocultar aos outros o seu uso. Destas estratégias fazem parte a utilização de certas peças de vestuário, como por exemplo meias opacas para esconder os pensos e ligaduras:

“Até para ir para a cidade eu ponho uma meia, para não verem que eu estou sempre com esta perna ligada.” E1 – L 107-108

“ (...) uso a meia para esconder a ligadura. Não trago para aqui [posto de saúde] mas quando eu vou para a cidade, trago sempre as meias.” E1 – L 113-114

“ Eu ia sempre de meias [fazer compras], mesmo de Verão, sem estar viúva.” E1 – L 238

Tal como previamente referido, Walshe (1995) afirma que nas pessoas que possuem feridas crónicas a sua aparência habitual é difícil de manter, sendo que em muitos casos as peças de vestuário são escolhidas no sentido de poderem ocultar a utilização de pensos e ligaduras que chegam a ser muitas vezes muito volumosos. Neste contexto, a utilização de meias opacas ou a substituição do uso de saias por calças cumpre essa finalidade.

AUMENTO DOS ENCARGOS FINANCEIROS

O aumento dos encargos financeiros foi outra categoria emergente. Para um participante a presença da úlcera venosa é considerada como uma fonte adicional de gastos económicos, essencialmente pelos cuidados que a mesma exige no que concerne ao cumprimento do tratamento farmacológico (analgésico e antibiótico), às deslocações ao médico, entre outros. Numa situação económica deficitária a presença da ferida e os cuidados a que esta obriga constituem-se, deste modo, como um factor destabilizador no equilíbrio financeiro da família:

“ (...) ainda vem os gastos de dinheiro, que haja dinheiro para estar gastando com medicamentos, vai uma médica receita uma coisa, vai outra médica e receita outra coisa e vamos sempre de medicamentos em medicamentos e... É medicamentos para dores para infecção, é se uma pessoa vai ao médico lá baixo [refere-se à ida à cidade de Ponta Delgada] é mais dinheiro para carros de praça [Táxi], que eu não tenho carro de casa, é mais isso mais aquilo... É o meu marido doente, é uma pessoa doente, e gastos de dinheiro para um lado e gastos de dinheiro para o outro, quando chega a reforma dele, foi-se (...) Exactamente, é constantemente com medicamento (...) Exactamente só por causa das feridas.. “ E4 – L148-156; 159

Para outro participante esta situação não se verifica, havendo uma melhoria da sua situação, em relação à da participante anterior:

“ (...) a vida financeira vamos andando, a mulher trabalha, recebe a minha reformazinha do Canadá, vamos vivendo.” E5 – L 129-130

Parece-nos oportuno lembrar os resultados a que Augusto *et al.* (in Furtado *et al.*, 2001) chegaram, nomeadamente o facto de, por vezes, os tratamentos às feridas requererem gastos económicos acrescidos quer ao nível das deslocações (táxis, transportes públicos etc.), que são frequentes e prolongadas no tempo, quer ao nível do

material complementar para o tratamento que não é coberto pelo Sistema Nacional de Saúde e cujas despesas são asseguradas pelos utentes.

Oliveira (2007) complementa que para a realização do tratamento os utentes têm por vezes de assegurar despesas do seu bolso no que se refere, por exemplo às deslocações ao médico da especialidade (quando não existe resposta do sector público ou quando esta é extremamente morosa) e os custos de medicamentos com ou sem participação do estado.

Esta é efectivamente uma questão que consideramos merecer uma reflexão atenta. De facto, se considerarmos a presença concomitante e habitual de outras patologias crónicas que exigem seguimento e tratamento farmacológico; se considerarmos as dificuldades socioeconómicas que grande parte da população idosa, especificamente o facto de terem de viver, ou sobreviver, com pensões e reformas diminutas e se considerarmos os gastos adicionais que a presença de uma ferida crónica comporta, esta problemática adquire uma nova dimensão, tornando-se um desafio constante à capacidade de sobrevivência das pessoas mais desfavorecidas.

«OBRIGATORIEDADE» DA DESLOCAÇÃO HABITUAL PARA REALIZAR TRATAMENTO

A necessidade inultrapassável de ter de deslocar-se regularmente para a Unidade de Saúde para realizar tratamento foi outra vivência referida. Esta deslocação é sentida como uma obrigação levando a que os participantes desenvolvam a sensação de se sentirem “presos” a estas deslocações, sentindo por vezes a preocupação em assegurar os meios para as poderem realizar:

“É sempre: dia sim, dia não, casa de povo. Dia sim, dia não, casa de povo. Como é que eu hei-de dizer, é aquela obrigação que um gajo tem que ir (...) sinto-me mal disposto, por exemplo agora esse fim-de-semana grande fico mais leve, porque agora só vou na terça-feira, fico... eu mesmo já disse à mulher: “agora só vou terça-feira, tenho agora estes três dias.” E5 – L 144-145; 147-149

“Com aquela preocupação, aquela preocupação de um fulano estar sempre: “Epá amanhã vou para a casa de povo, epá amanhã vou para a casa de povo.”” E5 – L 152-153

“ (...) E é, como eu já disse, preocupa-me: “Epá, amanhã tenho de ir à casa de povo”, só aquilo, de amanhã ter de ir à casa de povo (...) depois, sento-me aqui: “Epá já são tantas horas”, à espera da carrinha (...) nos dias que eu não vou, parece que eu sou um gajo que pagou a renda de casa, pagou a renda de casa e está descansado. É, nos dias que eu não vou fico mais descansado (...)” E5 – 247-250; 253-255

“(...) o dia-a-dia, sair todos os dias para fazer o tratamento, há semanas que a gente não vai todos os dias, vai só de dois em dois dias, outras vezes dia sim, dia não. Custa muito (...)”E6 – L 23-25

A dificuldade na deslocação para a Unidade de Saúde onde realiza o tratamento é, ainda, referida por outra participante, no que se refere ao facto desta ter de utilizar um transporte público, cuja acessibilidade lhe é dificultada não passando perto da sua casa e não a deixando perto da Unidade de Saúde, o que implica um esforço adicional e o estar sujeito à influência das condições climáticas, por vezes, adversas:

“O facto de ter que ir para a casa de povo, custa um bocadinho porque a camioneta não passa na minha porta, passa no canto em baixo, para descer, não desce direito na casa de povo, desce para baixo. De Inverno é uma coisa terrível porque a gente apanha muita chuva.” E6 – L 156-159

Chase *et al.* (1997) referem que as pessoas com úlceras de perna acabam por se encontrar vulneráveis pela obrigatoriedade de se apresentarem nos serviços de saúde e terem de mudar, regularmente, os pensos a fim de que a cicatrização se dê. Deste modo, acabam por se encontrar dependentes dos cuidadores, neste caso formais, que lhes prestem cuidados ao seu corpo.

Deste modo, a necessidade de se deslocar, frequentemente, às unidades de saúde para realizar tratamentos é sentida pelos participantes como uma obrigação a que estão vinculados, levando a que se sintam presos a uma rotina que se prolonga no tempo e que lhes suscita preocupações e dificuldades várias, como sejam as relacionadas com a deslocação que têm de efectuar.

2 - VIVENDO COM DOR

Relativamente ao Tema “Vivendo com dor” foram identificadas três categorias, a saber: “Dor causada pelo tratamento”, “Dor intensa e persistente emanada da ferida” e “Estratégias para controlar a dor”.

Por sua vez, a categoria “Dor causada pelo tratamento” encontra-se subdividida em duas subcategorias: “Pelo tipo de tratamento aplicado” e “Durante a execução do penso”. De igual modo, na categoria: “estratégias para controlar a dor” foram identificadas três subcategorias: “Uso de analgésicos”, “Posicionamento do membro” e, por último, “Encaminhamento para a consulta da dor”. Na figura 4 encontra-se uma representação esquemática do acima exposto.

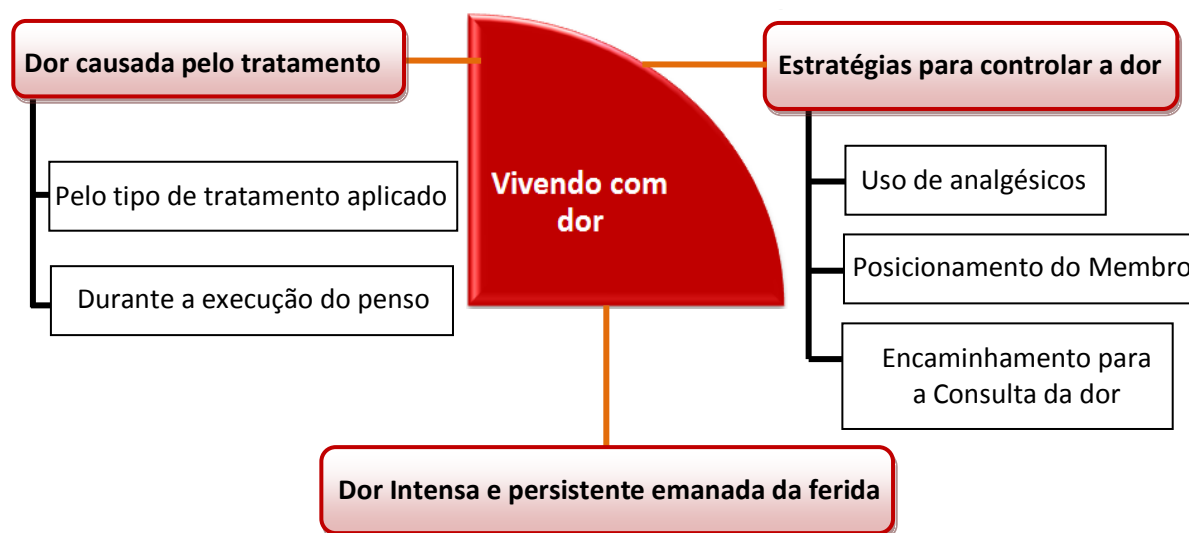


Figura 4 – Representação esquemática do tema “Vivendo com dor”

Uma das vivências que se destacaram amplamente neste estudo foi claramente a presença e a experiência “intensa” de viver com dor. Tal como refere Yamada (2001), a dor é um dos aspectos mais explorados na literatura acerca das úlceras venosas. Também Persoon *et al.* (2004) salientam que, a partir da revisão extensiva de literatura que realizaram sobre o tema das feridas de perna que efectuaram, a totalidade dos estudos encontrados fazia referência à dor como a primeira e mais dominante experiência relatada.

Este mesmo facto foi por nós constatado a partir da nossa própria experiência e através dos diversos estudos sobre a temática que nos encontramos a investigar a que tivemos acesso.

A dor, sempre presente, em diferentes vertentes e em diferentes situações apresenta-se, deste modo, como um dos problemas mais relatados pelas pessoas que possuem úlceras venosas crônicas de perna como seguidamente podemos constatar.

DOR CAUSADA PELO TRATAMENTO

A vivência da dor causada pelo tratamento foi um aspecto valorizado pelos participantes. Deste modo, foi destacada a dor com origem no processo de tratamento, estando esta associada não só ao tipo de material utilizado para a execução do tratamento, como também à própria técnica de execução do mesmo.

Pelo tipo de tratamento aplicado

A experiência de dor sentida como sendo proveniente do tipo de material utilizado no tratamento foi referenciada pelos participantes, que caracterizavam o efeito dos vários tipos de pensos utilizados, vulgarmente designados de “placas”, a utilização de alguns solutos, ou, até mesmo, de ligaduras de compressão como causadores de dor:

“Dores?! Credo! Eu sentia aquela placa a rasgar a pele, era dores que nosso Senhor livre de todos...” E1 – L 14-15

“Credo! E botaram-me uma vez uma placa aqui, senhor enfermeiro – o Enfermeiro [Nome] é que me colocou essas placas, umas placas novas – que não tinha cola, que «guerrava-me» [aderia] na bexiga, descolava bem na pele, mas «guerrava-me» na bexiga. As lágrimas corriam-me. Mas eu disse a eles: “Por amor de Deus, eu não vou aguentar mais do meu coração ”” E1 – L 286-290

“Muito dolorosos. Ele [O Enfermeiro] dizia: “Senhora [Nome] mas esta placa é que enxuga”. Eu disse: “É querido vocês têm razão isso enxuga, mas vocês também arrancam bocados de carne ” Vinha na placa, mesmo, aqueles bocadinhos de carne, e isso para arrancar de uma ferida... o coração morria juntamente” (...) Muitas dores, e teve outra pessoa, que lá mesmo, botaram e não aguentou. Até é impressionante, porque aquilo como descolava da pele, também, podia descolar a ferida, mas não descolava da ferida, aquilo “guerrava”. E1 – L 292-295; 297-299

“Eu não aguentava o tratamento, eu saía cheia de dores. Uma vez o senhor enfermeiro pôs-me aqui um bocado de Betadine®, nesta ferida tão grande, eu cheguei a casa e voltei para trás, parecia ser cães a dar dentadas, parecia ser cães a dar dentadas. Eu disse: “Senhor Enfermeiro, pelo amor de Deus, eu não vou aguentar essas dores.” (...) Custou muito, credo! Eu nem me quero lembrar, o que eu já passei” E1 – L 303-310

“Mesmo os tratamentos doíam. Eu metia aquela água que queimava [refere-se ao soluto de Dakin], que eu vinha a casa era de rastos, eu chegava a casa era a chorar, a chorar com dores que levava sete horas aquilo a doer. (...) Ai era, eu pelo menos era... que não desejo ao meu maior inimigo. Eu chorava como uma tolinha, como uma criança sentava-

se ali no sofá de perna estirada não fazia nada, nada, nada mesmo, era só para o quarto de banho e ainda era empoleirada, porque eu não podia segurar-me na perna e voltava outra vez para o meu cantinho e tinha uns bons tempos assim, sempre com estes tratamentos (...) E3 – L 161-163; 166-170

“Tem dias, quando a senhora enfermeira vinha a casa fazer o tratamento, eu ficava todo o dia com tanta dor, sempre com tanta dor, sempre agarrada à perna com tanta dor, o meu marido ficava sem saber o que havia de fazer (...)” E4 L 125-127

“Óh, eu tinha medo de ir à casa de povo fazer o tratamento porque saía de lá pior, é, depois os pensos novos era pior ainda...” E5 – L 38-40

“ (...) há pensos que duram três, quatro dias e até sete dias de maneira que eu tirava a elástica e depois o meu filho ligava-me. Eu não aguentava com as dores devido ao aperto.” E6 – L120-122

Durante a execução do penso

Outras experiências dolorosas relatadas estavam relacionadas com a própria técnica de execução do tratamento, durante o procedimento de troca do penso, o que nalguns casos levava mesmo a que alguns participantes chorassem de dor e receassem deslocar-se à unidade de saúde para aí realizarem o tratamento, com medo da, eventual, experiência dolorosa que iriam vivenciar:

“Custa muito! Muitas dores, tinha dias muito desesperada comigo mesmo, fui para o Dr. da Gorreana, fui para o Doutor [Nome] com dores, ele lá disse-me que ia limpar isso [aponta para a ferida] e não tinha nada para limpar. Ligou-me uma ventoinha na ficha e andou lá de roda que até desmaiei...” E1 – L 5-8

“ (...) e vir fazer tratamento... E tinha dias que teve aí uma Enfermeira que limpava isso ao fundo, as lágrimas corriam, uma vez aguentei-lhe as mãos... isso tudo eu já passei, dores que eu sei lá. Dores, muitas dores. (...) Muitas dores, porque há certas enfermeiras, boas, pronto elas não estão fazendo aquilo por mal, era para ficar tudo bem limpinho, aí eu finava-me do coração, quase que desmaiava.” E1 – 278-280; 282-284

“Dói muito é o tratamento, o tratamento é uma coisa séria, muitas vezes eu até chorava para fazer o tratamento, às vezes mesmo no SAU [Serviço de Atendimento Urgente], quando eu ia fazer, eu chegava a chorar e depois pedia desculpa às senhoras enfermeiras, para não julgarem que estava piegas.” E6 – L53-56

“Eu, no princípio, não tenho palavras, era uma coisa muito séria, eu até vinha fazer o penso e não conseguia com tanta dor.” E9 – L 6-7

“As enfermeiras quando às vezes eu ia fazer o tratamento, elas viam que faltava pouco para eu chorar, com as dores, quando me tiravam o penso, “Ah senhora [nome] mas eu estou vendo que a senhora está mesmo muito mal”, elas davam-me comprimidos às vezes para tirar as dores e diziam:

“temos que fazer alguma coisa pela senhora”(…) Aqui custava muito. Credo quando me mexiam na ferida, que tudo tinha ali aqueles medicamentos, para fazer limpeza era um horror!” E9 – L 136-141; 143-144

“Já tive uma estação que eu tinha medo de fazer, agora já me habituei, era as dores que eu sofria. Depois havia aqui enfermeiras que eram mais de limpar a fundo, elas diziam: “eu sei que a senhora está sofrendo, mas tem que ser”(…) Muitas dores, eu cheguei a chorar.” E10 – L67-71

Efectivamente, constata-se que tanto o material utilizado no tratamento das feridas, como a própria troca regular de pensos constituem-se como eventos desconfortáveis, geradores de dor para os participantes.

No que se refere ao processo de tratamento das feridas Krasner (1998) defende a utilização de um conjunto de orientações a serem implementadas pelos profissionais de saúde que entende poderem contribuir para direccionar o tratamento da dor, a fim de que as experiências dolorosas possam ser reduzidas. De entre essas orientações destacam-se: a possibilidade de permitir que seja a própria pessoa a remover os pensos da sua ferida, quando possível; conceder aos indivíduos a oportunidade de fazerem um intervalo durante a mudança de pensos; desenvolver protocolos de actuação aquando do desenvolvimento de procedimentos dolorosos, como sejam a aplicação de agentes anestésicos locais ou tópicos antes de intervenções como o desbridamento; criação de protocolos de administração de medicação analgésica antes da mudança de pensos; fornecimento de medicação adjuvante para melhorar o sono e reduzir a ansiedade; e o encaminhamento para especialistas no tratamento da dor.

Acreditamos que, e baseados também na nossa experiência profissional, a implementação destas orientações poderá contribuir para um melhor controlo da dor nos doentes com úlceras venosas crónicas. Melhorias estas que teriam um impacto significativo na redução da experiência dolorosa, quer no período de intra-tratamento (durante a realização do penso), quer no período subsequente pós-tratamento, o que acreditamos reflectir-se-ia na melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Salvaguardamos, no entanto, a possibilidade de muitas destas medidas serem já uma realidade e estarem a ser aplicadas em muitos contextos da prática dos cuidados, porventura ainda não em todos. O que idealmente seria expectável é que estivessem presentes e fossem respeitadas o maior número possível das orientações referidas, em todos os contextos de prestação de cuidados, o que traduziria o esforço pela valorização e respeito que a abordagem da dor exige.

DOR INTENSA E PERSISTENTE EMANADA DA FERIDA

A dor intensa e persistente com origem na ferida foi outra vivência amplamente evidenciada pelos participantes. Efectivamente, abundam as referências a experiências dolorosas vividas, que habitualmente são caracterizadas com sendo de origem física muito intensa, de presença constante no tempo e frequentes.

As dores sentidas são descritas como comportando uma intensidade tal, levando a que fossem comparadas com as provocadas pelas “dores de parto”. Noutras situações os participantes chegam a desejar morrer em alternativa à vivência das dores emanadas da úlcera venosa:

“(...) a dor era tão grande, tão grande dentro do osso que eu... apetecia-me morrer.” E7 – L 49-59

“Agora, se isso fosse sempre assim, eu aguento mais dez anos, mas não me dê aquelas dores que eu prefiro morrer no outro dia logo, prefiro logo que no outro dia me tragam o caixão que eu quero morrer logo. Que dores horríveis.” E7 – L 167-169

“Já tive quatro filhos e nunca tive tantas dores (...)” E10 – L6-7

“É umas dores fortíssimas, cortam por dentro da alma, parece que estejam cortando a carne da gente.” E10 – L 122-123

São inúmeras as causas que podem influenciar a existência e a intensidade da dor no decurso do tempo, a primeira das quais é a que se identifica como presumível resultado duma agressão ou lesão.

Neste sentido, a *International Association for the Study of Pain* (IASP, 1979), apresentada por Muller e Schwetta (2002), define Dor como “ (...) uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidular potencial ou real, ou cuja descrição, pode corresponder à existência de tal lesão” (p.5).

Deste modo, e tal como explicam Cruzado *et al.*, citados por Gameiro (1999) a dor embora contendo uma referência sensorial e uma explicação neurofisiológica, não deixa de se constituir como uma experiência individual e subjectiva de mal-estar, com uma forte componente emocional. É também influenciada pelas experiências passadas de dor, estágio de desenvolvimento da pessoa, bem como outros factores de natureza pessoal, cultural e espiritual.

Assim se justifica ser, geralmente, difícil descrever a própria dor e impossível conhecer de modo exacto a experiência de dor de outra pessoa, pelo facto desta tratar-se de uma experiência individual, com características próprias, associada a um contexto e a

uma história particulares nos quais ela é percebida. Não obstante, tal não implica que a dor do outro deixe de ser alvo de atenção e intervenção. Pelo contrário, o seu carácter pessoal consistiu-se como um desafio permanente aos profissionais de saúde e cuidadores/familiares exigindo condutas adequadas e específicas para que a dor vivida pelos outros possa ser melhor compreendida e adequadamente tratada.

Deste modo entendemos que o controlo da dor constitui-se como um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde.

Assim, foi baseando-se nesta premissa que a 14 de Junho de 2003, coincidindo com o Dia Nacional de Luta contra a dor, a Direcção Geral de Saúde (DGS) lançou a Circular Normativa Nº 9, que estabelece a dor como 5º Sinal Vital, recomendando a sua avaliação e registo sistemático em todos os serviços de saúde. Reconhecida como sinal vital a dor passou a ter expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados.

Entendemos que essa normativa não deverá ser apenas mais um aspecto burocrático, sem implicações práticas nos contextos profissionais. Ela deverá assumir-se como um procedimento rotineiro, que sustente, monitorize e fundamente a adopção de determinadas acções, em detrimento de outras, bem como a mobilização de recursos específicos que satisfaçam as necessidades manifestadas pelos utentes.

De igual modo, e seguindo o preconizado na referida Circular Normativa a avaliação e registo da intensidade da dor pelos profissionais de saúde deve ser feita de forma contínua e regular, em contexto hospitalar e de ambulatório, de modo a poder monitorizar-se e otimizar o processo de tratamento e terapêutica e assim dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e, sobretudo, melhorar a qualidade de vida dos utentes.

A utilização de instrumentos de avaliação da intensidade da dor (através da utilização de escalas), enquanto instrumentos de auto-avaliação são elementos devidamente estudados e validados que permitem aceder ao nível e extensão de dor percebida pelos indivíduos, devendo ser portanto um instrumento de uso sistemático pelas vantagens que o seu uso comporta.

A avaliação da dor ao ser efectuada regularmente vai possibilitar ao enfermeiro a tomada de consciência do nível de dor manifestado pelas pessoas, não só aquando da realização de determinados procedimentos, por exemplo aquando da troca de pensos, mas igualmente possibilitará a obtenção de informação relativa à intensidade de dor que as pessoas portadoras de úlceras venosas têm de suportar e vivenciam nas suas casas, no seu quotidiano.

Deste modo, poderá afirmar-se que a avaliação e o registo da intensidade da dor permite aos doentes uma maior possibilidade de controlo sobre a sua condição, tendo um

efeito positivo na sua capacidade de desenvolver estratégias de enfrentamento do problema. A avaliação da dor constitui-se também como um meio de aferição da eficácia e resposta ao tratamento, influenciando o prognóstico.

De salientar que, e tal como refere Metzger, Schwetta e Walter (2002), o papel do enfermeiro face ao doente com dor consiste, idealmente, em encontrar respostas às necessidades e queixas evidenciadas, sem fazer juízos sobre a sua intensidade e sem projectar os seus próprios valores e comportamentos ao avaliar a atitude e comportamentos do doente com dor.

Noutros casos os sentimentos de desespero e mal-estar perante a dor são evidentes, dada a sua presença constante:

“Andava todo o dia cheia de dores, eu sentava-me, mas quando era para me levantar era ainda pior, antes não queria estar sentada, sempre com dores.” E1 – L 18-19

“Foi um caso sério! Eu sentia arder, sentia rasgar a pele, eu tinha dias que eu não jantava, eu estava desesperada, eu queria meter-me num canto, isolar-me, fechada no meu quarto a chorar. Ele dizia: “Mamã o que é que tem?”. “Eu estou cheia de dores”. Eu tinha dores nesse osso da perna [aponta para a região maleolar direita], tinha dores, saía-me pelos dedos fora e eu estava desesperada”. E1 – L 230-234

“Isso de Verão é muito calor, com isso enrolado. Quando isso está encharcado isso arde muito com o calor, desse de Verão. Credo, arde imenso (...) Pronto, custou-me este Verão, Verão este, e os outros que eu já passei, já passei três Verões nisso. Três Verões, custou-me já muito com o calor, isso com o calor, ainda, dói mais, com o frio não, mas com o calor, ainda, dói mais, fica mais quente, essas ligas aqui, dói.” E1 – L 414 – 419

“(...) e é sempre com estas dores (...)” E4 – L 31

“Não me sinto bem, não me sinto confortável, sempre com dores...” E4 L 90

“Porque quando eu fazia o curativo, às vezes ia sentar-me lá para o parque à espera da boleia, era daí a cinco minutos, e lá vinha as dores. Dores? Era de fazer com que eu não visse nada diante de mim...” E5 – L 36-38

“Viver com uma ferida é ter muitas dores (...)” E6 – L 20

“As dores, muitas dores de dia e de noite (...)” E6 – L 37

“Doía-me muito, muito, muito, nas duas pernas.” E6 – L 58

“É uma coisa muito dolorosa, muito dolorosa, muito dolorosa. (...) Dolorosa no sentido das dores que a gente tem, das dores que a gente tem.” E6 – L 174; 176

“Não tem aquela forma de fazer o que fazia antes, que pode-se magoar e qualquer coisa que toque ali [na ferida] é como levar no coração, é uma dor enorme.” E7 – L 9-11

“ (...) para cortar a barba que é dois três minutos começava-me logo a doer, a arder a arder, eu tinha que me sentar, era uns ardumes, ardia-me e depois eu ponha assim a mão em cima do lado do pé, nos tornozelos era lume, lume mesmo, quente, quente, quente.” E5 – L 26-29

“Noites terríveis, noites que eu levantava-me da cama e ia para o quintal, do quintal ia para aquela casa lá de cima [aponta lá para fora pela janela], e de lá de cima vinha para a cozinha depois ia para a cama e sempre... uma coisa séria. (...) E as dores são enormes, enormes, enormes, eu não quero desejar a ninguém... Se há pessoas que sofrem assim eu tenho muita pena delas, porque são dores horríveis, horríveis, é no osso, é dentro da carne mesmo, que a gente não as pode tirar de maneira nenhuma. (...) tu não podes fazer nada, não há hipótese! Aquilo é uma dor que está dentro do osso, como é que eu hei-de dizer, é quase dentro do tutano.” E7 – L 142-144; 146-149; 158-159

“Agora não quero é que me dê mais aquelas dores, isso eu não quero mais, aquelas é as piores do mundo. Eu às vezes tenho dores de barriga, noites inteiras coisas que eu resolvo, mas aquelas não, dores daquelas não se resolve. Aquilo é mesmo câncer, podes escrever isso aquilo é câncer.” E7 – L 225-228

“Vive-se bem, bem é uma maneira de dizer... porque tem dias com muitas dores (...)” E8 – L 6

“Mas espero que não voltem aquelas dores, então são dores que custam. Ai meu Deus! Nosso Senhor permita que não, porque custa, são dores insuportáveis.” E8 – L 106-108

“ (...) no princípio foi muito mal, no princípio foi uma coisa muito séria, eu chorava com dores, uma coisa séria.” E9 – L95-96

Como se pode constatar são abundantes as vivências que se relacionam com as sensações físicas desagradáveis atribuídas à presença de dor.

Contudo, e apesar de todo o conjunto de referências à dor emanada da ferida, a mesma não se circunscreve apenas à dimensão física, possuindo também impacto, por exemplo, na dimensão emocional dos indivíduos: “Não me sinto bem, não me sinto confortável...”; “estava desesperada...”. A este propósito parafraseamos Renaud (1995) quando afirma que “a dor física nunca é somente física; ela atinge o psíquico através do físico. Reciprocamente os sofrimentos psicológicos marcam-se no corpo, somatizam-se” (p. 22).

Twycross (2003) entende que devido à natureza multidimensional da dor, torna-se mais conveniente pensarmos em termos do conceito de *dor total*, que engloba os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do sofrimento.

Para Gameiro (1999) a dor constitui-se como um factor de sofrimento, uma vez que pode representar uma ameaça à integridade pessoal, ao “corpo que sou”,¹² e ainda porque sobrecarrega os sistemas corpóreos, podendo este facto restringir a capacidade de relação com o mundo. Assim, a dor atinge a pessoa na sua unidade mais íntima, na sua natureza psico-física, pondo em conflito, tal como refere Renaud citado por Gameiro (1999), o “Eu” com o corpo, sendo que desta ameaça de “aniquilamento do «Eu» na corporeidade” resulta o sofrimento que lhe está associado.

Deste modo, as experiências de dor constante e de intensidade elevada são destacadas por muitos participantes. Walshe (1995) considera que a existência permanente de dor e a percepção de que as pessoas não conseguem controlá-la pode acarretar um profundo impacto negativo. A habilidade sentida de se conseguir controlar a dor pode possibilitar um aumento do nível de bem-estar, pelo facto de proporcionar às pessoas “esquecer”, nem que seja por momentos as feridas que possuem, focalizando a sua atenção noutros aspectos das suas vidas. Pelo contrário, a sua presença permanente significa um relembrar constante da condição de saúde que possuem e das restrições que desta advêm.

Daí a importância, tal como previamente abordado, da avaliação e controlo da dor sentida pelas pessoas ser realizada numa base regular. Esta avaliação torna-se imperiosa pela necessidade de intervenção posterior que o seu conhecimento impõe aos profissionais: níveis elevados de dor, tais como os referidos pelos participantes deste estudo, implicam e impelem a uma intervenção urgente. Tal situação atinge maior relevância considerando o primeiro princípio enunciado da avaliação e controlo da dor que pode ser encontrado no: Dor – Guia Orientador de Boa Prática (2008) que postula que “Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor” (p.13).

As experiências de dor são, igualmente, descritas como incapacitantes, levando a que por vezes, as pessoas não conseguissem desenvolver as mais básicas actividades, como permanecer de pé e se sentissem sem vontade de estabelecer contactos sociais e relacionar-se normalmente com os outros, procurando ao invés refugiar-se e isolar-se ficando “sozinhas e quietas no seu canto”, resignadas à “fatalidade” de terem de “ir sofrendo devagarinho”:

“Ai é, o dia que eu tenho dores eu não falo com ninguém, estou sempre ali quietinha, calada, porque é muita dor! Eu sofro para mim mesmo, eu

¹² Gameiro (1999) refere que o «corpo que sou»: “é vital para a definição e sentido de unidade do Eu e é através dele que se marcam os horizontes espaciais e temporais da existência” (p. 37). Deste modo, eventos como a doença, a privação sensorial, a incapacidade e a dor, podem limitar ou impedir a pessoa de aceder a mundo ou contribuir para a diminuição dos seus horizontes, provocando deste modo sofrimento.

não estou dizendo: “Ai que dores, Ai que dores”, porque eu não digo nada, mas já me conhecem, quando eu estou calada é porque... E3 – L 80-83

“É porque eu digo assim, e vai levar tempo a fechar mas pelo menos que tire a dores, sei que tenho isso aqui, mas se não tivesse dores, porque a dores e que mata a gente, é muita dor. (...) É sofrendo devagarinho. Eu não me queixo com ninguém, eu quando tenho dores fico quietinha e calada...” E3 – L 211-213; 215 – 217

“Eu tenho vezes que não posso ver ninguém à minha frente, com as dores que uma pessoa tem, nem consegue ver as pessoas à sua frente. (...) Sozinha, num canto, isolada num canto. É de noite, uma pessoa às vezes levanta-se, até para o quintal uma pessoa já foi com tantas dores para não acordar ninguém com as dores. (...) Muitas vezes, acordar e levantar-me, às vezes sentar na sala, às vezes ir para o quintal com tanta dor, para não ter que acordar com ninguém com dores.” E4 – L 62-63; 66-68; 70-71

“ (...) quando eu tinha muitas dores, é por isso que eu estou dizendo, a gente nem pode fazer nada, tem de estar é sentada ou deitada ou lá como der jeito.” E8 – L 21-23

“ (...) com dores nem se fala, credo era um horror! Eu não podia estar sentada, se estava às vezes um bocadinho em pé era dores que não se podia parar.” E9 – L26-27

De salientar a ideia que alguns participantes deixam transparecer de uma certa passividade, uma atitude compatível com a ideia de baixar os braços, em relação às experiências de dor sentidas, quiçá por se sentirem vencidos pelo esforço e/ou pelo cansaço de tantas dores sentirem, arrastando-se essa situação no tempo. Conseguimos denotar do discurso de alguns deles a sua quase resignação perante a sua situação, sendo frequente em presença de dor isolarem-se, “ficando no seu canto”, “quietinhas e caladas”, em suma, em sofrimento.

No Code of Ethics for Nurses publicado pelo International Council of Nurses (ICN, 2006), pode ler-se no preâmbulo que a necessidade da enfermagem é universal e que os enfermeiros têm quatro responsabilidades fundamentais: promover a saúde, prevenir a doença, restaurar a saúde e aliviar o sofrimento.

Centrando-nos, agora, na última das responsabilidades enunciadas – o alívio do sofrimento – podemos constatar que a problemática da dor no contexto das feridas crônicas e segundo os resultados obtidos neste estudo, assume-se como um aspecto central e que entendemos merecer um olhar sob uma perspectiva ética.

Segundo Bellichach (2006), as pessoas descrevem a dor como a parte mais debilitante e frustrante de viver com feridas crônicas. Assim, para além de terem de suportar dores intensas e de um modo continuado a autora acrescenta ainda que os aspectos

relacionados com o controlo da dor, nestes casos, continua a ser negligenciado e frequentemente subvalorizado pelos profissionais de saúde. Ao avançar uma explicação para o descrito, a autora adianta que é possível que tal aconteça pelo facto da dor ser encarada como um sintoma secundário (que não merece uma atenção separada) e não como principal (que se centra na patologia em si).

Para além disso, por vezes os profissionais de saúde ao lidarem diariamente com queixas de dor, frequentemente assumem-na como um aspecto que simplesmente não se pode evitar, levando a que muitas vezes nada seja feito para por cobro ao sofrimento das pessoas (Bellichach, 2006).

A este propósito transcrevemos as palavras de Nunes (*in* Dor - Guia Orientador de Boa Prática, 2008) ao expressar que:

“Sabemos que a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional. Sendo sintoma subjectivo, a dor corre o risco de estar colocada num quadro de análise que a considera «necessária» ou «inevitável»”(p.7).

Efectivamente, os diversos estudos que se têm centrado no estudo da problemática da dor associada às pessoas que possuem feridas crónicas têm revelado existir uma tendência para o seu subtratamento (Bellichach, 2006; Heinen *et al.*, 2004; Krasner, 1997; Persoon *et al.*, 2004; Walshe, 1995).

Krasner (1997) que se tem dedicado ao estudo da dor nas pessoas com feridas crónicas defende que os cuidadores devem debater-se e esforçar-se por cuidar da pessoa como um todo, o que implica consequentemente reconhecer e intervir no universo da dor e do sofrimento do outro, para além do necessário investimento na optimização do tratamento local da ferida.

Assim, e tal como preconizado pela OE é fundamental um compromisso da equipa para a abordagem da dor, no que respeita à sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que a sente e dos seus cuidadores/familiares enquanto parceiros de cuidados (Dor - Guia Orientador de Boa Prática, 2008).

Tendo em conta esta dinâmica facilmente se infere que o controlo da dor compreende as intervenções destinadas não só ao seu tratamento como também à sua prevenção.

Deste modo, sempre que se evidencie ou preveja a ocorrência de dor o enfermeiro tem o dever de agir na implementação de cuidados que a eliminem ou a reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (Dor - Guia Orientador de Boa Prática, 2008).

No contexto da sua prática profissional e no âmbito das competências que lhes são reconhecidas os enfermeiros assumem um papel relevante no processo de abordagem da dor, agindo em conformidade com os desígnios fundamentais da profissão no que concerne à satisfação do cliente, à promoção do seu bem-estar e auto-cuidado (OE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001).

Entendemos que a proximidade e o tempo de contacto estabelecido com os utentes se configuram como mais-valias para a actuação dos enfermeiros na promoção e intervenção no campo da dor, tornando-os assim profissionais privilegiados neste domínio.

No relato das experiências de dor sentidas surge, por vezes, a noção identificada por parte dos participantes de haver uma alternância entre períodos de dor muito intensa, em que as dores são descritas como insuportáveis, com outros de dor menos intensa, em que as dores são sofríveis:

“E é assim, dias bons, dias maus. Por exemplo, hoje eu estou boa, dói, mas não é muito, sofre-se. Já antes de ontem e ontem eu tinha muitas dores, eu estava sempre sentada que eu não podia estar em pé. (...) É, tem dias que é terrível! Mas hoje, mesmo assim está bonzinho.” E3 - L24-26; 28

“ (...) e dores, agora estão a desaparecer, a doutora [nome] receitou-me umas cápsulas (...) mas não deu resultado e eu fui sofrendo com as dores, mas se eu descanso um bocado, aí uma hora ou coisa, as dores melhoram...” E5 – L 8-11

“Há alturas que são dores insuportáveis, há outras que a gente vai suportando, por exemplo se a ferida não está muito grande não dói tanto.” E6 – L 51-53

“ (...) porque isso não tem uma latitude, isso [as dores] vai e vem, vai e vem, há certos momentos que ataca muito, há outros que não ataca tanto. Há algumas em que a gente até se esquece que tem aquilo [as feridas], há umas que não, e nem sequer a gente pode pensar, porque a gente sente mesmo a dor”. E7 – L 45-48

ESTRATÉGIAS PARA CONTROLAR A DOR

Nesta categoria podem ser encontradas as diferentes estratégias utilizadas pelos participantes com o intuito de controlar ou de, pelo menos, tentar minimizar o impacto das experiências dolorosas vivenciadas devido à presença da úlcera venosa.

Uso de Analgésicos

O recurso ao uso de analgésicos foi uma das estratégias de controlo da dor mais comumente referenciadas pelos participantes no estudo. Estes medicamentos são utilizados na esperança das pessoas poderem ver reduzidas as dores emanadas das úlceras que sentem, existindo a percepção de, por vezes, estes serem utilizados de um modo excessivo, com o intuito dos participantes poderem sentir alívio das dores.

Nalguns casos os participantes referiram mesmo não conseguirem permanecer sem a sua toma regular:

“Portanto, eu tinha muitas dores... Eu, por fim, já não sabia o que é que devia beber. Eu bebia Clonix®, fazia-me mal ao estômago, agora bebo outros mais fraquinhos... Já bebi, agora bebo menos, as dores que eu tenho agora eu já suporto mais, são mais leves.” E1 – L 23-26

“ (...) com muitos medicamentos, em cima medicamentos para tirar as dores...” E4 - L 7-8

“É sempre o mesmo, é sempre com dores, sempre com dores. É tanto medicamento, tanto medicamento e mais medicamentos...” E4 – L 56-57

“Ela [a médica] receitou-me umas cápsulas, dessas cápsulas outra vez, e não fez efeito e eu desisti, eu disse: “eu hei-de ir sofrendo” (...) E agora é que eu estou vendo que está a melhorar, mas não quer dizer que eu não tenha dores, que tenho, mas é umas dores sofríveis.” E5 – L 22-25

“De dia e de noite, às vezes a gente até toma mais medicação do que aquilo que deve tomar para ver se a dor se vai embora.” E6 – L 50-51

“Depois, eu não sou de tomar medicamentos, não gosto muito de tomar medicamentos (...) e ele [o médico] passou uma receita, passou-me ali uns medicamentos que me ajudaram imenso também. (...) Mas aquele medicamento fez-me bem, fez. A partir dali eu nunca mais tive aquelas dores assim tão penetrantes.” E7 – L 149-156

“ (...) eu tomava comprimidos e o senhor enfermeiro nem imagina, para as dores, eu não podia parar sem comprimidos (...) E9 – L112-114

“Era dores que eu não podia parar, não podia parar, por exemplo se tomava os comprimidos antes de vir, eu já me habituei a tomar os comprimidos, doía sempre, mas já não era tanto. A partir daquela certa hora que eu sabia a que horas é que eu tinha tomado, não podia deixar de tomar, tinha de tomar porque era dores horríveis, era demais.” E9 – L 144-148

“De chegar à hora do tratamento, eu até cheguei a tomar medicação antes de vir, sentia que eu já sabia que ia sofrer, está a perceber?” E10 – L 73-74

Apesar de serem escassos os estudos realizados sobre a utilização de analgésicos por pessoas com úlceras venosas Persoon *et al.* (2004) fazem referência a dois estudos realizados. O primeiro, conduzido por Bjellerup *et al.* mostrou que 9 em 11 pessoas que apresentavam dor utilizavam analgésicos. O segundo estudo, realizado por Kenkre *et al.* concluiu que 74% dos entrevistados (num total de 19) utilizava analgésicos, apesar do seu nível de dor se situar nos 5.5, considerando a aplicação de uma escala quantitativa de avaliação de dor de 0 a 10, em que 0 representa – sem dor e 10 - o máximo de dor possível.

Constata-se, desde modo, existir um certo nível de similitude entre as vivências relatadas no presente estudo e os resultados obtidos na investigação que tem sido realizada sobre este aspecto particular da utilização de fármacos pelas pessoas com úlceras venosas. Esta semelhança pode ser encontrada na tendência verificada de utilização continuada de medicação analgésica, registando-se mesmo uma certa “habitação” relativamente à toma regular da medicação para se conseguir o efeito desejado: a diminuição das dores.

Entendemos que mesmo ao nível da intervenção farmacológica o enfermeiro assume um papel importante, uma vez que, apesar da prescrição terapêutica de analgésicos não resultar de uma intervenção autónoma por ele iniciada a monitorização dos seus efeitos e da sua eficácia já o poderá ser, responsabilidade essa que deverá ser partilhada com o utente, sendo neste contexto a pessoa que executa a acção da toma medicamentosa.

Assim sendo, adoptando uma postura atenta o enfermeiro poderá estar em condições de avaliar os efeitos e o nível de eficácia da terapêutica, respeitando um dos princípios de avaliação e controlo da dor definidos no Guia de Boa Prática da Dor elaborado pela OE (2008): “Os enfermeiros têm o direito ético e legal de advogar uma mudança no plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado ” (p.13).

Posicionamento do membro

Outra estratégia utilizada como co-adjuvante na tentativa de reduzir as dores emanadas pela ferida foi o posicionamento do membro afectado. Assim, os participantes referiram que a colocação da perna numa posição específica, diferente de pessoa para pessoa, dada a divergência na localização das feridas, contribuía para a redução da sensação de dor que sentiam. Deste modo, este posicionamento pode ser entendido como uma estratégia de adaptação utilizada pelos participantes de mediação face à dor relatada,

afigurando-se como uma medida que poderá ser promotora de uma maior sensação de bem-estar, embora relativa:

(...) era a perna sempre a latejar, a latejar (...) sempre com a perna estirada com um coxim debaixo da curva da perna, para levantar a perna um bocadinho.” E3 – L 70-73

“ (...) se uma pessoa está bem sentada dá aquelas dores, lá uma pessoa tem que esticar a perna, tem que ver a posição em que vai por a perna (...)” E4 – L 119-121

“ (...) e dormia com os pés fora da roupa, com aquele fresquinho dava um jeito, e não é dizer que melhorasse muito, mas com o calor da cama, ainda era pior, com o calor da cama (...) depois era as dores todas, todas nos tornozelos” E5 - L11-14

“Quanto à posição de estar com o pé na cama ou na cama ou no sofá, eu faço o jeito. (...) É por a perna sobre a outra perna, ou o calcanhar voltar de um lado do outro. Quando dói menos eu paro.” E8 – L 11-12; 14-15

“Eu mesmo em casa, se me estou terminando, dá-me de repente umas dores muitos fortes e tenho de parar e, ultimamente, eu não posso já estar com as pernas no ar, eu tenho é que pendurar e fazer com os bicos dos pés. Eu levanto, eu já me vou... os bicos dos pés eu levanto um bocadinho e depois vai-me passando.” E10 – L 14-17

A estratégia utilizada para a redução dor pelo posicionamento adequado do membro foi um resultado ao qual também chegaram outros estudos realizados sobre a temática.

