



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
AURORA DE AFONSO COSTA



## Qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa: estudo comparativo Brasil/Portugal

Thalyne Yuri de Araújo Farias Dias<sup>1</sup>, Isabelle Katherinne Fernandes Costa<sup>1</sup>, Samilly Márjore Dantas Liberato<sup>1</sup>, Amanda Jéssica Gomes de Souza<sup>1</sup>, Felismina Rosa Parreira Mendes<sup>2</sup>, Gilson de Vasconcelos Torres<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte

<sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus

### RESUMO

**Introdução:** As úlceras venosas são um problema de saúde pública que afetam a qualidade de vida, também determinada pelo contexto socioeconômico, assistência à saúde e características da lesão.

**Objetivo:** Comparar a qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa em Natal/Brasil e Évora/Portugal.

**Método:** Estudo quantitativo, comparativo, realizado com 170 pessoas com úlcera venosa utilizando-se o instrumento SF-36.

**Resultados:** Em Portugal, todas as médias dos domínios e dimensões foram maiores que as do Brasil, com destaque para aspectos sociais (70,62). Também apresentou o maior número de pessoas com características da assistência positiva. Quanto às características da lesão, estas influenciaram nos