No estudo conduzido por Ebbeskog e Ekman (2001) a colocação do membro afectado pela ferida em determinadas posições foi também identificada como um meio de proporcionar alívio e conforto, embora por um curto período de tempo, às pessoas, a par da utilização de outros meios como a massagem.

Beitz e Goldberg (2005) chegaram também à conclusão que os participantes utilizavam uma série de estratégias para reduzir a experiência dolorosa, entre elas o reposicionamento do membro afectado, bem como a redução da sua actividade ou a utilização de técnicas de distracção, como o manter-se ocupado numa actividade, vendo televisão, com o objectivo de transferir o seu foco de atenção na dor para outras actividades.

A este propósito referimos um estudo desenvolvido por Hoffman *et al.*, citados por Persoon *et al.* (2004) onde verificaram que a elevação do membro afectado contribuiu para a redução da dor em metade dos participantes (num total de 140).

Assim e no sentido de controlar/reduzir a dor sentida, para além da intervenção farmacológica, discutida anteriormente, alguns participantes apresentam outras estratégias

de carácter não farmacológico com a mesma finalidade. A elevação do membro afectado e o posicionamento específico do mesmo foram as intervenções de natureza física citadas.

O Guia de Boa Prática da Dor elaborado pela OE (2008) faz referência a outras intervenções não-farmacológicas frequentemente adoptadas com vista ao controlo e redução da dor, encontrando-se agrupadas por áreas: as físicas, as cognitivo-comportamentais e as de suporte emocional.

Na primeira área encontram-se: a aplicação de frio e calor; o exercício; a imobilização; a massagem e a estimulação eléctrica transcutânea. Na segunda encontram-se: a terapia cognitiva/comportamental; a reestruturação cognitiva; o treino de habilidades de *coping*; o relaxamento com imaginação e por fim a distracção. Na terceira área, nas medidas de suporte emocional identificam-se o toque terapêutico e a promoção do conforto.

Encaminhamento para a consulta da dor

O encaminhamento para a consulta da dor foi outra das estratégias verbalizadas pelos participantes com vista a controlarem a dor intensa que possuíam. De salientar que, nos excertos que se seguem este encaminhamento foi efectuado pelos profissionais de saúde encarregues do tratamento, designadamente por enfermeiras.

Entendemos que tal procedimento se reveste de extrema importância, uma vez que traduz a atenção e a resposta adequada às necessidades individualizadas evidenciadas num determinado momento por cada pessoa, por parte dos profissionais de saúde encarregues da sua assistência.

Esta referenciação para a consulta da dor, neste caso do Hospital do Divino Espírito Santo e tal como verbalizado, contribuiu para uma maior alívio do sofrimento dos participantes envolvidos:

“ (...) já tive no princípio dores horríveis, foi uma senhora enfermeira daqui que escreveu uma carta para o hospital, para a médica da dor e foi quando eu senti alívio das dores, não foi da ferida, foi das dores.” E8 – L7-9

“Mas era uma coisa séria, que até a senhora enfermeira daqui resolveu passar-me para a consulta da dor. Eu fui à consulta da dor, fazia os tratamentos na veia, ficava confortável (...)” E9 – L 7-9

Em suma, o enfermeiro assume um importante papel na avaliação da dor, orientação e implementação/monitorização do cumprimento da terapêutica implementada, bem como o auxílio na avaliação da sua eficácia, apoiando o doente e a família durante todo o processo de doença/alteração de saúde e procedendo ao encaminhamento, sempre

que necessário para outros profissionais de saúde competentes, tal como agora referido pelos participantes.

3 - ALTERAÇÕES EMOCIONAIS CAUSADAS PELA FERIDA

No tema “Alterações emocionais causadas pela ferida” foram identificadas dez categorias, a saber: “Sentir tristeza”, “Medo da amputação do membro”, “Alteração da imagem corporal”, “Baixa auto-estima”, “Frustração”, “Revolta”, “Mal-estar”, “Desorientação”, “Preocupações com o futuro” e, por último, “Efeitos do odor e do exsudado emanado da ferida”.

Na categoria “Baixa auto-estima” surgiram duas subcategorias: “Impotência/inutilidade” e “Confronto entre o «Eu» passado e o «Eu» presente”. Na categoria “Alteração da imagem corporal” emergiram cinco subcategorias: “Dificuldades na sua aceitação”, “Receio da reacção dos outros”, “Vergonha de sair de casa”, “Estratégias para esconder a ferida” e “Incorporação da ferida no «Eu» corporal”. Relativamente à categoria “Efeitos do odor e do exsudado emanado da ferida” foram identificadas quatro subcategorias: “Incómodo/embaraço pela sua presença real ou potencial”, “Estratégias para reduzir o mal-estar causado pelo exsudado e o odor da ferida”, “Receio de sair de casa” e “Preocupações com o contacto com os outros”.

Para uma maior facilidade de apreensão do total de categorias e subcategorias incorporadas neste tema, estas encontram-se representadas esquematicamente na figura 5:

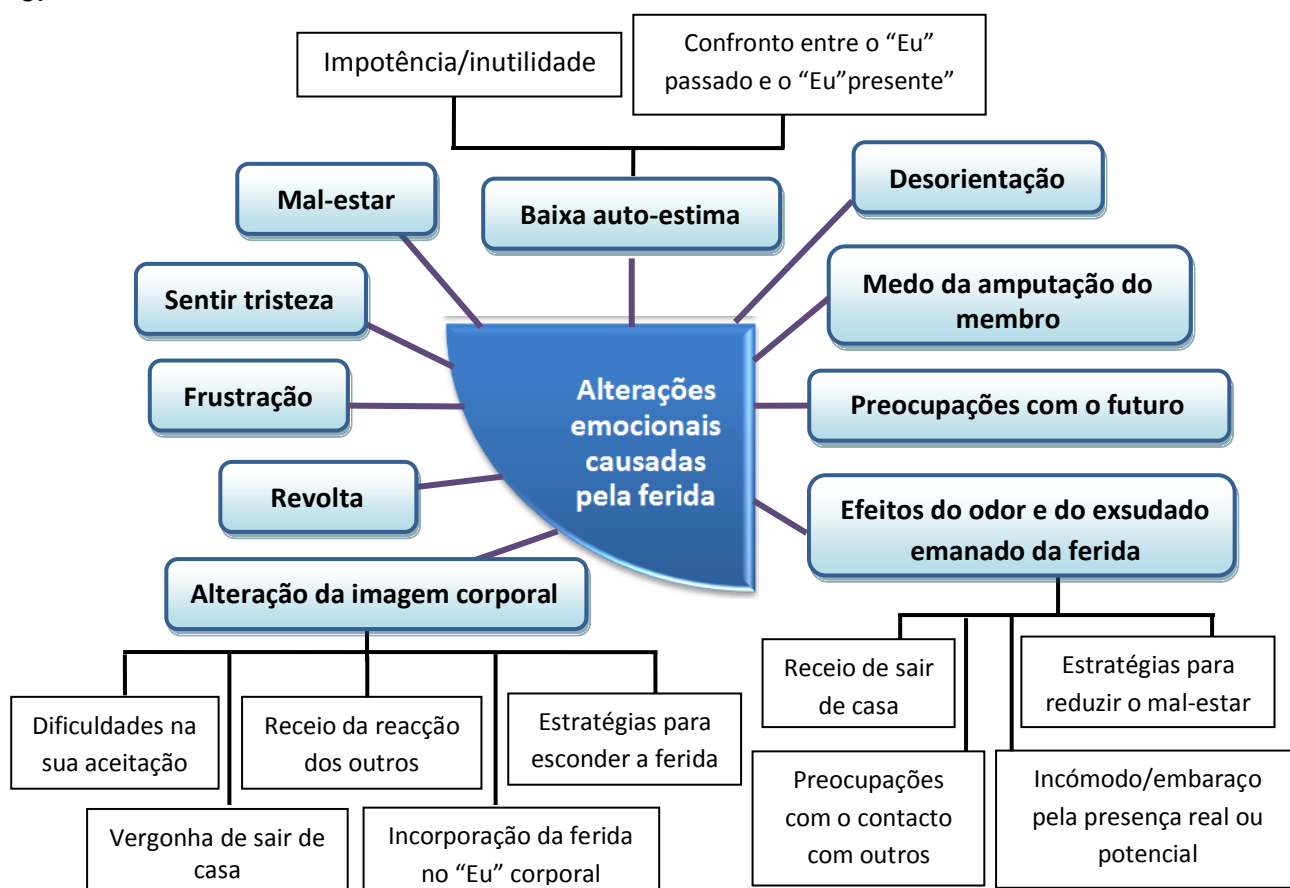


Figura 5 – Representação esquemática do tema “Alterações emocionais causadas pela ferida”

SENTIR TRISTEZA

A tristeza é um sentimento frequentemente referenciado pelos participantes. O sentir-se triste pelo seu estado e o viver com tristeza é uma vivência recorrente. O sentir-se esmorecido é aqui tomado como sinónimo de tristeza:

“Viver?! Com muita tristeza (...)” E1 – L 28

“(...) eu vivia com muita lágrima.” E1 – 32

“O viver é triste, com isto, já lhe disse o viver é muito triste, com essas pernas enroladas.” E1 – L 414-415

“É sempre triste, falam comigo, eu falo porque falam, e se não falarem eu não falo, e é assim.” E3 – L 217-218

“É ir vivendo o dia-a-dia, esmorecida, isso esmorece a pessoa...” E5 – L 74-75

“Esmorecida, esmorecida com a vida, sinto-me esmorecida com tudo.” E4 – L 86

“Há uns tempos para cá é sempre a mesma coisa, não fica nem pior nem melhor (...) Eu fico triste, sem vontade de fazer mesmo nada.” E8 – L 126-127; 131

Noutra situação, dois participantes referem mesmo sentirem-se infelizes essencialmente por, e no caso de um participante, este percepcionar em relação a si próprio a ausência de saúde. Esta surge assim considerada como um dom essencial e imprescindível a uma vida com qualidade:

“Eu sou um homem infeliz, em tudo, neste momento, porque a saúde é a luz da vida, é o divino espírito santo, sem a saúde não há argumento. A pessoa pode ser pobre, mas a pobreza é a do espírito, com saúde é rica, tem tudo na vida.” E7 – L 196-198

“Não vivo feliz.” E10 – L 26

Para Dely (2009) a tristeza é “uma emoção ligada à perda de alguém ou algo importante, ao abandono e ao sofrimento” (p.1). Pelo discurso de alguns participantes podemos constatar que a tristeza é uma emoção muitas vezes presente nas suas vidas, levando a que em alguns casos as pessoas se sintam desmotivadas e esmorecidas.

Deste estado percebido de tristeza advém o sentimento de infelicidade, também verbalizado por alguns participantes. Veenhoven citado por Corbi e Menezes-Filho (2006) define felicidade como o grau no qual a pessoa avalia, de um modo global, a qualidade da sua vida actual entendida como um todo, atendendo ao seu nível de satisfação com

mesma. Por outras palavras, a felicidade relaciona-se com a avaliação que a pessoa faz da sua própria vida e o quanto esta aprecia a vida que possui.

Considerando esta definição podemos depreender que no caso dos participantes a avaliação que os mesmos fazem da sua vida não é positiva, não se encontrando contentes com a mesma, levando a que alguns manifestem mesmo sentir-se infelizes.

No caso de um participante a tristeza e a infelicidade sentidas encontram-se relacionadas com a sensação de perda percebida, neste caso a perda de saúde, considerada como um valor primordial à vida.

MEDO DA AMPUTAÇÃO DO MEMBRO

O medo da amputação do membro afectado pela ferida é outra vivência manifestada por alguns participantes. O ter conhecimento de casos de familiares ou conhecidos que tiveram que amputar um membro, mesmo que o quadro clínico não estivesse relacionado com a existência de úlceras venosas, são lembrados e encontram-se muito presentes na vidas destas pessoas, constituindo uma fonte geradora de medo pela hipótese de tal situação lhes poder acontecer.

Situação semelhante acontece com a associação da hipótese de amputação, à presença de outras patologias crónicas como a Diabetes Mellitus, cuja possibilidade de surgimento é sentida com medo:

“ (...) com muita tristeza porque eu julgava que ficava desgraçada dessa perna. Uma dizia que cortava a perna, outra dizia que se eu tivesse diabetes já tinha cortado a minha perninha (...)” E1 – L 30-32

“ (...) pensava que se isso não melhorasse ou internavam-me, ou se eu tivesse diabetes era cortar a perna. (...) Era um medo que eu tinha, por isso às vezes eu picava o dedo, para ver se eu tinha diabetes, porque em nada se corta uma perninha Porque há uma pessoa do [local onde essa pessoa vive] que já cortou as duas perninhas disso, também nova, bem nova. Não é triste a gente ter a nossas perninhas e cortá-las? É triste querido, era isso que eu me temia. Sentia medo (...)” E1 – L 261-262; 264-268

“ (...) e começava logo a pensar em coisas que era cortar uma perna. É um medo que tinha (...)” E8 – L 116-117

O medo de sofrer uma amputação, bem como o medo de ser submetido a outros tratamentos mutilantes e/ou agressivos como as fasciectomias é ainda referido por um participante, que quer ver preservada a integridade do seu corpo acima de tudo:

“Eu quero morrer completamente inteiro, não quero que me cortem perna nenhuma. Não quero não, mas se eu tiver que morrer amanhã eu quero morrer amanhã, mas ninguém me corte perna nenhuma... nem sequer um dedo! Eu quero morrer inteiro.” E7 – L 69-72

“ (...) eu vi uma cena dentro do hospital, de um homem que tinha a perna com uma ferida muito grande, e o doutor que chegou lá de cigarro na boca, pôs a gravata para trás das costas e numa cadeira, que o homem estava de cadeira de rodas, fez ali uma sangria à perna, à vista de quem estava lá no hospital (...) Eu nunca me esqueci daquilo, ele sangrou aquilo tudo ali, a sangue frio à vista da gente, mas o homem que estava na cadeira já estava tão desesperado (...) E eu lembro-me logo disso (...) no sentido de dizer assim: será que um dia eu também vou para a cadeira de rodas, e algum doutor me vai fazer isso? Eu tenho receio que isso me possa acontecer.” E7 – L 91-94; 98-100; 103-104

De acordo com Chase *et al.* (1997) apesar da probabilidade de amputação do membro afectado nas situações de úlceras de perna de origem venosa ser reduzida e de não representar uma ameaça significativa para estes doentes, estando longe da que se verifica, por exemplo, para aqueles que possuem ulcerações associadas à doença arterial periférica onde o risco de amputação é muito maior, o desconhecimento ou a incompreensão inadequada dos aspectos subjacentes à sua condição fazem com que as pessoas com ulcerações de etiologia venosa mantenham o medo da amputação como algo muito presente, atribuindo-lhe um ênfase muito superior ao que na realidade ele merece.

Neste sentido, o medo da eventual amputação da perna afectada pela ferida é experienciado por alguns participantes que receiam que tal cenário possa ser equacionado, em virtude de um agravamento do estado da ferida. Assim sendo, as comparações com outras pessoas que foram submetidas a amputações, independentemente das suas condições patológicas de base estarem ou não relacionadas com a patologia venosa, são regularmente realizadas permanecendo na consciência das pessoas e tornando a ameaça à integridade do corpo sempre presente.

ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Diferentes vivências relacionadas com a imagem corporal foram identificadas pelos participantes, designadamente, as relacionadas com a sua alteração e as respectivas implicações emocionais que as mesmas comportam no relacionamento dos participantes com os outros.

Dificuldades na sua aceitação

A dificuldade de aceitação da alteração da imagem corporal foi uma das vivências referidas. A presença de uma ou várias úlceras é causadora de alterações nesse domínio,

levando a que alguns participantes se sintam incomodados, desconfortáveis e desenvolvam mesmo, nalguns casos, um sentimento de vergonha perante a imagem corporal que apresentam:

“Uma pessoa está sempre com essa perna enrolada, eu não gosto de ver isso...” E1 – L 106

“Aborrecida, como envergonhada... dizer assim: “epá aquela mulher está sempre aleijada”, não sei (...) mas eu preocupo-me com isso (...)” E1 – L 116-117

Deste modo, regista-se uma dificuldade de aceitação da imagem pública, isto é, da imagem corporal que se apresenta aos outros, pelo facto de ter de estar sempre com as pernas ligadas, formando o penso um grande volume, devido à quantidade de compressas utilizadas. Esta situação leva, por exemplo, a que uma participante se recuse a tirar uma fotografia de corpo inteiro, para que no futuro ela própria e os familiares não tenham de se confrontar com a sua imagem actual:

“ (...) a minha filha foi para o adro da igreja, foi ao pé do altar-mor, pronto ali a gente estamos em pé a fotografia vem destapado, até à cabeça. Essa ligadura, eu tinha a perna tão grossa, com a meia, com a ligadura... eu disse eu não quero, porque isso vai para o álbum da pequena e eu escuso depois de estar durante o ano a ver aquilo...” E1 – L 169-173

“ (...) até que eu não quis tirar um retrato com a minha neta... [na igreja, no dia da 1ª Comunhão] (...) Eu não quis tirar para não aparecer esta perna feia, não é?” E1 – L 150; 152

“Preocupava-me, pronto. Eu tirei [a fotografia] quando ela se baptizou, eu tinha as minhas pernas riquinhas, todas direitinhas, e agora: “Ah a minha avó estava doente dessa perna quando eu tomei a comunhão...” E1 – L 175-177

Esta alteração da imagem corporal é tida como algo de difícil aceitação por parte de alguns participantes principalmente, quando é estabelecida uma comparação com a imagem corporal anterior com a qual os mesmos sempre conviveram:

“ (...) eu nunca tive isso nas minhas pernas. Ainda dizer que eu criei-me já com estas pernas enroladas, sempre fui uma doente... mas não fui!” E1 – L 109-110

“Eu não quero mostrar a realidade, porque eu não nasci assim. Eu mostrava a realidade se eu nascesse assim, mas eu não nasci assim [com a úlcera na perna] ...” E1 – L 204-206

“Tem uma imagem diferente, não é? Eu já tinha 61 anos quando isso me deu, há três anos, tenho 64, vou em 65. Eu tinha 61 anos, eu vivi bem,

não é? Vivi sem nada nas minhas pernas e isso tudo (...) é teso!”E1 – L 209-211

No caso de uma participante a percepção de possuir uma imagem corporal alterada é manifestada, levando a que em virtude da existência da úlcera se sinta com uma aparência física mais velha, desfasada da que realmente sente emocional e espiritualmente, essencialmente por ter conhecimento de que a presença de patologias de origem venosa e as complicações a elas associadas têm uma maior probabilidade de ocorrência em pessoas mais velhas, com idade superior à sua:

“Até já houve uma médico que me disse que na minha idade é muito raro dar isso é mais para os sessenta anos. Sinto-me com outro valor (...) assim como mais velha. Eu sinto que o meu espírito é jovem mas sinto-me como se eu tivesse outra aparência.” E10 – L 29-30; 32-33

Tal como já previamente discutido no enquadramento teórico aquando da abordagem dos aspectos que intervêm na resposta psico-emocional nas feridas crónicas, designadamente no aspecto da visibilidade, constata-se que a presença de uma ferida no corpo pode assumir um efeito marcante na imagem corporal dos indivíduos.

Ao relembrar o conceito de imagem corporal já apresentado constata-se que esta relaciona-se com a imagem mental que formamos do nosso corpo, ou seja, o modo como o vemos/apercebemos, o modo como ele se nos apresenta (Schilder, citado por Price, 1990).

Desta definição concluímos que a imagem corporal se encontra relacionada com a forma pela qual o corpo é percebido pelo indivíduo, bem como com a representação mental que dele fazemos, assumindo-se essa representação parte integrante da identidade da pessoa.

No entender de Wald e Álvaro (2004) a imagem corporal é um conceito complexo, que pode ser definido como as percepções, pensamentos e sentimentos que formulámos acerca do nosso corpo e experiência corporal, sendo enormemente influenciada e moldada pelo contexto sócio-cultural onde nos encontramos inseridos. Assim sendo, a imagem corporal não só nos possibilita atribuir um significado ao nosso “Eu”, como também influencia a forma como pensamos, agimos e nos relacionamos com os outros. Neste contexto, qualquer alteração na nossa aparência, isto é, no corpo que somos e apresentamos aos outros poderá representar um complexo desafio a resolver do ponto de vista emocional.

No entender de Palhinhas, citado por Ramos e Patrão (2005), a imagem corporal não se reporta somente à aparência física. Ela relaciona-se igualmente com a noção de

integridade corporal, isto é, com a percepção do corpo como intacto, único e completo, funcionando na sua totalidade.

Price (1990) refere que ao analisar-se o conceito de imagem corporal é necessário ter em conta as três componentes que o compõem: o corpo ideal – *body ideal* – relacionado com a imagem ideal que cada um possui sobre si e sobre o modo como cada um gostaria de parecer (sendo profundamente influenciado pelas normas e padrões sociais e culturais vigentes em cada sociedade); o corpo real – *body reality* – que representa a imagem de como realmente cada um é e de como o corpo realmente existe; e a apresentação corporal – *body presentation* – que representa o modo como cada um se apresenta ao ambiente que o rodeia, a sua aparência (o modo como nos vestimos, maquilhamos, andamos, falamos, etc.).

Pode dizer-se, então, que a imagem corporal constitui-se como um aspecto fundamental da identidade pessoal do indivíduo. Essa noção de imagem, construída também em função da relação com os outros é, portanto, resultado da intersecção de diferentes noções: a imagem ideal (a que se deseja possuir), a imagem apresentada aos outros (apresentação corporal) e a que a própria pessoa experimenta ao olhar, ao reconhecer e sentir o seu corpo (imagem real).

Neste sentido, pode afirmar-se que *apresentação corporal* é a componente pública da imagem corporal, deste modo o facto dos participantes terem de apresentar uma aparência não desejada, com a qual não se identificam, pelo facto de terem de permanecer constantemente com as suas “pernas enroladas” e com uma ferida, comprova a dificuldade de aceitação da imagem corporal que apresentam na actualidade.

No caso de outros participantes, para além da vertente da aparência física e da imagem pública que se apresenta aos outros, surge a dificuldade de aceitação do *corpo real* que se possui, ou seja, do corpo lesionado e ferido, diferente do corpo íntegro que se possuía anteriormente às feridas.

Neste sentido Chase *et al.* (1997) concluem, peremptoriamente, que as alterações da imagem corporal fazem parte da condição de possuir uma úlcera venosa crónica de perna.

Neil (1998) refere que habitualmente as pessoas não pensam sobre a sua pele e na mais valia que é a sua integridade, contudo quando possuem uma ferida a “pele” é trazida à consciência, constituindo-se um foco de atenção e preocupação a ambos os níveis: fisiológico e psicológico. Assim, a presença de feridas altera a integridade do corpo, por vezes de forma bastante radical e isto poderá acarretar alterações na imagem corporal dos indivíduos, bem como a dificuldade de aceitação desta alteração.

Ribeiro (2003) alerta para o facto da satisfação corporal ir muito para além da aparência, uma vez que são atribuídas ao corpo não só funções biológicas, como funções psicológicas e sociais. Assim sendo, o nível de satisfação que cada pessoa manifesta em relação ao seu corpo mantém em equilíbrio o auto-conceito e a auto-estima que dependem essencialmente do desempenho social. A imagem corporal representa, assim, um papel importante nos relacionamentos interpessoais, no desempenho de papéis e até mesmo na mera exposição ao olhar de outrem.

Com efeito, e tal como refere Chini (2005) a percepção desfavorável da auto-imagem pode conduzir a pessoa a sentimentos de inferioridade e ansiedade que devem ser alvo de atenção e intervenção pelos profissionais de saúde, em primeiro lugar na sua detecção precoce e posteriormente no trabalho subsequente de reorganização emocional e incentivo ao auto-cuidado destas pessoas.

Receio da reacção dos outros

O receio e o mal-estar sentido perante a reacção dos outros, em relação à imagem apresentada, são referidos por dois participantes. Os eventuais comentários que os outros possam realizar da sua situação é identificado como uma situação geradora de mal-estar levando a que as pessoas sintam receio destes contactos, em especial com desconhecidos:

“No Domingo da festa da minha Terra também tive receio de tirar fotografias, não é? Uma pessoa vai lá baixo e as pessoas: “Essa mulher o que é que tem nessas pernas (...)” Eu tenho receio.” E1 – L 243-244

“ (...) eu julgo que falam mal, eu não sei explicar bem, eu sei que sinto-me mal quando tem assim muita gente... que eu não conheça, assim, eu vou para casa das minhas famílias, fazer festas e tudo, mas assim para umas festas, com muita gente, eu fico com receio de ir.” E3 – L 127-130

Experiências semelhantes foram encontradas por Ebbeskog e Ekman (2001) no estudo que conduziram. Neste estudo, os participantes revelaram sentir-se pouco confortáveis em ocasiões sociais devido à reacção das outras pessoas face ao seu estado, complementando sentirem-se observadas, quase como se estivessem sob um microscópio, quando as pessoas paravam e olhavam fixamente o membro lesionado.

Vergonha de sair de casa

A vergonha de sair de casa é outro sentimento evidenciado por alguns participantes no estudo. Esta vergonha encontra-se associada à alteração da imagem corporal sentida pelos próprios, bem como às, possíveis, reacções manifestadas por outros relativamente à imagem apresentada:

“E depois, uma pessoa quer sair e tem vergonha, eu tenho vergonha, eu às vezes digo às minhas filhas, tenho vergonha, porque parece que estão com o olho para a gente, para aquelas pernas muito inchadas.” E3 – L 19-21

“Eu não sei explicar bem, eu sinto vergonha, pronto. E agora é que eu saio mais, porque aqui para trás, eu não saía, as minhas raparigas e o meu marido brigavam comigo, a dizer para eu sair e eu dizia: “eu não vou porque tenho vergonha, estão sempre a olhar para mim”. E3 – L 30-33

“ (...) a gente às vezes tem vergonha de sair para certas partes com as pernas ligadas até acima. Eu para ir ao casamento dos meus filhos eu tive que levar as pernas ligadas. Realmente eu senti-me um bocadinho incomodada porque ir para um casamento, o casamento é uma cerimónia, a gente gosta de ir o melhor possível, não é? E eu senti-me um bocado incomodada porque tive de levar as pernas ligadas, e isso deixou-me um bocadinho... talvez uma parte mais por vergonha.” E6 – L 96-101

Tal como refere Yamada (2001), por se tratar de um órgão externo, a pele ao ser lesionada expõe os indivíduos ao meio, contrariamente ao que acontece com as doenças que afectam órgãos internos, onde os sinais e sintomas da patologia ficam muitas vezes escondidos do olhar dos outros. No caso das pessoas com úlceras de perna, o impacto visual que as mesmas apresentam é forçosamente maior, sendo também maior o esforço que tem de ser realizado para tentar ocultar as feridas e os respectivos pensos, sendo que mesmo assim em algumas situações tal não é possível.

Deste modo, os sentimentos de vergonha e de incómodo em sair de casa são manifestados pelos participantes. Os receios apontados prendem-se com o facto de apresentarem as pernas muito volumosas, tanto pelo uso de ligaduras e pensos, bem como pelo edema muitas vezes presente, que as torna alvo de atenção por parte dos outros, no sentido de poderem vir a sentir-se observadas. Assim, para alguns participantes mostrar a perna lesionada com as respectivas ligaduras é sentido como uma vergonha. Sentimentos idênticos foram verbalizados por alguns participantes nos estudos desenvolvidos por Ebbeskog e Ekman (2001), Neil (1998) e Hyde *et al.* (1999).

Estratégias para esconder a ferida (evitar a exposição da alteração da Imagem Corporal)

Com a finalidade de procurar esconder a alteração da imagem corporal surgem estratégias desenvolvidas pelos participantes conducentes à tentativa de ocultar a ferida e assim evitar a exposição da alteração da imagem corporal.

Entre estas estratégias identificadas uma participante faz referência ao facto de ao tirar uma fotografia numa ocasião especial (a primeira comunhão da neta) esta ter sido feita

apenas com limitações impostas pela mesma, no sentido de haver uma restrição da área corporal a ser fotografada (apenas da “cintura para cima”), ou da fotografia ser realizada recorrendo a um objecto que oculte a visão dos membros inferiores. O evitar andar a pé, procurando utilizar sempre o carro e o alterar do horário das rotinas diárias, como a de ir às compras, bem como o não sair do carro aquando de um passeio foram outras estratégias utilizadas pelas participantes no sentido de evitarem a exposição da sua ferida:

“Em casa tirei [a fotografia], mas eu disse assim: “tira-me da cintura para cima” E1 – L 153

“ (...) eu tirei em casa [a fotografia], escondi mais a perna, atrás da mesa redonda, ali atrás, tiraram daqui para cima [aponta para a cintura e faz um movimento ascendente]” E1 – L 183-185

“Eu não quis tirar [a fotografia]: “Eu não quero, eu não quero tirar. Queres-me tirar eu vou para trás do sofá, o sofá puxa...” Então fui para trás do sofá. Ela tirou...” E1 – L 193-194

“Até que eu não saio muito de casa, e se eu saio é sempre de carro, sempre de carro, senhor enfermeiro. (...) Vou à noite fazer as compras (...) eu vou à noite porque é menos gente, pronto é menos pessoas a reparar.” E1 – L 343-346; 350

“ (...) agora é que eu estou saindo mais um bocadinho (...) brigavam comigo, diziam: “Vamos embora, está tão bom tempo, mamã, vamos ali à avenida (...) E às vezes eu vou e nunca saio do carro, fico sempre sentada (...) eu não sei, eu sinto-me mal.” E3 – L 122-125

Tal como se pode verificar pelo discurso apresentado dos participantes constata-se o recurso a diferentes estratégias utilizadas com a finalidade última de esconder a alteração da imagem corporal apresentada causada pela ferida e seu tratamento, bem como de evitar a exposição desta alteração aos outros.

Deste modo, a partir da leitura do discurso dos participantes é possível comprovar a dificuldade existente por parte de alguns participantes em aceitar a sua imagem, e por consequência a sua ferida. As tentativas adoptadas para ocultar a ferida que se possui, assim como os esforços intentados no sentido de reduzir ou controlar a exposição e o contacto com outros são disso prova e parecem comprová-lo.

Incorporação da ferida no “Eu” corporal

A incorporação da ferida no “Eu” corporal é outro fenómeno referido por duas participantes. O facto de possuírem a ferida durante um período de tempo alargado faz com que estas participantes, como que a incorporem na sua imagem, sendo este processo resultado de uma habituação a que se encontraram sujeitas pela presença constante da

ferida nas suas vidas, no seu corpo. Por vezes, a consciencialização do facto de se possuir uma ferida só acontece através da presença de dor emanada por esta, havendo neste evento uma chamada de atenção e o “voltar à consciência” da real presença da ferida. Desta feita, a presença da ferida chega a ser quase “esquecida” pelos participantes quando não sentem dor, sendo a sua existência assumida como algo que se tem simplesmente e à qual já se habituaram e que passou “a fazer parte de nós”:

“ (...) eu digo às vezes que eu já estou habituada (...) Se isso não me doer... eu quero dizer assim, se isso não me doer eu não me interesso que isto estivesse aqui (...) porque às vezes eu digo assim: “Ah isso está aqui e está bom”. E3 – L 199; 202-204

“ (...) isso já faz parte de mim mesma, é como uma coisa que fizesse parte de mim mesma e só noto que existe por causa das dores (...) É porque já estou habitada, já estou habituada há muitos anos com isso. É uma coisa que já faz parte da minha vida.” E3 – L 207-208; 210-211

“ (...) eu por acaso até já me habituei [à presença da ferida], depois de não ter dores (...) Habituei-me já (...) e sei que tenho de vir fazer tratamento até ficar melhorzinha (...)” E9 – L 30-31

Vivências relacionadas com este tópico puderam ser encontradas em outros estudos que versaram a mesma temática que o presente trabalho aborda. Ebbeskog e Ekman (2001) no estudo que conduziram com idosos com úlceras venosas de perna demonstram que alguns participantes revelaram sentir que o facto de possuir a úlcera venosa se tornou um hábito e que tinham dificuldade em imaginar a sua vida sem a ferida, por a possuírem já há muito tempo. Assim sendo, a ferida começou a fazer parte das suas vidas diárias, levando a que estas pessoas se tivessem ajustado e adaptado a viver com a sua presença e ainda se tivessem habituado ao risco e à probabilidade da mesma poder regressar. Deste modo, constatou-se que cada pessoa considerava a sua vida como estando inevitavelmente associada à presença de uma ferida na perna, o que os fazia assumirem-se como “pessoas com úlceras de perna”, como se tal já estivesse integrado na sua pessoa.

Deste modo, o facto dos indivíduos possuírem feridas durante um período continuado de tempo leva a que a sua presença se torne como algo habitual, com o qual tiveram obrigatoriamente que conviver e se adaptar. Esta adaptação chega a concretizar-se a tal ponto que deixa os participantes transparecer aquilo a que se pode chamar de incorporação da úlcera venosa na sua imagem corporal, tal como se a imagem/presença da ferida passasse a fazer parte e a integrar o esquema corporal dos participantes, passando a sua presença a ser considerada cada vez mais como algo normal, deixando, por outro lado,

progressivamente de ser entendida como um elemento estranho ao corpo, como algo que não lhe pertence.

BAIXA AUTO-ESTIMA

Várias vivências relacionadas com a baixa auto-estima evidenciada pelos participantes foram manifestadas. Diversos são os aspectos que concorrem para essa baixa auto-estima identificada.

Sentimento de Impotência/Inutilidade

Sentimentos negativos como o de impotência e de inutilidade são sentidos pelos participantes. Estes sentimentos surgem associados ao facto das pessoas apesar de quererem realizar algo e de terem vontade para o fazer não o conseguirem efectivamente.

O não conseguir fazer as coisas das quais se gosta é vivido com pesar, por vezes desembocando numa apreciação negativa que as pessoas fazem de si mesmo, do seu auto-conceito, sentindo-se diminuídas e inúteis:

“Sinto-me impotente.” E3 – L 173

“ (...) eu nunca mais fui a mesma mulher, nunca mais prestei para nada.” E4 – L 36-37

“Eu tenho um quintal tão grande e não posso fazer nada... Quer dizer eu não consigo, eu tinha precisão e gosto de trabalhar no terreno mas não posso (...)” E5 – L 112-113

“ (...) eu já não sou homem para poder fazer nada (...) a gente pensa que pode fazer tudo, mas não pode fazer nada. É um inútil. E eu vejo em mim que sou um inútil! Sinto que sou um bocado inútil.” E7 – L 76-80

“O exemplo mais concreto e objectivo é aquele da gente se sentir diminuídos.” E7 – L 123

“ (...) uma pessoa que não pode fazer certas coisas, já se torna... é uma pessoa inútil.” E8 – L 59-60

“Não me sentia bem, não, mesmo na pessoa, pronto e mesmo com essa perninha (...) a gente sempre tem uma diferença, muita diferença (...) Porque a gente já sente que não é assim uma pessoa....” E9 – L 59-60; 62

Mosquera e Stobäus (2006) definem auto-estima como o conjunto de atitudes que cada pessoa possui sobre si mesma, uma percepção avaliativa sobre si próprio, uma maneira de ser, segundo a qual a própria pessoa possui ideias sobre si, que podem ser positivas ou negativas. A auto-estima não se trata, portanto, de um elemento estático, mas

de uma concepção dinâmica que varia ao longo do tempo, fruto do constante e inevitável processo avaliativo que cada pessoa realiza sobre si e revela-se nos acontecimentos sociais, emocionais e psico-fisiológicos, emitindo sinais detectáveis em vários graus.

A auto-estima, assim sendo, exerce uma marcada influência no modo como vemos e avaliamos o nosso corpo, estando relacionada com a maneira como a pessoa valoriza as suas habilidades físicas, aptidões, capacidades inter-pessoais, papéis familiares e imagem corporal.

Face ao exposto facilmente se depreende que quando existe uma baixa auto-estima, isto é, quando existem percepções negativas ou desfavoráveis manifestadas pela própria pessoa em relação a si mesmo, sentimentos de inutilidade e de inferioridade podem ser sentidos.

No caso dos participantes do nosso estudo tais sentimentos marcam presença, essencialmente devido à condição de saúde apresentada, ou seja, devido à presença de uma ferida de permanência prolongada e às enormes restrições e implicações a ela imputadas.

Ebbeskog e Ekman (2001) entendem que ter uma ferida crónica, por vezes durante anos consecutivos de modo ininterrupto, pode representar um forte impacto na auto-estima e no auto-conceito daqueles que as possuem.

Do discurso dos participantes salienta-se a auto-avaliação negativa que fazem de si mesmos, auto-percepcionando-se como pessoas inúteis e diminuídas comparativamente aos outros, numa atitude de clara desvalorização.

Para essa baixa auto-estima identificada contribui, ainda, a impotência sentida pelos participantes, ou seja, o sentir-se limitado na acção, mas não na vontade, o querer fazer algo, mas não conseguir pela impossibilidade física evidenciada.

Os resultados a que chegámos são consistentes com os encontrados por Augusto *et al.* (in Furtado *et al.*, 2001) no estudo que desenvolveram sobre vivências e repercussões de possuir uma úlcera de perna. Neste estudo, a verbalização de sentimentos de inutilidade surgiu como um sub-tema identificado, enquanto a “auto-estima afectada” emergiu, por sua vez, como tema.

Confronto entre o “Eu” passado e o “Eu” presente

O confronto entre a pessoa que se era antes de possuir as úlceras (o “Eu” passado) e a pessoa que se é na actualidade (o “Eu” presente) é frequentemente sentido e as comparações são efectuadas regularmente pelos participantes.

Quando surge a reflexão entre aquilo que se foi e a vida quotidiana que se era capaz de realizar e a incapacidade que sentem no presente pela existência da sua condição, surgem sentimentos de tristeza e, por vezes, a vontade de chorar:

“Pensar: eu já fiz tanto e agora não posso fazer nada. Uma pessoa saía sempre e agora tem vergonha de sair e é assim.” E3 – L 35-36

“ (...) eu fico muito triste, muito triste! Pensar que eu já fiz isso tudo, e agora não faço nada. Porque eu levei toda a minha vida a trabalhar e agora, uma pessoa tem vontade e não pode, por causa da ferida que impede sempre a gente (...)” E3 – L 52-54

“O que me mata é não fazer nada, porque uma pessoa sempre fez e depois está vendo uma coisinha e está danada para fazer e não poder, aí isso para mim, eu fico... dá-me é em chorar, chorar. Dizer que eu já fiz tanto e agora não posso fazer nada...” E3 – L 170-173

“Desde que eu tenho isso na perna, eu nunca mais prestei para nada (...) porque nunca mais consegui fazer aquilo que eu fazia.” E4 – L 37-40

“Eu era uma pessoa que trabalhava, fazia a minha vida, fazia tudo e hoje em dia não consigo. Eu quero fazer um cantinho daquilo que eu fazia e não consigo, não consigo fazer.” E5 – L 58-59

“Eu só sei dizer que eu nunca mais fui a mesma mulher que eu era.” E4 – L 141

“ Um fulano sabendo o que já foi (...) quando eu vou ao quintal (...) vou devagarinho, vejo aquilo cheio de erva mas não posso. Um fulano fica assim triste! Saber o que já foi...” E5 – L 116 – 118-120

“Tudo isso que está aqui na frente do meu amigo fui eu que fiz, como pedreiro, como carpinteiro, como tudo. E hoje, nem sequer consigo por um vidro numa janela, e isso parte desta minha dificuldade [refere-se à existência da úlcera] ...” E7 – L 80-82

“ (...) eu sempre fui um defensor da minha casa e da minha mulher e da minha família, fui o pára-choques da viatura e hoje sinto que o pára-choques partiu. E eu realmente quero dar uma corrida e não consigo, e eu dava uma corrida que era um leão, saltava fosse o que fosse, agora não posso fazer nada disso.” E7 – L 204-207

“Não sei explicar, é sempre como uma outra coisa. Nunca é como uma vida normal que uma pessoa tinha.” E10 – L 28-29

Tal como refere Oliveira (2000), uma doença mesmo que comum e clinicamente sem repercussões relevantes, pode ser causadora de um sofrimento intenso. Segundo o autor, este fenómeno resulta de conflitos psíquicos envolvendo dimensões como a percepção do *self*, auto-estima, a capacidade de lidar com as percas (físicas, funcionais ou outras) e a percepção dos processos relacionais.

Deste modo, Langer apresentado por Oliveira (2000) defende que o sofrimento não se circunscreve à dor física, decorrendo, igualmente, da violação sentida da integridade da própria pessoa como um todo, e não somente da agressão ao corpo ou às funções por si usualmente desempenhadas.

Com efeito, diversos aspectos, atribuíveis à situação de doença, relacionados com a perda de funcionalidade e com o tratamento podem ser profundamente danosos para o indivíduo e de difícil aceitação. Para Oliveira (2000) a consciencialização das incapacidades e desvantagens sentidas perante a sua condição de saúde pode ser extraordinariamente desintegradora ao sentido de unidade do *self*, capaz de alterar as relações entre o corpo, o ego e os outros.

No caso de alguns participantes do nosso estudo constata-se que os mesmos auto-percebem-se de um modo tendencialmente negativo, essencialmente quando adoptam como base de comparação o período das suas vidas anterior à presença de feridas, onde a sua capacidade de executar determinadas acções, trabalhar e locomover-se facilmente, em suma de ter uma vida mais liberta era maior e as restrições e limitações sentidas eram forçosamente menores. Tais comparações são realizadas frequentemente, levando a que os participantes estabeleçam de modo regular as diferenças entre as imagens, marcadamente opostas, do “Eu passado” com o “Eu presente”. Deste modo, do resultado deste confronto resulta, por vezes, a constatação de um rude golpe na auto-estima destes participantes.

FRUSTRAÇÃO

A frustração é outro sentimento verbalizado pelos participantes. Esta frustração é vivenciada relativamente a várias situações.

Por vezes a frustração é sentida devido à limitação física percebida, nomeadamente às limitações vivenciadas e à incapacidade de efectuar o que se tinha idealizado e o que se gostaria de realizar se as circunstâncias fossem outras, isto é, se a ferida crónica não marcasse presença:

“(...) sinto-me limitado. E cria-me alguma frustração porque uma coisa é o que eu estou sendo, ou aquilo que eu estou conseguindo fazer e outra coisa é o que eu idealizava fazer, estando noutra situação, ou seja, fisicamente melhor, sem esses tais problemas.” E2 – L 53-56

“Psicologicamente é natural que afecte, embora eu tente valorizar outros aspectos, que não os dependentes da locomoção (...) Mas, afecta, como é natural, porque são coisas que gosto de fazer [refere-se aos hobbies que deixou de realizar], que gosto de desempenhar e logo aí há uma limitação que me deixa um pouco frustrado. Não frustrado, assim mesmo

profundamente frustrado, mas assim com alguma frustração e insatisfação.” E2 – L 59-65

“Faz-me sentir frustrado. Embora compreenda que tem que ser assim, e que será uma fase passageira, até melhorar e ficar bom, mas durante algum tempo, enquanto dura a sequela, e não está cicatrizada a úlcera varicosa é um aborrecimento.” E2 – L 102-104

Por vezes, a frustração sentida assume-se numa vertente de maior intensidade, levando a que outra participante verbalize sentir raiva pelas limitações que sente no seu quotidiano:

“Raiva, porque uma pessoa quer fazer e não pode (...) A gente diz: “Que raiva, eu quero fazer isso, mas não posso... E porque é que eu não faço? (...) é sempre assim neste lida, é só isso, não passa disso!” E3 – L 92-94

Nos estudos desenvolvidos por Walshe (1995) e por Krasner (1998) as autoras nos seus respectivos trabalhos apontam a frustração como uma sentimento negativo vulgarmente sentido e manifestado pelas pessoas acometidas com esse problema de saúde. Assim sendo, a frustração sentida pelos possuidores de úlceras venosas crónicas pode advir de múltiplas proveniências estando habitualmente relacionadas com o processo lento de cicatrização, à depressão, ao sentimento de vergonha e embaraço sentidos, às dificuldades na mobilização e interferência nos hábitos de higiene pela presença das ligaduras, e, finalmente, aos distúrbios de sono ocasionados principalmente pela dor e receio do aparecimento de novas ulcerações. Krasner (1998) no estudo que realizou sobre o impacto das úlceras venosas na qualidade de vida das pessoas constatou que outros eventos relacionados com os anos múltiplos de tratamento sem sucesso, com o contacto com alguns profissionais de saúde não habilitados para o seu tratamento, ou as auto-culpabilizações pela ausência de cicatrização, constituíram-se, igualmente, como focos geradores de frustrações.

No nosso estudo, a frustração manifestada pelos participantes é sentida essencialmente devido à impossibilidade de realização de actividades das quais se gosta, bem como devido à sensação de que se poderia estar a viver uma vida diferente da actual, com a qual se idealizou, longe dos constrangimentos, limitações e restrições que a vivência com uma ferida produz.

REVOLTA

A revolta foi outra emoção manifestada por alguns participantes. Esta revolta, à semelhança de outros sentimentos demonstrados em categorias anteriores, é sentida face à presença das úlceras crónicas e ao seu impacto na vida quotidiana. Esta, por vezes, é tão

intensa que leva uma participante a considerar a morte, como uma alternativa ao sofrimento sentido ao longo dos anos:

“Fico revoltada, às vezes uma pessoa até pensa em morrer, às vezes até digo à minha filha: “Antes queria morrer do que estar passando isso já há tantos anos”” E4 – L 46-47

“É uma vida revoltada, uma vida revoltada.” E4 – L 71-72

Contudo, em algumas situações a sua situação é percepcionada como não sendo tão grave quando comparada com outras situações, levando no caso de outras duas participantes a resignarem-se e a aceitarem a sua condição, ao terem conhecimento de outras piores do que as suas, segundo o entendimento das próprias:

“A gente fica revoltadas, mas depois a gente diz assim: “Há piores do que a gente!” E às vezes eu digo, porque às vezes eu vejo assim na televisão aquelas coisas e digo: “eu estou me a queixar com a minha assim deste tamanho, mas há outras coisas, ainda, piores do que a minha”. E depois eu começo a pensar, pronto, vai-se levando isso, porque ainda há outros piores do que eu.” E3 – L 108-113

“ (...) apesar de eu ver muitas coisas que até me conformei com aquilo que eu tenho, porque eu via muitas pessoas que até já tinham cortado as pernas, outras os dedinhos e me conformava já (...) e eu vendo os problemas dos outros eu dizia que o meu não é dos mais ruins então.” E9 – L 75-77;

No caso de outro participante, este refere não sentir emoções tão fortes e negativas na sua vida, como o desespero:

“Descanso todo o dia, quer dizer, mas eu não vivo desesperado...” E5 – L 128-129

Yamada (2001) no estudo que realizou sobre a qualidade de vida das pessoas com feridas crónicas revela que são frequentes os sentimentos de revolta manifestados pelas pessoas com ulcerações venosas, por outro lado e segundo a mesma autora, em outros momentos é igualmente comum assistir-se à demonstração por parte destas pessoas de um aparente conformismo e adaptação à sua situação.

No nosso estudo verificamos semelhanças relativamente ao que acaba de ser descrito e as vivências relatadas. De facto, a revolta assume-se como uma emoção forte e intensa que é sentida regularmente por alguns dos participantes relativamente a diversos aspectos relacionados com a sua vida quotidiana e com a sua condição de saúde. Por vezes essa revolta assume uma intensidade tal que despoleta a emergência de sentimentos negativos como o desejo de morrer em alternativa a uma vida marcada pela presença de

feridas crónicas que teimam em persistir ao longo dos anos, transformando por completo a vida de quem as possui.

Não obstante, e em outras situações essa história pregressa de saúde com a presença de ulcerações e especialmente a consciencialização da existência de outras situações, bem mais graves e limitadoras das quais se toma conhecimento por diferentes vias conduz a que os participantes adotem uma postura de conformação, de resignação, quase de submissão, acabando por considerar, no final de contas, a sua situação não tão penalizadora quando comparada com outras, consideradas aos olhos dos participantes bem mais dramáticas.

MAL-ESTAR

O mal-estar emocional sentido pela vivência de um quotidiano marcado pela presença de uma ferida crónica é outro aspecto destacado.

A este mal-estar associa-se a sensação de incómodo, levando os participantes a caracterizar a dia diária com uma úlcera venosa como algo incomodativo, fonte de martírio, que não proporciona bem-estar:

“Isso já não é um ano nem dois, já são muitos anos, muitos... Sempre com o mesmo mal-estar, sempre com a mesma coisa, sempre com um mal-estar em todos os sentidos...” E4 – L 117-119

“Viver como uma ferida é uma coisa muito incomodativa (...) tomara a gente não ter nunca.” E6 – L 61-62

“Viver com uma ferida é um bocadinho incomodativo (...)” E6 – L 96

“É uma vida muito martirizada, não é que seja, assim, uma vida de consolação.” E10 – L 13

A sensação de mal-estar e de incómodo é também sentida pela percepção que uma participante tem de que os outros (marido e filhos) vivem em sua função, ligados a si e preocupados à sua volta, em vez de viverem normalmente sem se verem vinculados àquilo que a participante considera parecer ser uma “obrigação”:

“Eu também agora senti que durante esses dois anos senti que deixei os outros viverem menos. O meu marido, sempre à minha roda, sempre me ajudando (...) eu sei que os outros se incomodam comigo mas deviam viver outra vida (...) Mas o meu marido ficou muito em minha função (...) Deixa-me um bocadinho incomodada.” E10 – L 90-91; 96-99

Pelo discurso dos participantes referidos pode ser depreendido que a vivência com uma úlcera venosa é, igualmente, assumida como um evento gerador de mal-estar

psicológico, assemelhado a um “fardo”, um “peso” que os mesmos têm de suportar. A experiência de conviver com uma ferida, bem como os seus condicionalismos ao longo do tempo, parece tornar as pessoas progressivamente mais desgastadas e cansadas emocionalmente, levando a que as pessoas adjectivem a sua própria vida como não sendo “uma vida de consolação”, mas sim uma vida “martirizada”, marcada por uma série de incómodos e por um sentimento de mal-estar em múltiplos sentidos.

No que concerne ao sentimento de incómodo referido por uma participante no que respeita ao relacionamento com os familiares e com a sensação destes viverem muito em sua função Baharestani (in Baranoski e Ayello, 2006) refere que por vezes a pessoa com uma ferida crónica pode experimentar um sentimento de culpa pelo facto de amigos e familiares terem de alterar as suas rotinas para se adaptarem às suas limitações.

DESORIENTAÇÃO

A desorientação foi outro sentimento experienciado por uma participante que revelou sentir-se preocupada e triste, sem saber que rumo adoptar e qual o caminho mais adequado a seguir com vista a prosseguir com o processo de tratamento:

“Esmorecida, esmorecida, apoquentada, sem saber onde é que podia ir: uns mandavam-me para o hospital, uns mandavam-me para um lado, outros mandavam-me para o outro, o meu marido mandava-me para os doutores pagos. Eu disse: «eu não vou para lado nenhum!»”E1 – L 327-330

No caso desta participante a desorientação sentida acabou por ser reflexo da indefinição do seu estado e da própria incerteza acerca do tratamento a ser realizado, bem como do modo como o mesmo deveria ter lugar e em que circunstâncias.

PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO AO FUTURO

As preocupações e os receios sentidos relativos ao futuro foram relatados por alguns participantes, pelo facto destes sentirem a evolução do seu tratamento e a resolução da sua situação de saúde como algo muito incerto e incógnito.

De entre estas preocupações surgem as relacionadas com a evolução da sua condição e com a hipótese da mesma não ter cura, de piorar o seu estado ou da situação adquirir um carácter recorrente. Assim, desenvolvem-se receios e preocupações face ao nível do apoio futuro que poderão vir possuir quando forem mais velhos e, eventualmente, mais dependentes:

“Penso, sei lá se algum dia vou ficar pior do que isso. E sei lá a minha velhice se tenho alguém para tratar de mim. Isso é uma coisa que me preocupa, e os lares não pegam na gente se a gente não tiver dinheiro, eu não trabalhei, eu não tenho reforma.” E6 – L 180-189

“Penso que isso [a presença das feridas] é o início, uma pequena luz de um fim mais triste.” E7 – L 6-7

“ (...) tenho pena das pessoas que eu vejo que estão muito mais avançadas, numa situação bem dramática, e eu queria que isso nunca me acontecesse.” E7 – L 11-13

“Estou com medo que vá acontecer o pior. O pior é o que poderá vir, isso é que estou com medo.” E7 – 193-194

“Eu só desejo realmente que haja um grande apoio, já disse e repito, para pessoas que estejam nessa situação” E7 – L 210-211

Pelo discurso dos participantes sobressaem um conjunto de preocupações sentidas em relação ao futuro e essencialmente ao que lhes poderá acontecer quando forem mais velhos, bem como o tipo de assistência de saúde/social/familiar que poderão dispor. Pelas unidades de registo apresentadas o medo face ao futuro marca presença, existindo mesmo no caso de um participante um sentimento quase premonitório de que a sua situação agravar-se-á.

Curioso notar que as preocupações e medos relatados parecem já ter por base a premissa de que a sua condição de saúde permanecerá até serem mais velhos, assumindo-se como uma espécie de inevitabilidade com a qual alguns participantes contam. O mesmo é dizer que o facto de surgirem preocupações em relação a quem cuidará das suas feridas e lhes prestará apoio quando forem idosos é quase como assumir a convicção que a presença de ulcerações venosas continuará a marcar presença futuramente na vida destas pessoas, fazendo parte do processo de envelhecimento.

EFEITOS DO ODOR E DO EXSUDADO EMANADO DA FERIDA

O impacto emocional causado pelos efeitos provocados pela presença do odor desagradável e do exsudado emanado pela ferida foram outra situação geradora de múltiplas emoções desagradáveis.

Incómodo/Embaraço pela sua presença real ou potencial

O incómodo e o embaraço sentido pela presença de odor desagradável e de exsudado foram situações geradoras de mal-estar. Desta feita, tanto a presença efectiva de

odor desagradável, como a hipótese de este surgir e de os participantes poderem estar a cheirar mal, é sentida como incomodativa e fonte de preocupações e receios.

Por vezes, surgem comportamentos repetidos de preocupação constante com a possibilidade de estar a cheirar mal:

“Até a Enfermeira dizia: “Óh Senhora, paciência! A senhora vai-se por a chorar?”. “Mas eu penso que estou «injoando»”. E ela dizia: “Mas não é o teu corpo que está «injoando»”, e eu dizia: “É sim senhora, isso pertence ao meu corpo, isso pertence ao meu corpo”, e ela dizia: “mas isso é do tratamento, filha, dessa placa que tens aí”. E1 – L 77-80

“Eu não posso com mau-cheiro, não posso já com o cheiro. Eu nunca «injoei» na minha vida, muito pobrinha me criei, mas nunca «injoei» na minha vida. (...) Assusta-me! Eu sou uma pessoa que me gosto de lavar, sempre gostei. (...) e vejo-me assim... credo! Eu vivi numa angústia, três anos numa angústia... e tenho ainda, ainda tenho ...” E1 – L 95-97; 99-103

Pronto, eu não me estava sentindo bem dentro da igreja, porque eu estava sentido correr já [refere-se ao exsudado]. Não estava aparecendo nada... (...) Aquele líquido, que eu estava sentindo correr. Eu disse meu Deus, ainda falta dar nosso Senhor – o padre estava no sermão – eu estava desesperada que a missa acabasse. O povo era tanto dentro da igreja que eu estava assim [faz o gesto de cheirar-se a si mesma]: “mas eu não estou «injoando»”. (...) E eu dizia [para a filha]: “É querida abate essa cabeça e vê se essa perna está «injoando»?”. (...) Eu estava danada que a missa acabasse (...)” E1 – L 139-141; 143-150

“E é a ferida cheira mal às vezes uma pessoa tem que tirar a roupa da cama devido ao cheiro da perna (...) Incomoda, incomoda e muito, incomoda e muito!” E4 – L 16-17; 19

“Não posso estar com aquele cheiro, às vezes a roupa da cama fica com aquele cheiro, não tenho outro remédio senão tirar a roupa da cama, mas tira-se hoje, quando for amanhã está na mesma! Sinto um mal-estar, não é nada fácil (...)” E4 – L 107-110

“Sinto-me muito incomodada porque tem dias que ela deita muito cheiro, felizmente na casa de povo puseram-me uns pensos para não deixar sair o cheiro para fora. É um cheiro muito impertinente, que às vezes gente julga que outra pessoa está deixando cheiro e no fundo somos nós. Sinto-me muito incomodada, quando a ferida está com cheiro eu sinto-me muito incomodada (...)” E6 – L 29-33

“Eu tive ocasiões em casa, que não podia parar, estava a cheirar muito mal, credo, às vezes: “Ó mamã, mas porque é esse cheiro?”. Eu não me sentia bem (...)” E9 – L 173-174

Nos casos em que se verifica a sua presença é comum os participantes sentirem-se embaraçados ou envergonhados, sendo aqui os dois termos tomados como sinónimos pelas sensações semelhantes que produzem:

“Eu tenho receio, eu tenho vergonha... ainda sexta-feira passada eu chamei-a [a filha] devagarinho no quarto e eu disse: “ Mamã vai para a missa, anda por mamã em seco” [refere-se ao trocar as compressas externas do penso] Eu tenho receio, eu nunca «injoei» [cheirar mal] do meu corpo, há idade que eu tenho e isso larga cheiro e eu tenho receio, eu tenho receio que saia...” E1 – L45-48

“Até quando eu fui agora internada, por causa do coração, aquela noite eu estava cheirando mal e a Senhora Enfermeira disse: “A senhora porque é que está a chorar?”. “Eu estou a chorar aqui pela dor [da parte cardíaca] e estou a chorar aqui pela perna!”. “Oh, a Senhora está assim...”. “Mas isso está «injoando» e eu não queria estar assim «injoando». E ela disse: “ já se vai tratar da Senhora”. Eu tenho receio, tenho vergonha. Eu gosto de sair da minha casa é limpa, eu gosto de tomar o meu banhinho da manhã, gosto de tomar à noite (...) E ver-me com a perna assim, que eu nunca tive na minha vida, a gente fica envergonhadas, não é?” E1 – L 51-61

No estudo realizado por Walshe (1995) a autora concluiu que a presença de odor e de exsudado foi aceite pelos participantes como algo inevitável para os possuidores de úlceras venosas crónicas. Por sua vez, Neil (1998) no estudo que realizou constatou que para os participantes as feridas exsudativas e os pensos e ligaduras molhadas eram uma ocorrência diária, sendo esta situação motivo de stresse, de embaraço e de angústia.

De salientar que, em alguns casos os participantes revelam uma preocupação constante com a possibilidade de poderem estar “a cheirar mal”, mesmo quando na realidade essa situação não se verifica, o que os leva a ficarem sempre com uma sensação de desconfiança e a não estarem tranquilos nas interações que mantêm. Prova disso é o facto de alguns participantes perguntarem sistematicamente a outras pessoas se sentem algum cheiro desagradável oriundo da ferida/penso.

Assim, viver com úlceras de perna crónicas – frequentemente exsudativas, que exigem nalguns casos a utilização abundante de gazes e ligaduras de modo a que o exsudado, habitualmente com odor intenso possa ser contido, sendo que muitas vezes tal não é conseguido havendo o seu extravasamento para o exterior – implica lidar e reflectir sobre todo um conjunto de aspectos que adquirem uma importância extrema e que se constituem como fonte de mal-estar e embaraço para aqueles que com eles têm forçosamente de conviver.

A este propósito Hyde *et al.* (1999) referem que os enfermeiros devem estar atentos e explorar devidamente as experiências de embaraço/vergonha sentidas e manifestadas pelas pessoas não só especificamente em relação à questão do odor e do exsudado emanado pelas feridas, mas também em relação a outros aspectos. Isto porque, e no entender das autoras, os sentimentos de embaraço e vergonha podem conduzir ao

evitamento do contacto social com os outros, à distração e dificuldades no emprego e ao isolamento social.

Estratégias para reduzir o mal-estar causado pelo odor e o exsudado da ferida

No sentido de lidar com a questão do odor desagradável e do exsudado emanado da ferida foram desenvolvidas pelos participantes estratégias tendentes a reduzir o mal-estar sentido. De entre estas, encontram-se a criação e utilização de dispositivos de contenção (utilização de meias plásticas impermeáveis) e protecção dos objectos do contacto com o exsudado derivado da ferida (utilização de película aderente para forrar a cabeceira utilizada no leito).

Uma participante refere ainda que sempre que o penso se encontra repassado exteriormente procede à remoção das compressas sujas, aplicando umas novas, reduzindo deste modo o cheiro desagradável e por conseguinte o mal-estar:

“E tenho uma almofada que eu botei, cheia daquele plástico, que a gente enrola as coisas para dentro do frigorífico [película aderente] (...) forrei a cabeceira toda daquilo e ponho a minha perninha ali que eu não gosto de coisas sujas, não gosto de coisas porcas. Mas já me sinto mais aliviada porque eu já sei que está ali tudo acautelado. (...) Para não sujar. Quem é que pode ver a cama com a cabeceira suja? Isso «injoa». (...) E o que é que eu faço? Começo a enrolar aquele papel, que a gente usa para enrolar a comida.” E1 – L358-359; 361-363; 366-372

“Mas tenho uma protecção, tenho uma meia plástica que eu fiz e que enfio na perna, mas lavo da manhã, com uma pinguinha de água e detergente. Não é que esteja suja, é para ficar sempre lavadinha para tornar a por (...)” E1 – L 377-381

“Eu não me sentia bem e até, porque nessa altura, eu não tinha, quer dizer, eu tinha sempre que usar a liga, mas se estivesse muito suja em casa eu tirava, davam-me a gaze e tudo, porque eu não podia parar com o cheiro (...)” E9 – L 175-177

Pela revisão bibliográfica efectuada, pelos diversos estudos que tivemos conhecimento, bem como pelos resultados a que tivemos a oportunidade de chegar constata-se que o exsudado e o odor desagradável são vivências comuns relatadas pelas pessoas com úlceras venosas de perna crónicas.

Neste sentido é frequente o recurso a diferentes estratégias com vista a reduzir o mal-estar, o incómodo e por vezes a vergonha sentida quando as feridas se encontram exsudativas emanando cheiro desagradável.

De entre as estratégias utilizadas Hyde *et al.* (1999) identificaram, por exemplo a utilização constante de água-de-colónia ou perfume, que aplicado directamente na

superfície externa das ligaduras procurava disfarçar o cheiro, ou até mesmo a alteração do vestuário, com a substituição das saias por calças com o intuito de ocultar a visão da humidade das compressas devido à saída de exsudado. Outras estratégias utilizadas foram, à semelhança das referidas pelos participantes no nosso estudo, a substituição periódica das compressas molhadas do penso por compressas secas. Este procedimento torna-se assim habitual e até mesmo imprescindível nalguns casos dado o intenso volume de exsudado que por vezes se verifica.

Receio de sair de casa

O receio de sair de casa, devido à possibilidade da ferida estar a cheirar mal, ou do exsudado repassar o penso é referido por alguns participantes. Assim sendo, por vezes sair de casa é evitado, mas quando tal acontece as preocupações com o odor são constantes e antes surgem sempre as operações de limpeza à ferida com a substituição de compressas sujas:

“essa placa larga um cheirinho, eu tenho receio de sair, por isso eu pedi ao Enfermeiro [nome] que me desse umas compressas e que me desse aqueles rolinhos [refere-se às ligaduras], que a minha filha em casa, ela não tira a placa (...) ela tira isso tudo [compressas exteriores], desinfecta-me de roda e torna-me a ligar isso tudo para eu poder sair...” E1 – L39-43

“(...) pronto eu ainda tenho aquele receio de sair com isso sujo, eu limpo e isso tudo.” E1 – L 242-243

“Eu sentia vergonha muitas vezes de sair por causa do cheiro das pernas. Sentia muita vergonha. Tinha receio das pessoas se sentirem incomodadas devido ao cheiro que eu deitava, porque ultimamente eu deitava muito cheiro, porque a ferida era muito grande (...)” E6 – L 103-105

“Eu fazia a diligência de nunca sair para a casa de ninguém e ficava em casa, eu dizia assim: “Credo se eu vou para casa de alguém hão-de dizer que mau cheiro não é? ” Se em casa, às vezes a gente está com um cheirinho, eu não me sentia bem imagina por fora, é um caso sério.” E9 – L 18-181

Como se pode constatar e segundo alguns participantes o receio e a vergonha encontram-se presentes sempre que precisam de sair de casa. Estes sentimentos têm a sua origem no facto ou na possibilidade da ferida se encontrar a emanar odor desagradável e/ou se encontrar muito exsudativa.

Como consequência desta situação, o evitar sair de casa sempre que a ferida se encontra nestas condições é a opção muitas vezes tomada. Com esta conduta os participantes procuram reduzir ao máximo os momentos de mal-estar, preocupação e de

incómodo sentidos na interacção com os outros, podendo contudo conduzir a uma situação de maior isolamento e até mesmo de restrição da sua liberdade.

A este propósito Ebbeskog e Ekman (2001) referem que em termos globais nalguns períodos em que se possui uma úlcera venosa crónica esta representa uma perda de liberdade por uma grande variedade de razões, quer seja pela limitação dos contactos sociais que esta pode provocar, quer seja pelas alterações provocadas na auto-imagem, levando a que as pessoas queiram resguardar-se não as mostrando publicamente.

Preocupações com o contacto com os outros

As preocupações com as ocasiões sociais e com a reacção dos outros relativamente ao odor desagradável emanado pela ferida foi igualmente uma vivência relatada causadora de receio e de embaraço. O permanecer em sítios com outras pessoas, como por exemplo em casa com familiares ou numa sala de espera, ou o pressentir que os outros estão incomodados com o odor desagradável e a hipótese de estar a cheirar mal na presença de estranhos são mencionados pelos participantes, que, tal como relatado por uma participante, por vezes resolvem abandonar o local onde se encontram pela tomada de consciência do incómodo que estão a causar:

“Eu penso que as pessoas não estão olhando bem para mim, é como aquela pessoa que não se lava, que se está a desviar das pessoas, a encobrir-se não sabes? Eu penso que estou igual e eu fico enervada e dá-me nervos (...) Eu não gostava... os doutores pouco a pouco estavam a ver aqueles aparelhos, estavam pouco a pouco a ver aquilo tudo e eu julgava que estava «injoando», não sabes querido, julgava que estava «injoando». Eu tinha tomado o meu duchezinho (...) e eu dizia: “Meu Deus, eu já me lavei, mas eu estou cheirando mal, era da ferida...” E1 – L 61-64; 69-73

“Envergonhada, às vezes o doutor chegava-se ao pé de mim (...) ele descobria-me para ver o coração, porque eles têm de auscultar aquilo tudo, e eu dizia assim: “É senhora enfermeira eu estava «injoando»?” e ela dizia: “Não filha, isso agora é do teu juízo, não estás «injoando». Tu tomaste o teu duchezinho, tu tens os teus perfumes, tens o teu stick, tu estás cheirando.” E1 L – 82-87

“ (...) ou de repente se está sentada no quarto de jantar, se tem mais pessoas, aquele cheiro incomoda-me. Muitas vezes eu saio dali, porque vejo que aquele cheiro está-me incomodando, e se aquele cheiro me está incomodando a mim também está incomodando os outros, eu pego em mim e saio dali.” E4 – L 104-107

“ (...) muita vez venho aqui ao tratamento, às vezes tenho receio de estar sentada numa cadeira com outra senhora ao lado, por causa do cheiro que eu tenho na perna fico incomodada porque hão-de julgar que é uma pessoa que está cheirando mal, e no fim não sou eu, é a perna, mas

pertence-me. Eu fico incomodada sem saber onde é que me hei-de por, e tudo isso me revolta, uma pessoa fica sem saber o que é que há-de fazer?” E4 – L 110-115

Considerando a discussão realizada na subcategoria anterior Baharestani (*in* Baranoski e Ayello, 2006) complementa que algumas pessoas com feridas crónicas podem sentir-se isoladas por causa da ferida, em especial quando esta emana odor desagradável, podendo mesmo limitar os seus contactos sociais. Esta redução dos contactos sociais acontece pelo medo manifestado perante a imprevisibilidade da reacção das outras pessoas e pela hipótese de as poder estar a incomodar, bem como pelos próprios sentimentos de vergonha e embaraço sentidos face à sua situação.

Deste modo, as situações relatadas de estar numa festa em casa de amigos, ou até mesmo numa sala de espera com outras pessoas, havendo a possibilidade de se poder estar a cheirar mal é vista como uma ocasião altamente stressante e fonte de embaraço, que os participantes procuram simplesmente evitar, muitas vezes reduzindo as ocasiões de contacto com outras pessoas, quando tal é possível, permanecendo portanto isoladas. Para os participantes a reacção que as outras pessoas possam eventualmente manifestar perante o seu estado parece assumir uma importância relevante, levando alguns a manifestarem preocupações constantes e receio nas ocasiões de contacto com as mesmas.

Em suma, podemos constatar que o exsudado intenso e o odor desagradável associados às úlceras assumem uma importância e uma influência extremas no quotidiano das pessoas que possuem úlceras venosas crónicas de perna tendo implicações várias que se estendem ao domínio psicológico dos indivíduos, podendo interferir no modo como a pessoa se vê e avalia a si própria, bem como influenciar o modo como se relaciona com os outros, por condicionar o normal desempenho de papéis sociais dessas pessoas.

4 - VIVENDO ENTRE A ESPERANÇA E A DESILUSÃO FACE A UM TRATAMENTO PROLONGADO

No tema “Vivendo entre a Esperança e a desilusão face a um tratamento prolongado” foram identificadas três categorias, a saber: “Percepções face ao tratamento”, “Esperança da cura versus desesperança” e “Estruturas de suporte/ Apoio”.

Em relação às categorias “Percepções face ao tratamento” e “Estruturas de suporte/Apoio” estas encontram-se ainda subdivididas em subcategorias, sendo que em relação à primeira encontramos as que se seguem: “Alternância da sua evolução (positiva e negativa)”, “Desacordo com o tratamento proposto”, “Melhoria do seu estado”, “Duração prolongada”, “Recorrência da situação”, “Incômodo pelo desconhecimento dos outros acerca do tratamento”, “Cuidados redobrados com o membro”, “Insucesso dos tratamentos” e “Expectativas face à aplicação futura de tratamentos mais evoluídos”; e em relação à segunda as subcategorias encontradas foram: “Relação de confiança e proximidade com os profissionais de saúde”; “Apoio fornecido pela família”, “Recurso ao divino” e, por último, “Importância de uma atitude positiva”.

Para uma maior facilidade de apreensão do total de categorias e subcategorias relativas a este tema, as mesmas encontram-se representadas esquematicamente na figura 6:

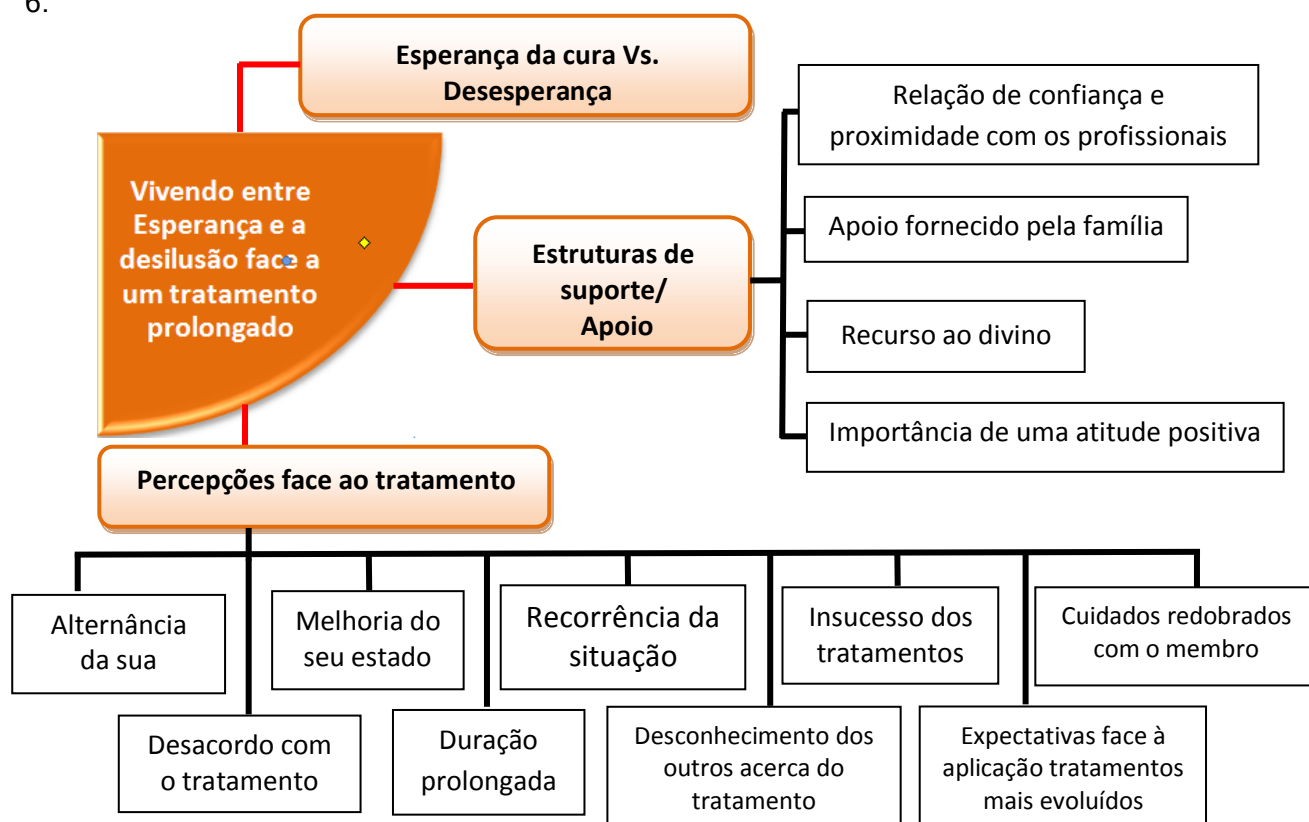


Figura 6 – Representação esquemática do tema “Vivendo entre a esperança e a desilusão face a um tratamento prolongado ”

PERCEPÇÕES FACE AO TRATAMENTO

A partir da análise das entrevistas muitas foram as vivências comunicadas relativamente ao processo de tratamento no geral e aos tratamentos aplicados em particular. Várias foram as percepções¹³ manifestadas face ao tratamento, as quais seguidamente se apresentam e discutem.

Alternância da sua evolução (positiva e negativa)

A percepção de haver uma alternância na evolução do tratamento foi uma vivência relatada. Alguns participantes constataam o facto de existir uma instabilidade no processo de cura da ferida, havendo alternadamente fases em que este se encontra a evoluir positivamente (“está a fechar”) e outras em que regride (“tornar a abrir mais”), contra todas as expectativas. Os participantes revelam viver frequentemente num misto de contentamento e tristeza: contentamento, quando percebem a melhoria da ferida, desilusão quando esta regride, não fecha e volta a aumentar de tamanho defraudando as expectativas de cura nela depositadas:

“ E depois, uma pessoa... tem dias que: “Está bom, sim senhor”, tem outros que: “Está amarelo, a ferida.” (...) A gente fica tristes, num dia estamos contentes porque está melhor, está boa, noutro dia a senhora enfermeira diz: “Ah, isto está amarelo”, e a gente fica tristes. E a gente vai levando este dia-a-dia...” E3 – L9-10; 12-14

“É assim, há dias bons, dias maus. Uns dizem que a ferida está muito boa, noutro dia ficamos esmorecidas, porque está assim, está assado, está infectado, e a gente diz assim: “Isso nunca mais fecha!”” E3 – L 97-99

“É uma pessoa pensar que vai ficar boa, de repente uma pessoa julga que a ferida vai fechar e em vez de fechar torna outra vez a abrir mais (...)” E4 – L 30-31

“Há coisa de uma mês atrás eu estava tão contente porque só faltava um pouco para fechar, já a seguir quando eu vim ao outro tratamento, em vez de fechar tornou para trás um bocado. Quando a gente julga que vai fechar ela volta para trás.” E4 – L 49-52

Chase *et al.* (1997) referem que comentários do género: “as feridas estavam a ficar melhores durante um tempo, mas voltaram a ficar piores outra vez” são episódios frequentes nas pessoas que possuem úlceras venosas. Assim, associado à presença e ao

¹³ Para Stratton e Hayes (1997), a percepção é “um processo pelo qual analisamos e atribuímos significado às informações sensoriais que recebemos” (p.171). Sillamy (1998) refere, ainda, que a percepção é uma interpretação que envolve toda a personalidade que se refere a um quadro de referência particular elaborado a partir da nossa experiência pessoal e social.

tratamento de uma úlcera venosa encontra-se sempre presente uma certa dose de incerteza que impossibilita as pessoas de saber, não só quando é que a ferida irá cicatrizar, mas também se o tratamento irá evoluir sempre positivamente, sem retrocessos.

Neste contexto, a garantia de que o processo de cura está a decorrer positivamente torna-se difícil de assumir, em virtude de facilmente o decurso de uma fase positiva, com redução do tamanho da ferida, poder ser interrompido, havendo um retrocesso em todo esse processo.

Esta sensação de incerteza face à evolução do tratamento é responsável pelo facto dos participantes viverem constantemente em estados opostos de: contentamento/tristeza e de esperança /descrença, o que se pode traduzir num processo emocionalmente desgastante.

Desacordo com o tratamento proposto

Outra percepção evidenciada face ao tratamento foi a manifestação de desacordo, relativamente ao tratamento que se encontrava a ser aplicado, posição esta baseada na percepção empírica de uma participante de que o produto aplicado não era o mais adequado à sua situação.

Por vezes, surgem dúvidas sobre a adequação do tipo de tratamento, nalguns casos extensíveis às técnicas utilizadas e até mesmo ao conhecimento que o profissional que executa o tratamento possui:

“Eu não me dou com soro, o soro está me alastrando o mal disso, o soro seca e no secar «sarrafa» a pele. Mas aqui [refere-se à Unidade de Saúde onde realiza o tratamento] disseram que era com soro (...) Eu nunca disse que não a ninguém, eu fui sempre...” E1 – L 9-13

“Mas por vezes ficamos assim: será que o tratamento que nos está sendo aplicado está sendo o mais adequado? Será que não havia uma outra técnica, uma outra solução que outro técnico de saúde saberia aplicar melhor?” E2 – L 184-186

O desenvolvimento da convicção de que o tratamento aplicado não é o mais adequado no seu caso particular foi manifestado por uma participante. Estamos convictos de que, em parte, estas percepções são desenvolvidas não tendo em consideração critérios científicos, sendo antes baseadas na experiência pessoal das pessoas, provavelmente, na sua longa rotina de troca de curativos, bem como do facto de já terem experimentado uma grande multiplicidade de produtos para o tratamento das feridas. Contudo, e baseados na nossa experiência profissional por vezes alguns tratamentos são rejeitados ou não aceites

como adequados, tão só pelo nível de dor que provocam e não pelos resultados práticos que se registam com a sua utilização.

No caso de outro participante para além da adequação do próprio tratamento ser questionada, surgem ainda interrogações em relação à possibilidade de serem aplicadas outras técnicas por outros profissionais que, ao serem postas em prática permitissem um resultado mais eficaz.

Hyde *et al.* (1999) referem que face às suposições, assumpções e auto-conhecimento demonstrados pelas pessoas acerca da sua condição de saúde, torna-se importante para os profissionais de saúde terem em consideração as mesmas quando interagem ao longo do processo de tratamento com as pessoas, respondendo e integrando adequadamente as suas observações e desmitificando, eventuais, ideias erróneas e falsas crenças que possam existir.

Pensamos que as dúvidas e os sentimentos de desacordo em relação a alguns aspectos do tratamento acabam por se constituir como um situação compreensível e até legítima. De facto, se reflectirmos no facto de as pessoas com feridas crónicas se encontrarem a realizar um tratamento prolongado, permanecendo apesar disso e em alguns casos com a ferida sem evidência de uma evolução positiva significativa, registando-se até por vezes regressão, compreendemos a título pessoal as renitências e as vivências apresentadas pelos participantes.

Melhoria do seu estado

A percepção da melhoria do seu estado foi outra vivência manifestada pelos participantes no estudo. A presença de alguns sinais como a ausência de dor e a presença de prurido à volta da ferida são interpretados como evidências dessa melhoria:

“Desde que me colocaram, já há quase um ano, essa placa (...) é que isso começou a melhorar, muito lentamente, muito devagar, muito lentamente, mas agora estou vendo resultados (...)” E1 – L 19-22

“Mas agora estou um pouco mais satisfeita por outro lado, porque eu já estou vendo umas melhoras.” E1 – L 245-246

“ (...) já estou vendo que vou ficar normal, não sabes? Vai ficar com uma costura, vai ficar um bocadinho negro, mas eu já tinha a perna negra das erisipelas, mas pelo menos não tem essa ferida.” E1 – L 248-250

“ (...) já não tenho tanta dor. Já estou sentindo mais comichão de roda... está curando, está curando já a pele, já não está tanto como estava. Já estou mais satisfeita neste ponto, porque vai para melhor e já não vai para pior, e três anos antes e estava vendo que ia para pior e não para melhor.” E1 – L 256-259

“Graça a Deus, agora, digo que estou melhor do que o que já estive aqui para trás (...)” E3 – L 159-160

“ (...) agora eu sei como é que me sinto. Sinto-me muito melhor, por exemplo eu estou aqui, se fosse antes, eu já tinha saído daqui para fora, isso já estava a arder-me, umas dores, umas dores insuportáveis (...)” E5 – L 227-232

“ (...) vê-se que é um fechar direito, porque há um fechar falso e aquele é um fechar que vê-se mesmo que está cicatrizando, a pelinha dali está muito saturada, por estar sempre ligada, mas está fechado devagarinho. E9 – L 21-23

“ (...) é isso que eu estou a dizer ao senhor enfermeiro, estou boa, sem dores, que é o principal, muito boa, o tratamento vai indo bem (...)” E9 – L 166-168

Nalguns casos, essa percepção de melhorias é confirmada pelos profissionais de saúde encarregues da realização do tratamento:

“ (...) Eles [os enfermeiros] veêm que a ferida está boa, que não está branca. E eu sinto-me mais satisfeito, pois já se sabe, se estão fazendo tratamento e se dão uma má notícia à pessoa, a pessoa não fica satisfeita, mas se der uma boa notícia anima. (...) Ajuda, como é... a pessoa fica mais satisfeita, com mais esperança, E5 – L 134-138;140

“ (...) como eu estou vendo melhoras já estou mais contente. Eu pergunto aos enfermeiros: “Os Senhores que é que acham?”; O que é que acham?” E eles dizem: “Está muito bom”. E9 – L 31-33

Como se pode verificar alguns participantes comunicaram as suas percepções acerca da evolução positiva do tratamento que se encontravam a realizar. Esta percepção sentida da melhoria da sua ferida e do seu estado geral surge por um lado baseada em pequenas evidências que lhes são dadas a perceber e que as pessoas inferem como sendo indicadores de uma cura próxima. De entre elas encontram-se, tal como referido, a presença de prurido na região circundante da ferida, bem como a redução/ausência de dor.

Os participantes manifestam igualmente a ideia de que as melhorias vão ocorrendo de um modo progressivo, embora seja um processo lento que vai ocorrendo “devagarinho”.

Noutras situações são os próprios profissionais de saúde que confirmam as percepções de melhorias sentidas pelas pessoas, sendo essa confirmação despoletadora de sentimentos de felicidade e contentamento, induzindo uma sensação aumentada de esperança da cicatrização da ferida.

Deste modo, o *feedback* e o reforço positivo transmitido pelos profissionais encarregues do tratamento, neste caso os enfermeiros, na presença de sinais positivos e

realistas de evolução do processo de cura, contribui para a manutenção da esperança e para o desenvolvimento de uma sensação de felicidade, bem como um incentivo adicional que permite as pessoas manterem-se concentradas no seu objectivo principal de recuperação.

Duração prolongada

A percepção do processo de tratamento ser prolongado no tempo é outro facto constatado por alguns participantes. Esta situação é, por vezes, considerada com algum desalento e com um sentimento de alguma saturação face a este processo moroso e à possibilidade do seu término: “mas quando é esse dia?”.

Para uma participante esta duração prolongada é sentida como algo habitual pelo facto da presença de feridas ser já recorrente e de já ter tido, inclusivamente, uma ferida anterior em fase de tratamento durante cerca de treze anos:

“Eu disse: “É [nome do filho] já vão três anos.” E1 – L 120-121

“É muito tempo, é muito tempo, muito tempo (...) É muito tempo. Três anos a sofrer e três meses, (...)” E1 – L 157-158

“ (...) e eu dizia: “Eu sei que um dia eu hei-de fazer, mas quando é este dia?”, eu respondia às vezes assim, quando é esse dia que eu vou fazer isso. Ela dizia: “Óh, isso há-de melhorar.” Há de melhorar, passou-se anos e anos e anos e estamos sempre nisso.” E3 – L 156-159

“É porque são muitos anos, são cinco anos [refere-se ao tempo de tratamento actual], e eu já tive uma com treze anos, agora está fechadinha um bocadinho. Já estou habituada a estas coisas, eu comecei com estes problemas devia ter uns quarenta anos.” E3 – L 193-195

“ (...) elas deram-me parabéns (...) os gajos até bateram palmas, há já quase um ano (...) até agora!” E5 – L 44-48

“ (...) agora o enfermeiro disse: “senhora, isso para a semana, essa daqui está boa”. “Não será para o Carnaval?”- eu é que disse, porque eu já estou tão habituada a esperar.” E10 – L 81-82

A duração prolongada do tratamento é sentida com um certo pesar pelos participantes. A sua morosidade, que no caso de uma participante já atinge os cinco anos, chega a conduzir quase a uma certa resignação perante aquela que parece ser uma inevitabilidade: “já estou tão habituada a esperar.”

Deste modo e tal como refere Baharestani (*in* Baranoski e Ayello, 2006) a impossibilidade de se prever um tempo estimado de cicatrização é sentido como uma

preocupação e uma queixa comuns manifestadas pelas pessoas, podendo induzir o aumento de estados de frustração e depressão.

Neste contexto, Chase *et al.* (1997) referem que as pessoas possuidoras de úlceras venosas desenvolvem frequentemente um sentimento de resignação acerca do processo de cicatrização ser lento, bem como em relação à forte possibilidade de recorrência das feridas.

Recorrência da situação

Outra percepção emergente face ao tratamento é a do seu carácter recorrente, dada a probabilidade de recidiva que as afecções venosas comportam. A presença da condição e consequentemente o seu tratamento acabam por ser considerados como episódios frequentes que aparecem e desaparecem ao longo do tempo, ao longo dos anos:

“ Existe uma alternância cíclica, eu tenho reparado, não sei se erroneamente, que estes espaços e estes intervalos, por vezes, os intervalos mais longos vão quase a dois anos sem qualquer recidivas da doença. Este período umas vezes é mais curto e outras vezes é mais longo, mas o período máximo que eu tive até agora situa-se à volta de 24 meses, que eu estive sem fazer tratamento, até voltar a aparecer novamente a ulceração.” E2 – L 147-151

“ (...) infelizmente tenho tido feridas bastante grandes, estou dois, três meses tratando da ferida, depois está um mês, um mês e meio sem ferida, e torna a abrir na mesma distância.” E6 – L 25-27

“De resto, eu já vivo com esta ferida há bastantes anos, estou sempre preparada para a nova ferida que abrir.” E6 – L 149-150

“Quando elas fechavam sentia-me satisfeita, mas voltavam a abrir. Estava às vezes uma semana duas, e às vezes cinco semanas, às vezes durava mês e meio e depois voltava a abrir.” E6 – L 154-156

“Já são muitos anos, e cada vez que ela abre, cada vez ela abre maior.” E6 – L 176-178

“ (...) a verdade é essa. O que é que eu hei-de pensar senhor enfermeiro? Eu digo tanta vez: “Ai meu Deus isso é achaque para a minha vida.” E6 – L 181-182

Em conformidade com o apresentado no enquadramento teórico, e sendo o fenómeno em estudo uma situação crónica, a recorrência da condição é uma realidade desconcertante com que alguns participantes têm que lidar.

Jones *et al.* (2006) alertam para o facto de aproximadamente 20% das úlceras crónicas de perna não poderem ser curadas de um modo permanente, levando a que as

peçoas entrem num ciclo constante de “ulceração”, cicatrização e novamente “reulceração”.

De facto, isto mesmo pode ser corroborado pelas unidades de registo do discurso dos participantes apresentadas, assim como pela própria evidência de metade dos participantes do estudo possuírem história de recorrência de ulcerações.

Relativamente a este tópicó, a título ilustrativo, Valencia *et al.* (2001) fazem referência a um estudo desenvolvido numa população sueca onde foram identificadas 827 pessoas com úlceras venosas crónicas de perna e da qual foi extraída e estudada um amostra de 382. Neste estudo os autores chegaram à conclusão de que 72% das pessoas tratadas apresentava recorrência (no sentido de reincidência) da situação. Este facto aliado à evidência de mais de metade dos participantes ter mantido as feridas por mais de um ano ajudou a justificar a elevada prevalência da doença venosa naquela população.

Chase *et al.* (1997) chegaram à conclusão de que o resultado prático da cicatrização de uma úlcera de perna não é semelhante ao de uma ferida cirúrgica, isto porque, apesar da úlcera actual ter cicatrizado o problema de base que a originou subsiste: insuficiência venosa. Assim, as pessoas com úlceras venosas vivem na constante incerteza da recorrência da ulceração, tornando o processo de cura de uma ferida como nunca totalmente acabado.

Deste modo, estamos convictos de que um esforço adicional deverá ser feito no sentido de proporcionar às pessoas que vivem com feridas crónicas de perna apoio e orientação no sentido de poderem identificar os aspectos problemáticos e realizar os necessários ajustamentos que as auxiliem na sua vida quotidiana a controlar e minimizar o impacto que a ferida comporta, em vez de serem levadas a acreditar, tal como referem Jones *et al.*, (2006) no facto que poderá ser erróneo de que o seu problema de saúde ficará em breve resolvido e de uma forma definitiva.

Incómodo pelo desconhecimento dos outros em relação ao tratamento

O incómodo sentido por alguns participantes face ao desconhecimento por parte de outros relativamente ao tratamento que estavam a realizar e a alguns aspectos associados à presença da condição foi, igualmente, verbalizado. Os participantes revelaram-se incomodados pela constante “pressão” a que estavam sujeitos sempre que outras pessoas lhes perguntavam pela evolução da ferida e se mostravam quase incrédulos pela sua não cicatrização atendendo ao tempo prolongado de tratamento, sem que os participantes lhes pudessem dar notícias de uma evolução favorável da mesma.

Assim, a incompreensão dos outros pela não cicatrização da ferida e o seu desconhecimento das características particulares que o processo de cicatrização de uma úlcera venosa implica, geravam mal-estar em alguns participantes, levando a que se sentissem até envergonhados:

“E depois: “Éh mulher, ainda tens esta ferida?” Eu dizia: “Ih meus Deus. É mulher tenho, isso é com tempo”. Às vezes eu respondia assim: “Uma coisa com pressa, não presta. Se isso for curado com pressa isso vai rebentar. Leva tempo, mas o tempo que levar, fica bem curado”. Eu respondia assim, já envergonhada. E elas ainda perguntam, às vezes dizem assim: “Éh mulher, ainda tens esses panos, ainda tens isso?” E1 – L 331-335

“Depois: “Éh mulher ainda tem isso? Éh mulher ainda tens aquilo?” Elas fazem logo um espanto (...) Incomoda-me, essas coisas assim, incomoda-me, incomoda-me muito.” E1 – L 351;353

“(...) às vezes eu dizia ao meu homem assim: “Nosso Senhor enganou-se na pessoa, não se enganou na casa, mas enganou-se na pessoa”. Ele às vezes dizia assim: “Eh mulher mas estas mulheres todas se queixam assim?”. E eu assim: “Eh homem, tu dormes comigo, e os maridos delas dormem com elas. Pergunta a eles, não és amigo deles?” E6 – L 145-150

“(...) e então às vezes as pessoas perguntavam: “Então, como é que estás, ainda não estás melhor?” Eu por acaso não me sentia bem, porque as pessoas às vezes não sabem o problema que a gente tem e fazem uma coisa muito fácil e julgam que isso é uma coisa simples, e às vezes eu explicava: “não querida, isso não é assim tão fácil”. E9 – L 46-49

“(...) eu dizia explicava a algumas mas eu não me sentia bem porque eu já tinha receio de falar nisso (...) porque elas diziam assim: “Ai credo, mas estás levando tanto tempo com aquela ferida (...)” E9 – L 57-58

“(...) e não me sentia muito bem muitas vezes, agora já sei falar com elas [as pessoas que perguntam do seu estado] já expliquei melhor a elas, a dizer que não é uma ferida tão fácil, assim nisso, nesse sentido. Porque elas às vezes: “Ai mulher, ao tempo que tu já tens essa ferida e ainda não está melhor”, e eu dizia: “Querida, não está melhor, mas também não está pior” E9 – L 118-122

“(...) e isso incomodava-me e eu achava que eram pessoas que não estavam dentro dos assuntos, muitos não compreendiam, porque não sabem a gravidade da doença, e então às vezes eu tentava explicar a algumas e a partir daí, então, é que elas começavam a ver que realmente isso é uma doença demorada”. E9 – L 127-130

Pela leitura dos segmentos de texto apresentados constata-se que a falta de conhecimento evidenciada face às particularidades e especificidades do tratamento de uma úlcera venosa é fonte de um sentimento de incómodo e mal-estar para aqueles que as possuem.

A ignorância das outras pessoas relativamente à patologia que se encontra subjacente ao surgimento da úlcera venosa, acreditamos que poderá levá-los a considerar este tipo de ferida como semelhante a um qualquer ferimento agudo, cujo processo de cura ocorre muito mais rapidamente.

Este efeito de “questionamento” frequente dos outros, no sentido de procurarem saber do estado de evolução da ferida, e a sua reacção de incredulidade e surpresa por saberem que o tratamento da mesma se prolonga assume-se como uma enorme fonte de pressão para os participantes, além do mais vinda de pessoas lhes são significativas e próximas. Como consequência desenvolvem-se sentimentos de embaraço, incómodo e mal-estar.

Cuidados redobrados com o membro

A percepção dos cuidados a adoptar com a finalidade de prevenir o agravamento da ferida foi também referida pelos participantes, como um aspecto associado ao tratamento. A atenção constante e os cuidados redobrados com o membro afectado são aspectos presentes na vida quotidiana destas pessoas:

“ (...) é andar sempre com muito cuidado para ninguém me tocar na perninha, evitar pegar em pesos (...)” E9 – L 109-110

“ (...) evito pegar em pesos. Eu não pego numa garrafa de gás, não pego em nada disso porque eu tenho medo que me pise.” E10 – L 9-10

“A vida em casa é com muito cuidado. Tenho uma neta com cinco anos e eu estou sempre com cuidado ela não me pise.” E10 – L 19-20

“Por exemplo eu fui agora para as Furnas no dia de Natal, é sempre com tanto cuidado, não vão me pisar.” E10 – L 40-41

“Eu vou estar sempre com muito cuidado, porque isto é uma pele muito sensível.” E10 – L 135-136

A resultados semelhantes aos encontrados chegaram Hyde *et al.* (1999) no estudo que conduziram, designadamente ao facto dos participantes verbalizarem o seu esforço contínuo que realizavam para manter a integridade dos membros e/ou prevenir o dano adicional do membro lesionado.

De facto, tanto para os participantes do referido estudo como para os que colaboraram no nosso, a mínima lesão ou traumatismo nos membros inferiores poderá representar o surgimento de uma nova úlcera, bem como o agravamento da já existente dadas as alterações fisiopatológicas que se encontram normalmente presentes nas

pessoas, cujo sistema circulatório venoso (superficial ou profundo) se encontre comprometido.

Os participantes mantêm assim um estado de alerta e de atenção constante que os faz ter sempre em consideração e ponderar toda e qualquer acção que tomam, assumindo uma atitude defensiva de protecção do membro afectado.

Insucesso dos tratamentos

Outra percepção emergente foi a do insucesso dos tratamentos aplicados. A experiência de serem utilizados variados tratamentos com material de penso diverso e com diferentes princípios activos, e destes não serem eficazes é referida pelos participantes, bem como o facto dos tratamentos serem regularmente alterados, com a aplicação de diferentes produtos de utilização tópica, sem que sintam benefício prático ao nível da melhoria da ferida:

“ (...) acertaram com essa placa, botaram várias e nenhuma acertou (...) Muitas placas, umas três ou quatro. Estas não deram resultado.” E1 – L 423-424

“Relativamente aos tratamentos, é mil e uma coisa e não dá nada. Eu já tenho posto aqui muita coisa: placas, pomadas, é senhor, tanto! E não dá certo.” E3 – L 102-103

“ (...) eu já pôs estas qualidades todas [refere-se às placas] e nada de melhorar. Eu disse que não há médico nenhum que me dá cura a isso. Porque eu vou a um, dá-me um tratamento, vou a outro, passa-me outro tratamento e vamos sempre nisso, e nunca melhora. A gente faz tantos tratamentos e no fim não vê lucro nenhum.” E3 – L 105-108

“ (...) uma vez é um tratamento, outra vez é outro e uma pessoa vê a perna piorar.” E4 – L 32

“ (...) eu já fui operada à perna para fazer um enxerto de pele, mas não pegou, não resultou, ficou tudo na mesma outra vez...” E4 – L 83-84

“ (...) apesar de ter a ferida... devido à penicilina, à tal coisa, isso tem ajudado um bocado, mas não tem tido solução. Não tem tido um grande avanço, mas também não tem tido a redução que eu gostava que tivesse.” E7 – L 52-54

“ (...) mas pronto ia sempre fazendo esses tratamentos, ia lá vinha cá, tinha sempre um tratamento belíssimo, mas nunca melhorava e eu já me sentia mesmo saturada.” E9 – L 9-11

O insucesso dos tratamentos não se circunscreve somente aos aplicados topicamente, estendendo-se, igualmente, aos de natureza cirúrgica:

“ (...) duas operações que fiz no dia dez e no dia vinte. (...) Quando fui fazer o enxerto tinha esperança que ficava boa, porque o médico tinha-me dito (...) ele disse que tinha de fazer o enxerto para poder curar, não curei...” E8 – L 77-82

“ (...) fui operada, depois da operação fiquei muito boa e eu reagi muito bem, a feridinha quase fechada (...) pronto ela ficou boa na altura depois da operação ela foi fechando devagarinho, mas depois aquela pelinha tornou a sair, nunca chegou a fechar.” E9 – L 16-20

O receio sobre a possibilidade de insucesso do tratamento cirúrgico, nomeadamente o facto deste não ser eficaz e poder eventualmente trazer complicações, foi também verbalizado por uma participante que decidiu não ser operada:

“ (...) já tive consulta com o médico, ele queria que eu fosse operada, esperei quatro anos pela consulta para ser operada, mas optei por não ser operada porque tenho tido muitas pessoas que têm dito que a operação tem sido um erro. Muitas dizem que é bom, outras dizem que é um erro. Tenho uma familiar que já foi operada três vezes, e ainda de vez em quando, abre-lhe uma ferida, de maneira que eu fiquei com medo, tive medo que a operação desse para o torto.” E6 – L 13-18

O insucesso repetido de vários tratamentos aplicados é uma percepção referida, levando a que os participantes se mostrem algo cansados, saturados e descrentes na sua cura. Isto mesmo pode ser inferido quando estes se referem à utilização de uma multiplicidade de pensos e de outros produtos tópicos, aplicados quer por médicos quer por enfermeiros e sem que haja uma resolução do seu problema. Estamos convictos de que vários factores podem contribuir para tal facto, entre eles os aspectos ligados à condição fisiológica do doente, bem como à influência exercida pela presença de outras patologias concomitantes e ainda os factores relacionados com a adequação dos tratamentos aplicados e com a possibilidade de acesso a terapias complementares, não disponíveis para todos.

A título de exemplo referimo-nos ao trabalho realizado por Bergqvist, Lindholm e Nelzén (1999) num estudo efectuado em três regiões da Suécia identificaram a existência de 113 tipos diferentes de tratamentos locais aplicados no tratamento de úlceras de perna. Para os autores este é apenas um aspecto que reflecte o interesse secundário que tem sido tradicionalmente demonstrado pelos profissionais de saúde no tratamento de tipo de úlceras, apesar de os autores defenderem que, à altura, havia suficiente conhecimento disponível para se definirem modelos de tratamento adequados e uniformizados de actuação de acordo com a evidência científica.

Actualmente, e fruto da intensa investigação que se encontra a ser operada (quer a nível de material de penso a aplicar quer a nível do desenvolvimento de terapias

adjuvantes) é possível serem encontradas normas internacionais (definidas por organizações competentes) e nacionais (definidas institucionalmente no contexto de cada país) corporalizadas sob a forma de guias de boa prática, manuais e protocolos de actuação (*guidelines*) no domínio do tratamento das úlceras venosas, que se constituem como um recurso valioso e devem orientar a actuação dos profissionais de saúde.

Neste sentido, Walshe (1995) considera ser fundamental que os profissionais de saúde se mantenham actualizados em relação à evolução no que concerne ao tratamento das úlceras de perna, a fim de não defraudarem as expectativas, bem como a própria esperança no tratamento, por parte das pessoas de quem cuidam.

Expectativas face à aplicação futura de tratamentos mais evoluídos

A tomada de conhecimento da existência de tratamentos para aplicação nas feridas de origem venosa tecnologicamente mais evoluídos faz com que um participante desenvolva expectativas de que estes tratamentos, disponíveis apenas num nicho de países, possam vir um dia a ser aplicados na sua realidade de cuidados e no sistema de saúde a que tem acesso:

“Mas há outras formas de tratamento no exterior, que eu já tomei conhecimento, via Internet ou outro programa de televisão (...) Também sei, tomei conhecimento, que existem outras formas de tratamento, não só no Brasil, como em alguns países, na nossa vizinha Espanha e em alguns outros países da Europa, como a França e o Luxemburgo (...) Com uma esperança que mais cedo ou mais tarde isso venha a ser aplicado no nosso país e mais em concreto na nossa Região, à qual pertença e é aqui que faço os meus tratamentos.” E2 – L 109-124; 126-128

Constata-se, deste modo, a manutenção da esperança de que modalidades de tratamento mais diversificadas e mais evoluídas, actualmente inacessíveis às pessoas no actual contexto de saúde nacional no qual se inserem, possam vir a ser implementadas e, deste modo, poderem constituir-se como uma alternativa às existentes. Esta esperança pode ser entendida como uma via que permite ao participante continuar a acreditar não só que a cura da sua ferida seja possível, mas também que a alteração de saúde que se encontra na sua base (insuficiência/incompetência venosa) também seja.

ESPERANÇA DA CURA VERSUS DESESPERANÇA

É percebida uma alternância entre períodos em que os participantes depositam uma forte esperança na cura, com outros períodos em que esta mesma esperança se desvanece, chegando mesmo quase a ser perdida:

“Triste, porque eu estava vendo que não tinha melhoras, eu estava ver que já há três anos a tratar e não estava vendo melhoras.” E1 – L 323-325

“ (...) porque eu julgo que não fecha, que a ferida não vai fechar, outras vezes eu penso que, ela está bem e que vai fechar (...)” E3 – L 16-17

“Uma pessoa fica revoltada porque não vê melhoras, entra ano, sai ano e é sempre o mesmo e mais forte. (...) Aos anos que eu já tenho isto eu julgo que vou ter isso para o resto da vida. Ao anos que eu já tenho isso? Eu já não consigo ter esperança.” E4 – L 52-53; 55-56

“Às vezes eu sinto uma desilusão e penso que eu nunca mais vou ficar melhor.” E8 – L 25

“Outros dias, outras vezes eu digo: “Eu acho que nunca mais melhoro.” Porque essa ferida da maneira como está nunca mais melhora, não fica nem melhor nem pior.” E8 – L 55-57

“Eu tive uma estação que perdi a esperança. Porque há pessoas que diziam: “ah eu levo quatro, cinco anos”, outras seis, sete anos depois está uns meses fechadas e depois torna a abrir.” E10 – L 133-135

O receio desenvolvido da ferida não cicatrizar, estando pelo contrário, a aumentar de dimensões traduz essa perda de esperança na cura:

“Eu pensava que ela não ia cicatrizar, porque cada vez ela [a ferida] estava maior...” E1 – L 32-33

“ (...) isso estava sempre a crescer, essa coisa sempre a crescer, a ver uma coisa todos os dias a tratar e cada vez maior (...) os enfermeiros todos, eu ia lá baixo ao posto clínico tudo se arrepiava: “Epá, que ferida de grande” E1 – L 215-218

“Pensava que eu não havia de ter cura (...) ainda o ano passado eu dizia tanta vez em casa: “[Nome da filha], mamã não vai ter cura disso.” “Ah mamã, porque é?” “É porque isso está cada vez maior”. Isso chegou-me ao tornozelo.” E1 – L 225-227

Em outros momentos a esperança é recuperada paulatinamente, saindo-se de um período de maior negatividade para outro, em que os participantes voltam a acreditar que a cura é possível e que irão recuperar, baseando-se essencialmente nas evidências percebidas da melhoria do seu estado (redução das dimensões da ferida):

“Agora penso que eu estou vendo já cura nele. Espero ter cura, que eu já vejo isso mais pequenino (...)” E1 – L 228-229

“Eu não via esperança nenhuma nisso! Há três anos atrás, eu não via esperança. Agora, seja em louvor de nosso Senhor, é que eu estou vendo um esperança, já há sete meses para cá, há sete meses está curando isso. Tenho esperança que vou melhorar.” E1 – L 270-272

“Tenho mais esperança, estou mais alegre um bocadinho (...)” E1 – L255

“Tenho outras esperanças, estou vendo que isso já está melhorando mais (...)” E1 – L 396

“Já estou vendo outra esperança que não via.” E1 – L 422-423

“Eu tenho essa esperança, tenho, não é hoje nem amanhã mas um dia.” E3 – L 41

“Tenho essa esperança. E um dia que isso aconteça, eu nem sei... eu já disse à Sra. Enfermeira, eu acendo um bombão [fogo de artifício].” E3 – L 192-193

“É a tal coisa, um fulano sempre com esperanças, mas graças a Deus agora, estou... estou, quer dizer, estou a caminho... é como um fulano que vai, já por um, no bom caminho (...)” E5 – L 40-42

“É, fico desiludida. É porque eu venho ao tratamento na esperança de ver se está melhor, chego está na mesma, fico um bocadinho desiludida, mas depois vai passando, e vem outra vez a esperança no tratamento.” E8 – L 69-71

“Eu estou sempre à espera do tratamento, “vamos lá ver se amanhã está melhor”, para ver se está melhor. Mas acho que tenho de me habituar a isto, porque se isso tivesse que melhorar já tinha melhorado, penso eu. Mas, também, os senhores enfermeiros dizem que isto leva muito tempo com uma ferida, muito tempo. Quando eles me dizem isso eu fico conformada.” E8 – L 90-94

“Eu tenho esperança porque ela está fechando, sem comparação, está muito boa.” E9 – L 33-34

Como se pode constatar a esperança é sentida como algo que flutua por níveis, com altos e baixos, ou seja, existem fases em que os participantes acreditam mais na cura (em que sentem mais esperança) e outros em que a cura parece mais distante (a esperança encontra-se diminuída), levando a que por momentos quase se perca e se sinta que a ferida não terá cura.

Ter esperança no tratamento e assumir um pensamento positivo face a todo este processo são entendidos por uma participante como algo importante para que a melhoria do seu estado aconteça e a cura da ferida seja uma realidade:

“A esperança ajuda muito, é (...) a viver, naquela esperança de ter melhores.” E10 – L 84;86

“ (...) porque elas [as feridas] tinham meses que estavam uma coisa séria e isso não estava só com tantas dores, como estava sempre com tanta porcaria. Eu nunca tive furos, as minhas sempre foram superficiais, mas elas ficavam todas largas. Eu ficava com as esperanças perdidas. E

depois quando eu via isso mais ou menos eu guerrei-me, vai se ver... teve uma pessoa que me disse: “deve-se sempre ter uma esperança, nunca se pensa o pior.” E10 – L 138-142

A esperança de uma cura definitiva sem recidivas e de um tratamento mais rápido e mais eficaz é uma variante da esperança que dois participantes possuem. Esta esperança, isto é, a de uma cura total e duradoura, se fosse possível afastar o “fantasma” da probabilidade de recorrência, é pressentida como um objectivo último a ser alcançado, porventura o mais desejado por todos aqueles que com este tipo de feridas têm de conviver:

“ (...) e eu prefiro levar agora mais um tempo, preferia até levar mais um ano, que eu não me importo, mas também quando curar seja de vez, seja de vez, não esteja sempre a arrebentar.” E1 – L 406-408

“Viver com uma ferida, é um viver doloroso, mas sempre com esperança, que um dia haverá uma solução em definitivo para os nossos problemas. (...) Mas essa esperança em todo o doente, penso que não sou diferente dos outros, temos sempre a esperança de arranjarmos uma solução para o nosso problema ou que surja uma solução para os nossos problemas e que em definitivo fiquem resolvidos” E2 – L 70-80

“A esperança de cura e dum tratamento mais rápido, mais eficaz e em definitivo (...)” E2 – L 110

Procurando realizar um comentário geral em relação ao grupo de vivências relatadas nesta última categoria apresentada verifica-se que a esperança em relação à cura da ferida traduz-se num estado dinâmico em que os participantes se encontram posicionados entre pólos antagónicos, ou seja, vão deambulando entre os extremos da *esperança* e da *desesperança*. Para os níveis de esperança sentidos pelos participantes em cada fase do processo de tratamento concorrem diversos factores, como por exemplo a evolução inconstante do processo de cicatrização, com constantes avanços e retrocessos do estado de evolução da úlcera: o aumento ou diminuição das dimensões da ferida, a presença ou ausência de sinais de infecção, o aumento ou diminuição da dor sentida etc.

As vivências relatadas em relação à esperança de cura futura foram semelhantes às encontradas no estudo de Ebbeskog e Ekman (2001) designadamente o facto da esperança da cura da ferida se encontrar sempre presente, de uma forma mais ou menos intensa, mas nunca chegando a ser totalmente perdida, apesar do processo de cura lento e longo.

Por sua vez, Yamada (2001) citando um estudo fenomenológico com pessoas com feridas crónicas realizado por Neil e Munjas (2000) apresenta como umas das conclusões

do mesmo o facto dos sentimentos de esperança na cura expressos pelos participantes diminuir à medida que o tempo de cronicidade das feridas vai aumentando.

Por vezes é evidenciada uma expectativa pelos participantes aquando da realização da troca do penso, expectativa por eles sentida em relação à avaliação do estado da ferida e sobretudo de que esta seja positiva, sendo que em algumas situações são frequentes as desilusões pela não evolução da mesma, pela sua estagnação ou retrocesso, que obrigam a uma nova reorganização e a uma recuperação da esperança, tal como é atestado por uma participante: “ (...) *fico um bocadinho desiludida, mas depois vai passando, e vem outra vez a esperança no tratamento*”.

Tal como Ebbeskog e Ekman (2001) constataram no estudo que desenvolveram sobre as experiências dos idosos com úlceras crónicas de perna e citando o discurso de um dos intervenientes no referido estudo: “*A esperança é sempre algo vivo. Nós não temos esperança, nós vivemos nela*” (p. 240).

O reconhecimento da importância da manutenção da esperança, bem como do pensamento positivo face à evolução favorável do processo de tratamento é outro aspecto entendido pelos participantes como essencial, constituindo-se essa esperança o substrato no qual as pessoas se apoiam para enfrentar os reveses do tratamento. A recuperação da esperança na cura da ferida, mesmo após fases de maior descrença, ajuda as pessoas a continuar a acreditar que a cura é possível e a manterem a confiança motivando-as a continuar a fazer tudo que está ao seu alcance para que tal se concretize.

Phaneuf (2005) considera que o ser humano tem necessidade de esperança para viver. É neste aspecto interior que a pessoa encontra a energia para ultrapassar as dificuldades da existência. A autora (2005) entende que independentemente do seu estado de sofrimento ser agudo ou crónico todos os doentes têm necessidade do suporte da esperança.

Neste domínio Phaneuf (2005) considera que a comunicação da esperança¹⁴ é uma habilidade importante que deve ser utilizada no âmbito da relação de ajuda que se estabelece entre profissional de saúde/utente e que pode ser entendida como uma estratégia na qual o enfermeiro assume um papel importante, na medida em que, a sua atitude/postura positiva e realista perante as situações vivenciadas pelos utentes poderá levar a uma ruptura por parte destes dos seus modos negativos/penosos de percepcionarem as suas vidas, levando a que se possam sentir com uma maior vontade de lutarem contra a doença e de se curar, enfrentando os obstáculos e adversidades.

¹⁴ Phaneuf (2005) entende a comunicação da esperança como: “ (...) a transmissão verbal, da enfermeira à pessoa ajudada, de um sentimento de expectativa confiante a respeito do efeito do tratamento, a respeito do estado da pessoa ajudada e a respeito do futuro” (p. 384).

Note-se que a comunicação da esperança não poderá ser efectuada de forma igual para todas as pessoas, devendo-se para tal permanecer realista perante cada situação que se nos apresenta. Contudo, Phaneuf (2005) adverte que mesmo perante situações mais complexas e graves de saúde é sempre possível comunicar a esperança de algum tipo: de um melhor bem-estar, de um maior conforto, de um maior alívio de dor, etc. Assim sendo, a autora (2005) defende que a esperança enquanto crença daqueles que cuidam pode propagar-se à pessoa que é ajudada e transmitir-lhe “força” contribuindo para que a própria se sinta mais optimista e com mais vontade de enfrentar a sua situação.

ESTRUTURAS DE SUPORTE/APOIO

A presença de estruturas de suporte/apoio às quais os participantes recorrem com vista a se sentirem apoiados no seu dia-a-dia foram identificadas na análise de dados. Estas diversas estruturas são reconhecidas pelos participantes como essenciais, desempenhando um importante papel no desenvolvimento e manutenção do sentimento de esperança na cura e no tratamento.

Guerra, citado por Rosa (2007) define suporte social como “as forças ou factores no meio social que facilitam a sobrevivência dos seres humanos” (p. 106).

Segundo a fonte anteriormente citada podem ser identificados três tipos de suporte social: o suporte social fornecido pela comunidade onde o indivíduo se insere; o que é fornecido pelas instituições; e aquele que provém das relações de natureza íntima e pessoal que a pessoa estabelece. Neste último tipo de suporte existe ainda uma diferenciação entre o suporte social que é estabelecido por pessoas em que existem laços sociais fortes, daquelas em que esses laços não são tão marcantes.

Seguidamente se apresentam as diferentes estruturas de suporte identificadas pelos participantes do nosso estudo.

Relação de confiança e proximidade com Profissionais de saúde

A relação de confiança e de proximidade estabelecida com os profissionais de saúde encarregues da assistência de alguns participantes foi uma vivência relatada. O desenvolvimento desta proximidade e desta relação de confiança é valorizada pelos participantes, levando a que estes reconheçam a sua importância no seu processo de recuperação. As vivências relativas ao sentir-se acarinhado, acompanhado, confortado, ajudado, em suma, cuidado pelos profissionais de saúde procuram traduzir isso mesmo:

“ (...) as pessoas têm sido o mais profissionais possível e humanas, tratam os doentes com carinho, com ânimo, embora também tenham os seus problemas pessoais e tudo isso. Têm tido um bom profissionalismo, porque reparo e vejo que todos têm tido, deixam sempre os seus problemas atrás da porta e mostram sempre um sorriso aos seus doentes. Isto, também, é uma forma de psicologicamente contribuir para que o doente sinta uma esperança e também não desanime (...)” E2 – L 193-199

“ Na relação de confiança, de sentir quase uma inter-ajuda, porque não só o técnico prestou um serviço de saúde, também a pessoa na prática seguiu os conselhos e tentou lembrar-se do que foi dito anteriormente aquando do tratamento (...) lembrarmo-nos das conversas, dos conselhos do tal técnico, da tal pessoa por quem temos empatia, e em certos casos pensamos que temos ali pessoas que são quase como um irmão ou uma pessoa de família, que nos quer bem e nos quer ajudar.” E2 – L 201-203

“Sentimos confortados e acompanhados por pessoas [refere-se aos profissionais de saúde] que têm sido competentes, que fazem o melhor que podem (...)” E2 – L 256-257

“ (...) e depois, elas [refere-se às enfermeiras] animam a pessoa, elas são umas gajas porreiras (...)” E5 – L 44

“Mas elas animam [as enfermeiras], eu mesmo digo: “Vocês animam, são simpáticas”, quer dizer animam o doente (...) ajuda pois, a pessoa vem de lá satisfeita.” E5 – L 222-223; 225

“E tenho tido, realmente, o grande empenho de me sentir bem com a pessoa que está lá a tratar-me, que tem sido mais essa senhora enfermeira, que de momento eu nem sei o nome dela, mas que é muito carinhosa, muito humana, não falando dos outros que aqueles que têm passado lá são quase iguais.” E7 – L 22-26

“ Mas a enfermeira que está lá [na unidade de saúde onde realiza o penso] é incansável.” E7 – L 212-213

“E então os senhores enfermeiros e as senhoras enfermeiras foram sempre muito cuidadosos comigo, sempre todas elas e isso ajuda muito. Todas muito agradáveis, sempre com aquela vontade de eu melhorar (...) Eu sinto-me como se estivesse em casa, com essas enfermeiras aqui muito boas, não tenho razões de queixa nenhuma.” E9 – L 100-106

Do discurso dos participantes relativamente ao apoio e à actuação dos profissionais de saúde, destaca-se a referência à actuação dos enfermeiros. A relação de proximidade e de inter-ajuda, a confiança neles depositada, a sua simpatia e disponibilidade são valorizados pelos participantes.

Como refere Figueiredo (2004), “os enfermeiros assumem um papel de prestadores de cuidados imbuídos de uma atenção e disponibilidade extrema para com as pessoas que cuidam” (p.82). Assim, no âmbito do desenvolvimento da sua actividade profissional, os enfermeiros assumem o papel de peritos e conselheiros e a par da utilização e aplicação de

conhecimentos de natureza vária tornam-se mais tarde e parafraseando Hesbeen (2001) “especialistas de pequenas coisas”. Neste sentido, Hesbeen (2001) considera que cuidar envolve uma imensidão de “pequenas coisas” e implica estar-se atento e por em prática um determinado conjunto de acções, diferentes de pessoa para pessoa, que possam colmatar de alguma maneira necessidades por estas sentidas. São estas acções individualizadas reveladoras da atenção e do cuidado por parte dos profissionais de saúde, que se constituem aspectos importantes e marcam a vida dos indivíduos. Essas “pequenas coisas” assumem-se, deste modo, como “grandes coisas” pelo impacto que possuem na vida das pessoas que são cuidadas e se sentem alvo de atenção:

“Todas estas pequenas coisas quando associadas com os diferentes elementos que constituem uma determinada situação, nunca são banais para a pessoa que recebe cuidados, na medida em que elas são sempre testemunho da grande atenção que estes profissionais podem prestar-lhe (...)” (p.35).

Tal como discutido previamente no enquadramento teórico cuidar é ir ao encontro de outra pessoa e acompanhá-la na promoção da sua saúde. O mesmo é dizer que cuidar é ir ao encontro do outro, criar laços de confiança e acompanhá-lo no seu caminhar, respeitando o caminho por ele escolhido, bem como as suas opções (Hesbeen, 2001; Phaneuf, 2005). Essa sensação de acompanhamento e de suporte por parte dos profissionais de saúde em geral e dos enfermeiros em particular é sentida como uma realidade importante pelos participantes.

Figueiredo (2004) refere que o acompanhamento diário disponibilizado pelos enfermeiros permite-lhes viver momentos de grande proximidade com a pessoa e/ou sua família, em várias situações o que se constitui como uma mais valia que deixa em aberto a possibilidade para a compreensão e conhecimento profundo da singularidade da pessoa no seu todo.

O profissionalismo dos profissionais de saúde foi igualmente valorizado por um participante, transmitindo-lhe uma sensação de segurança e de apoio em virtude dos conhecimentos técnicos e científicos que estes detêm sobre a sua condição específica de saúde e sobre orientação que estes lhe podem fornecer:

*“ (...) temos sempre ali alguém que de outra forma sozinhos não conseguiríamos resolver os nossos problemas tão bem, sem o apoio daqueles técnicos, daquelas pessoas preparadas para o fazer e que têm os conhecimentos adequados para a resolução dos nossos problemas.”
E2 – L 265-268*

A esse respeito Walshe (1995) considera que os enfermeiros desempenham um papel decisivo na assistência às pessoas com feridas crónicas, uma vez que influenciam directamente a qualidade do tratamento que lhes é prestado, bem como os efeitos práticos em termos de cicatrização das feridas. Contudo, esta influência advém não só do papel exercido ao nível das decisões que concentram relativamente às opções de tratamento aplicadas, mas também é devida à confiança e entrega que as pessoas depositam nas suas habilidades, reconhecendo a sua competência profissional.

Apesar disso, vivência contrária foi manifestada por uma participante que se sentiu desapojada na sua situação, especificamente na sua necessidade de informação, não obtendo por parte do profissional de saúde a orientação esperada:

“É uma pessoa estar na esperança da médica dizer que eu vou ser operada, ou vou ter melhoras. Uma pessoa faz tantas perguntas à médica e a médica só dá um arzinho de rir, não me diz nada (...)” E4 – L 81-83

“Já perguntei à médica se eu fazendo uma operação ou indo a Lisboa, ou qualquer coisa, mas a médica só me dá um ar de rir, não me responde, não me diz nada.” E4 – L 75-77

A este propósito Persoon *et al.* (2004) fazem referência aos resultados obtidos em cinco estudos realizados sobre o fenómeno do impacto das úlceras crónicas, onde foi manifestado pelos participantes o sentimento de insatisfação com os profissionais de saúde, especialmente pela sua actuação, nem sempre explicando o tratamento de executavam, nem dando orientações sobre os aspectos do tratamento que deviam ser seguidos. Outras queixas apontadas pelos participantes foram a transmissão de informação inconstante, bem como o pouco tempo disponível para serem escutados. Não obstante, as pessoas expressavam um sentimento de gratidão face aos profissionais de saúde que os cuidavam devido essencialmente às características pessoais associadas à personalidade desses profissionais.

Neste sentido a profissional de saúde referida pela participante do nosso estudo ao não satisfazer as necessidades de informação e de orientação demonstradas contribuiu para que esta se sentisse desorientada e até mesmo desiludida com o rumo do seu tratamento.

Apoio fornecido pela Família

O apoio fornecido pelos familiares foi outra estrutura de suporte identificada pelos participantes no estudo. O receber carinho dos filhos, filhas, do cônjuge, noras e até dos netos mais pequenos e o sentir a preocupação por parte dos outros com o seu estado e a evolução da sua situação é valorizado pelos participantes e é entendido como uma factor

importante no processo de cura e na capacidade de enfrentamento da situação: “eu sinto mais uma força para viver”.

No caso de duas participantes é reconhecido que se não fosse o apoio, as palavras de estímulo, o desenvolvimento de uma atitude positiva e de esperança de melhorias transmitidas pelas filhas, elas sentir-se-iam com uma maior tristeza:

“ (...) e depois a minha filha também está sempre me incentivando, a dizer: “Minha mãe não fique assim triste” e essas coisas assim...” E3 – L 17-18

“Ai se não é ela [refere-se à filha]! (...) “ai de mim, se não é a minha filha!”, senão eu estava sempre ali murcha como um pavão, porque ela chega ali e diz: “Afina! Estás triste hoje?” “Ai querida não tenho aço”, que digo para ela. “Ah minha mãe, minha mãe que não pense nisso isso vai melhorar, isso está tão bom.” Assim, para me ajudar, às vezes ela ia comigo quando ia fazer o penso para ver e tudo (...) Sim ajuda a encarar a coisa pela frente. Hoje eu estou assim, mas a minha filha chega a casa e diz: “Ah mamã, e tal...” e a gente fica logo mais espertas, fica com aquela fé daquelas pessoas estarem ajudando a gente, a gente fica... a gente vamos atrás dela para pensar e acreditar naquilo que ela está dizendo.” E3 – L 178-183; 185-188

“ (...) os meus filhos sempre me deram muitos carinhos sempre foram: “minha mãe que não faça nada, ou minha mãe que se sente ou vá para aí estirar, ou se minha mãe não se está sentindo bem procure um médico”. Era sempre... e o meu marido também é igual.” E9 – L 150-153

“Eu gosto de sentir que os meus filhos estão sempre a dar aquele carinho. (...) sentia-me bem, porque há pessoas que não dão aquele apoio às mães, e os meus filhos não. Isso também é muito importante, as minhas noras, a minha filha tudo (...)” E9 – L 159-164

“ (...) a minha neta que vive comigo e eu tomo conta dela, está sempre: “a avó não vá se pisar”, “a avó quer por os pés aqui?”, “a avó quer que eu esfregue”, quando eu estava com muitas dores.” E10 – L 92-94

“Eu tenho uma filha então que, a minha mais nova, que vive muito para mim, com 21 anos e o meu filho com 23, as outras estão casadas. É bom eu gosto, ajuda muito, porque eu sei que têm aquele carinho por mim, é bom ser acarinhada por alguém. E isso ajuda o meu tratamento, eu sinto assim mais uma força para viver.” E10 – L 103-106

Este apoio não se circunscreve ao apoio emocional até aqui descrito, contemplando também um apoio de cariz mais prático no auxílio à execução de actividades rotineiras do dia-a-dia como o ajudar a calçar e a descalçar as meias:

“ (...) o meu filho mais moço, calça-me as meias, descalça-me as meias...” E6 – L 83-84

Lopes e Pereira (2002) ao referirem-se, particularmente, aos doentes oncológicos mencionam que a família e os amigos desempenham um papel primordial na manutenção do equilíbrio psicológico e assumem-se por excelência um ponto de apoio para o doente no decorrer do tratamento. Pensamos que o mesmo pode ser afirmado relativamente a muitas outras condições crónicas, onde incluímos a problemática em estudo neste trabalho.

Podemos depreender das palavras dos participantes que estes consideram a família como um elemento fundamental no apoio emocional durante o tratamento. Por vezes, são as palavras de um filho ou de uma neta que impelem a mãe ou a avó doente a manterem a vontade de viver e de continuar a ter esperança de que a sua ferida um dia irá melhorar. O sentimento de ser cuidado, de receber carinho e de sentir que os outros se preocupam consigo e com o seu estado é valorizado pelos participantes.

Assim, a família mais restrita ao formar uma rede de suporte contribui para que as pessoas com úlceras venosas se sintam acompanhadas/apoiadas no decurso da sua experiência de tratamento. Este apoio assume ainda especial valor por provir sobretudo das pessoas que os participantes consideram significativas.

Recurso ao divino

O recurso ao divino foi outra estrutura de suporte à qual os participantes recorrem. O recurso ao transcendente e a vivência da espiritualidade surge aliada à esperança da cura, através da fé depositada em Deus, a quem alguns participantes invocam pedindo melhoras, a cura, ou mesmo em algumas situações solicitando o alívio das dores.

Em alguns casos e atendendo ao contexto onde desenvolvemos o nosso estudo, na Região Autónoma dos Açores, essa relação com Deus é personificada na imagem do Senhor Santo Cristo dos Milagres, à qual o povo Açoriano concede enorme devoção e fé:

“Às vezes eu peço ao Senhor Santo Cristo, ainda pedi sexta-feira [aquando da ida à missa], que me tirasse isso [a ferida] daqui (...)” E1 – l 93-94

“Eu estou danada que esteja melhorzinha, para agradecer a Nosso Senhor de joelhos (...)” E1 – L 156-157

“Um dia Nosso Senhor vai permitir, Nosso Senhor vai me dar... Tinha esperança.” E1 – L 330-331

“(...) eu penso (...) “Ai nosso senhor, o que é que eu estou fazendo aqui? Ai nosso senhor, dá-me uma esperançazinha, um aliviozinho” Eu não digo para fechar já, porque isso é muito grande e a gente sabe que não pode fechar já, mas pelo menos tire as dores (...)” E3 – L 65-68

“Eu digo que um dia, se Deus quiser, isso há-de melhorar.” E3 – L 189-190

“Eu penso, que pode ser que um dia nosso Senhor me melhore.” E8 – L 54-55

“Eu tenho fé em Deus, e tenho aquela fé que vou melhorar (...)” E10 – L 80

Uma participante demonstrou ainda o sentimento de incompreensão pelo facto da sua ferida não ter melhorado. Esta incompreensão pela não melhoria leva ao questionamento directo a Deus sobre este facto:

“ (...) a gente às vezes fica como chocadas, e diz assim: “Meu Deus, mas porque é que eu estou assim, porque é que eu não estou melhor, Nosso Senhor não me melhora?”” E8 – L 47-49

“Não digo que Nosso Senhor esteja contra mim, mas às vezes eu digo: “Porque é que Nosso Senhor não me melhora?” Eu faço essa pergunta, mesmo a Nosso Senhor.” E8 – L 53-54

“Se nosso Senhor quisesse isso já podia estar melhor, ao fim de tanto tempo (...)” E8 – L 76-77

Numa tentativa de justificar a não evolução e a não cicatrização da ferida, a sua presença é considerada como um castigo divino, uma provação merecida em virtude dos pecados cometidos sendo, portanto, necessária:

“Outras vezes eu digo: “É porque eu mereço isso mesmo, eu mereço esse sofrimento.” E8 – L 49-50

“A gente merece, porque somos muito pecadores, de maneira que Nosso Senhor faz-nos sentir.” E8 – L 52-53

“ (...) mas também tenho que me conformar com a vontade de Deus, (...) isso foi para mim, eu é que tenho de sofrer.” E8 – L 60-62

“Eu não tenho nada contra Deus, às vezes só uma coisa levinha, porque eu sei que se estou assim é porque eu mereço estar e a gente quer aceitar o que nosso Senhor manda.” E8 – L 65-67

Entendemos que uma das formas das pessoas viverem a espiritualidade é através da religião e eventualmente do seu envolvimento na comunidade religiosa onde podem depositar a sua fé numa entidade divina. Deste modo, o rezar, o ir à missa, o pedir e o agradecer a Deus são apenas algumas manifestações expressas pelos participantes tradutoras desse relacionamento com o divino e com o transcendente, levando a que as pessoas depositem nessas entidades a sua fé e as suas expectativas de cura.

Anjos e Zago (2006) num estudo que realizaram sobre a experiência da realização de tratamento quimioterápico referem que as pessoas que vivenciam uma situação de doença procuram a religião como uma fonte de apoio para as ajudar a superar as dificuldades. Assim, culturalmente surgem atribuídas à religião várias funções, das quais se destacam: a ajuda no enfrentamento de situações ameaçadoras e a possibilidade de serem reunidas energias para lutar pela sobrevivência numa situação de doença grave.

Alguns participantes particularizam a sua relação com o divino depositando a sua fé no Sr. Santo Cristo dos Milagres, cujo culto se assume como amplamente difundido e profundamente enraizado no povo Açoriano em geral e no Micaelense em particular.

Apesar da religião ser cada vez mais entendida como sendo um assunto íntimo de cada um centrada na tradição e nos costumes Medeiros (2004) refere ser possível confirmar-se que os micaelenses mantêm uma abertura ao transcendente. Num estudo que desenvolveu sobre as práticas e representações religiosas vividas na Ilha de S. Miguel Medeiros (2004) concluiu que os Micaelenses de um modo geral recorrem ao divino nos momentos da sua vida em que sentem maior dificuldade e impotência, especialmente pela gravidade dos problemas que têm de enfrentar. O mesmo faz ainda referência ao facto de serem as mulheres quem normalmente convivem mais de perto com os momentos limites da vida humana, nomeadamente no que à doença, sofrimento e morte dizem respeito.

Assim sendo, entendemos que a vivência da espiritualidade, seja por via da prática da religião e pela relação estabelecida com o divino, seja pelo relacionamento com outras entidades transcendentais pode representar uma importante fonte de conforto e apoio para as pessoas que possuem feridas crónicas e especificamente durante os períodos de sofrimento e incerteza pelos quais atravessam no decurso do tratamento, trazendo-lhes serenidade e força para suportar as contrariedades que dos mesmos possam advir.

Tal como referem Baharestani (*in* Baranoski e Ayello, 2006) o poder da oração, a fé e o apoio das crenças religiosas não podem ser subestimadas na prestação de apoio emocional a um doente, tendo em consideração as suas crenças espirituais e tudo aquilo em que acreditam.

No entanto e para além da fé e esperança da cura colocada em Deus, uma participante não deixa de questionar em certos momentos a razão pela qual a sua ferida não melhora, numa atitude de incompreensão e até de alguma revolta perante esse mesmo Deus que pode curar, mas que no entender da participante não o quer fazer.

Noutras situações, provavelmente relacionadas com convicções profundas que reflectem uma visão tradicional da prática religiosa alicerçada no valor ancestral da penitência e do sofrimento terreno, para que se alcancem as graças e felicidade eternas

após a morte. A mesma participante atribui o facto de possuir as suas feridas durante tanto tempo a uma provação pela qual tem inevitavelmente de passar, por ser um desígnio de Deus, e uma forma de redenção dos seus pecados. A presença das úlceras é vista como um merecimento, algo que se tem porque se merece, quase como uma forma de castigo pela vida levada e simultaneamente uma forma de “purificação” e de comunhão à semelhança do exemplo de sofrimento demonstrado por Jesus Cristo.

Importância de uma atitude positiva

O reconhecimento da necessidade e da importância de adoptar uma atitude positiva face ao processo de tratamento e à esperança de cura foi outra fonte de apoio que alguns dos participantes identificaram como essencial a todo este processo. É assim que surgem valorizadas as virtudes como a paciência, a coragem e a vontade:

“Porque é que eu meti isso na cabeça, é importante pensar que isso vai melhorar um dia.” E3 – L 188-189

“ É preciso ter muita paciência e coragem, olhar em frente e pensar que vamos melhorar.” E8 – L 89-90

“ (...) chega-se ao próximo tratamento e está na mesma e aí fico um bocadinho em baixo e depois tenho que arrebitar, tem que se seguir em frente.” E8 – L 97-98

“Eu gosto de ter aquela fé e a força de vontade de viver, faz com que ajude...” E10 – L 77-78

Neste contexto, Lopes e Pereira (2002) entendem que a presença do pensamento positivo em relação ao tratamento de qualquer doença é importante para que o doente possa mobilizar eficazmente os seus recursos pessoais e outros de modo a enfrentar a doença e o seu respectivo processo de tratamento.

A comprovar o que acaba de ser exposto referimos os estudos realizados por Simonton citados por Carvalho (*in* Carvalho, 1994), com doentes oncológicos que concluíram que os doentes que evoluíam de um modo mais eficaz e positivo tinham como característica achar que podiam de alguma forma influenciar o curso das suas doenças, adoptando uma atitude muito mais activa em relação às suas vidas.

Assim, em nosso entender, o facto das pessoas encararem a doença e respectivo tratamento como um processo em que podem participar activamente, adoptando uma atitude positiva, de esperança e fé na cura constitui-se como uma importante ajuda para que possam superar com maior facilidade as adversidades do mesmo.

Terminada a apresentação, discussão e análise dos dados obtidos passamos seguidamente ao capítulo das considerações finais onde serão apresentadas a síntese e conclusões do estudo, as limitações e dificuldades sentidas, assim como as sugestões e implicações do mesmo.

CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

1 - SÍNTESE E CONCLUSÕES DO ESTUDO

O presente estudo teve na sua génese a vontade e a necessidade por nós sentida de compreender as vivências associadas ao fenómeno de possuir uma úlcera venosa crónica de perna. Neste sentido, efectuámos todo um caminho que nos permitisse responder à pergunta de partida formulada inicialmente: como vivenciam as pessoas a situação de possuírem uma úlcera venosa crónica de perna?

Ao longo da realização das entrevistas e mais tarde com a sua posterior análise fomos nos apercebendo de um conjunto de aspectos e de uma diversidade de vivências que nos permitiram a consciencialização progressiva das múltiplas implicações que o facto de comportar uma ferida crónica acarreta. Na realidade e a partir dos relatos dos participantes tornou-se por demais evidente que possuir uma úlcera venosa de perna extravasa a dimensão bio-fisiológica, sendo a sua presença sentida não apenas no “corpo que se tem”, mas antes na “pessoa que se é”, nos múltiplos domínios da sua existência.

Dos momentos enriquecedores de partilha de experiências por parte dos participantes que aceitaram colaborar neste estudo surgiram um conjunto de vivências que foram posteriormente agrupadas e analisadas, tendo-se verificado a emergência de quatro temas centrais.

No primeiro tema denominado “vivendo uma vida restrita” a presença de uma úlcera venosa é entendida como um acontecimento capaz de alterar a dinâmica quotidiana habitual das pessoas, interferindo na sua esfera íntima, pessoal, bem como na relacional, profissional e social. A ferida revela a capacidade de se imiscuir até na realização das mais banais actividades de vida diária, como a locomoção, a execução das actividades domésticas, a realização dos hábitos de higiene pessoal, a capacidade de dormir e repousar, actividades cuja execução é sentida como imperfeita ou insatisfatória pelos participantes.

A mobilidade prejudicada é, assim, uma vivência presente no quotidiano de alguns participantes, assumindo diferentes implicações que vão desde a incapacidade sentida na

execução das mais simples actividades de vida dependentes de uma locomoção livre, à manifestação por parte dos indivíduos de um sentimento de encarceramento, de se sentirem prisioneiros por não se poderem locomover livremente.

Deste modo, as limitações sentidas na execução das actividades do dia-a-dia traduzem a sensação implícita de uma certa perda de liberdade sentida. A incapacidade de participar nos eventos sociais que sempre mantiveram, ou de realizar os *hobbies* e as viagens que sempre gostaram de realizar, ou até mesmo as “imposições” no uso de determinadas peças de vestuário e/ou de calçado são apenas alguns exemplos que corroboram esta perda de liberdade sentida.

A sensação de injustiça é ainda invocada por uma pessoa que se sente prejudicada na execução da sua actividade profissional pela presença da ferida, que é entendida como um evento limitador ao normal desempenho da actividade profissional, e que impossibilita que o referido participante se consiga manter em pé de igualdade com os restantes colegas de trabalho.

O aumento dos encargos financeiros relacionados com os gastos que as pessoas têm de assegurar para que o tratamento se possa concretizar, quer sejam eles ao nível das deslocações para efectuar tratamento ou para o cumprimento da terapêutica farmacológica adjuvante ao tratamento; a necessidade de utilização permanente de ligaduras, que geram desconforto e incómodo e até mesmo a necessidade inultrapassável da deslocação regular à unidade de saúde para realização do tratamento, assumem-se também como outros aspectos de uma vida restrita relatados pelos participantes.

A problemática da dor no contexto das feridas crónicas assumiu-se como um aspecto central neste estudo, tendo emergido assim o tema: “vivendo com dor”. As experiências de dor, sempre presentes e em diferentes situações, revelaram-se como uma das vivências mais relatadas pelos participantes.

Para além das referências aos episódios de dor causados pelo tratamento das úlceras venosas, estando estes associados não só ao tipo de material utilizado para execução do tratamento, como também à própria técnica de execução do mesmo durante a troca do curativo, a dor surge como um fenómeno mais global e intenso, estendendo-se para além das ocasiões atrás referidas, marcando uma forte presença no dia-a-dia das pessoas.

A convivência continuada com a dor foi uma vivência amplamente evidenciada que emergiu do presente estudo. Os relatos e experiências de dor intensa e continuada foram constantes e abundantes, descritos por vezes com uma intensidade tal, que nos impele a todos, quer sejamos ou não profissionais de saúde a reflectir sobre essa situação.

O alívio da dor e do sofrimento é assim um factor que se reveste de extrema importância e que tem de ser obrigatoriamente considerado na assistência prestada às pessoas com úlceras venosas. Infelizmente, para alguns participantes viver com dor parece ter-se tornado uma constante, uma inevitabilidade, quase como se fosse algo que faz “parte do processo de ter uma úlcera venosa”, e ao qual as mesmas se acabam por habituar, fruto da ineficácia, inadequação, ou inexistência da terapêutica analgésica instituída e da não recorrência a outras vias de tratamento não farmacológico da dor, nem sempre disponíveis e/ou acessíveis.

De facto, e como apontado ao longo da discussão realizada, o alívio da dor é um direito dos utentes e um dever dos profissionais de saúde, contudo, e à semelhança das conclusões a que chegaram outros estudos realizados sobre esta temática, já devidamente citados, a abordagem/intervenção realizada ao aspecto da dor parece ser ainda uma realidade que carece de uma maior atenção e reflexão sobre as práticas adoptadas, havendo uma tendência para o seu subtratamento, isto considerando as vivências relatadas de dor persistente sentidas pela grande maioria dos participantes no estudo.

No sentido de ser alcançado um maior controlo da dor, ou de pelo menos ser minimizado o impacto das experiências dolorosas foram relatadas diferentes estratégias utilizadas por alguns participantes. Entre estas destacaram-se: a utilização de analgésicos, que se afigurou como a mais referenciada; o posicionamento adequado do membro afectado; e, por último, o recurso à consulta da dor, que decorria em contexto hospitalar.

À presença da ferida foram também imputáveis uma série de implicações e alterações emocionais surgidas, que constituíram o grupo de vivências englobado no terceiro tema identificado.

Assim, a existência de uma úlcera venosa assumiu repercussões no domínio psico-emocional dos indivíduos, em especial na sua auto-imagem e auto-estima. No que concerne à imagem corporal diferentes vivências foram verbalizadas relacionando-se com a alteração sentida por alguns participantes desta mesma imagem, e as respectivas implicações emocionais que esta alteração comporta no relacionamento com os outros.

Com efeito, a dificuldade de aceitação da imagem corporal por parte dos participantes foi uma vivência marcante, levando a que por vezes surgissem sentimentos de vergonha pela imagem do corpo que se apresenta a si próprio e aos outros. Associados a este aspecto surgem também o receio da reacção das outras pessoas à imagem evidenciada e a vergonha em sair de casa, tendo sido também identificadas estratégias utilizadas com a finalidade de procurar ocultar ou obviar a causa que se encontra na base da alteração da imagem corporal, ou seja, a ferida.

Por outro lado, a incorporação da ferida no “Eu” corporal é um fenómeno referido por dois participantes, que se traduz pela incorporação da presença da úlcera no esquema corporal dos indivíduos, em virtude da sua convivência prolongada e do consequente processo de habituação a que se encontraram sujeitos.

No que concerne à auto-estima constata-se que alguns participantes estabelecem uma auto-avaliação negativa, percepcionando-se em certas ocasiões como pessoas diminuídas e inúteis, por se sentirem incapazes de fazer o que desejam e o que sempre fizeram. Estes sentimentos agravam-se quando é feita uma análise retrospectiva e comparativa a tempos passados, e ao que na altura, num período anterior à ferida essas pessoas eram capazes de realizar. O sentimento de impotência é outro aspecto adicional que concorre para os níveis baixos de auto-estima identificados.

Deste modo, pela análise das vivências relatadas é possível constatar que o facto de se possuir uma úlcera venosa, de um modo continuado e ininterrupto, acarreta um impacto na auto-estima e no auto-conceito daqueles que as possuem.

Neste âmbito, a vivência continuada com uma úlcera venosa é capaz de despertar todo um conjunto de outras emoções e sentimentos na sua esmagadora maioria negativos, bem como receios e preocupações de natureza diversa. Em relação aos primeiros foram relatados o sentimento de tristeza (relativamente a ter-se uma vida triste e infeliz), de revolta e mal-estar emocional (sentidos face à condição e ao seu impacto na vida diária), e até desorientação (sentida em relação ao caminho a seguir com vista à resolução do seu problema). No que concerne aos receios e preocupações apontados o medo da amputação do membro foi um dos mais referidos. Outras preocupações relacionadas com o futuro emergiram, igualmente, em especial pelos participantes sentirem a evolução do seu tratamento e a resolução da sua situação de saúde como algo incerto e incógnito.

Um outro aspecto identificado capaz de despoletar implicações emocionais e que adquiriu especial relevância foi a presença de odor desagradável e de exsudado emanados da ferida. Desta feita, o incómodo e o embaraço são sentidos pela sua presença real ou potencial, constituindo-se essa situação como um elemento propiciador ao desenvolvimento de receio em sair de casa, sendo que o evitar sair é muitas vezes a opção adoptada. Para além disso, é verbalizado um estado de preocupação constante com a reacção dos outros face à possibilidade de se estar a cheirar mal ou de possuir as ligaduras trespassadas de exsudado, levando a que os participantes desenvolvam estratégias para reduzir ou minimizar o mal-estar causado.

Torna-se, assim, por demais evidente que a assistência e o tratamento prestado às pessoas com úlceras venosas exige que se tenha consideração não só o “cuidado fisiológico”, mas também o “cuidado psicológico” daqueles que as possuem, sendo que os

enfermeiros podem desempenhar um papel importante neste domínio em virtude do acompanhamento realizado, das competências técnicas e relacionais que possuem e da própria natureza da relação de proximidade que têm a oportunidade de estabelecer com estas pessoas.

Ao nível do quarto tema identificado denominado “vivendo entre a esperança e a desilusão face a um tratamento prolongado” destacaram-se um conjunto de vivências relacionadas com as percepções face ao tratamento que os participantes manifestaram e respectivos sentimentos perante o mesmo, bem como a identificação das estruturas de suporte/apoio existentes e que foram valorizadas pelos mesmos.

Em relação ao tratamento foram relatadas diferentes percepções evidenciadas pelos participantes, designadamente: a constatação de haver uma alternância evolutiva no decurso do tratamento, havendo fases em que, alternadamente, se regista uma evolução positiva e outras em que se verifica uma regressão contra todas as expectativas; o desacordo com o tratamento proposto; a auto-percepção da melhoria do seu estado, realizada quer através da inferência pela presença sinais específicos, quer pela confirmação pelos próprios profissionais de saúde; a duração prolongada, causa de pesar e responsável por uma sensação de saturação dos participantes; a percepção do carácter recorrente da situação, dada a probabilidade de recidiva que as ulcerações venosas comportam; o incómodo pelo desconhecimento dos outros em relação ao tratamento e especificamente em relação às características do mesmo e especificidades associadas à insuficiência venosa; os cuidados redobrados a adoptar com o membro, com o intuito de prevenir o agravamento da ferida; o insucesso dos variados tratamentos aplicados com a utilização de material de penso de diferentes princípios activos e destes revelarem pouca eficácia foi outra percepção manifestada; e por último, foram ainda verbalizadas expectativas face à aplicação de tratamentos mais evoluídos e mais eficazes para o tratamento das feridas de etiologia venosa, já disponíveis em outros países e que estes possam vir a estar disponíveis no contexto de origem dos participantes.

Outra categoria englobada neste domínio diz respeito à Esperança da cura versus a desesperança, que se traduz numa luta dicotómica entre a esperança que as pessoas desenvolvem e à qual se “agarram” no sentido de acreditarem poder ficar curadas e a tristeza associada ao moroso processo de cicatrização/cura com que em muitos casos são confrontadas.

Verifica-se que a esperança é uma entidade flutuante, mercê de num estado dinâmico em que os participantes se encontram posicionados entre pólos antagónicos, ou seja, vão deambulando entre os extremos da *esperança* e da *desesperança*, havendo períodos em que se acredita mais na cura e outros em que ela parece mais distante. Como

factores que influenciam os maiores ou menores níveis de esperança depositados na cura encontram-se aqueles associados às características da ferida, por exemplo: o aumento ou diminuição das dimensões da ferida, a presença ou ausência de sinais de infecção, o aumento ou diminuição da dor sentida etc.

De salientar que, apesar de toda instabilidade a esperança da cura surge como uma entidade sempre presente no íntimo de cada pessoa. Assim, o reconhecimento da importância da manutenção da esperança, bem como do pensamento positivo face à evolução favorável do processo de tratamento é referenciado pelos participantes como fundamental, constituindo-se essa esperança o substrato no qual as pessoas se apoiam para enfrentar os reveses do tratamento. A constante recuperação da esperança na cura, mesmo após fases de maior descrença, ajuda as pessoas a continuar a acreditar que a cura é possível e a manterem a confiança motivando-as a continuar a fazer tudo que está ao seu alcance para que tal se concretize. Neste contexto, a necessidade de suporte da esperança sentida e de apoio constituem-se como factores relevantes que devem ser alvo de atenção por parte dos cuidadores destas pessoas.

A presença de estruturas de suporte/apoio às quais os participantes recorrem com vista a se sentirem apoiados no seu quotidiano foram, igualmente, identificadas neste estudo. Entre elas encontram-se o apoio facultado pelos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, sendo salientada a relação de confiança e o clima de proximidade com eles estabelecido. Em geral, o reconhecimento do profissionalismo e das competências técnicas dos profissionais de saúde foi também apontado como um elemento que transmitia segurança aos participantes.

O apoio incondicional da família, em especial dos familiares directos mais chegados, revelou-se também como uma das principais estruturas de suporte dos participantes no estudo, sendo este apoio considerado como fundamental na manutenção do equilíbrio psicológico dos mesmos, actuando inclusivamente como elementos motivadores que influenciam positivamente as pessoas no decurso do tratamento.

O recurso ao divino foi outra estrutura de suporte à qual alguns participantes recorrem. A relação com o transcendente, a vivência da espiritualidade e a prática da religião surgem aliadas à esperança de cura, através da fé depositada em Deus, ao qual as pessoas recorrem pedindo a resolução da sua condição ou, mais simplesmente, o alívio do sofrimento sentido.

A incompreensão e até mesmo um sentimento de uma certa revolta perante Deus surgem quando os participantes vêem o seu problema se prolongar no tempo, questionando-se sobre o que terão feito para merecer a situação em que vivem, e por que razão a ferida não cicatriza, sendo que em alguns acasos a presença da úlcera é entendida como um castigo, uma provação merecida em virtude dos pecados cometidos.

Em jeito de balanço consideramos que o estudo por nós desenvolvido correspondeu plenamente aos objectivos traçados inicialmente, tendo contribuído inquestionavelmente para o proveitoso enriquecimento pessoal e profissional. Gostaríamos de ficar com a ideia de que o estudo desenvolvido, mais do que enriquecer o corpo de conhecimentos da profissão, possibilitará às pessoas em geral e aos enfermeiros em particular uma maior compreensão do fenómeno: “viver com uma úlcera venosa crónica de perna”, levando a que os mesmos possam adaptar a sua prática de cuidados atendendo às especificidades que esta condição de saúde acarreta a diferentes níveis. Se tal for conseguido, consideramos que o propósito deste trabalho terá sido cumprido!

2. LIMITAÇÕES E DIFICULDADES DO ESTUDO

Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que “ (...) todo o estudo de pesquisa contém alguma falha.” (p.17). Ora, o nosso não será certamente excepção.

Acreditamos que a nossa inexperiência no desenvolvimento de trabalhos de investigação, em particular na “mestria” que a condução das entrevistas, que num trabalho desta natureza é essencial, poderá ter-se constituído como uma limitação deste estudo. Porém, é nossa convicção de que esses constrangimentos de natureza técnica, que apelam a perícias sistemáticas e experienciais serão melhorados com a prática e experiência da investigação.

Procurámos honestamente, sendo esta uma preocupação sempre presente, evitar o condicionamento de respostas e o não enviesamento dos resultados, esforçando-nos por preservar, o mais fielmente possível, a essência das vivências comunicadas relativas ao fenómeno em estudo. Infelizmente, não afastamos a hipótese de, em algum momento, tal poder ter acontecido.

Entendemos que a realização de uma única entrevista por participante poderá ter-se revelado insuficiente, não permitindo a total exploração de alguns aspectos associados a determinadas experiências vividas que se mostraram relevantes durante processo de análise. Para esta situação concorre o facto do presente trabalho ser realizado em âmbito académico, sendo delimitado por horizontes temporais restritos que têm de ser cumpridos.

Estamos convictos, porém, de que a consciencialização da nossa falta de experiência no desenvolvimento de trabalhos dessa natureza levou-nos a ser muito cautelosos em relação ao desenvolvimento das várias etapas do desenvolvimento do estudo, na medida que procurámos recorrer constantemente à auto-aprendizagem (exploração da bibliografia), bem como ao aconselhamento por parte de pessoas mais experientes no domínio da investigação.

Como principais dificuldades sentidas na elaboração deste estudo destacamos: a dificuldade de conciliação do desenvolvimento do estudo, concomitantemente com as obrigações profissionais, bem como as inerentes à vida pessoal. A distância geograficamente imposta impossibilitou um contacto físico, que desejaríamos mais frequente “face a face” com o nosso orientador e que entendemos ser muito rico para o processo de crescimento, discussão de ideias e de aprendizagem pessoal. Procurámos obviar estes aspectos, nomeadamente com o recurso às novas tecnologias, bem como com a própria atenção e disponibilidade, constantemente, demonstradas pelo nosso orientador.

3 – SUGESTÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

A investigação em enfermagem permite a consolidação cada vez maior do carácter autónomo da enfermagem, através da criação e do fortalecimento do seu corpo de saberes teórico, o que em última instância contribui para a sua afirmação enquanto ciência. Polit, Beck e Hungler (2004) atestam o acima descrito referindo que um dos principais objectivos da investigação é o de fornecer contributos para o exercício profissional.

Considerando o exposto e após a realização deste trabalho, achamos pertinente discutir algumas implicações e sugestões que o mesmo poderá conter no campo de actuação da enfermagem, designadamente no domínio da prestação de cuidados, da formação, da gestão e, por último, da investigação em enfermagem.

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

Segundo Jenks (*in* Streubert e Carpenter, 2002), as problemáticas associadas à prática clínica de enfermagem são complexas e multifacetadas, assistindo-se, actualmente, a um ambiente de rápida mudança nas práticas de cuidados de saúde, sendo de importância vital identificar e resolver problemas da prática de enfermagem.

Deste modo, a actualização permanente científica, técnica e relacional deve constituir-se como uma exigência e uma premissa básica para qualquer enfermeiro, bem como para qualquer profissional de saúde, pois só assim conseguir-se-á a satisfação de necessidades em matéria de saúde e corresponder às expectativas neles depositadas pelos alvos dos cuidados.

Assim, após a elaboração do nosso trabalho achamos pertinente deixar as seguintes sugestões para a prática dos cuidados de enfermagem:

- Insistir na promoção do aumento da informação por parte dos doentes e cuidadores relativa às ulcerações venosas, assim como o mecanismo fisiológico da insuficiência venosa, esclarecendo claramente os comportamentos adequados que devem ser adoptados ao longo do decurso do tratamento, incluindo o alerta para as especificidades associadas a este tipo de feridas e explicando, sempre que se aplique, o carácter crónico da situação e quais as implicações deste facto. Com esta conduta acreditamos que, se forem percebidas as diferenças existentes associadas entre as

ulcerações venosas e outras feridas de carácter agudo, as pessoas que as possuem poderão compreender melhor os diferentes aspectos inerentes à sua condição, assumindo uma perspectiva mais realista e aceitando, eventualmente, muitos dos constrangimentos que o tratamento a que estão sujeitos poderá implicar (duração prolongada, períodos de evolução/regressão da ferida, possível recorrência, etc.;

- O exercício profissional no estrito respeito pelo quadro normativo e linhas orientadoras definidas, nacional ou internacionalmente, em relação às boas práticas relacionadas com a “gestão e controlo” da dor;
- O preconizado no item anterior deverá integrar o diagnóstico, a monitorização constante, a avaliação e o registo da dor, bem como a avaliação da eficácia do tratamento analgésico instituído pelos profissionais de saúde;
- A implementação das medidas não farmacológicas de alívio da dor, como formas coadjuvantes da terapêutica analgésica instituída;
- Actualização científica e técnica regular dos enfermeiros no dinâmico campo do tratamento de feridas, regeneração e viabilidade tecidual. Este campo ao encontrar-se em permanente evolução, quer ao nível do surgimento de materiais de penso recentes ou ao nível de terapias inovadoras, assim o obriga, sendo que os enfermeiros assumem especial responsabilidade nesta área dado em muitas situações serem os únicos profissionais responsáveis pelo estabelecimento e acompanhamento dos tratamentos aplicados aos utentes;
- O investimento pessoal dos enfermeiros no desenvolvimento e aquisição de competências no domínio da comunicação terapêutica, bem como ao nível da técnica da relação de ajuda. Como verificámos a actuação dos profissionais de saúde revela-se uma fonte de suporte emocional para as pessoas possuidoras de úlceras venosas, logo quando mais desenvolvidas estiverem as competências de comunicação e de relação de ajuda, mais significativa e produtiva será a sua intervenção junto destas pessoas;

- Fomentar a visitação domiciliária (essencialmente na população mais idosa com esta condição de saúde) enquanto prática regular, utilizando-a como um instrumento que possibilita acompanhar *in loco* as dificuldades sentidas pelos utentes, bem como pelas pessoas que com eles convivem diariamente, sendo esta também uma forma de proporcionar apoio e de lutar contra o isolamento, por vezes sentido;
- Partindo da premissa e da convicção pessoal de que a investigação em enfermagem só faz sentido se contribuir para a melhoria da prática profissional procuraremos divulgar o presente estudo e essencialmente os resultados obtidos no mesmo, através da elaboração de um artigo científico, numa publicação periódica no domínio da enfermagem, de modo a possibilitar a reflexão acerca da temática abordada por parte dos enfermeiros em geral, bem como de todos a que dele tiverem conhecimento;
- Considerando o item anterior comprometemo-nos, igualmente, a apresentar os resultados deste estudo ao CSPD, instituição onde o mesmo decorreu, bem como a todas as outras que manifestarem interesse na sua divulgação e conhecimento.

FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Uma vez que a formação em enfermagem é um veículo de transmissão de conhecimentos e um sustentáculo para o desenvolvimento de atitudes e competências que visam capacitar os estudantes para a prática profissional e para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência deixamos algumas sugestões que, em nosso entender, poderão enriquecer a formação dos futuros enfermeiros:

- Incorporação e desenvolvimento nos currículos académicos e profissionais da temática da abordagem global das condições crónicas, focalizando as problemáticas associadas às feridas crónicas e dando particular ênfase às implicações psicológicas que este tipo de patologias comportam;
- Inclusão nos cursos de pré e pós graduação de formação, teórica e prática, actualizada e baseada na evidência, relativamente ao tratamento das úlceras de perna (normas de tratamento e aplicação de pensos e de terapias complementares auxiliaadoras da cicatrização), uma vez que a interiorização e

a adopção de boas práticas nestas patologias constituem-se como uma via de combater aspectos associados à cronicidade, em especial em termos de redução do período de tratamento. Assim, e tal como afirma Walshe (1995), a utilização de abordagens terapêuticas inadequadas é muitas vezes responsável pelo prolongamento no tempo dos tratamentos às úlceras venosas daí a aposta que deve continuar a ser feita na formação dos profissionais de saúde. De igual modo, a utilização dos resultados baseados na evidência nos momentos de formação formal de profissionais ou de futuros profissionais deverá ser integrada de maneira a poder ser, no futuro, replicada e aplicada com benefícios para os utentes.

GESTÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Entendemos que o domínio da gestão dos cuidados assume uma importância relevante na temática da assistência das pessoas com feridas crónicas, uma vez que influenciará e condicionará a actuação dos enfermeiros nos diversos contextos profissionais. Deste modo, e a partir das vivências relatadas em todo este trabalho consideramos que devem ser estabelecidas políticas, traduzidas na forma de normas e padrões institucionais, que possibilitem o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de modo a que sejam atingidos os mais elevados padrões de qualidade. Deste modo, este esforço de gestão deverá ser um esforço consertado de vários agentes hierarquicamente posicionados, que vão desde os mais altos responsáveis pelas instituições até aos responsáveis operacionais, que se encarregam da gestão localmente (enfermeiros-chefes). Assim sugerimos:

- A elaboração de manuais de boas práticas que contemplem a definição de linhas orientadoras de actuação face aos utentes com úlceras venosas a implementar em todos os serviços, de modo a assegurar a coerência e a solidez por parte das equipas de saúde prestadoras de cuidados durante todo o processo de tratamento;
- O investimento na aplicação de novas modalidades terapêuticas utilizadas nas situações de ulcerações venosas, com resultados positivos, mas ainda não disponíveis, ou quando presentes não implementadas de forma uniforme ao nível da Região Autónoma dos Açores. De entre estas modalidades terapêuticas destacam-se, por exemplo, a terapia compressiva, a terapia de aplicação de pressão negativa à ferida, utilização de factores de crescimento, entre outras;

- A criação de incentivos facilitadores da frequência de formação especializada para que os enfermeiros que manifestem interesse possam fazer formação pós-básica no domínio científico do tratamento de feridas e viabilidade tecidual. Deste modo, eventuais, lacunas existentes a este nível poderão ser minimizadas não só pelo interesse manifestado pelos profissionais de saúde como também pela aquisição de novas competências, que advêm da formação especializada neste campo do saber;
- A criação de políticas que apoiem a linha de investigação no domínio das feridas crónicas, onde as diferentes abordagens (qualitativa e quantitativa) se complementem e os seus resultados possam ser utilizados de forma sistemática e integrada para a melhoria dos cuidados prestados. Deste modo, entendemos que a prática dos enfermeiros deverá assentar nas evidências emergentes a partir das investigações que realizam, isso é, os enfermeiros deverão ser capazes de incorporar os resultados de pesquisas relevantes na sua prática clínica;
- A criação de espaços de contacto com onde possa haver a troca de experiências entre as pessoas acometidas com úlceras crónicas de perna e onde possam receber acompanhamento psicológico e apoio emocional especializado, se o desejarem.

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Jackes Perrier, citado por Hesbeen (2000) refere que a investigação é um caminho que se abre no que é parcialmente conhecido ou desconhecido ou mal conhecido, para assim se saber mais e se obterem novos resultados. Assim, no nosso entender, cremos que a investigação é, no fundo, uma procura constante sobre o que desconhecemos e o que queremos compreender melhor, bem como uma forma de consolidar cientificamente conhecimentos, por vezes, empíricos. Neste contexto, e a partir deste estudo deixamos algumas problemáticas, que no nosso entender, são pertinentes para o desenvolvimento de futuros trabalhos de investigação neste domínio:

- O presente estudo privilegiou o estudo das vivências, exclusivamente, relacionadas com ulcerações venosas, contudo consideramos ser pertinente comparar as experiências das pessoas com este tipo de feridas com outras possuidoras de feridas de diferentes etiologias (úlceras de pressão, úlceras arteriais ou de origem neuropática). Aferir as, eventuais, semelhanças e

diferenças associadas ao tratamento e à vivência com diferentes feridas crónicas poderia contribuir para o estabelecimento de uma intervenção mais focalizada, consoante a realidade vivida por cada pessoa e consoante a etiologia de cada ferida;

- Como constatamos os participantes deste estudo destacaram, entre outras vivências, a dor como sendo uma temática marcante da experiência de viver com uma úlcera venosa crónica de perna. Assim, entendemos que mais investigação deveria ser realizada neste âmbito, no sentido de averiguar a prevalência de dor durante o período do tratamento; o aprofundamento da discussão dos tipo(s) de dor experienciados pelas pessoas que possuem úlceras venosas, bem como estudos que permitissem a exploração de meios mais eficazes para o controlo da dor;

É nesta perspectiva que entendemos o carácter fundamental da investigação em enfermagem, ou seja, como uma componente integrante dos cuidados de enfermagem, capaz de proporcionar à prática o substrato científico que valida, guia e enriquece os seus saberes, e contribui para a tomada de decisões fundamentadas e apara o agir profissional de excelência.

Com este trabalho esperamos poder ter contribuído, embora modestamente, para o enriquecimento do corpo de conhecimento científico da profissão e sobretudo esperamos ter proporcionado uma base de reflexão aos enfermeiros sobre as suas práticas incentivando-os a compreender as necessidades específicas das pessoas acometidas com úlceras venosas crónicas de perna, nos contextos das suas vidas quotidianas, acompanhando o seu esforço por alcançarem o maior grau de bem-estar que lhes é possível.

Reafirmámos que, é procurando perceber a natureza pessoal da experiência de viver com feridas crónicas que podemos, enquanto enfermeiros, antecipar problemas e prestar cuidados individualizados e verdadeiramente holísticos àqueles de quem cuidados todos os dias e durante longos períodos de tempo. Esperamos que o trabalho que desenvolvemos nesta dissertação possa constituir-se como uma passo, pequeno é certo, mas mesmo assim um passo, no sentido da concretização do que atrás referimos e do que acreditamos!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBADE L.; LASTÓRIA, S. (2006). Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 81(6), pp. 509-521.
- AMENDOEIRA, J. [et al.] (2003). *Os instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem. Expressões e significados*. Recuperado em: 5 de Junho, 2007, de: <http://www.chmt.min-saude.pt/NR/rdonlyres/792092AE-29A6-4548-B205-E7217E04CBA6/620/Publica%C3%A7%C3%A3oOnlineIBEInstrumentosBasicosdeEnfermagem.pdf>.
- ANJOS, A.; ZAGO, M. (2006). A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (1), pp. 2-8.
- ARAUJO, T.; VALENCIA, I.; FEDERMAN, D.; KIRSNER, R. (2003). Managing The Patient With Venous Ulcers. *American Society of Internal Medicine*, 138 (4), pp. 326-335.
- AUGUSTO, B.; LEIGO, A.; RODRIGUES, C.; RODRIGUES, C.; RODRIGUES, E. (2001). Ter uma ferida. Que vivências? Que repercussões? In K. FURTADO [et al.] (Orgs.). *Prevenção e tratamento de úlceras* (pp. 55-75). Coimbra: Formasau, Formação e Saúde.
- BAHARESTANI, M. M. (2006). Qualidade de vida e questões éticas. In; S. BARANOSKI & E. AYELLO. *O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos*. (pp. 3-22). Loures: Lusodidacta.
- BARANOSKI, S.; AYELLO, E. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos*. Loures: Lusodidacta.
- BARDIN, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BEITZ, J.; GOLDBERG, E. (2005). The Lived Experience of Having a Chronic Wound: A Phenomenologic study. *Dermatology Nursing*, (17)4, pp. 272-305.
- BELLICHACH, A. L. (2006). A personal and Ethical Perspective on Chronic Wound Pain. *British Journal of Nursing*, 15(17), pp. 909-911.
- BERGQVIST, D.; LINDHOLM, C.; NELSÉN, O. (1999). Chronic Leg Ulcers: the impact of venous disease. *Journal of Vascular Surgery*, 29(4), pp.752-755.

- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (2003). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução às teorias e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- BOTELHO, M. A. (2004). A pessoa e os cuidados de saúde. *Pensar Enfermagem*, 8(2), p.1.
- BROD, M. (1998). Quality of life issues in patients with diabetes and lower extremity ulcers: patients and care givers. *Quality of Life Research*, (7), pp. 365-372.
- CARPENTER, D. R. (2002). Exigências Éticas na Investigação Qualitativa. In H. STREUBERT & D. CARPENTER. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ªed., pp. 37-48). Loures: Lusociência.
- CARPENTER, D. R. (2002). Método Fenomenológico. In H. STREUBERT & D. CARPENTER. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ªed., pp. 49-74). Loures: Lusociência.
- CARVALHO, A. C. (1996). Como chegar lá? Embrião de um modelo de enfermagem co-activo. *Enfermagem em foco*, VI (23), pp.36-40.
- CARVALHO, M. D. B.; VALLE, E. R. M. (2002). A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. *Acta Scientiarum Maringá*, 24(3), pp. 843-847.
- CARVALHO, M. M. (1994). *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editorial Psy.
- CARVALHO, V. A. De (1994). Programa Simonton: uma experiência no Brasil. In M. CARVALHO. *Introdução à Psiconcologia*. (pp. 141-159). São Paulo: Editorial Psy.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. (2002). *Metodologia Científica*. (5ª ed.). São Paulo: Prentice Hall.
- CHASE S. K.; MELLONI M.; SAVAGE A. (1997). A forever healing: the lived experience of venous ulcer disease. *Journal of Vascular Nursing*, 15 (2), pp. 73-78.
- CHASE, S. K.; WHITEMORE, R.; CROSBY, N.; FRENEY, D.; HOWES, P.; PHILLIPS, T. (2000). Living with chronic venous leg ulcers: a descriptive study of knowledge and functional health status. *Journal of Community Health Nursing*, 17(1), pp. 1-13.
- CHINI, G. C. O. (2005). *A amputação sob uma perspectiva fenomenológica*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.
- COLLIÈRE, M.-F. (1986). Invisible Care and Invisible Women as Health Care-providers. *International Journal of nursing Studies*, 23(2), pp. 95-112.

- COLLIÈRE, M-F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COLLIÈRE, M-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- CORBI, R.; MENEZES-FILHO, N. (2006). Os determinantes empíricos da felicidade no Brasil. *Revista de Economia Política*, 26 (4), pp. 518-536.
- CRESWELL, J. W. (1994). *Research Design: Qualitative & Quantitative approaches*. Londres: Sage Publications.
- DELY, P. (2009). *Aprendendo a lidar com as próprias emoções*. Recuperado em 01 de Julho, 2009, de: http://www.aprendebrasil.com.br/falecom/psicologa_bd.asp?codtexto=617
- DIOGO, P. (2000). Necessidades de apoio aos familiares que acompanham a criança com doença oncológica no internamento. *Pensar Enfermagem*, 4(1), pp. 12-24.
- DOMINGUES, Bernardo – A Pessoa e a Vida Saudável a Promover. In M. C. P. NEVES, & S. PACHECO, (Coord.) – *Para uma Ética da Enfermagem. Desafios*. (pp. 187-202). Centro de estudos de Bioética/ Pólo Açores: Gráfica de Coimbra.
- EBBESKOG, B.; EKMAN, S.-L. (2001). Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectical relationship between freedom and imprisonment. *Nordic College of caring Sciences*, (15), pp. 235-243.
- ESPADA, A. P. S. S. (2004). *À descoberta. Vivências e contributos do trabalho de investigação elaborado no âmbito do Curso Complemento Formação Enfermagem para o desenvolvimento dos enfermeiros*. Dissertação apresentada no âmbito do Concurso de Provas Públicas para Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, Ponta Delgada, Portugal.
- FARIA, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4 (XXIII), pp. 361-371.
- FERREIRA, P.; MIGUÉNS, C.; GOUVEIA, J.; FURTADO, K. (2007). Medição da qualidade de vida de doentes com feridas crónicas: a Escala de Cicatrização da Úlcera de Pressão e o Esquema Cardiff de Impacto da Ferida. *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem*, 17 (221), pp. 32-41.
- FIGUEIREDO, A.S. (2004). *À conquista de uma identidade. Enfermeiros recém-formados, entre o hospital e o centro de saúde*. Lisboa: Climepsi.

- FIGUEIREDO, M. (2003). Úlceras varicosas. In PITTA G.; CASTRO A.; BURIHAN, E - *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA. Recuperado em 01 de Novembro, 2007, de: <http://www.lava.med.br>.
- FODDY, W. (1996). *Como Perguntar: Teoria e Prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.
- FORTIN, M.-F. (1999). Métodos de amostragem. In M.-F. Fortin. *O processo de investigação: da concepção à realização*. (pp. 201-214). Loures: Lusociência.
- FORTIN, M.-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- FRADE, J. M. F. V. (1999). *Relação de Ajuda em Enfermagem. Perspectivas sobre a prática e a formação*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- FRIAS, C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte: desígnio de enfermagem em formação*. Loures: Lusociência.
- FURTADO, K. (2003). Prevenção de úlceras de pressão: um certificado de qualidade. *Nursing: Revista técnica de enfermagem*, (175), pp. 20-23.
- GAMEIRO, M. G. H. (2003). A Enfermagem Ciência e Arte... e a Investigação. *Referência*, (10), pp. 5-15.
- GAMEIRO, M. H. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto editora.
- GAUTHIER, B. (2003). *A Investigação Social. Da Problemática à Colheita de Dados*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- GIL, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (5ªed.). São Paulo: Editora Atlas.
- GÓMEZ, G. R.; FLORES, J. G.; JIMÉNEZ, E. G. (1999). *Metodologia de la investigacion cualitativa*. (2ªed.). Archidona: Editora Algibe.
- GRANDE, Nuno (2000). Ética e Investigação. *Investigação em Enfermagem*, (2), pp. 49-53.
- GROVE, S. K.; BURNS, N. (1997). *The practice of nursing research: conduct, critique & utilization*. (3ª ed.). Philadelphia: Saunders Company.
- HEINEN, M.; ACHTERBERG, T.; REIMER, W.; KERKHOF, P.; LAAT, E. (2004). Venous leg ulcer patients: a review of the literature on lifestyle and pain-related interventions. *Journal of Clinical Nursing*, (13), pp. 355-366.

- HESBEEN, W. (2000) *Cuidar no Hospital. Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- HYDE, C.; WARD, B.; HORSFALL, J.; WINDER, G. (1999). Older women's experience of living with chronic leg ulceration. *International Journal of Nursing Practice*, (5), pp. 189-198.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2006). *The ICN Code Of Ethics For Nurses*. Switzerland: Imprimerie Fornara.
- JENKS, J. M. (2002) Investigação acção na Prática e na Administração. In H. STREUBERT & D. CARPENTER. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ªed., pp. 295-311). Loures: Lusociência.
- JONES, J.; BARR, W.; ROBINSON, J.; CARLISLE, C. (2006). Depression in patients with chronic venous ulceration. *British Journal of Nursing (Tissue Viability Supplement)*, 15(11), pp. 17-23.
- JONES, V.; BALE, S.; HARDING, K. (2006). Cicatrização de feridas agudas e crónicas. In; S. BARANOSKI & E. AYELLO – *O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos*. (pp. 71-89). Loures: Lusodidacta.
- KANT, I. (1995). *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. (Paulo Quintela, Trad.) Porto: Porto Editora. (Obra Original Publicada em 1785).
- KÉROUAC, S.; PEPIN, J.; DUCHARME, F.; DUQUETTE, A.; MAJOR, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson
- KRASNER, D. (1998). Painful venous ulcers: Themes and stories about living with pain and suffering. *Journal of Ostomy/Wound Management*, 44(9), pp. 38-49.
- KRASNER, D. L. (1997). *Carrying on despite the pain: Living with painful venous ulcers – A Heideggerian Hermeneutic Analysis*. Tese de Doutoramento, Faculty of the Graduate School of the University of Maryland, Baltimore, Maryland, EUA.
- LALANDA, P. (1995). A interacção enfermeiro/doente: uma abordagem antropológica. *Nursing: Revista técnica de enfermagem*, (88), pp. 28-32.
- LAZURE, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- LESSAR-HÉRBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. (2008). *Investigação qualitativa. Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

- LINO, B. (2001). O Paradigma Rogeriano da Pessoa Como Centro na Perspectiva da Liberdade Pessoal. *A Pessoa como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, (7), pp. 53-63.
- LOPES, C.; PEREIRA, M. G. (2002). *O doente oncológico e sua família*. Lisboa: Climepsi editores.
- LOPES, P. (1999). O corpo da pessoa: que lugar ocupa nos cuidados de enfermagem? *Nursing: Revista técnica de enfermagem*, (138), pp. 20-24.
- LOUREIRO, L. M. J. (2002). Orientações Teórico-Metodológicas Para Aplicação do Método Fenomenológico na Investigação em Enfermagem. *Referência. I Série* (8), pp.5-16.
- LOUREIRO, L. M. J. (2006). Adequação e Rigor na Investigação Fenomenológica em Enfermagem – Crítica, Estratégias e Possibilidades. *Referência. II série* (2), pp. 21-32.
- LUCAS, L. S.; MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. (2008). Qualidade De Vida Dos Portadores de Ferida em Membros Inferiores – Úlcera De Perna. *Ciencia Y Enfermeria*, 1(XIV), pp. 43-52.
- MEDEIROS, O. H. R. (2004). *Os Trilhos da Fé práticas e representações religiosas em S. Miguel*. Ponta Delgada: Nova Gráfica, Lda.
- MELEIS, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- MELEIS, A.I. ; SAWYER, L. ; IM, E. ; MESSIAS, D. ; SCHUMACHER, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), pp.12-28.
- MERLEAU-PONTY, M. (1999). *Fenomenologia da Percepção*. (Carlos Moura, Trad.) (2ªed.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953).
- METZGER, C.; MULLER, A. (Dir.); SCHWETTA, M; WALTER, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência.
- METZGER, C.; SCHWETTA, M.; WALTER, C. (2002). Avaliação da dor. In C. METZGER [et al.] *Cuidados de enfermagem e dor*. (pp.159-182). Loures: Lusodidacta.
- MOSQUERA, J. J. M.; STOBÄUS, C. D. (2006). Auto-imagem, Auto-estima e Auto-realização: qualidade de vida na universidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), pp. 83-88.

- MULLER, A.; SCHWETTA, M. (2002). Fisiologia e Fisiopatologia da Dor. In C. METZGER [et al.] *Cuidados de Enfermagem e Dor*. (pp.5-28). Loures: Lusodidacta.
- NEIL, J. (1998). *Living With a Chronic Wound: A Heideggerian Hermeneutical Analysis*. Tese de Doutoramento, Virginia Commonwealth University, Virgínia, EUA.
- NEIL, J. (2001). The Stigma Scale: Measuring Body Image and the Skin. *Plastic Surgical Nursing*, 21 (2), pp.79-87.
- NEVES, M. C. P.; PACHECO, S. (Coord.). (2004). *Para uma Ética da Enfermagem. Desafios*. Centro de estudos de Bioética/ Pólo Açores: Gráfica de Coimbra.
- NOVAIS, E. (2003). A dualidade de ter e ser corpo. *Pensar Enfermagem.*, 7(1), pp. 13-21.
- NUNES, L. (2004). A especificidade da Enfermagem. In M. C. P. NEVES, & S. PACHECO, (Coord.) – *Para uma Ética da Enfermagem. Desafios*. (pp. 33-48). Centro de estudos de Bioética/ Pólo Açores: Gráfica de Coimbra.
- NUNES, L. (2005). Ética na Investigação em Enfermagem. In *Ética na Prática de Enfermagem*, XXVI Congresso Português de Cardiologia. Porto.
- NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OLIVEIRA, N. S. S. (2007). Qualidade de vida do utente com ferida crónica. *Sinais Vitais*, (72), pp. 35-38.
- OLIVEIRA, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 4(XVIII), pp. 437-453.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS: CONSELHO DE ENFERMAGEM. (2001). *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS: CONSELHO DE ENFERMAGEM. (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- PACHECO, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. (2ªed.). Loures: Lusociência.
- PERSON, A.; HEINEN, M.; VLEUTEN, C.; ROOIJ, M.; KERKHOF, P.; ACHTERBERG, T. (2004). Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *Journal of Clinical Nursing*, (13), pp. 341-354.
- PHANEUF, M. (1995). *Relação de ajuda: elementos de competência da enfermeira*. In I Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgica. Coimbra.

- PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- POPOOLA, M. M. (2000). A clarion call for a holistic approach to chronic wound management. *Advances in Skin & Wound Care*, 13 (1), pp. 47-48.
- POPOOLA, M. M. (2000). *From Descriptive Survey to a Caring Healing Praxis Model of Chronic Wound Management*. Tese de Doutoramento, Faculty of the Graduate School of the University of Colorado, University of Colorado, Colorado, EUA.
- POPOOLA, M. M. (2003). Complementary Therapy in Chronic Wound Management. *Holistic Nursing Practice*, 13(1), pp. 152-158.
- PORTUGAL, DECRETO-LEI nº 104/98, DR nº. 93 I Série-A (21-04-1998) pp. 1739-1757.
- PORTUGAL, DECRETO-LEI nº 161/96, DR nº 205 I Série A (1996-09-05) pp. 2959-2962.
- PORTUGAL, Instituto Nacional De Estatística (2001). Censos 2001: resultados definitivos. XIV recenseamento geral da população. Lisboa: INE.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Circular Normativa nº 09/DGCG, de 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.
- PRICE, B. (1990). A model for body-image care. *Journal of Advanced Nursing*, (15), pp. 585-593.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. (2003). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- RAMOS, A. S.; PATRÃO, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Revista Análise Psicológica*. 3(XXIII), pp. 295-304.
- RENAUD, I. (2004). Corpo Humano. In M. C. P. NEVES, & S. PACHECO, (Coord.) – *Para uma Ética da Enfermagem. Desafios*. (pp. 215-226). Centro de estudos de Bioética/ Pólo Açores: Gráfica de Coimbra.
- RENAUD, M. (1995). Eugenismo e Mito da Perfeição. In *Cadernos de Bio-ética: sofrimento e dor*, (9), pp. 15-28.

- REYNOLDS, W.; SCOTT, B. (2000). Do Nurses and Others Professional Helpers Normally Display Much Empathy? *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), pp. 226-234.
- RIBEIRO, A. (2003). *O Corpo Que Somos. Aparência, Sensualidade, Comunicação*. Lisboa: Editorial Notícias.
- ROGERS, C. (1970). *Tornar-se Pessoa*. (Manuel Ferreira, Trad.). Lisboa: Moraes Editores. (Obra Original Publicada em 1961).
- ROGERS, Carl. (1974). *A terapia Centrada no Paciente*. (Manuel Ferreira, Trad.). Lisboa: Moraes Editores. (Obra Original Publicada em 1951).
- ROSA, K. C. (2004). *Newman’s Research as praxis: Health as Expanding Conscious and Living with lower Extremity Chronic Skin Wounds*. Tese de Doutoramento, William F. Connell Graduate School of Nursing, Boston College, Boston, EUA.
- ROSA, K. C. (2006). A process model of healing and personal transformation in persons with chronic skin wounds. *Nursing Science Quaterly*, 19(4), pp. 349-358.
- ROSA, M. L. J. M. A. F. (2007). *Implicações psicossociais e familiares da doença na pessoa com tuberculose*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING. (2006). *Clinical Practice Guidelines. The Nursing Management of patients with venous leg ulcers*. London: Royal College of Nursing.
- SANCHAS, L.; BALTAR, C. (2004). Vivências do indivíduo com ferida crónica. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, (187), pp. 35-41.
- SANDELOWSKI, M. – Qualitative analysis: what it is and how to begin. *Research in Nursing & Health*, 4(18), pp. 371-375.
- SANTOS, B. S. (1999). *Um Discurso sobre as ciências*. (11ªed.). Porto: Edições Afrontamento.
- SAVOIE-ZAJC, L. (2003). A Entrevista Semidirigida. In B. GAUTHIER. *A Investigação Social. Da Problemática à Colheita de Dados*. (3ª ed., pp. 279-301). Loures: Lusociência.
- SILLAMY, N. (1998). *Dicionário de psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- SILVA; A. S.; PINTO, J.M. (Orgs). (2005). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- SIMKA, M.; MAJEWSKI, E. (2003). The Social and Economic Burden of Venous Leg Ulcers. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4(8), pp. 573-581.

- SIMÕES, J.; FONSECA, M.; BELO, A. (2006). Relação de Ajuda: horizontes de existência. *Referência*, II série (3), pp. 45-54.
- STRATTON, P.; HAYES, N. (1997). *Dicionário de psicologia*. São Paulo: Editora Pioneira.
- STREUBERT, H. J. (2002). A Produção da Investigação Qualitativa: Elementos Comuns Essenciais. In H. J. STREUBERT & D. R. CARPENTER. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ªed, pp. 17-36). Loures: Lusociência.
- STREUBERT, H. J. (2002). Filosofia e Teoria: Fundamentos da Investigação Qualitativa. In H. J. STREUBERT & D. R. CARPENTER. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ªed, pp. 1-16). Loures: Lusociência.
- STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ªed.). Loures: Lusociência.
- SWANSON, K.; WOJNAR, D. (2004). Optimal Healing Environments in Nursing. *The Journal of alternative and Complementary Medicine*, 10 (suppl. 1), pp. S43-S48.
- TEIXEIRA, E. (2002). *As Três Metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa*. (4ªed.) Belém: UNAMA.
- TWYXCROSS, R. (2003). *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- VALA, J. (2005). A análise de conteúdo. In A. S. SILVA & J.M. PINTO (Orgs.). *Metodologia das Ciências Sociais*. (pp.103-127). Porto: Edições Afrontamento.
- VALENCIA, I. C.; FALABELLA, A.; KIRSNER, R.; EAGLSTEIN, W. (2001). Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 44(3), pp. 401-424.
- VAN RIJSWIJK, L.; POLANSKY, M. (1994). Predictors of time to healing deep pressure ulcers. *Ostomy/Wound Management*, 40(8), pp. 40-48.
- VICENTE, J. N. (1997). *Razão e Diálogo: Introdução à Filosofia*. Porto: Porto Editora
- WALSHE, C. (1995). Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), pp. 1092-1100.
- WATSON, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WHITE, R. (2006). Delayed Wound Healing: Who, What, When and Why? *Nursing Standard* (suppl.4), pp. 47-54.

- WILDE, M. H. (1999). Why embodiment now? *Advances in Nursing Science*. 22(2), pp. 25-38.
- WILDE, M. H. (2003). Embodied knowledge in chronic illness and injury. *Nursing Inquiry*. 10(3), pp. 170-176.
- YAMADA, B. F. A. (2001). Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crónicas. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- ZAGONEL, I.P.S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem*, 7(3), pp. 25-32.

ANEXOS

**ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DO CSPD PARA ACESSO AOS PARTICIPANTES**

Ao Conselho de Administração do
Centro de Saúde de Ponta Delgada

ASSUNTO: Trabalho de Investigação no âmbito do XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem – ICBAS / Universidade do Porto

Fábio Alexandre Melo Do Rego Sousa, enfermeiro deste Centro de Saúde, a frequentar o XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, ministrado pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Universidade do Porto, encontra-se em fase de preparação da Tese de Mestrado, com a realização do trabalho de investigação intitulado: ***O “Corpo” que não cura: vivências das pessoas com úlceras venosas de perna crónicas.***

Este trabalho, que conta com a orientação do Prof. Doutor António de Jesus Couto, visa compreender as vivências das pessoas que possuem úlceras venosas de perna crónicas, que tardam em cicatrizar.

Para que tal possa ser concretizado vimos solicitar autorização para a realização deste estudo de investigação nesta instituição, bem como para o acesso (selecção e posterior contacto) aos utentes das Unidades de Saúde que compõem este Centro de Saúde e que são portadores da condição patológica acima descrita. De salientar que, durante o processo supracitado, estimamos recorrer à colaboração de alguns colegas (informantes privilegiados) para a referida selecção de participantes.

Os dados colhidos serão apenas para uso exclusivo no trabalho acima referido, ocorrendo a sua colheita de acordo com a disponibilidade dos participantes e segundo marcação prévia.

Salvaguarda-se de antemão que a participação das pessoas portadoras de úlceras venosas de perna crónicas no estudo é voluntária, reservando-se às mesmas o direito de recusa ou desistência, a qualquer momento. A identidade dos participantes apenas será conhecida pelo autor e pelo orientador da tese.

Não estão previstos danos para os participantes nem para a própria Instituição, estando os benefícios da realização deste trabalho relacionados com o maior conhecimento do assunto em causa, proporcionando, assim, a oportunidade de ser melhorada a prestação de cuidados de Enfermagem aos utentes que possuem esta condição patológica.

O tratamento de dados decorrerá de acordo com o método de análise de conteúdo.

Comprometemo-nos, desde já, a interferir o menos possível com o funcionamento normal dos Serviços e a divulgar os resultados do trabalho junto da V. Instituição após o seu término, previsto para Março de 2009.

Gratos pela atenção dispensada, subscrevemo-nos com a maior consideração.

Aguardamos deferimento.

Ponta Delgada, 25 de Março de 2008

O Mestrando

(Fábio Alexandre Melo do Rego Sousa)

ANEXO II – DEFERIMENTO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CSPD PARA
ACESSO AOS PARTICIPANTES

	DESPACHO
De: Vogal Enfermeira do C.A.	
Para: Enfermeiro Fábio Rego Sousa	
Assunto: Trabalho de Investigação.	

Em conformidade com o requerimento apresentado por V. Ex.^a, serve a presente para informar, que está autorizado a realização do seu estudo de Investigação no âmbito do XIV do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem – ICBAS/ Universidade do Porto, neste Centro de Saúde.

Com os melhores cumprimentos,

Ponta Delgada, 2 Abril de 2008

A Vogal Enfermeira

Maria Manuela R.S. D. Ferreira

ANEXO III – GUIÃO DE ENTREVISTA

▪ OBJECTIVOS DA ENTREVISTA

- ✚ Caracterizar sócio-profissionalmente os entrevistados;
- ✚ Recolher dados relativos ao historial presente e passado dos entrevistados, no que concerne à presença de úlceras venosas;
- ✚ Conhecer as vivências dos entrevistados relativamente à experiência de possuírem uma ferida crónica (úlceras venosa);
- ✚ Identificar o impacto que a situação de possuir uma ferida crónica comporta na vida quotidiana das pessoas.
- ✚ Compreender o fenómeno de possuir/viver com uma ferida crónica (úlceras venosa).

	BLOCOS	PERGUNTAS CENTRAIS	PERGUNTAS ORIENTADORAS/ACÇÕES EM CAMPO	OBSERVAÇÕES
Introdução	Bloco 1 – Legitimação da Entrevista		▪ Apresentação do investigador; ▪ Clarificar o tipo de estudo, bem como o contexto onde será realizado e a sua finalidade; ▪ Explicar os procedimentos éticos a serem adoptados na investigação; ▪ Pedir autorização para utilizar o gravador e justificar a sua utilização; ▪ Apresentação, explicação e justificação do consentimento informado ➤ Assinatura do consentimento informado; ▪ Solicitar alguns dados pessoais – biográficos e de saúde: ➤ Género; ➤ Idade; ➤ Profissão/Situação profissional; ➤ Tempo de existência da(s) úlcera(s) actuais? ➤ História de ulcerações anteriores? ➤ Duração de tratamentos anteriores até cura (em meses)?	Garantir o respeito pelos princípios éticos inerentes à investigação; Negociar a gravação da entrevista; Colocar o gravador num local discreto; Autorização escrita; Caracterização sócio-profissional dos participantes; Recolha de dados acerca da condição patológica; Pedido de autorização para dar início à gravação da entrevista;

Desenvolvimento	Bloco 2 – Vivências acerca da experiência de possuir uma ferida crónica	Como é que vivencia a situação de possuir uma úlcera venosa crónica de perna? Que impacto é que esta situação tem na sua vida?	Sinta-se à vontade para dizer tudo aquilo que pensa ser importante para nos ajudar a perceber como é viver com uma ferida crónica que tarda em cicatrizar.	Estar atento, constantemente, à comunicação verbal e não verbal dos entrevistados, bem como ao estado emocional evidenciado; Utilização de técnicas de comunicação (devolução, clarificação, reflexão de sentimentos, focagem, etc.); Aceder às experiências vividas valorizadas pelos participantes em relação ao fenómeno em estudo; Investigar o impacto que o facto de possuir uma ferida crónica induz a nível multidimensional; Utilização de questões que promovam o esclarecimento adicional dos tópicos transmitidos e/ou que contribuam para a prossecução e concretização do discurso, como por exemplo: ▪ Pode falar-me mais acerca disso? ▪ Há mais alguma coisa que gostaria de acrescentar sobre isso?
Conclusão	Bloco 3 – Finalização e Agradecimentos		▪ Agradecer a entrevista; ▪ Dar oportunidade ao entrevistado de fazer referência, se o desejar, a algum assunto/aspecto particular; ▪ Terminar a entrevista.	

ANEXO IV – EXEMPLO DE TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA

TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTAS

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

Idade: 56 Género: Masculino ☐ Feminino ☒

Estado Civil: Solteiro ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐

Escolaridade: 4º Ano Profissão/Situação Profissional.: doméstica

Tempo de existência da(s) úlcera(s) actuais: 24 meses

História de ulcerações anteriores: Sim ☒ Não ☐

Duração de tratamentos anteriores (até à cura): 11 meses

Nº Entrevista: 4

Data: 24 / 11 / 2008

Hora Início: 11h30

Hora Término: 12h00

Duração Total: 30 min

Nº	Transcrição
1	Entrevistador – Senhora (Nome) disse-me que tem essa ferida há 2 anos e o que eu gostava
2	de lhe perguntar é como é que vivencia, a situação de possuir uma úlcera venosa de perna?
3	Sinta-se à vontade para dizer tudo aquilo que achar importante e que me ajude a perceber
4	como é viver com uma ferida crónica que tarda em cicatrizar.
5	Entrevistada – É um pesadelo, é um pesadelo. É querer dormir e não poder dormir com dores,
6	sentada na beira da cama com a perna esticada sobre uma cadeira com dores, às vezes
7	revoltada e tirar a ligadura porque não se consente aquele aperto na perna, com muitos
8	medicamentos, em cima medicamentos para tirar as dores, querer por o pé no chão e não
9	conseguir, querer sair de casa e nunca mais ter saído, sem ser para o médico, de resto uma
10	peessoa não sai para lado nenhum. Eu saía muito com o meu marido, agora nunca mais fui para
11	lado nenhum, é de casa para o médico e do médico para casa e não vou para mais lado
12	nenhum.
13	Entrevistador – Sente que não sai...
14	Entrevistada – Não posso, não posso, mais a mais o médico (<i>imperceptível</i>) porque eu faço o
15	esforço sobre a outra perna também e não consigo, é sempre com muita dor, muita dor,
16	misericórdia! E é a ferida cheira mal às vezes uma pessoa tem que tirar a roupa da cama
17	devido ao cheiro da perna...
18	Entrevistador – E isso incomoda-a?
19	Entrevistada – Incomoda, incomoda e muito, incomoda e muito! É uma pessoa ter vontade e
20	querer trabalhar e sem poder e uma pessoa não consegue e não posso estar de pé, a minha
21	vida é passar um roupinha sempre com a perna esticada, sentada, com a perna esticada, quer
22	lavar uma loucinha, de repente lavo um pratinho, dois mas não consigo lavar mais porque não
23	posso. Estender uma roupinha? Não estendo porque não posso, porque não consigo por o pé
24	no chão, dá-me aquela dor muito forte, muito forte e não consigo. É tudo... a vida toda
25	atrasada, tudo atrapalhado...
26	Entrevistador – A vida toda atrasada?

27	Entrevistada – É tudo atrasado... é sair sem poder, é a vida toda “trambolhada”, toda
28	“trambolhada” porque não posso.
29	Entrevistador – Agora há pouco falou-me numa sensação de revolta...
30	Entrevistada – É. É uma pessoa pensar que vai ficar boa, de repente uma pessoa julga que a
31	ferida vai fechar e em vez de fechar torna outra vez a abrir mais e é sempre com estas dores, e
32	uma vez é um tratamento, outra vez é outro e uma pessoa vê a perna piorar.
33	Entrevistador – E como é que a senhora se sente relativamente a isso? Relativamente ao
34	facto de pensar que a ferida ia fechar e no fim isso não acontecer?
35	Entrevistada – Uma pessoa fica revoltada, já se sabe, quando se está a pensar numa coisa e no
36	fim sai outra, uma pessoa sente-se revoltada, eu nunca mais fui a mesma mulher, nunca mais
37	prestei para nada. Desde que eu tenho isso na perna, eu nunca mais prestei para nada.
38	Entrevistador – Pode falar-me mais sobre isso, sobre o facto de não se sentir a mesma
39	mulher depois de possuir esta ferida?
40	Entrevistada – Porque nunca mais consegui fazer aquilo que eu fazia. Eu terminava a minha
41	vida toda, hoje, se eu quiser por uma comidinha ao lume, eu tenho que por, tenho que me
42	sentar, depois tenho que me tornar a levantar, é assim aos poucos. Se eu não estiver em casa
43	tenho que estar perto de uma mesa ou de uma parede, porque tem certos dias que eu não
44	consigo dar um passo.
45	Entrevistador – E como é que se sente?
46	Entrevistada – Fico revoltada, às vezes uma pessoa até pensa em morrer, às vezes até digo à
47	minha filha: “Antes queria morrer do que estar passando isso já há tantos anos”. Ela diz:
48	“Minha mãe não diga isso que minha mãe há-de ficar boa.” Quando a senhora enfermeira diz
49	que vai fechar eu entro naquela esperança. Há coisa de uma mês atrás eu estava tão contente
50	porque só faltava um pouco para fechar, já a seguir quando eu vim ao outro tratamento, em
51	vez de fechar tornou para trás um bocado. Quando a gente julga que vai fechar ela volta para
52	trás. Uma pessoa fica revoltada porque não vê melhoras, entra ano, sai ano e é sempre o
53	mesmo e mais forte.
54	Entrevistador – E tem esperança que ela um dia possa curar?
55	Entrevistada – Aos anos que eu já tenho isto eu julgo que vou ter isso para o resto da vida. Ao
56	anos que eu já tenho isso? Eu já não consigo ter esperança. É sempre o mesmo, é sempre com
57	dores, sempre com dores. É tanto medicamento, tanto medicamento e mais medicamentos...
58	Eu era uma pessoa que trabalhava, fazia a minha vida, fazia tudo e hoje em dia não consigo. Eu
59	quero fazer um cantinho daquilo que eu fazia e não consigo, não consigo fazer. É assim...
60	Entrevistador – E mais o que gostaria de dizer. E como é viver com uma ferida, todos os dias
61	e durante tantos anos?
62	Entrevistada – Eu tenho vezes que não posso ver ninguém à minha frente, com as dores que
63	uma pessoa tem, nem consegue ver as pessoas à sua frente.
64	Entrevistador – O que me está a dizer é que em alguns dias prefere ficar sozinha, quando
65	está com muitas dores?
66	Entrevistada – Sozinha, num canto, isolada num canto. É de noite, uma pessoa às vezes
67	levanta-se, até para o quintal uma pessoa já foi com tantas dores para não acordar ninguém
68	com as dores.
69	Entrevistador – Durante a noite já teve de se levantar e ir para o quintal com dores...

70	Entrevistada – Muitas vezes, acordar e levantar-me, às vezes sentar na sala, às vezes ir para o
71	quintal com tanta dor, para não ter que acordar com ninguém com dores. É uma vida
72	revoltada, uma vida revoltada.
73	Entrevistador – E o que mais gostaria de dizer que ache que é importante?
74	Entrevistada – O que é que eu posso dizer ao senhor enfermeiro? É ir vivendo o dia-a-dia,
75	esmorecida, isso esmorece a pessoa... Já perguntei à médica se eu fazendo uma operação ou
76	indo a Lisboa, ou qualquer coisa, mas a médica só me dá um ar de rir, não me responde, não
77	me diz nada. Sinto-me triste, uma coisa revoltada não sei...
78	Entrevistador – Sente-se triste relativamente a quê?
79	Entrevistada – A tudo, a tudo. A tudo junto!
80	Entrevistador – O que é esse “tudo junto”?
81	Entrevistada – É uma pessoa estar na esperança da médica dizer que eu vou ser operada, ou
82	vou ter melhoras. Uma pessoa faz tantas perguntas à médica e a médica só dá um arzinho de
83	rir, não me diz nada, eu já fui operada à perna para fazer um enxerto de pele, mas não pegou,
84	não resultou, ficou tudo na mesma outra vez...
85	Entrevistador – E isso tudo deixa-a como?
86	Entrevistada – Esmorecida, esmorecida com a vida, sinto-me esmorecida com tudo.
87	Entrevistador – Esmorecida com a vida?
88	Entrevistada – Esmorecida com tudo, com tudo. Uma pessoa querer fazer uma coisa sem
89	poder, quer fazer mas não pode. Se uma pessoa quer ir a casa de uma filha, ou de um filho,
90	não posso. Não me sinto bem, não me sinto confortável, sempre com dores...
91	Entrevistador – Não se sente confortável?
92	Entrevistada – A gente na nossa casa sempre estamos mais à vontade, não é? A gente vai para
93	a casa de uma pessoa, a gente não vai por a perna onde quero, já na minha casa eu posso
94	estender a minha perna, posso pô-la da maneira que eu quiser, naquilo que é meu. Se for para
95	casa de uma pessoa de fora, não tenho outro remédio senão estar sofrendo aquelas dores ali,
96	e é isso que faz com eu não me sinta confortável na casa de uma pessoa de fora. E é isso que
97	faz com que eu não saia.
98	Entrevistador – O que me está a dizer, é eu não consegue estar à sua vontade na casa das
99	outras pessoas.
100	Entrevistada – Isso mesmo.
101	Entrevistador – Falou-me nas dores, mas existe mais alguma coisa que faça com que não se
102	sinta confortável na casa dos outros?
103	Entrevistada – Se de repente tem mau cheiro, um cheiro horrível. Isso incomoda-me, tanta vez
104	que derivado ao cheiro uma pessoa não consegue dormir, ou de repente se está sentada no
105	quarto de jantar, se tem mais pessoas, aquele cheiro incomoda-me. Muitas vezes eu saio dali,
106	porque vejo que aquele cheiro está-me incomodando, e se aquele cheiro me está
107	incomodando a mim também está incomodando os outros, eu pego em mim e saio dali. Não
108	posso estar com aquele cheiro, às vezes a roupa da cama fica com aquele cheiro, não tenho
109	outro remédio senão tirar a roupa da cama, mas tira-se hoje, quando for amanhã está na
110	mesma! Sinto um mal-estar, não é nada fácil, muita vez venho aqui ao tratamento, às vezes
111	tenho receio de estar sentada numa cadeira com outra senhora ao lado, por causa do cheiro
112	que eu tenho na perna fico incomodada porque hão-de julgar que é uma pessoa que está

113	cheirando mal, e no fim não sou eu, é a perna, mas pertence-me. Eu fico incomodada sem
114	saber onde é que me hei-de por, e tudo isso me revolta, uma pessoa fica sem saber o que é
115	que há-de fazer?
116	Entrevistador – O que há-de fazer?
117	Entrevistada – Isso já não é um ano nem dois, já são muitos anos, muitos... Sempre com o
118	mesmo mal-estar, sempre com a mesma coisa, sempre com um mal-estar em todos os
119	sentidos... não pode estar sentada da maneira que quer, se uma pessoa está bem sentada dá
120	aquelas dores, lá uma pessoa tem que esticar a perna, tem que ver a posição em que vai por a
121	perna, é tudo... É para calçar um sapato, não consigo calçar um sapato, não consigo calçar
122	aquilo que eu quero, sei lá é tudo é tudo!
123	Entrevistador – E existe mais alguma coisa que gostava de dizer?
124	Entrevistada – Não sei... já falei que não consigo dormir, tantas vezes sentada na beira da
125	cama com tanta dor, muita dor. Tem dias, quando a senhora enfermeira vinha a casa fazer o
126	tratamento, eu ficava todo o dia com tanta dor, sempre com tanta dor, sempre agarrada à
127	perna com tanta dor, o meu marido ficava sem saber o que havia de fazer, já fui internada
128	muita vez por causa desta perna, muita vez mesmo... Não há uma coisa em que isso não
129	incomode: é no dormir, é no deitar, é quando uma pessoa vai tomar o seu banho, muita vez
130	um pessoa quer tomar o seu banho e não consegue, porque não pode. Se ela está mais aquilo,
131	uma pessoa põe um saco plástico e toma o seu duche, mas muitas vezes não consigo lavo-me
132	é às prestações.
133	Entrevistador – Quando diz às prestações, quer dizer que lava o seu corpo por partes, não é?
134	Entrevistada – Exactamente, muitas vezes. Lavo-me daqui para cima (<i>faz um movimento de</i>
135	<i>ascensão com a mão apontando da cintura para o topo do corpo</i>), lavo os pés, é às prestações,
136	lavo-me é às prestações, e isso incomoda uma pessoa, e é mesmo. A pessoa que queira fazer
137	as coisas à sua vontade, não pode. É senhor Enfermeiro a gente conclui que isso incomoda
138	com tudo: é no andar, é no sair, é no sentar, é no estar confortável junto das outras pessoas,
139	com tudo.
140	Entrevistador – E como é que isso a faz sentir?
141	Entrevistada – Aborrecida... Eu só sei dizer que eu nunca mais fui a mesma mulher que eu era.
142	Entrevistador – Nunca mais foi a mesma mulher?
143	Entrevistada – Nunca, nunca, nunca. Isso foi sempre para trás, para trás, cada vez pior, cada
144	vez pior, e pior e pior.
145	Entrevistador – Já me disse tanta coisa, sobre a sua experiência de viver com uma ferida
146	crónica, neste caso com uma úlcera, há mais alguma coisa que gostava de dizer e que acha
147	que ainda não foi dito?
148	Entrevistada – Eu já disse tanto, não sei mais o que hei-de dizer (<i>risos</i>). Isso mexe com tudo, e
149	continua com essas dores e isso tudo. Além das dores ainda vem os gastos de dinheiro, que
150	haja dinheiro para estar gastando com medicamentos, vai uma médica receita uma coisa, vai
151	outra médica e receita outra coisa e vamos sempre de medicamentos em medicamentos e... É
152	medicamentos para dores para infecção, é se uma pessoa vai ao médico lá baixo (<i>refere-se à</i>
153	<i>ida à cidade de Ponta Delgada</i>) é mais dinheiro para carros de praça (<i>Táxis</i>), que eu não tenho
154	carro de casa, é mais isso mais aquilo... É o meu marido doente, é uma pessoa doente, e
155	gastos de dinheiro para um lado e gastos de dinheiro para o outro, quando chega a reforma

156	dele, foi-se...	
157	Entrevistador – O que me está dizendo, se bem a entendo, é que o facto de ter esta ferida é	
158	mais uma fonte de gastos.	
159	Entrevistada – Exactamente, é constantemente com medicamentos.	
160	Entrevistador – Medicamentos por causa das feridas?	
161	Entrevistada – Exactamente só por causa das feridas.	
162	Entrevistador – Já nos falou de tanta coisa, sobre as suas dificuldades, sobre as suas	
163	actividades de vida diária, mais alguma coisa que gostasse de acrescentar sobre o facto de	
164	viver com uma ferida crónica?	
165	Entrevistada – O cheiro, também já falei, o não estar confortável em certos sítios por causa do	
166	cheiro, eu acho que já disse quase tudo.	
167	Entrevistador – Senhora (<i>Nome</i>) gostaria de lhe agradecer muito a sua disponibilidade para	
168	me conceder esta entrevista, o seu testemunho foi muito importante e tenho a certeza que	
169	contribuirá muito para nos ajudar a perceber com é viver com uma ferida crónica, neste caso	
170	um úlcera venosa, que tarda em cicatrizar. Mais uma vez o meu muito obrigado.	

ANEXO V – MATRIZES DE ANÁLISE

TEMAS CENTRAIS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO/LOCALIZAÇÃO
VIVENDO UMA VIDA LIMITADA	MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA		<i>“Por exemplo, na locomoção não posso correr, não posso andar depressa, se houver assim um caso urgente de me apressar, na estrada atravessar uma passadeira, pois tenho que fazer um sinal, aos carros que se movimentam, para que tenham alguma compreensão e possa mais vagarosamente atravessar a passadeira.” E2 – L 91-94</i> <i>“O andar, a gente nunca anda bem, é sempre manca (...)” E3 – L 115</i> <i>“ (...) querer por o pé no chão e não conseguir (...)” E4 – L 8-9</i> <i>“Não pode saltar uma parede, não pode fazer nada, porque sente-se diminuído nas suas faculdades de movimentos.” E7 – L 8-9</i> <i>“ Com falta de força nas pernas. Com fraqueza nos membros inferiores, a gente sente que, realmente, não vai andar nos braços de ninguém, devido a isso [refere-se às úlceras]. E7 – L 60-62</i> <i>“ (...) subir uma escada não se pode subir, a minha filha mora aqui em cima [aponta para a escada que leva ao piso superior] mas é raro eu subir ali a cima, porque tem aquelas escadas todas para subir (...)” E3 – L 54-56</i> <i>“Mesmo quando eu tenho dores, eu não faço nada. (...) Porque, até para o quarto de banho custa-me a ir, para andar, repuxa-me.” E3 – L 85-87</i> <i>“ Se eu não estiver em casa tenho que estar perto de uma mesa ou de uma parede, porque tem certos dias que eu não consigo dar um passo.” E4 – L 42-44</i>

			<i>“Dificuldades no dia-a-dia em descer escadas que a maior parte da minha vida é no quintal (...) a ferida atrapalha porque a gente custa muito descer e subir as escadas, dificuldade em andar, dificuldade em fazer o serviço (...)” E6 – L 43-44; 46-47</i> <i>“ (...) é para deitar, para levantar, é preciso a gente ter pessoa que nos ajude a levantar... ainda o deitar a gente deita-se bem, mas muitas vezes o meu marido ajuda-me a por as pernas para o lado de fora da cama para eu me poder terminar.” E6 – L 78-81</i> <i>“ (...) vai para sair e sente dificuldade em se movimentar e que ser sentar por tudo e por nada. Por tudo e por nada ter que se sentar (...)” E7 – L 222-223</i> <i>“É de repente querer ir à cidade, a mulher é que vai, por exemplo ainda hoje ela foi porque eu não posso andar na cidade de táxi de aqui para ali e daqui para acolá.” E5 – L 180-181</i> <i>“É, às vezes querer sair, ir dar uma volta ou fazer uma visita não posso ir a pé, tenho dificuldade... para andar custa muito.” E8 – L 32-33</i> <i>“ (...) e também no andar porque eu já não posso andar como andava, ando mais devagar, muito mais devagar e depois eu sinto vontade de visitar uma pessoa, uma doentinha, uma conhecida minha que é doentinha e não vou porque tenho de ir é de carro e tenho de esperar pelo meu marido, estou sempre à espera de quem me leve.” E8 – L 43-47</i> <i>“O que custa muito e eu já disse aqui é o querer sair e não poder.” E8 – L 40</i>
--	--	--	---

			<i>“É o andar, o andar que já não ando com andava.” E8 – L 163</i> <i>“Lembrei-me da igreja, que é uma das coisas que me custa e é só ao sábado, e é porque vou de carro, se não fosse com o meu marido eu não podia ir, e não é que a igreja fique muito longe, que não fica.” E8 – L 171-173</i> <i>“A gente tem que dizer que a cabeça regula o corpo e é verdade, mas as pernas... se não houver o corpo, não anda. Eu aprendi muito foi andando, viajando correndo o mundo, eu sou um espírito ambulante e parei no tempo. E estou parado por isso [com as feridas].” E7 – L 82-85</i> <i>“As pernas quando não ajudam, o corpo não vai a lugar nenhum, e o meu corpo era um corpo de viajante um corpo de não parar. E se essas feridas não me ajudam (...)” E7 – L 123-125</i>
	INTERFERÊNCIAS NA REALIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD's)	Actividades Domésticas	<i>“ (...) porque eu por fim eu larguei de trabalhar, que eu trabalhava, quando me deu essa [a actual ferida] é que eu depois larguei de trabalhar que, eu já não podia fazer nada. (...) Por causa da ferida, sim senhor. Eu era doméstica, e eu estava sempre a mexer em pé, aliás quando a gente está trabalhando não tem tempo de estar sentadas: é correr, lavar, limpar a casa, tudo, e fazia-me muito mal à ferida, mesmo eu já não podia mesmo.” E3 – L 144-146; 148-150</i> <i>“Eu terminava a minha vida toda, hoje, se eu quiser por uma comidinha ao lume, eu tenho que por, tenho que me sentar, depois tenho que me tornar a levantar, é assim aos poucos.” E4 – L 40-42</i>

			<i>“Eu cheguei a ter as duas pernas ligadas, com muita dificuldade porque não tenho quem me ajude nas lides domésticas.” E6 – L8-9</i> <i>“ (...) muitas vezes chegar à hora da comida e da gente ter de fazer... porque as dores são tantas, que a gente às vezes não consegue fazer nada.” E6 – L 71-73</i> <i>“É na vida de casa, muitas vezes incomodava-me, mas eu não tinha outro remédio senão fazer. Mesmo com dores eu não tinha outro remédio, sentava-me bocadinhas, tornava a ir, tornava-me a sentar (...)” E6 – L 139-141</i> <i>“Eu faço a minha vida, mas não é a minha vida completa, não limpo as coisas como devo limpar, porque incomoda-me, não me posso às vezes ajoelhar para limpar bem os móveis esta ferida incomoda muito neste sentido.” E8 – L 19-20</i> <i>“Agora quando tenho muitas dores, já não faço aquilo que devia fazer, às vezes coisas que tenho que lavar à mão lá fora, já não posso fazer (...) essas ligas por exemplo (...) tinha dias que eu passava por um aborrecimento, não chegava a lavá-las, porque não podia estar de pé (...)” E8 – L 36-40</i> <i>“Já passaram muitos dias em que o meu marido chegava a casa para almoçar ou jantar e eu estava sem poder comigo, sem poder fazer nada, cheia de dores (...) não podia fazer o trabalho, não podia fazer a comida e a gente amanhava-se. É isso é que custa mais.” E8 – L 102-106</i>
--	--	--	---

			<i>“A minha família, na minha casa disse: “não faças nada deixa-te de estar sentadinha não podes fazer”, porque elas sabem que sou assim, mas sou uma pessoa activa, e como elas vêem que para eu não fazer é porque eu não podia.” E9 – L 96-99</i> <i>“ (...) a gente não pode fazer o que a gente quer (...) Porque isso dói muito, por mim eu estou sempre sentada com a perna estirada, porque eu não posso fazer mesmo nada, às vezes eu enxugo uma loucinha é sentada, porque eu não posso estar em pé muito tempo.” E3 – L 6-9</i> <i>“ (...) varrer o chão, não posso, porque não posso estar muito tempo em pé; “correr” a roupa, também não se pode, porque é muito tempo em pé; lavar loiça também, não se pode; estender roupa a mesma coisa, é o dia-a-dia que a gente faz todos os dias, não se pode. Uma pessoa sente-se muito limitada, agora mesmo assim, vou fazendo uma coisinha, mas antes, não fazia nada, nada, nada. Era sempre sentada nesse sofazinho [aponta para o sofá], perna estirada (...)” E3 – 43-48</i> <i>“É uma pessoa ter vontade e querer trabalhar e sem poder e uma pessoa não consegue e não posso estar de pé, a minha vida é passar um roupinha sempre com a perna esticada, sentada, com a perna esticada, quer lavar uma loucinha, de repente lavo um pratinho, dois mas não consigo lavar mais porque não posso. Estender uma roupinha? Não estendo porque não posso, porque não consigo por o pé no chão (...)” E4 – L 19-24</i> <i>“Uma pessoa querer fazer uma coisa sem poder, quer fazer mas não pode”. E4 – L 88-89</i> <i>“ Pois é isso, uma pessoa quer trabalhar e não poder (...)” E3 – L 18-19</i>
--	--	--	--

			<i>“Vai-se vivendo, dia-a-dia, dias bons, dias maus. Um dia bom é um dia lindo para mim: eu vou para o quintal, eu estendo roupa, às vezes (...) É o dia em que eu sei que faço uma coisa de que eu gosto, assim: lavo louça, estendo roupa, o meu dia-a-dia que eu costumava fazer antes, tem dias que é assim, mas tem outros dias que é esmorecer, eu esmoreço. Tem dias que eu digo assim: “eu fiz isso ontem, porque é que não faço hoje?” Porque não posso, por causa da perna... Nos dias maus sinto-me tão triste (...)” E4 – L 58-59; 61-65</i> <i>“A lida da casa, que tarde ou cedo temos, sempre, que fazer. Sempre muita dificuldade, muitas vezes a minha irmã é que me vem dar uma mãozinha, quando eu estou com mais dores a minha irmã vem me dar uma mãozinha. Porque eu vivo sozinha, mais o meu marido, não tenho mais ninguém que me faça mais nada e o meu marido não é pessoa para fazer serviço. Mesmo assim, muitas vezes ele lava a loiça do jantar, quando eu estou com mais dores ele às vezes lava a loiça do jantar, mas tirado isso ele não sabe sequer estrelar um ovo.”E6 – L 37-43</i> <i>“Da minha vida particular, não me incomoda, porque eu não faço nada, a mulher é que faz o comer é que faz tudo, às vezes manda-me vigiar o comer que está ao lume, mas é só (...)” E5 – L 168-170</i>
--	--	--	--

		Hábitos de Higiene	<i>“Também nos meus hábitos de higiene, confronto-me com uma higiene que tem que ser faseada, tem que ser feita por etapas, diferente de quando não estou com estes problemas em que tomo duche muito mais rápido e mais eficiente, de uma forma mais higiénica e tudo isso, e em que sinto, até, uma maior conforto, do que lavar-me por partes, para que não molhe a gaze, para que não molhe as ligaduras, para não afectar a ferida.” E2 – L 94-99</i> <i>“ (...) é quando uma pessoa vai tomar o seu banho, muita vez um pessoa quer tomar o seu banho e não consegue, porque não pode. Se ela está mais aquilo, uma pessoa põe um saco plástico e toma o seu duche, mas muitas vezes não consigo lavo-me é às prestações (...) Exactly, muitas vezes. Lavo-me daqui para cima [faz um movimento de ascensão com a mão apontando da cintura para o topo do corpo], lavo os pés, é às prestações, lavo-me é às prestações, e isso incomoda uma pessoa, e é mesmo. A pessoa que queira fazer as coisas à sua vontade, não pode.” E4 – L 129-132; 134-137</i> <i>“ (...) no lavar eu tenho dificuldade, a minha mulher lava-me as costas, depois eu lavo o peito e os braços, as pernas, é às prestações. Tomar banho é às prestações, por causa de não molhar a liga (...)” E5 – L 6-8</i> <i>“Custa muito a ferida, principalmente na hora do banho, custa muito, e para tomar banho tem que se tomar banho por partes, não podemos tomar banho de corpo inteiro, tomamos por uma parte e depois tomamos a outra (...)” E6 – L 6-8</i> <i>“Porque a gente quer tomar um banho mais em condições, tem que amarrar um saco plástico.” E7 – L 7-8</i>
--	--	--------------------	---

			<i>“ (...) uma pessoa vá levantar-se de manhã e quer tomar um duche e coisa e não pode porque tem que amarrar um plástico (...)” E7 – L 219-221</i> <i>“ (...) dificuldades em tomar banho que é uma coisa séria. A gente quer tomar banho normal e não consegue, tem que ser sempre com a perna enrolada.” E9 – L 36-37</i> <i>“ (...) eu não me sinto bem quando eu não me lavo e eu fazia a diligência, às vezes até exagerava eu amarrava um saco bem amarrado na minha perninha, porque eu não posso e eu às vezes eu molhava o penso, elas [as enfermeiras] diziam: “A senhora não pode molhar esse penso assim” e às vezes eu molhava, porque eu não podia.” E9 – L 40-43</i> <i>(...) quando eu vou me lavar é muito tempo que eu levo. Depois tenho aquele cuidado de colocar os pensos fora de, para não estar com... é logo e já sacos de plástico. E isso incomoda (...)” E10 – L 53-55</i> <i>“E para tomar banho é um penar (...) É como eu já disse, é a prestações: os braços, depois é os peitos e depois, mas o que é que um gajo há-de fazer, eu não posso ir para uma banheira (...) mas não fico bem lavado, como se fosse, assim todo. (...) não se fica satisfeito, quer dizer, tem que se lavar né, tomar banho e tudo mas não fico satisfeito como uma pessoa normal. (...) mesmo os pés e tudo. Já se sabe, lavando um braço, lavando outro, depois vai-se enxugar... quer dizer eu sinto o corpo leve, tira suor e o coisa do corpo, mas não é como se uma pessoa vá a uma banheira e fica completamente, mas o que é que um fulano há-de fazer? E5 – L 75; 77-81; 83-84; 87-90</i>
--	--	--	---

			<i>“Na dificuldade do banho. Para dizer a verdade eu tinha que me ajoelhar no chão porque não podia tomar banho com água corrente, lavava a parte de cima e depois... a perna ligada eu nunca lavava senão as pontas dos dedos, mas a outra eu lava, não tinha outro remédio. Sentia-me um bocadinho, sentia-me um bocadinho... achava que não ficava bem lavada a verdade é essa.” E6 – L 127-131</i>
		Hábitos de Sono	<i>“ (...) porque eu não dormia de noite, de dia andava doidinha da minha cabeça...” E1 – L 15-16</i> <i>“ Ainda esta noite passada eu quase que não dormi, era a perna sempre a latejar, a latejar, uma pessoa não sabe como é que há-de estar na cama (...)” E3 – L 70-71</i> <i>“É querer dormir e não poder dormir com dores (...)” E4 – L 5</i> <i>“ (...) já falei que não consigo dormir, tantas vezes sentada na beira da cama com tanta dor (...)” E4 – L 124-125</i> <i>“ (...) eu tinha noites de não dormir (...) Era noites sem dormir, é a tal coisa, por exemplo durante o dia eu não faço nada se as dores estavam mais vagas eu ia descansar uma hora, duas horas (...) Quando eu tinha menos dores eu ia descansar, eu descansava, mas quando eu não tinha dores era uma altura em que eu não conseguia dormir, quer dizer, eu descansava mas a cabeça não dormia, era noites, noites (...)” E5 – L 11; 14-16; 18-20</i> <i>“Eu senti (...) tanta dor, que daí para cá nunca mais dormi bem. Vou para o quintal, venho do quintal, eu passo a noite assim.” E7 – L 48-49</i>

			<i>“ (...) era horroroso, sem poder dormir, era noites a fio sentada numa cadeira com os pés no ar (...)” E10 – L 7-8</i> <i>“Se de repente tem mau cheiro, um cheiro horrível. Isso incomoda-me, tanta vez que derivado ao cheiro uma pessoa não consegue dormir (...). E4 – L 103-104</i> <i>“ (...) eu de noite não dormia, levantava-me várias vezes eu desenrolava e voltava a enrolar, os pensos estavam muito sujos muito molhados” E8 – L 108-109</i>
		Actividades sociais e de lazer	<i>“no caso dos meus hobbies, eu era um praticante de ténis, há alguns anos, e com o aparecimento dessas sequelas, desses problemas que tenho tido, ora numa perna, ora noutra, e por vezes, em simultâneo. Estas úlceras varicosas, além de provocarem dor, o movimento torna-se doloroso com dificuldade de marcha e rotação da perna e apoio do pé, tudo isso... pronto. Isto vai fazer com que no meu próprio hobbie, estamos a falar do hobbie, que eu deixei de o praticar, por estas dificuldades todas, e era uma coisa que eu gostava mesmo. A natação, sobretudo no Verão também é uma coisa que eu gosto de fazer, mas se eu tenho esses problemas, eu não consigo fazer, fico mais a ver os outros a praticarem.” E2 – L11-18</i> <i>“ (...) em termos do lazer, podemos dizer que em festas, em idas, deslocações a bailes, ou coisas desse género também não os posso fazer, embora isso seja um mal menor, não é um mal menor. Sim, porque, veja: (...) um grupo de pessoas que tentem confraternizar entre si para além de estarem sentados numa mesa a beber ou a comerem ou a fazerem qualquer tipo de coisas desse género, se quiserem dançar se quiserem se locomover mais facilmente, ou estarem em pé algumas horas a ouvir música, conversar em tipo de</i>

			<i>tertúlias desse género, eu não posso, efectivamente, fazer isso porque o estar de pé torna-se doloroso, torna maçador e dolorosa a marcha, o estar parado, sente-se as pernas pesadas.” E2 – L42-51</i> <i>“ (...) querer sair de casa e nunca mais ter saído, sem ser para o médico, de resto uma pessoa não sai para lado nenhum. Eu saía muito com o meu marido, agora nunca mais fui para lado nenhum, é de casa para o médico e do médico para casa e não vou para mais lado nenhum.” E4 – L 9-12</i> <i>“ (...) porque se eu tivesse saúde eu ia ali aos [nome de um local perto da sua casa], antigamente, aí há uns dois anos, quando eu comecei com estas feridas, eu ia muita vez, só ao sábado, a uma loja brincar (...) mas isso era quando eu podia. Desde que começou a vir as dores e deixei de ir. (...) mas gostava de ir a um cinema, ou ir a uma bola, não é? E5 – 190-194</i> <i>“ (...) querer ir para uma parte e não poder, estar proibido de fazer, não é que eu não tivesse gosto, eu estaria ali três quatro horas numa loja (...) vinha de lá mais satisfeito, estava ali aquelas horas, assim, eu estou aqui em casa, mesmo ao sábado, ao domingo, e o que eu faço é ver televisão, depois aborreço-me vou descansar, se o tempo está bom sento-me no quintal (...)” E5 – L 203-208</i> <i>“Se uma pessoa quer ir a casa de uma filha, ou de um filho, não posso. (...) A gente na nossa casa sempre estamos mais à vontade, não é? A gente vai para a casa de uma pessoa, a gente não vai por a perna onde quero, já na minha casa eu posso estender a minha perna, posso pô-la da maneira que eu quiser, naquilo que é meu. Se for para casa de uma pessoa de fora, não tenho outro remédio senão estar sofrendo aquelas dores ali,</i>
--	--	--	---

			<i>e é isso que faz com eu não me sinta confortável na casa de uma pessoa de fora. E é isso que faz com que eu não saia.” E4 – L 89-90; 92-97</i> <i>“Por exemplo se há uma festa ou uma coisa qualquer, eu não vou porque os sapatos são velhos e eu tenho vergonha de ir e toda a gente iria compreender que eu não podia calçar. (...) muitas vezes deixo de ir.” E8 – L 142-144; 146</i> <i>“Ainda há pouco tempo, no mês de Dezembro houve uma festa grande, umas bodas de ouro e eu não fui e também com medo porque podia me dar as dores. Também tem isso, a gente nunca sabe quando é que nos dá as dores (...) podia dar-me as dores e tinha de ir para casa.” E8 – L 146-149; 153</i> <i>“Uma pessoa que se sente assim, não se sente... como é que eu hei-de dizer, nem com vontade de fazer uma viagem, ir para o Canadá, para a América, para o Brasil, não dá, não se sente, perde a vontade.” E7 – L 56-58</i> <i>“A primeiro já foi pior, mas agora já saio já faço a minha vida normal, já me habituei a essas dores.” E10 – L 10-11</i>
		Hábitos de Vestuário e Calçado	<i>“Incomoda muito, certas peças de roupa incomoda a vestir. Deixei de usar meia – calça, porque custa-me muito a calçar (...)” E6 – L 66-67</i> <i>“É para calçar um sapato, não consigo calçar um sapato, não consigo calçar aquilo que eu quero (...)” E4 – L 121-122</i> <i>“Não consigo calçar uns sapatos, se eu calçar um sapato diferente incomoda-me muito (...)” E8 – L 153-154</i>

			<i>“ (...) quero andar e tenho receio porque posso cair, com um sapato diferente. Em casa eu ando bem com uns chinelos que e tenho velhos, mas quando eu vou à missa, eu sinto muita dificuldade e tenho receio que o sapato me vá cair do pé. Porque é um sapato mais largo e não pode ficar seguro (...)” E8 – L 154-157</i> <i>“ (...) hoje tive de vir a pé, é pertinho a minha casa. Custa-me porque eu tenho muito medo que o sapato não me vá sair do pé.” E8 – L 154-165</i> <i>“ (...) porque nem sequer sapato eu pude calçar, tive que ir de chinelos [ao casamento do filho], porque os sapatos são novos mas não entravam com as meias nos pés, devido à liga, que é um bocadinho grossa e a gente sente-se às vezes um bocadinho mais... podia ir mais bem calçada (...) a gente sente-se um bocadinho, não é?” E6 – L 111-114</i>
	PERTURBAÇÃO NA RELAÇÃO DE INTIMIDADE		<i>“A minha mulher nem se pode aproximar de mim com a perna, na cama se estiver a dormir, porque me pode tocar na perna e eu fico a sentir a dor, e ela tem o cuidado para não me tocar. Só isso já é um afastamento, de corpo a corpo dentro da própria cama, porque se ela me tocar na perna, realmente, é o que me magoa.” E7 – L 35-38</i> <i>“A vida sexual é muito diferente, não pode ser de maneira nenhuma (...)” E10 – L 20-21</i>
	LIMITAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DA ACTIVIDADE PROFISSIONAL		<i>“Pronto, com este tipo de sequelas, no caso uma úlcera varicosa que já possuo há longa data, as consequências que advêm deste facto, o facto de ser um doente com algumas limitações, (...) limitações estas que (...) no meu desempenho profissional, têm tido relevância no sentido de me dificultarem um bom desempenho (...)” E2 – L6-11</i>

			<i>“ (...) a nível profissional, e como eu sou um técnico de laboratório, embora tenha tirado um curso de base e aí sim, já poder estar mais tempo sentado com a perna na posição que me aconselham, a perna elevada por causa da circulação e a cicatrização ser mais eficaz mas, como eu ainda não estou nesta carreira profissional, embora tenha feito por isso, há uma certa resistência dos chefes em aceitarem esse posicionamento físico num serviço, porque, não só está em risco a imagem da instituição, como também do gabinete, ou seja lá do que for...” E2 – L27-33</i> <i>“ (...) sendo um técnico de laboratório há determinados ensaios, que os meus colegas conseguem fazer e que exigem algum esforço físico: estar algumas horas em pé, eles conseguem fazer e eu não. É natural que um chefe em paridade com os outros terá a tendência para no meu caso não me dar a classificação que eu - embora apresente um bom resultado final, igual aos outros - mas haverá factores em que eu fico desvalorizado face aos meus colegas. Terá e trará, efectivamente, consequências no desempenho da minha actividade profissional.” E2 – L 36-42</i> <i>“ Em termos profissionais, (...) passa-se a ter umas limitações, nessas limitações, é nesse acompanhamento de tarefas é natural que os colegas não nos queiram arrastar com eles e deixam-nos para trás. É como uma pessoa que não está a acompanhar, que não está a acompanhar o passo e então aí, não se perca. O trabalho é para ser feito e concluído (...) embora, sinceramente, isso não seja dito, manifestado, verbalizado, mas apercebo-me que isso existe e que pensam isso.” E2 – L 232-238; 241-242</i>
--	--	--	---

			<i>“E eu queria ainda dar mais ao mundo, porque o mundo não me deu nada a mim. No entanto olha, penso que vou ter que caminhar para a reforma porque mais não tenho que fazer (...)” E7 – L 223-225</i>
	NECESSIDADE DE UTILIZAÇÃO DE LIGADURAS	Processo de aceitação do seu uso	<i>“ E tirar essas ligaduras, essas ligaduras é que... eu digo a elas, mas não pode ser, oh não pode ser, mas eu queria.” E5 – L 96-97</i> <i>“ (...) eu até tenho um problema de princípio, quando eu comecei a tratar-me os senhores enfermeiros disseram que eu tinha de andar com a perninha ligada, mas eu não aceitei, não aceitei, não, não: “Senhor enfermeiro eu peço desculpa mas eu não quero isso ligado eu quero é que o senhor enfermeiro ou senhora enfermeira me ponha um pensozinho”. Mas claro que eles é que estavam com a razão, a gente mais tarde é que vê.” E9 – L 62-67</i> <i>“Porque eu já me vou conformando, porque a gente não vendo melhoras é uma coisa (...) e eu já não me importo de andar com a perna ligada. De princípio não me sentia bem, era assim a minha maneira de pensar, não é por nada, mas eu não tinha as minhas pernas sem liga, era nesse sentido, tinha de andar sempre com as pernas ligadas.” E9 – L 80-84</i> <i>“Eu já não sentia, porque antes de andar com a perna ligada, eu não aceitei de princípio, como já lhe disse, mas os enfermeiros insistiam, insistiam e então quando o médico disse: “a senhora tem que andar sempre com a perna ligada”, aí é que eu me conformei e vi realmente que com a perna ligada eu sentia-me mais confortável.” E9 – L 87-90</i>

		Incómodo/desconforto causado pela sua utilização	<i>“ (...) já não vai ter estas rodilhas enroladas, o que me custa mais é estas rodilhas.... Ah custa muito, sagrado, custa muito (...)” E1 – L 277-279</i> <i>“ (...) às vezes (...) tirar a ligadura porque não se consente aquele aperto na perna” E4 – L 6-7</i> <i>“ (...) eu mesmo já disse a elas: “eu estou doido, para tirar essas ligas, e ponham-me uns remendos aí”, elas diziam: “Ah, Ah, não pode ser”. Mas a liga, e estão largas, mas a liga aperta, quer dizer «aparreia» [faz pressão] ali o sangue, e quando elas cortam as ligas, ao cabo de dois ou três minutos, eu às vezes digo assim: “Pronto, já estou melhor”, ao cabo de dois ou três minutos o sangue parece – eu não percebo nada disso – mas parece que o sangue gira sem ter nada que incomode e as dores desaparecem. Mas põem a liga e têm que apertar uma coisinha. E 5 – L 65-71;</i> <i>“Eu sinto uma espécie de um peso nas pernas (...) sinto aquela pressão, aquelas pernas ali amarradas e eu sinto um peso, tornam-se mais pesadas, aquilo não é peso nenhum mas, aquela espécie de uma pressão, e eu digo a elas: “Vocês não vão meter... ”, elas dizem: “Oh senhor (nome) não pode ser mais larga senão a liga cai”. Eu também concordo, mas eu digo, pobre de quem passa as dores (...)” E5 – L 99-104</i> <i>“Para além disso as ligaduras incomodam, incomodam muito. Muitas vezes eu tinha que desapertá-las à noite (...)” E6 – L 115-116</i> <i>“Eu não me sentia bem era com isso, tinha que andar sempre com esse tratamento, sempre com a perna ligada (...)” E9 – L 77-79</i>
--	--	---	---

		Estratégias para ocultar o seu uso	<i>“Até para ir para a cidade eu ponho uma meia, para não verem que eu estou sempre com esta perna ligada.” E1 – L 107-108</i> <i>“ (...) uso a meia para esconder a ligadura. Não trago para aqui [posto de saúde] mas quando eu vou para a cidade, trago sempre as meias.” E1 – L 113-114</i> <i>“ Eu ia sempre de meias [fazer compras], mesmo de Verão, sem estar viúva.” E1 – L 238</i>
	AUMENTO DOS ENCARGOS FINANCEIROS		<i>“ (...) ainda vem os gastos de dinheiro, que haja dinheiro para estar gastando com medicamentos, vai uma médica receita uma coisa, vai outra médica e receita outra coisa e vamos sempre de medicamentos em medicamentos e... É medicamentos para dores para infecção, é se uma pessoa vai ao médico lá baixo [refere-se à ida à cidade de Ponta Delgada] é mais dinheiro para carros de praça [Táxi], que eu não tenho carro de casa, é mais isso mais aquilo... É o meu marido doente, é uma pessoa doente, e gastos de dinheiro para um lado e gastos de dinheiro para o outro, quando chega a reforma dele, foi-se (...) Exactamente, é constantemente com medicamento (...) Exactamente só por causa das feridas.. “ E4 – L148-156; 159</i> <i>“ (...) a vida financeira vamos andando, a mulher trabalha, recebe a minha reformazinha do Canadá, vamos vivendo.” E5 – L 129-130</i>
	«OBRIGATORIEDADE» DA DESLOCAÇÃO HABITUAL PARA REALIZAR TRATAMENTO		<i>“É sempre: dia sim, dia não, casa de povo. Dia sim, dia não, casa de povo. Como é que eu hei-de dizer, é aquela obrigação que um gajo tem que ir (...) sinto-me mal disposto, por exemplo agora esse fim-de-semana grande fico mais leve, porque agora só vou na terça-feira, fico... eu mesmo já disse à mulher: “agora só vou terça-feira, tenho agora estes três dias.” E5 – L 144-145; 147-149</i>

			<i>“Com aquela preocupação, aquela preocupação de um fulano estar sempre: “Epá amanhã vou para a casa de povo, epá amanhã vou para a casa de povo. ”” E5 – L 152-153</i> <i>“ (...) E é, como eu já disse, preocupa-me: “Epá, amanhã tenho de ir à casa de povo”, só aquilo, de amanhã ter de ir à casa de povo (...) depois, sento-me aqui: “Epá já são tantas horas”, à espera da carrinha (...) nos dias que eu não vou, parece que eu sou um gajo que pagou a renda de casa, pagou a renda de casa e está descansado. É, nos dias que eu não vou fico mais descansado (...)” E5 – 247-250; 253-255</i> <i>“ (...) o dia-a-dia, sair todos os dias para fazer o tratamento, há semanas que a gente não vai todos os dias, vai só de dois em dois dias, outras vezes dia sim, dia não. Custa muito (...)” E6 – L 23-25</i> <i>“O facto de ter que ir para a casa de povo, custa um bocadinho porque a camioneta não passa na minha porta, passa no canto em baixo, para descer, não desce direito na casa de povo, desce para baixo. De Inverno é uma coisa terrível porque a gente apanha muita chuva.” E6 – L 156-159</i>
--	--	--	---

TEMAS CENTRAIS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO/LOCALIZAÇÃO
VIVENDO COM DOR	DOR CAUSADA PELO TRATAMENTO	Pelo tipo de tratamento aplicado	<i>“Dores?! Credo! Eu sentia aquela placa a rasgar a pele, era dores que nosso Senhor livre de todos...” E1 – L 14-15</i> <i>“Credo! E botaram-me uma vez uma placa aqui, senhor enfermeiro – o Enfermeiro [Nome] é que me colocou essas placas, umas placas novas – que não tinha cola, que «guerrava-me» [aderia] na bexiga, descolava bem na pele, mas «guerrava-me» na bexiga. As lágrimas corriam-me. Mas eu disse a eles: “Por amor de Deus, eu não vou aguentar mais do meu coração ”” E1 – L 286-290</i> <i>“Muito dolorosos. Ele [O Enfermeiro] dizia: “Senhora [Nome] mas esta placa é que enxuga”. Eu disse: “É querido vocês têm razão isso enxuga, mas vocês também arrancam bocados de carne ” Vinha na placa, mesmo, aqueles bocadinhos de carne, e isso para arrancar de uma ferida... o coração morria juntamente” (...) Muitas dores, e teve outra pessoa, que lá mesmo, botaram e não aguentou. Até é impressionante, porque aquilo como descolava da pele, também, podia descolar a ferida, mas não descolava da ferida, aquilo “guerrava”. E1 – L 292-295; 297-299</i> <i>“Eu não aguentava o tratamento, eu saía cheia de dores. Uma vez o senhor enfermeiro pôs-me aqui um bocado de Betadine®, nesta ferida tão grande, eu cheguei a casa e voltei para trás, parecia ser cães a dar dentadas, parecia ser cães a dar dentadas. Eu disse: “Senhor Enfermeiro, pelo amor de Deus, eu não vou aguentar essas dores.” (...) Custou</i>

			<i>muito, credo! Eu nem me quero lembrar, o que eu já passei” E1 – L 303-310</i> <i>“Mesmo os tratamentos doíam. Eu metia aquela água que queimava [refere-se ao soluto de Dakin], que eu vinha a casa era de rastos, eu chegava a casa era a chorar, a chorar com dores que levava sete horas aquilo a doer. (...) Ai era, eu pelo menos era... que não desejo ao meu maior inimigo. Eu chorava como uma tolinha, como uma criança sentava-se ali no sofá de perna estirada não fazia nada, nada, nada mesmo, era só para o quarto de banho e ainda era empoleirada, porque eu não podia segurar-me na perna e voltava outra vez para o meu cantinho e tinha uns bons tempos assim, sempre com estes tratamentos (...) E3 – L 161-163; 166-170</i> <i>“Tem dias, quando a senhora enfermeira vinha a casa fazer o tratamento, eu ficava todo o dia com tanta dor, sempre com tanta dor, sempre agarrada à perna com tanta dor, o meu marido ficava sem saber o que havia de fazer (...)” E4 L 125-127</i> <i>“Óh, eu tinha medo de ir à casa de povo fazer o tratamento porque saía de lá pior, é, depois os pensos novos era pior ainda...” E5 – L 38-40</i> <i>“ (...) há pensos que duram três, quatro dias e até sete dias de maneira que eu tirava a elástica e depois o meu filho ligava-me. Eu não aguentava com as dores devido ao aperto.” E6 – L120-122</i>
--	--	--	---

		Durante a execução do penso	<i>“Custa muito! Muitas dores, tinha dias muito desesperada comigo mesmo, fui para o Dr. da Gorreana, fui para o Doutor [Nome] com dores, ele lá disse-me que ia limpar isso [aponta para a ferida] e não tinha nada para limpar. Ligou-me uma ventoinha na ficha e andou lá de roda que até desmaiei...” E1 – L 5-8</i> <i>“ (...) e vir fazer tratamento... E tinha dias que teve aí uma Enfermeira que limpava isso ao fundo, as lágrimas corriam, uma vez aguentei-lhe as mãos... isso tudo eu já passei, dores que eu sei lá. Dores, muitas dores. (...) Muitas dores, porque há certas enfermeiras, boas, pronto elas não estão fazendo aquilo por mal, era para ficar tudo bem limpinho, ai eu finava-me do coração, quase que desmaiava.” E1 – 278-280; 282-284</i> <i>“Dói muito é o tratamento, o tratamento é uma coisa séria, muitas vezes eu até chorava para fazer o tratamento, às vezes mesmo no SAU [Serviço de Atendimento Urgente], quando eu ia fazer, eu chegava a chorar e depois pedia desculpa às senhoras enfermeiras, para não julgarem que estava piegas.” E6 – L53-56</i> <i>“Eu, no princípio, não tenho palavras, era uma coisa muito séria, eu até vinha fazer o penso e não conseguia com tanta dor.” E9 – L 6-7</i> <i>“As enfermeiras quando às vezes eu ia fazer o tratamento, elas viam que faltava pouco para eu chorar, com as dores, quando me tiravam o penso, “Ah senhora [nome] mas eu estou vendo que a senhora está mesmo muito mal”, elas davam-me comprimidos às vezes para tirar as dores e diziam: “temos que fazer alguma coisa pela senhora”(...) Aqui custava muito. Credo quando me mexiam na ferida, que tudo tinha ali aqueles medicamentos, para fazer limpeza era um horror!” E9 – L 136-141; 143-144</i>
--	--	-----------------------------	--

			<i>“Já tive uma estação que eu tinha medo de fazer, agora já me habituei, era as dores que eu sofria. Depois havia aqui enfermeiras que eram mais de limpar a fundo, elas diziam: “eu sei que a senhora está sofrendo, mas tem que se” (...) Muitas dores, eu cheguei a chorar.”</i> <i>E10 – L67-71</i>
	DOR INTENSA E PERSISTENTE EMANADA DA FERIDA		<i>“ (...) a dor era tão grande, tão grande dentro do osso que eu... apetecia-me morrer.”</i> E7 – L 49-59 <i>“Agora, se isso fosse sempre assim, eu aguento mais dez anos, mas não me dê aquelas dores que eu prefiro morrer no outro dia logo, prefiro logo que no outro dia me tragam o caixão que eu quero morrer logo. Que dores horríveis.”</i> E7 – L 167-169 <i>“Já tive quatro filhos e nunca tive tantas dores (...)”</i> E10 – L6-7 <i>“É umas dores fortíssimas, cortam por dentro da alma, parece que estejam cortando a carne da gente.”</i> E10 – L 122-123 <i>“Andava todo o dia cheia de dores, eu sentava-me, mas quando era para me levantar era ainda pior, antes não queria estar sentada, sempre com dores.”</i> E1 – L 18-19 <i>“Foi um caso sério! Eu sentia arder, sentia rasgar a pele, eu tinha dias que eu não jantava, eu estava desesperada, eu queria meter-me num canto, isolar-me, fechada no meu quarto a chorar. Ele dizia: “Mamã o que é que tem?”. “Eu estou cheia de dores”. Eu tinha dores nesse osso da perna [aponta para a região maleolar direita], tinha dores, saia-me pelos dedos fora e eu estava desesperada”. E1 – L 230-234</i> <i>“Isso de Verão é muito calor, com isso enrolado. Quando isso está encharcado isso arde muito com o calor, desse de Verão. Credo, arde imenso (...) Pronto, custou-me este Verão,</i>

			<i>Verão este, e os outros que eu já passei, já passei três Verões nisso. Três Verões, custou-me já muito com o calor, isso com o calor, ainda, dói mais, com o frio não, mas com o calor, ainda, dói mais, fica mais quente, essas ligas aqui, dói.” E1 – L 414 – 419</i> <i>“ (...) e é sempre com estas dores (...)” E4 – L 31</i> <i>“Não me sinto bem, não me sinto confortável, sempre com dores...” E4 L 90</i> <i>“Porque quando eu fazia o curativo, às vezes ia sentar-me lá para o parque à espera da boleia, era daí a cinco minutos, e lá vinha as dores. Dores? Era de fazer com que eu não visse nada diante de mim...” E5 – L 36-38</i> <i>“Viver com uma ferida é ter muitas dores (...)” E6 – L 20</i> <i>“As dores, muitas dores de dia e de noite (...)” E6 – L 37</i> <i>“Doía-me muito, muito, muito, nas duas pernas.” E6 – L 58</i> <i>“É uma coisa muito dolorosa, muito dolorosa, muito dolorosa. (...) Dolorosa no sentido das dores que a gente tem, das dores que a gente tem.” E6 – L 174; 176</i> <i>“Não tem aquela forma de fazer o que fazia antes, que pode-se magoar e qualquer coisa que toque ali [na ferida] é como levar no coração, é uma dor enorme.” E7 – L 9-11</i> <i>“ (...) para cortar a barba que é dois três minutos começava-me logo a doer, a arder a arder, eu tinha que me sentar, era uns ardumes, ardia-me e depois eu ponha assim a mão em cima do lado do pé, nos tornozelos era lume, lume mesmo, quente, quente, quente.” E5 – L 26-29</i> <i>“Noites terríveis, noites que eu levantava-me da cama e ia para o quintal, do quintal ia</i>
--	--	--	---

			<i>para aquela casa lá de cima [aponta lá para fora pela janela], e de lá de cima vinha para a cozinha depois ia para a cama e sempre... uma coisa séria. (...) E as dores são enormes, enormes, enormes, eu não quero desejar a ninguém... Se há pessoas que sofrem assim eu tenho muita pena delas, porque são dores horríveis, horríveis, é no osso, é dentro da carne mesmo, que a gente não as pode tirar de maneira nenhuma. (...) tu não podes fazer nada, não há hipótese! Aquilo é uma dor que está dentro do osso, como é que eu hei-de dizer, é quase dentro do tutano.” E7 – L 142-144; 146-149; 158-159</i> <i>“Agora não quero é que me dê mais aquelas dores, isso eu não quero mais, aquelas é as piores do mundo. Eu às vezes tenho dores de barriga, noites inteiras coisas que eu resolvo, mas aquelas não, dores daquelas não se resolve. Aquilo é mesmo câncer, podes escrever isso aquilo é câncer.” E7 – L 225-228</i> <i>“Vive-se bem, bem é uma maneira de dizer... porque tem dias com muitas dores (...)” E8 – L 6</i> <i>“Mas espero que não voltem aquelas dores, então são dores que custam. Ai meu Deus! Nosso Senhor permita que não, porque custa, são dores insuportáveis.” E8 – L 106-108</i> <i>“ (...) no princípio foi muito mal, no princípio foi uma coisa muito séria, eu chorava com dores, uma coisa séria.” E9 – L95-96</i> <i>“Ai é, o dia que eu tenho dores eu não falo com ninguém, estou sempre ali quietinha, calada, porque é muita dor! Eu sofro para mim mesmo, eu não estou dizendo: “Ai que dores, Ai que dores”, porque eu não digo nada, mas já me conhecem, quando eu estou calada é porque... E3 – L 80-83</i>
--	--	--	---

			<i>“É porque eu digo assim, e vai levar tempo a fechar mas pelo menos que tire a dores, sei que tenho isso aqui, mas se não tivesse dores, porque a dores e que mata a gente, é muita dor. (...) É sofrendo devagarinho. Eu não me queixo com ninguém, eu quando tenho dores fico quietinha e calada...” E3 – L 211-213; 215 – 217</i> <i>“Eu tenho vezes que não posso ver ninguém à minha frente, com as dores que uma pessoa tem, nem consegue ver as pessoas à sua frente. (...) Sozinha, num canto, isolada num canto. É de noite, uma pessoa às vezes levanta-se, até para o quintal uma pessoa já foi com tantas dores para não acordar ninguém com as dores. (...) Muitas vezes, acordar e levantar-me, às vezes sentar na sala, às vezes ir para o quintal com tanta dor, para não ter que acordar com ninguém com dores.” E4 – L 62-63; 66-68; 70-71</i> <i>“ (...) quando eu tinha muitas dores, é por isso que eu estou dizendo, a gente nem pode fazer nada, tem de estar é sentada ou deitada ou lá como der jeito.” E8 – L 21-23</i> <i>“ (...) com dores nem se fala, credo era um horror! Eu não podia estar sentada, se estava às vezes um bocadinho em pé era dores que não se podia parar.” E9 – L26-27</i> <i>“E é assim, dias bons, dias maus. Por exemplo, hoje eu estou boa, dói, mas não é muito, sofre-se. Já antes de ontem e ontem eu tinha muitas dores, eu estava sempre sentada que eu não podia estar em pé. (...) É, tem dias que é terrível! Mas hoje, mesmo assim está bonzinho.” E3 – L24-26; 28</i> <i>“ (...) e dores, agora estão a desaparecer, a doutora [nome] receitou-me umas cápsulas (...) mas não deu resultado e eu fui sofrendo com as dores, mas se eu descanso um bocado, aí uma hora ou coisa, as dores melhoram...” E5 – L 8-11</i>
--	--	--	--

			<i>“Há alturas que são dores insuportáveis, há outras que a gente vai suportando, por exemplo se a ferida não está muito grande não dói tanto.” E6 – L 51-53</i> <i>“ (...) porque isso não tem uma latitude, isso [as dores] vai e vem, vai e vem, há certos momentos que ataca muito, há outros que não ataca tanto. Há algumas em que a gente até se esquece que tem aquilo [as feridas], há umas que não, e nem sequer a gente pode pensar, porque a gente sente mesmo a dor”. E7 – L 45-48</i>
	ESTRATÉGIAS PARA CONTROLAR A DOR	Uso de Analgésicos	<i>“Portanto, eu tinha muitas dores... Eu, por fim, já não sabia o que é que devia beber. Eu bebia Clonix®, fazia-me mal ao estômago, agora bebo outros mais fraquinhos... Já bebi, agora bebo menos, as dores que eu tenho agora eu já suporto mais, são mais leves.” E1 – L 23-26</i> <i>“ (...) com muitos medicamentos, em cima medicamentos para tirar as dores...” E4 - L 7-8</i> <i>“É sempre o mesmo, é sempre com dores, sempre com dores. É tanto medicamento, tanto medicamento e mais medicamentos...” E4 – L 56-57</i> <i>“Ela [a médica] receitou-me umas cápsulas, dessas cápsulas outra vez, e não fez efeito e eu desisti, eu disse: “eu hei-de ir sofrendo” (...) E agora é que eu estou vendo que está a melhorar, mas não quer dizer que eu não tenha dores, que tenho, mas é umas dores sofríveis.” E5 – L 22-25</i> <i>“De dia e de noite, às vezes a gente até toma mais medicação do que aquilo que deve tomar para ver se a dor se vai embora.” E6 – L 50-51</i>

			<i>“Depois, eu não sou de tomar medicamentos, não gosto muito de tomar medicamentos (...) e ele [o médico] passou uma receita, passou-me ali uns medicamentos que me ajudaram imenso também. (...) Mas aquele medicamento fez-me bem, fez. A partir dali eu nunca mais tive aquelas dores assim tão penetrantes.” E7 – L 149-156</i> <i>“ (...) eu tomava comprimidos e o senhor enfermeiro nem imagina, para as dores, eu não podia parar sem comprimidos (...) E9 – L112-114</i> <i>“Era dores que eu não podia parar, não podia parar, por exemplo se tomava os comprimidos antes de vir, eu já me habituei a tomar os comprimidos, doía sempre, mas já não era tanto. A partir daquela certa hora que eu sabia a que horas é que eu tinha tomado, não podia deixar de tomar, tinha de tomar porque era dores horríveis, era demais.” E9 – L 144-148</i> <i>“De chegar à hora do tratamento, eu até cheguei a tomar medicação antes de vir, sentia que eu já sabia que ia sofrer, está a perceber?” E10 – L 73-74</i>
		Posicionamento do membro	<i>(...) era a perna sempre a latejar, a latejar (...) sempre com a perna estirada com um coxim debaixo da curva da perna, para levantar a perna um bocadinho.” E3 – L 70-73</i> <i>“ (...) se uma pessoa está bem sentada dá aquelas dores, lá uma pessoa tem que esticar a perna, tem que ver a posição em que vai por a perna (...)” E4 – L 119-121</i> <i>“ (...) e dormia com os pés fora da roupa, com aquele fresquinho dava um jeito, e não é dizer que melhorasse muito, mas com o calor da cama, ainda era pior, com o calor da cama (...) depois era as dores todas, todas nos tornozelos” E5 - L11-14</i> <i>“Quanto à posição de estar com o pé na cama ou na cama ou no sofá, eu faço o jeito. (...) É</i>

			<i>por a perna sobre a outra perna, ou o calcanhar voltar de um lado do outro. Quando dói menos eu paro.” E8 – L 11-12; 14-15</i> <i>“Eu mesmo em casa, se me estou terminando, dá-me de repente umas dores muito fortes e tenho de parar e, ultimamente, eu não posso já estar com as pernas no ar, eu tenho é que pendurar e fazer com os bicos dos pés. Eu levanto, eu já me vou... os bicos dos pés eu levanto um bocadinho e depois vai-me passando.” E10 – L 14-17</i>
		Encaminhamento para a consulta da dor	<i>“ (...) já tive no princípio dores horríveis, foi uma senhora enfermeira daqui que escreveu uma carta para o hospital, para a médica da dor e foi quando eu senti alívio das dores, não foi da ferida, foi das dores.” E8 – L7-9</i> <i>“Mas era uma coisa séria, que até a senhora enfermeira daqui resolveu passar-me para a consulta da dor. Eu fui à consulta da dor, fazia os tratamentos na veia, ficava confortável (...)” E9 – L 7-9</i>

TEMAS CENTRAIS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO/LOCALIZAÇÃO
ALTERAÇÕES EMOCIONAIS CAUSADAS PELA FERIDA	SENTIR TRISTEZA		<i>“Viver?! Com muita tristeza (...)” E1 – L 28</i> <i>“ (...) eu vivia com muita lágrima.” E1 – 32</i> <i>“O viver é triste, com isto, já lhe disse o viver é muito triste, com essas pernas enroladas.” E1 – L 414-415</i> <i>“É sempre triste, falam comigo, eu falo porque falam, e se não falarem eu não falo, e é assim.” E3 – L 217-218</i> <i>“É ir vivendo o dia-a-dia, esmorecida, isso esmorece a pessoa...” E5 – L 74-75</i> <i>“Esmorecida, esmorecida com a vida, sinto-me esmorecida com tudo.” E4 – L 86</i> <i>“ Há uns tempos para cá é sempre a mesma coisa, não fica nem pior nem melhor (...) Eu fico triste, sem vontade de fazer mesmo nada.” E8 – L 126-127; 131</i> <i>“Eu sou um homem infeliz, em tudo, neste momento, porque a saúde é a luz da vida, é o divino espírito santo, sem a saúde não há argumento. A pessoa pode ser pobre, mas a pobreza é a do espírito, com saúde é rica, tem tudo na vida.” E7 – L 196-198</i> <i>“Não vivo feliz.” E10 – L 26</i>

	MEDO DA AMPUTAÇÃO DO MEMBRO	<i>“ (...) com muita tristeza porque eu julgava que ficava desgraçada dessa perna. Uma dizia que cortava a perna, outra dizia que se eu tivesse diabetes já tinha cortado a minha perninha (...)” E1 – L 30-32</i> <i>“ (...) pensava que se isso não melhorasse ou internavam-me, ou se eu tivesse diabetes era cortar a perna. (...) Era um medo que eu tinha, por isso às vezes eu picava o dedo, para ver se eu tinha diabetes, porque em nada se corta uma perninha Porque há uma pessoa do [local onde essa pessoa vive] que já cortou as duas perninhas disso, também nova, bem nova. Não é triste a gente ter a nossas perninhas e cortá-las? É triste querido, era isso que eu me temia. Sentia medo (...)” E1 – L 261-262; 264-268</i> <i>“ (...) e começava logo a pensar em coisas que era cortar uma perna. É um medo que tinha (...)” E8 – L 116-117</i> <i>“Eu quero morrer completamente inteiro, não quero que me cortem perna nenhuma. Não quero não, mas se eu tiver que morrer amanhã eu quero morrer amanhã, mas ninguém me corte perna nenhuma... nem sequer um dedo! Eu quero morrer inteiro.” E7 – L 69-72</i> <i>“ (...) eu vi uma cena dentro do hospital, de um homem que tinha a perna com uma ferida muito grande, e o doutor que chegou lá de cigarro na boca, pôs a gravata para trás das costas e numa cadeira, que o homem estava de cadeira de rodas, fez ali uma sangria à perna, à vista de quem estava lá no hospital (...) Eu nunca me esqueci daquilo, ele sangrou aquilo tudo ali, a sangue frio à vista da gente, mas o homem que estava na cadeira já estava tão desesperado (...) E eu lembro-me logo disso (...) no sentido de dizer assim: será que um dia eu também vou para a cadeira de rodas, e algum doutor me vai fazer isso? Eu tenho receio que isso me possa acontecer.” E7 – L 91-94; 98-100; 103-104</i>
--	---	---

	ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL	Dificuldades na sua aceitação	<i>“Uma pessoa está sempre com essa perna enrolada, eu não gosto de ver isso...” E1 – L 106</i> <i>“Aborrecida, como envergonhada... dizer assim: “epá aquela mulher está sempre aleijada”, não sei (...) mas eu preocupo-me com isso (...)” E1 – L 116-117</i> <i>“ (...) a minha filha foi para o adro da igreja, foi ao pé do altar-mor, pronto ali a gente estamos em pé a fotografia vem destapado, até à cabeça. Essa ligadura, eu tinha a perna tão grossa, com a meia, com a ligadura... eu disse eu não quero, porque isso vai para o álbum da pequena e eu escuso depois de estar durante o ano a ver aquilo...” E1 – L 169-173</i> <i>“ (...) até que eu não quis tirar um retrato com a minha neta... [na igreja, no dia da 1ª Comunhão] (...) Eu não quis tirar para não aparecer esta perna feia, não é?” E1 – L 150; 152</i> <i>“Preocupava-me, pronto. Eu tirei [a fotografia] quando ela se baptizou, eu tinha as minhas pernas riquinhas, todas direitinhas, e agora: “Ah a minha avó estava doente dessa perna quando eu tomei a comunhão...” E1 – L 175-177</i> <i>“ (...) eu nunca tive isso nas minhas pernas. Ainda dizer que eu criei-me já com estas pernas enroladas, sempre fui uma doente... mas não fui!” E1 – L 109-110</i> <i>“Eu não quero mostrar a realidade, porque eu não nasci assim. Eu mostrava a realidade se eu nascesse assim, mas eu não nasci assim [com a úlcera na perna] ...” E1 – L 204-206</i>
--	---	-------------------------------	--

			<i>“Tem uma imagem diferente, não é? Eu já tinha 61 anos quando isso me deu, há três anos, tenho 64, vou em 65. Eu tinha 61 anos, eu vivi bem, não é? Vivi sem nada nas minhas pernas e isso tudo (...) é tesol!” E1 – L 209-211</i> <i>“Até já houve uma médico que me disse que na minha idade é muito raro dar isso é mais para os sessenta anos. Sinto-me com outro valor (...) assim como mais velha. Eu sinto que o meu espírito é jovem mas sinto-me como se eu tivesse outra aparência.” E10 – L 29-30; 32-33</i>
		Receio da reacção dos outros	<i>“No Domingo da festa da minha Terra também tive receio de tirar fotografias, não é? Uma pessoa vai lá baixo e as pessoas: “Essa mulher o que é que tem nessas pernas (...)” Eu tenho receio.” E1 – L 243-244</i> <i>“ (...) eu julgo que falam mal, eu não sei explicar bem, eu sei que sinto-me mal quando tem assim muita gente... que eu não conheça, assim, eu vou para casa das minhas famílias, fazer festas e tudo, mas assim para umas festas, com muita gente, eu fico com receio de ir.” E3 – L 127-130</i>
		Vergonha de sair de casa	<i>“E depois, uma pessoa quer sair e tem vergonha, eu tenho vergonha, eu às vezes digo às minhas filhas, tenho vergonha, porque parece que estão com o olho para a gente, para aquelas pernas muito inchadas.” E3 – L 19-21</i> <i>“Eu não sei explicar bem, eu sinto vergonha, pronto. E agora é que eu saio mais, porque aqui para trás, eu não saía, as minhas raparigas e o meu marido brigavam comigo, a dizer</i>

			<i>para eu sair e eu dizia: “eu não vou porque tenho vergonha, estão sempre a olhar para mim”. E3 – L 30-33</i> <i>“ (...) a gente às vezes tem vergonha de sair para certas partes com as pernas ligadas até acima. Eu para ir ao casamento dos meus filhos eu tive que levar as pernas ligadas. Realmente eu senti-me um bocadinho incomodada porque ir para um casamento, o casamento é uma cerimónia, a gente gosta de ir o melhor possível, não é? E eu senti-me um bocado incomodada porque tive de levar as pernas ligadas, e isso deixou-me um bocadinho... talvez uma parte mais por vergonha.” E6 – L 96-101</i>
		Estratégias para esconder a ferida (evitar a exposição da alteração da Imagem Corporal)	<i>“Em casa tirei [a fotografia], mas eu disse assim: “tira-me da cintura para cima” E1 – L 153</i> <i>“ (...) eu tirei em casa [a fotografia], escondi mais a perna, atrás da mesa redonda, ali atrás, tiraram daqui para cima [aponta para a cintura e faz um movimento ascendente]” E1 – L 183-185</i> <i>“Eu não quis tirar [a fotografia]: “Eu não quero, eu não quero tirar. Queres-me tirar eu vou para trás do sofá, o sofá puxa...” Então fui para trás do sofá. Ela tirou...” E1 – L 193-194</i> <i>“Até que eu não saio muito de casa, e se eu saio é sempre de carro, sempre de carro, senhor enfermeiro. (...) Vou à noite fazer as compras (...) eu vou à noite porque é menos gente, pronto é menos pessoas a reparar.” E1 – L 343-346; 350</i> <i>“ (...) agora é que eu estou saindo mais um bocadinho (...) brigavam comigo, diziam: “Vamos embora, está tão bom tempo, mamã, vamos ali à avenida (...) E às vezes eu vou e nunca saio do carro, fico sempre sentada (...) eu não sei, eu sinto-me mal.” E3 – L 122-125</i>

		Incorporação da ferida no “Eu” corporal	<i>“ (...) eu digo às vezes que eu já estou habituada (...) Se isso não me doer... eu quero dizer assim, se isso não me doer eu não me interesso que isto estivesse aqui (...) porque às vezes eu digo assim: “Ah isso está aqui e está bom”. E3 – L 199; 202-204</i> <i>“ (...) isso já faz parte de mim mesma, é como uma coisa que fizesse parte de mim mesma e só noto que existe por causa das dores (...) É porque já estou habitada, já estou habituada há muitos anos com isso. É uma coisa que já faz parte da minha vida.” E3 – L 207-208; 210-211</i> <i>“ (...) eu por acaso até já me habituei [à presença da ferida], depois de não ter dores (...) Habituei-me já (...) e sei que tenho de vir fazer tratamento até ficar melhorzinha (...)” E9 – L 30-31</i>
	BAIXA AUTO-ESTIMA	Sentimento de Impotência/Inutilidade	<i>“Sinto-me impotente.” E3 – L 173</i> <i>“ (...) eu nunca mais fui a mesma mulher, nunca mais prestei para nada.” E4 – L 36-37</i> <i>“Eu tenho um quintal tão grande e não posso fazer nada... Quer dizer eu não consigo, eu tinha precisão e gosto de trabalhar no terreno mas não posso (...)” E5 – L 112-113</i> <i>“ (...) eu já não sou homem para poder fazer nada (...) a gente pensa que pode fazer tudo, mas não pode fazer nada. É um inútil. E eu vejo em mim que sou um inútil! Sinto que sou um bocado inútil.” E7 – L 76-80</i> <i>“O exemplo mais concreto e objectivo é aquele da gente se sentir diminuídos.” E7 – L 123</i> <i>“ (...) uma pessoa que não pode fazer certas coisas, já se torna... é uma pessoa inútil.” E8 – L 59-60</i> <i>“Não me sentia bem, não, mesmo na pessoa, pronto e mesmo com essa perninha (...) a gente sempre tem uma diferença, muita diferença (...) Porque a gente já sente que não é assim uma pessoa....” E9 – L 59-60; 62</i>

		Confronto entre o “Eu” passado e o “Eu” presente	<i>“Pensar: eu já fiz tanto e agora não posso fazer nada. Uma pessoa saía sempre e agora tem vergonha de sair e é assim.” E3 – L 35-36</i> <i>“ (...) eu fico muito triste, muito triste! Pensar que eu já fiz isso tudo, e agora não faço nada. Porque eu levei toda a minha vida a trabalhar e agora, uma pessoa tem vontade e não pode, por causa da ferida que impede sempre a gente (...)” E3 – L 52-54</i> <i>“O que me mata é não fazer nada, porque uma pessoa sempre fez e depois está vendo uma coisinha e está danada para fazer e não poder, aí isso para mim, eu fico... dá-me é em chorar, chorar. Dizer que eu já fiz tanto e agora não posso fazer nada...” E3 – L 170-173</i> <i>“Desde que eu tenho isso na perna, eu nunca mais prestei para nada (...) porque nunca mais consegui fazer aquilo que eu fazia.” E4 – L 37-40</i> <i>“Eu era uma pessoa que trabalhava, fazia a minha vida, fazia tudo e hoje em dia não consigo. Eu quero fazer um cantinho daquilo que eu fazia e não consigo, não consigo fazer.” E5 – L 58-59</i> <i>“Eu só sei dizer que eu nunca mais fui a mesma mulher que eu era.” E4 – L 141</i> <i>“ Um fulano sabendo o que já foi (...) quando eu vou ao quintal (...) vou devagarinho, vejo aquilo cheio de erva mas não posso. Um fulano fica assim triste! Saber o que já foi...” E5 – L 116 – 118-120</i> <i>“Tudo isso que está aqui na frente do meu amigo fui eu que fiz, como pedreiro, como carpinteiro, como tudo. E hoje, nem sequer consigo por um vidro numa janela, e isso parte desta minha dificuldade [refere-se à existência da úlcera] ...” E7 – L 80-82</i>
--	--	---	---

			<i>“ (...) eu sempre fui um defensor da minha casa e da minha mulher e da minha família, fui o pára-choques da viatura e hoje sinto que o pára-choques partiu. E eu realmente quero dar uma corrida e não consigo, e eu dava uma corrida que era um leão, saltava fosse o que fosse, agora não posso fazer nada disso.” E7 – L 204-207</i> <i>“Não sei explicar, é sempre como uma outra coisa. Nunca é como uma vida normal que uma pessoa tinha.” E10 – L 28-29</i>
	FRUSTRAÇÃO		<i>“ (...) sinto-me limitado. E cria-me alguma frustração porque uma coisa é o que eu estou sendo, ou aquilo que eu estou conseguindo fazer e outra coisa é o que eu idealizava fazer, estando noutra situação, ou seja, fisicamente melhor, sem esses tais problemas.” E2 – L 53-56</i> <i>“Psicologicamente é natural que afecte, embora eu tente valorizar outros aspectos, que não os dependentes da locomoção (...) Mas, afecta, como é natural, porque são coisas que gosto de fazer [refere-se aos hobbies que deixou de realizar], que gosto de desempenhar e logo aí há uma limitação que me deixa um pouco frustrado. Não frustrado, assim mesmo profundamente frustrado, mas assim com alguma frustração e insatisfação.” E2 – L 59-65</i> <i>“Faz-me sentir frustrado. Embora compreenda que tem que ser assim, e que será uma fase passageira, até melhorar e ficar bom, mas durante algum tempo, enquanto dura a sequela, e não está cicatrizada a úlcera varicosa é um aborrecimento.” E2 – L 102-104</i> <i>“Raiva, porque uma pessoa quer fazer e não pode (...) A gente diz: “Que raiva, eu quero fazer isso, mas não posso... E porque é que eu não faço? (...) é sempre assim neste lida, é só isso, não passa disso!” E3 – L 92-94</i>

	REVOLTA		<i>“Fico revoltada, às vezes uma pessoa até pensa em morrer, às vezes até digo à minha filha: “Antes queria morrer do que estar passando isso já há tantos anos”” E4 – L 46-47</i> <i>“É uma vida revoltada, uma vida revoltada.” E4 – L 71-72</i> <i>“A gente fica revoltadas, mas depois a gente diz assim: “Há piores do que a gente!” E às vezes eu digo, porque às vezes eu vejo assim na televisão aquelas coisas e digo: “eu estou me a queixar com a minha assim deste tamanho, mas há outras coisas, ainda, piores do que a minha”. E depois eu começo a pensar, pronto, vai-se levando isso, porque ainda há outros piores do que eu.” E3 – L 108-113</i> <i>“ (...) apesar de eu ver muitas coisas que até me conformei com aquilo que eu tenho, porque eu via muitas pessoas que até já tinham cortado as pernas, outras os dedinhos e me conformava já (...) e eu vendo os problemas dos outros eu dizia que o meu não é dos mais ruins então.” E9 – L 75-77;</i> <i>“Descanso todo o dia, quer dizer, mas eu não vivo desesperado...” E5 – L 128-129</i>
	MAL-ESTAR		<i>“Isso já não é um ano nem dois, já são muitos anos, muitos... Sempre com o mesmo mal-estar, sempre com a mesma coisa, sempre com um mal-estar em todos os sentidos...” E4 – L 117-119</i> <i>“Viver como uma ferida é uma coisa muito incomodativa (...) tomara a gente não ter nunca.” E6 – L 61-62</i> <i>“Viver com uma ferida é um bocadinho incomodativo (...)” E6 – L 96</i> <i>“É uma vida muito martirizada, não é que seja, assim, uma vida de consolação.” E10 – L 13</i> <i>“Eu também agora senti que durante esses dois anos senti que deixei os outros viverem menos. O meu marido, sempre à minha roda, sempre me ajudando (...) eu sei que os outros se incomodam comigo mas deviam viver outra vida (...) Mas o meu marido ficou muito em minha função (...) Deixa-me um bocadinho incomodada.” E10 – L 90-91; 96-99</i>

	DESORIENTAÇÃO		<i>“Esmorecida, esmorecida, apoquentada, sem saber onde é que podia ir: uns mandavam-me para o hospital, uns mandavam-me para um lado, outros mandavam-me para o outro, o meu marido mandava-me para os doutores pagos. Eu disse: “eu não vou para lado nenhum!””</i> E1 – L 327-330
	PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO AO FUTURO		<i>“Penso, sei lá se algum dia vou ficar pior do que isso. E sei lá a minha velhice se tenho alguém para tratar de mim. Isso é uma coisa que me preocupa, e os lares não pegam na gente se a gente não tiver dinheiro, eu não trabalhei, eu não tenho reforma.”</i> E6 – L 180-189 <i>“Penso que isso [a presença das feridas] é o início, uma pequena luz de um fim mais triste.”</i> E7 – L 6-7 <i>“ (...) tenho pena das pessoas que eu vejo que estão muito mais avançadas, numa situação bem dramática, e eu queria que isso nunca me acontecesse.”</i> E7 – L 11-13 <i>“Estou com medo que vá acontecer o pior. O pior é o que poderá vir, isso é que estou com medo.”</i> E7 – 193-194 <i>“Eu só desejo realmente que haja um grande apoio, já disse e repito, para pessoas que estejam nessa situação”</i> E7 – L 210-211

	EFEITOS DO ODOR E DO EXSUDADO EMANADO DA FERIDA	Incômodo/Embaraço pela sua presença real ou potencial	<i>“Até a Enfermeira dizia: “Óh Senhora, paciência! A senhora vai-se por a chorar?”. “Mas eu penso que estou «injoando»”. E ela dizia: “Mas não é o teu corpo que está «injoando»”, e eu dizia: “É sim senhora, isso pertence ao meu corpo, isso pertence ao meu corpo”, e ela dizia: “mas isso é do tratamento, filha, dessa placa que tens aí”. E1 – L 77-80</i> <i>“Eu não posso com mau-cheiro, não posso já com o cheiro. Eu nunca «injoei» na minha vida, muito pobrinha me criei, mas nunca «injoei» na minha vida. (...) Assusta-me! Eu sou uma pessoa que me gosto de lavar, sempre gostei. (...) e vejo-me assim... credo! Eu vivi numa angústia, três anos numa angústia... e tenho ainda, ainda tenho ...” E1 – L 95-97; 99-103</i> <i>Pronto, eu não me estava sentindo bem dentro da igreja, porque eu estava sentido correr já [refere-se ao exsudado]. Não estava aparecendo nada... (...) Aquele líquido, que eu estava sentindo correr. Eu disse meu Deus, ainda falta dar nosso Senhor – o padre estava no sermão – eu estava desesperada que a missa acabasse. O povo era tanto dentro da igreja que eu estava assim [faz o gesto de cheirar-se a si mesma]: “mas eu não estou «injoando»”. (...) E eu dizia [para a filha]: “É querida abate essa cabeça e vê se essa perna está «injoando»?”. (...) Eu estava danada que a missa acabasse (...)” E1 – L 139-141; 143-150</i> <i>“E é a ferida cheira mal às vezes uma pessoa tem que tirar a roupa da cama devido ao cheiro da perna (...) Incomoda, incomoda e muito, incomoda e muito!” E4 – L 16-17; 19</i> <i>“Não posso estar com aquele cheiro, às vezes a roupa da cama fica com aquele cheiro, não tenho outro remédio senão tirar a roupa da cama, mas tira-se hoje, quando for amanhã está na mesma! Sinto um mal-estar, não é nada fácil (...)” E4 – L 107-110</i>
--	--	--	--

			<i>“Sinto-me muito incomodada porque tem dias que ela deita muito cheiro, felizmente na casa de povo puseram-me uns pensos para não deixar sair o cheiro para fora. É um cheiro muito impertinente, que às vezes gente julga que outra pessoa está deixando cheiro e no fundo somos nós. Sinto-me muito incomodada, quando a ferida está com cheiro eu sinto-me muito incomodada (...)” E6 – L 29-33</i> <i>“Eu tive ocasiões em casa, que não podia parar, estava a cheirar muito mal, credo, às vezes: “Ó mamã, mas porque é esse cheiro?”. Eu não me sentia bem (...)” E9 – L 173-174</i> <i>“Eu tenho receio, eu tenho vergonha... ainda sexta-feira passada eu chamei-a [a filha] devagarinho no quarto e eu disse: “Mamã vai para a missa, anda por mamã em seco” [refere-se ao trocar as compressas externas do penso] Eu tenho receio, eu nunca «injoei» [cheirar mal] do meu corpo, há idade que eu tenho e isso larga cheiro e eu tenho receio, eu tenho receio que saia...” E1 – L45-48</i> <i>“Até quando eu fui agora internada, por causa do coração, aquela noite eu estava cheirando mal e a Senhora Enfermeira disse: “A senhora porque é que está a chorar?”. “Eu estou a chorar aqui pela dor [da parte cardíaca] e estou a chorar aqui pela perna!”. “Oh, a Senhora está assim...”. “Mas isso está «injoando» e eu não queria estar assim «injoando». E ela disse: “já se vai tratar da Senhora”. Eu tenho receio, tenho vergonha. Eu gosto de sair da minha casa é limpa, eu gosto de tomar o meu banhinho da manhã, gosto de tomar à noite (...) E ver-me com a perna assim, que eu nunca tive na minha vida, a gente fica envergonhadas, não é?” E1 – L 51-61</i>
--	--	--	--

		Estratégias para reduzir o mal-estar causado pelo odor e o exsudado da ferida	<i>“E tenho uma almofada que eu botei, cheia daquele plástico, que a gente enrola as coisas para dentro do frigorífico [película aderente] (...) forrei a cabeceira toda daquilo e ponho a minha perninha ali que eu não gosto de coisas sujas, não gosto de coisas porcas. Mas já me sinto mais aliviada porque eu já sei que está ali tudo acautelado. (...) Para não sujar. Quem é que pode ver a cama com a cabeceira suja? Isso «injoa». (...) E o que é que eu faço? Começo a enrolar aquele papel, que a gente usa para enrolar a comida.” E1 – L358-359; 361-363; 366-372</i> <i>“Mas tenho uma protecção, tenho uma meia plástica que eu fiz e que enfio na perna, mas lavo da manhã, com uma pinguinha de água e detergente. Não é que esteja suja, é para ficar sempre lavadinha para tornar a por (...)” E1 – L 377-381</i> <i>“Eu não me sentia bem e até, porque nessa altura, eu não tinha, quer dizer, eu tinha sempre que usar a liga, mas se estivesse muito suja em casa eu tirava, davam-me a gaze e tudo, porque eu não podia parar com o cheiro (...)” E9 – L 175-177</i>
		Receio de sair de casa	<i>“essa placa larga um cheirinho, eu tenho receio de sair, por isso eu pedi ao Enfermeiro [nome] que me desse umas compressas e que me desse aqueles rolinhos [refere-se às ligaduras], que a minha filha em casa, ela não tira a placa (...) ela tira isso tudo [compressas exteriores], desinfecta-me de roda e torna-me a ligar isso tudo para eu poder sair...” E1 – L39-43</i> <i>“ (...) pronto eu ainda tenho aquele receio de sair com isso sujo, eu limpo e isso tudo.” E1 – L 242-243</i>

			<i>“ Eu sentia vergonha muitas vezes de sair por causa do cheiro das pernas. Sentia muita vergonha. Tinha receio das pessoas se sentirem incomodadas devido ao cheiro que eu deitava, porque ultimamente eu deitava muito cheiro, porque a ferida era muito grande (...)” E6 – L 103-105</i> <i>“Eu fazia a diligência de nunca sair para a casa de ninguém e ficava em casa, eu dizia assim: “Credo se eu vou para casa de alguém hão-de dizer que mau cheiro não é? ” Se em casa, às vezes a gente está com um cheirinho, eu não me sentia bem imagina por fora, é um caso sério.” E9 – L 18-181</i>
		Preocupações com o contacto com os outros	<i>“Eu penso que as pessoas não estão olhando bem para mim, é como aquela pessoa que não se lava, que se está a desviar das pessoas, a encobrir-se não sabes? Eu penso que estou igual e eu fico enervada e dá-me nervos (...) Eu não gostava... os doutores pouco a pouco estavam a ver aqueles aparelhos, estavam pouco a pouco a ver aquilo tudo e eu julgava que estava «injoando», não sabes querido, julgava que estava «injoando». Eu tinha tomado o meu duchezinho (...) e eu dizia: “Meu Deus, eu já me lavei, mas eu estou cheirando mal, era da ferida...” E1 – L 61-64; 69-73</i> <i>“Envergonhada, às vezes o doutor chegava-se ao pé de mim (...) ele descobria-me para ver o coração, porque eles têm de auscultar aquilo tudo, e eu dizia assim: “É senhora enfermeira eu estava “injoando”?” e ela dizia: “Não filha, isso agora é do teu juízo, não estás «injoando». Tu tomaste o teu duchezinho, tu tens os teus perfumes, tens o teu stick, tu estás cheirando.” E1 L – 82-87</i>

			<i>“ (...) ou de repente se está sentada no quarto de jantar, se tem mais pessoas, aquele cheiro incomoda-me. Muitas vezes eu saio dali, porque vejo que aquele cheiro está-me incomodando, e se aquele cheiro me está incomodando a mim também está incomodando os outros, eu pego em mim e saio dali.” E4 – L 104-107</i> <i>“ (...) muita vez venho aqui ao tratamento, às vezes tenho receio de estar sentada numa cadeira com outra senhora ao lado, por causa do cheiro que eu tenho na perna fico incomodada porque hão-de julgar que é uma pessoa que está cheirando mal, e no fim não sou eu, é a perna, mas pertence-me. Eu fico incomodada sem saber onde é que me hei-de por, e tudo isso me revolta, uma pessoa fica sem saber o que é que há-de fazer?” E4 – L 110-115</i>
--	--	--	--

TEMAS CENTRAIS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO/LOCALIZAÇÃO
VIVENDO ENTRE A ESPERANÇA E A DESILUSÃO FACE A UM TRATAMENTO PROLONGADO	PERCEPÇÕES FACE AO TRATAMENTO	Alternância da sua evolução (positiva e negativa)	<i>“E depois, uma pessoa... tem dias que: “Está bom, sim senhor”, tem outros que: “Está amarelo, a ferida.” (...) A gente fica tristes, num dia estamos contentes porque está melhor, está boa, noutro dia a senhora enfermeira diz: “Ah, isto está amarelo”, e a gente fica tristes. E a gente vai levando este dia-a-dia...” E3 – L9-10; 12-14</i> <i>“É assim, há dias bons, dias maus. Uns dizem que a ferida está muito boa, noutro dia ficamos esmorecidas, porque está assim, está assado, está infectado, e a gente diz assim: “Isso nunca mais fecha!”” E3 – L 97-99</i> <i>“É uma pessoa pensar que vai ficar boa, de repente uma pessoa julga que a ferida vai fechar e em vez de fechar torna outra vez a abrir mais (...)” E4 – L 30-31</i> <i>“Há coisa de uma mês atrás eu estava tão contente porque só faltava um pouco para fechar, já a seguir quando eu vim ao outro tratamento, em vez de fechar tornou para trás um bocado. Quando a gente julga que vai fechar ela volta para trás.” E4 – L 49-52</i>
		Desacordo com o tratamento proposto	<i>“Eu não me dou com soro, o soro está me alastrando o mal disso, o soro seca e no secar «sarrafa» a pele. Mas aqui [refere-se à Unidade de Saúde onde realiza o tratamento] disseram que era com soro (...) Eu nunca disse que não a ninguém, eu fui sempre...” E1 – L 9-13</i> <i>“Mas por vezes ficamos assim: será que o tratamento que nos está sendo aplicado está sendo o mais adequado? Será que não havia uma outra técnica, uma outra solução que outro técnico de saúde saberia aplicar melhor?” E2 – L 184-186</i>

		Melhoria do seu estado	<i>“Desde que me colocaram, já há quase um ano, essa placa (...) é que isso começou a melhorar, muito lentamente, muito devagar, muito lentamente, mas agora estou vendo resultados (...)” E1 – L 19-22</i> <i>“Mas agora estou um pouco mais satisfeita por outro lado, porque eu já estou vendo umas melhoras.” E1 – L 245-246</i> <i>“ (...) já estou vendo que vou ficar normal, não sabes? Vai ficar com uma costura, vai ficar um bocadinho negro, mas eu já tinha a perna negra das erisipelas, mas pelo menos não tem essa ferida.” E1 – L 248-250</i> <i>“ (...) já não tenho tanta dor. Já estou sentindo mais comichão de roda... está curando, está curando já a pele, já não está tanto como estava. Já estou mais satisfeita neste ponto, porque vai para melhor e já não vai para pior, e três anos antes e estava vendo que ia para pior e não para melhor.” E1 – L 256-259</i> <i>“Graça a Deus, agora, digo que estou melhor do que o que já estive aqui para trás (...)” E3 – L 159-160</i> <i>“ (...) agora eu sei como é que me sinto. Sinto-me muito melhor, por exemplo eu estou aqui, se fosse antes, eu já tinha saído daqui para fora, isso já estava a arder-me, umas dores, umas dores insuportáveis (...)” E5 – L 227-232</i> <i>“ (...) vê-se que é um fechar direito, porque há um fechar falso e aquele é um fechar que vê-se mesmo que está cicatrizando, a pelinha dali está muito saturada, por estar sempre ligada, mas está fechado devagarinho. E9 – L 21-23</i>
--	--	------------------------	---

			<i>“ (...) é isso que eu estou a dizer ao senhor enfermeiro, estou boa, sem dores, que é o principal, muito boa, o tratamento vai indo bem (...)” E9 – L 166-168</i> <i>“ (...) Eles [os enfermeiros] veêm que a ferida está boa, que não está branca. E eu sinto-me mais satisfeito, pois já se sabe, se estão fazendo tratamento e se dão uma má notícia à pessoa, a pessoa não fica satisfeita, mas se der uma boa notícia anima. (...) Ajuda, como é... a pessoa fica mais satisfeita, com mais esperança, E5 – L 134-138;140</i> <i>“ (...) como eu estou vendo melhoras já estou mais contente. Eu pergunto aos enfermeiros: “Os Senhores que é que acham?”; O que é que acham?” E eles dizem: “Está muito bom”. E9 – L 31-33</i>
		Duração prolongada	<i>“Eu disse: “É [nome do filho] já vão três anos.” E1 – L 120-121</i> <i>“É muito tempo, é muito tempo, muito tempo (...) É muito tempo. Três anos a sofrer e três meses, (...)” E1 – L 157-158</i> <i>“ (...) e eu dizia: “Eu sei que um dia eu hei-de fazer, mas quando é este dia?”, eu respondia às vezes assim, quando é esse dia que eu vou fazer isso. Ela dizia: “Óh, isso há-de melhorar.” Há de melhorar, passou-se anos e anos e anos e estamos sempre nisso.” E3 – L 156-159</i> <i>“É porque são muitos anos, são cinco anos [refere-se ao tempo de tratamento actual], e eu já tive uma com treze anos, agora está fechadinha um bocadinho. Já estou habituada a estas coisas, eu comecei com estes problemas devia ter uns quarenta anos.” E3 – L 193-195</i>

			<i>“ (...) elas deram-me parabéns (...) os gajos até bateram palmas, há já quase um ano (...) até agora!” E5 – L 44-48</i> <i>“ (...) agora o enfermeiro disse: “senhora, isso para a semana, essa daqui está boa”. “Não será para o Carnaval?”- eu é que disse, porque eu já estou tão habituada a esperar.” E10 – L 81-82</i>
		Recorrência da situação	<i>“ Existe uma alternância cíclica, eu tenho reparado, não sei se erroneamente, que estes espaços e estes intervalos, por vezes, os intervalos mais longos vão quase a dois anos sem qualquer recidivas da doença. Este período umas vezes é mais curto e outras vezes é mais longo, mas o período máximo que eu tive até agora situa-se à volta de 24 meses, que eu estive sem fazer tratamento, até voltar a aparecer novamente a ulceração.” E2 – L 147-151</i> <i>“ (...) infelizmente tenho tido feridas bastante grandes, estou dois, três meses tratando da ferida, depois está um mês, um mês e meio sem ferida, e torna a abrir na mesma distância.” E6 – L 25-27</i> <i>“De resto, eu já vivo com esta ferida há bastantes anos, estou sempre preparada para a nova ferida que abrir.” E6 – L 149-150</i> <i>“Quando elas fechavam sentia-me satisfeita, mas voltavam a abrir. Estava às vezes uma semana duas, e às vezes cinco semanas, às vezes durava mês e meio e depois voltava a abrir.” E6 – L 154-156</i>

			<i>“Já são muitos anos, e cada vez que ela abre, cada vez ela abre maior.” E6 – L 176-178</i> <i>“ (...) a verdade é essa. O que é que eu hei-de pensar senhor enfermeiro? Eu digo tanta vez: “Ai meu Deus isso é achaque para a minha vida.” E6 – L 181-182</i>
		Incómodo pelo desconhecimento dos outros em relação ao tratamento	<i>“E depois: “Éh mulher, ainda tens esta ferida?” Eu dizia: “Ih meus Deus. É mulher tenho, isso é com tempo”. Às vezes eu respondia assim: “Uma coisa com pressa, não presta. Se isso for curado com pressa isso vai rebentar. Leva tempo, mas o tempo que levar, fica bem curado”. Eu respondia assim, já envergonhada. E elas ainda perguntam, às vezes dizem assim: “Éh mulher, ainda tens esses panos, ainda tens isso?” E1 – L 331-335</i> <i>“Depois: “Éh mulher ainda tem isso? Éh mulher ainda tens aquilo?” Elas fazem logo um espanto (...) Incomoda-me, essas coisas assim, incomoda-me, incomoda-me muito.” E1 – L 351;353</i> <i>“ (...) às vezes eu dizia ao meu homem assim: “Nosso Senhor enganou-se na pessoa, não se enganou na casa, mas enganou-se na pessoa”. Ele às vezes dizia assim: “Eh mulher mas estas mulheres todas se queixam assim?”. E eu assim: “Eh homem, tu dormes comigo, e os maridos delas dormem com elas. Pergunta a eles, não és amigo deles?” E6 – L 145-150</i> <i>“ (...) e então às vezes as pessoas perguntavam: “Então, como é que estás, ainda não estás melhor?” Eu por acaso não me sentia bem, porque as pessoas às vezes não sabem o problema que a gente tem e fazem uma coisa muito fácil e julgam que isso é uma coisa</i>

			<i>simples, e às vezes seu explicava: “não querida, isso não é assim tão fácil”. E9 – L 46-49</i> <i>“ (...) eu dizia explicava a algumas mas eu não me sentia bem porque eu já tinha receio de falar nisso (...) porque elas diziam assim: “Ai credo, mas estás levando tanto tempo com aquela ferida (...)” E9 – L 57-58</i> <i>“ (...) e não me sentia muito bem muitas vezes, agora já sei falar com elas [as pessoas que perguntam do seu estado] já expliquei melhor a elas, a dizer que não é uma ferida tão fácil, assim nisso, nesse sentido. Porque elas às vezes: “Ai mulher, ao tempo que tu já tens essa ferida e ainda não está melhor”, e eu dizia: “Querida, não está melhor, mas também não está pior” E9 – L 118-122</i> <i>“ (...) e isso incomodava-me e eu achava que eram pessoas que não estavam dentro dos assuntos, muitos não compreendiam, porque não sabem a gravidade da doença, e então às vezes eu tentava explicar a algumas e a partir daí, então, é que elas começavam a ver que realmente isso é uma doença demorada”. E9 – L 127-130</i>
		Cuidados redobrados com o membro	<i>“ (...) é andar sempre com muito cuidado para ninguém me tocar na perninha, evitar pegar em pesos (...)” E9 – L 109-110</i> <i>“ (...) evito pegar em pesos. Eu não pego numa garrafa de gás, não pego em nada disso porque eu tenho medo que me pise.” E10 – L 9-10</i> <i>“A vida em casa é com muito cuidado. Tenho uma neta com cinco anos e eu estou sempre com cuidado ela não me pise.” E10 – L 19-20</i>

			<i>“Por exemplo eu fui agora para as Furnas no dia de Natal, é sempre com tanto cuidado, não vão me pisar.” E10 – L 40-41</i> <i>“Eu vou estar sempre com muito cuidado, porque isto é uma pele muito sensível.” E10 – L 135-136</i>
		Insucesso dos tratamentos	<i>“ (...) acertaram com essa placa, botaram várias e nenhuma acertou (...) Muitas placas, umas três ou quatro. Estas não deram resultado.” E1 – L 423-424</i> <i>“Relativamente aos tratamentos, é mil e uma coisa e não dá nada. Eu já tenho posto aqui muita coisa: placas, pomadas, é senhor, tanto! E não dá certo.” E3 – L 102-103</i> <i>“ (...) eu já pôs estas qualidades todas [refere-se às placas] e nada de melhorar. Eu disse que não há médico nenhum que me dá cura a isso. Porque eu vou a um, dá-me um tratamento, vou a outro, passa-me outro tratamento e vamos sempre nisso, e nunca melhora. A gente faz tantos tratamentos e no fim não vê lucro nenhum.” E3 – L 105-108</i> <i>“ (...) uma vez é um tratamento, outra vez é outro e uma pessoa vê a perna piorar.” E4 – L 32</i> <i>“ (...) eu já fui operada à perna para fazer um enxerto de pele, mas não pegou, não resultou, ficou tudo na mesma outra vez...” E4 – L 83-84</i> <i>“ (...) apesar de ter a ferida... devido à penicilina, à tal coisa, isso tem ajudado um bocado, mas não tem tido solução. Não tem tido um grande avanço, mas também não tem tido a redução que eu gostava que tivesse.” E7 – L 52-54</i>

			<i>“ (...) mas pronto ia sempre fazendo esses tratamentos, ia lá vinha cá, tinha sempre um tratamento belíssimo, mas nunca melhorava e eu já me sentia mesmo saturada.” E9 – L 9-11</i> <i>“ (...) duas operações que fiz no dia dez e no dia vinte. (...) Quando fui fazer o enxerto tinha esperança que ficava boa, porque o médico tinha-me dito (...) ele disse que tinha de fazer o enxerto para poder curar, não curei...” E8 – L 77-82</i> <i>“ (...) fui operada, depois da operação fiquei muito boa e eu reagi muito bem, a feridinha quase fechada (...) pronto ela ficou boa na altura depois da operação ela foi fechando devagarinho, mas depois aquela pelinha tornou a sair, nunca chegou a fechar.” E9 – L 16-20</i> <i>“ (...) já tive consulta com o médico, ele queria que eu fosse operada, esperei quatro anos pela consulta para ser operada, mas optei por não ser operada porque tenho tido muitas pessoas que têm dito que a operação tem sido um erro. Muitas dizem que é bom, outras dizem que é um erro. Tenho uma familiar que já foi operada três vezes, e ainda de vez em quando, abre-lhe uma ferida, de maneira que eu fiquei com medo, tive medo que a operação desse para o torto.” E6 – L 13-18</i>
		Expectativas face à aplicação futura de tratamentos mais evoluídos	<i>“Mas há outras formas de tratamento no exterior, que eu já tomei conhecimento, via Internet ou outro programa de televisão (...) Também sei, tomei conhecimento, que existem outras formas de tratamento, não só no Brasil, como em alguns países, na nossa vizinha Espanha e em alguns outros países da Europa, como a França e o Luxemburgo (...) Com uma esperança que mais cedo ou mais tarde isso venha a ser aplicado no nosso país e mais em concreto na nossa Região, à qual pertença e é aqui que faço os meus tratamentos.” E2 – L 109-124; 126-128</i>

	ESPERANÇA DA CURA VERSUS DESESPERANÇA	<i>“Triste, porque eu estava vendo que não tinha melhoras, eu estava ver que já há três anos a tratar e não estava vendo melhoras.” E1 – L 323-325</i> <i>“ (...) porque eu julgo que não fecha, que a ferida não vai fechar, outras vezes eu penso que, ela está bem e que vai fechar (...)” E3 – L 16-17</i> <i>“Uma pessoa fica revoltada porque não vê melhoras, entra ano, sai ano e é sempre o mesmo e mais forte. (...) Aos anos que eu já tenho isto eu julgo que vou ter isso para o resto da vida. Ao anos que eu já tenho isso? Eu já não consigo ter esperança.” E4 – L 52-53; 55-56</i> <i>“Às vezes eu sinto uma desilusão e penso que eu nunca mais vou ficar melhor.” E8 – L 25</i> <i>“ Outros dias, outras vezes eu digo: “Eu acho que nunca mais melhora.” Porque essa ferida da maneira como está nunca mais melhora, não fica nem melhor nem pior.” E8 – L 55-57</i> <i>“Eu tive uma estação que perdi a esperança. Porque há pessoas que diziam: “ah eu levo quatro, cinco anos”, outras seis, sete anos depois está uns meses fechadas e depois torna a abrir.” E10 – L 133-135</i> <i>“Eu pensava que ela não ia cicatrizar, porque cada vez ela [a ferida] estava maior...” E1 – L 32-33</i> <i>“ (...) isso estava sempre a crescer, essa coisa sempre a crescer, a ver uma coisa todos os dias a tratar e cada vez maior (...) os enfermeiros todos, eu ia lá baixo ao posto clínico tudo se arrepiava: “Epá, que ferida de grande” E1 – L 215-218</i> <i>“Pensava que eu não havia de ter cura (...) ainda o ano passado eu dizia tanta vez em casa: “ [Nome da filha], mamã não vai ter cura disso.” “Ah mamã, porque é?” “É porque isso está cada vez maior”. Isso chegou-me ao tornozelo.” E1 – L 225-227</i> <i>“Agora penso que eu estou vendo já cura nele. Espero ter cura, que eu já vejo isso mais pequenino (...)” E1 – L 228-229</i>
--	---	---

			<i>“Eu não via esperança nenhuma nisso! Há três anos atrás, eu não via esperança. Agora, seja em louvor de nosso Senhor, é que eu estou vendo um esperança, já há sete meses para cá, há sete meses está curando isso. Tenho esperança que vou melhorar.” E1 – L 270-272</i> <i>“Tenho mais esperança, estou mais alegre um bocadinho (...)” E1 – L255</i> <i>“Tenho outras esperanças, estou vendo que isso já está melhorando mais (...)” E1 – L 396</i> <i>“Já estou vendo outra esperança que não via.” E1 – L 422-423</i> <i>“Eu tenho essa esperança, tenho, não é hoje nem amanhã mas um dia.” E3 – L 41</i> <i>“Tenho essa esperança. E um dia que isso aconteça, eu nem sei... eu já disse à Sra. Enfermeira, eu acendo um bombão [fogo de artifício].” E3 – L 192-193</i> <i>“É a tal coisa, um fulano sempre com esperanças, mas graças a Deus agora, estou... estou, quer dizer, estou a caminho... é como um fulano que vai, já por um, no bom caminho (...)” E5 – L 40-42</i> <i>“É, fico desiludida. É porque eu venho ao tratamento na esperança de ver se está melhor, chego está na mesma, fico um bocadinho desiludida, mas depois vai passando, e vem outra vez a esperança no tratamento.” E8 – L 69-71</i> <i>“Eu estou sempre à espera do tratamento, “vamos lá ver se amanhã está melhor”, para ver se está melhor. Mas acho que tenho de me habituar a isto, porque se isso tivesse que melhorar já tinha melhorado, penso eu. Mas, também, os senhores enfermeiros dizem que isto leva muito tempo com uma ferida, muito tempo. Quando eles me dizem isso eu fico conformada.” E8 – L 90-94</i>
--	--	--	--

			<i>“Eu tenho esperança porque ela está fechando, sem comparação, está muito boa.” E9 – L 33-34</i> <i>“A esperança ajuda muito, é (...) a viver, naquela esperança de ter melhoras.” E10 – L 84;86</i> <i>“ (...) porque elas [as feridas] tinham meses que estavam uma coisa séria e isso não estava só com tantas dores, como estava sempre com tanta porcaria. Eu nunca tive furos, as minhas sempre foram superficiais, mas elas ficavam todas largas. Eu ficava com as esperanças perdidas. E depois quando eu via isso mais ou menos eu guerrei-me, vai se ver... teve uma pessoa que me disse: “deve-se sempre ter uma esperança, nunca se pensa o pior.”” E10 – L 138-142</i> <i>“ (...) e eu prefiro levar agora mais um tempo, preferia até levar mais um ano, que eu não me importo, mas também quando curar seja de vez, seja de vez, não esteja sempre a arrebentar.” E1 – L 406-408</i> <i>“Viver com uma ferida, é um viver doloroso, mas sempre com esperança, que um dia haverá uma solução em definitivo para os nossos problemas. (...) Mas essa esperança em todo o doente, penso que não sou diferente dos outros, temos sempre a esperança de arranjarmos uma solução para o nosso problema ou que surja uma solução para os nossos problemas e que em definitivo fiquem resolvidos”E2 – L 70-80</i> <i>“A esperança de cura e dum tratamento mais rápido, mais eficaz e em definitivo (...)” E2 – L 110</i>
--	--	--	--

	ESTRUTURAS DE SUPORTE/APOIO	Relação de confiança e proximidade com Profissionais de saúde	<i>“ (...) as pessoas têm sido o mais profissionais possível e humanas, tratam os doentes com carinho, com ânimo, embora também tenham os seus problemas pessoais e tudo isso. Têm tido um bom profissionalismo, porque reparo e vejo que todos têm tido, deixam sempre os seus problemas atrás da porta e mostram sempre um sorriso aos seus doentes. Isto, também, é uma forma de psicologicamente contribuir para que o doente sinta uma esperança e também não desanime (...)” E2 – L 193-199</i> <i>“ Na relação de confiança, de sentir quase uma inter-ajuda, porque não só o técnico prestou um serviço de saúde, também a pessoa na prática seguiu os conselhos e tentou lembrar-se do que foi dito anteriormente aquando do tratamento (...) lembrarmo-nos das conversas, dos conselhos do tal técnico, da tal pessoa por quem temos empatia, e em certos casos pensamos que temos ali pessoas que são quase como um irmão ou uma pessoa de família, que nos quer bem e nos quer ajudar.” E2 – L 201-203</i> <i>“Sentimos confortados e acompanhados por pessoas [refere-se aos profissionais de saúde] que têm sido competentes, que fazem o melhor que podem (...)” E2 – L 256-257</i> <i>“ (...) e depois, elas [refere-se às enfermeiras] animam a pessoa, elas são umas gajas porreiras (...)” E5 – L 44</i> <i>“Mas elas animam [as enfermeiras], eu mesmo digo: “Vocês animam, são simpáticas”, quer dizer animam o doente (...) ajuda pois, a pessoa vem de lá satisfeita.” E5 – L 222-223; 225</i> <i>“E tenho tido, realmente, o grande empenho de me sentir bem com a pessoa que está lá a tratar-me, que tem sido mais essa senhora enfermeira, que de momento eu nem sei o nome dela, mas que é muito carinhosa, muito humana, não falando dos outros que aqueles que têm passado lá são quase iguais.” E7 – L 22-26</i>
--	------------------------------------	---	--

			<i>“Mas a enfermeira que está lá [na unidade de saúde onde realiza o penso] é incansável.” E7 – L 212-213</i> <i>“E então os senhores enfermeiros e as senhoras enfermeiras foram sempre muito cuidadosos comigo, sempre todas elas e isso ajuda muito. Todas muito agradáveis, sempre com aquela vontade de eu melhorar (...) Eu sinto-me como se estivesse em casa, com essas enfermeiras aqui muito boas, não tenho razões de queixa nenhuma.” E9 – L 100-106</i> <i>“ (...) temos sempre ali alguém que de outra forma sozinhos não conseguiríamos resolver os nossos problemas tão bem, sem o apoio daqueles técnicos, daquelas pessoas preparadas para o fazer e que têm os conhecimentos adequados para a resolução dos nossos problemas.” E2 – L 265-268</i> <i>“É uma pessoa estar na esperança da médica dizer que eu vou ser operada, ou vou ter melhoras. Uma pessoa faz tantas perguntas à médica e a médica só dá um arzinho de rir, não me diz nada (...)” E4 – L 81-83</i> <i>“Já perguntei à médica se eu fazendo uma operação ou indo a Lisboa, ou qualquer coisa, mas a médica só me dá um ar de rir, não me responde, não me diz nada.” E4 – L 75-77</i>
		Apoio fornecido pela Família	<i>“ (...) e depois a minha filha também está sempre me incentivando, a dizer: “Minha mãe não fique assim triste” e essas coisas assim...” E3 – L 17-18</i> <i>“Ai se não é ela [refere-se à filha]! (...) “ai de mim, se não é a minha filha!”, senão eu estava sempre ali murcha como um pavão, porque ela chega ali e diz: “Afinal? Estás triste hoje?” “Ai querida não tenho aço”, que digo para ela. “Ah minha mãe, minha mãe que não pense nisso isso vai melhorar, isso está tão bom.” Assim, para me ajudar, às vezes ela ia comigo quando ia fazer o penso para ver e tudo (...) Sim ajuda a encarar a coisa pela frente. Hoje eu estou assim, mas a minha filha chega a casa e diz: “Ah mamã, e tal...” e a gente fica logo</i>

			<i>mais espertas, fica com aquela fé daquelas pessoas estarem ajudando a gente, a gente fica... a gente vamos atrás dela para pensar e acreditar naquilo que ela está dizendo.” E3 – L 178-183; 185-188</i> <i>“ (...) os meus filhos sempre me deram muitos carinhos sempre foram: “minha mãe que não faça nada, ou minha mãe que se sente ou vá para aí estirar, ou se minha mãe não se está sentindo bem procure um médico”. Era sempre... e o meu marido também é igual.” E9 – L 150-153</i> <i>“Eu gosto de sentir que os meus filhos estão sempre a dar aquele carinho. (...) sentia-me bem, porque há pessoas que não dão aquele apoio às mães, e os meus filhos não. Isso também é muito importante, as minhas noras, a minha filha tudo (...)” E9 – L 159-164</i> <i>“ (...) a minha neta que vive comigo e eu tomo conta dela, está sempre: “a avó não vá se pisar”, “a avó quer por os pés aqui?”, “a avó quer que eu esfregue”, quando eu estava com muitas dores.” E10 – L 92-94</i> <i>“Eu tenho uma filha então que, a minha mais nova, que vive muito para mim, com 21 anos e o meu filho com 23, as outras estão casadas. É bom eu gosto, ajuda muito, porque eu sei que têm aquele carinho por mim, é bom ser acarinhada por alguém. E isso ajuda o meu tratamento, eu sinto assim mais uma força para viver.” E10 – L 103-106</i> <i>“ (...) o meu filho mais moço, calça-me as meias, descalça-me as meias...” E6 – L 83-84</i>
		Recurso ao divino	<i>“ Às vezes eu peço ao Senhor Santo Cristo, ainda pedi sexta-feira, que me tirasse isso [a ferida] daqui (...)” E1 – L 93-94</i> <i>“Eu estou danada que esteja melhorzinha, para agradecer a Nosso Senhor de joelhos (...)” E1 – L 156-157</i>

			<i>“Um dia Nosso Senhor vai permitir, Nosso Senhor vai me dar... Tinha esperança.” E1 – L 330-331</i> <i>“ (...) eu penso (...) “Ai nosso senhor, o que é que eu estou fazendo aqui? Ai nosso senhor, dá-me uma esperançazinha, um aliviozinho” Eu não digo para fechar já, porque isso é muito grande e a gente sabe que não pode fechar já, mas pelo menos tire as dores (...)” E3 – L 65-68</i> <i>“Eu digo que um dia, se Deus quiser, isso há-de melhorar.” E3 – L 189-190</i> <i>“Eu penso, que pode ser que um dia nosso Senhor me melhore.” E8 – L 54-55</i> <i>“Eu tenho fé em Deus, e tenho aquela fé que vou melhorar (...)” E10 – L 80</i> <i>“ (...) a gente às vezes fica como chocadas, e diz assim: “Meu Deus, mas porque é que eu estou assim, porque é que eu não estou melhor, Nosso Senhor não me melhora?”” E8 – L 47-49</i> <i>“Não digo que Nosso Senhor esteja contra mim, mas às vezes eu digo: “Porque é que Nosso Senhor não me melhora?” Eu faço essa pergunta, mesmo a Nosso Senhor.” E8 – L 53-54</i> <i>“Se nosso Senhor quisesse isso já podia estar melhor, ao fim de tanto tempo (...)” E8 – L 76-77</i> <i>“Outras vezes eu digo: “É porque eu mereço isso mesmo, eu mereço esse sofrimento.” E8 – L 49-50</i> <i>“A gente merece, porque somos muito pecadores, de maneira que Nosso Senhor faz-nos sentir.” E8 – L 52-53</i> <i>“ (...) mas também tenho que me conformar com a vontade de Deus, (...) isso foi para mim, eu é que tenho de sofrer.” E8 – L 60-62</i> <i>“Eu não tenho nada contra Deus, às vezes só uma coisa levinha, porque eu sei que se estou assim é porque eu mereço estar e a gente quer aceitar o que nosso Senhor manda.” E8 – L 65-67</i>
--	--	--	---

		Importância de uma atitude positiva	<i>“Porque é que eu meti isso na cabeça, é importante pensar que isso vai melhorar um dia.” E3 – L 188-189</i> <i>“ É preciso ter muita paciência e coragem, olhar em frente e pensar que vamos melhorar.” E8 – L 89-90</i> <i>“ (...) chega-se ao próximo tratamento e está na mesma e aí fico um bocadinho em baixo e depois tenho que arrebitar, tem que se seguir em frente.” E8 – L 97-98</i> <i>“Eu gosto de ter aquela fé e a força de vontade de viver, faz com que ajude...” E10 – L 77-78</i>
--	--	--	---

ANEXO VI – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado, declaro que aceito participar como informante no trabalho de investigação desenvolvido pelo Enfermeiro Fábio Alexandre Melo Do Rego Sousa, sob orientação do Prof. Doutor António Couto, subordinado ao tema: “O Corpo que não cura: vivências das pessoas com úlceras venosas de perna crónicas”, tendo em conta os seguintes tópicos sobre os quais fui elucidado(a):

1. O objectivo do estudo é compreender as vivências das pessoas com úlcera venosa crónica de perna, mantidas há pelo menos 3 meses de modo ininterrupto;
2. A informação recolhida é para uso exclusivo neste trabalho e será fornecida apenas às pessoas nele, directamente, implicadas;
3. A informação será obtida através de uma entrevista gravada, em suporte áudio, realizada em data, hora e local a combinar;
4. A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa, a qualquer momento, em participar no referido estudo, sem que daí advenha qualquer prejuízo;
5. A privacidade dos participantes será salvaguardada, sendo as suas identidades apenas conhecidas pelas pessoas, directamente, envolvidas no trabalho de investigação;

DATA: ____/____/____	ASSINATURA DO PARTICIPANTE:
	ASSINATURA DO ENTREVISTADOR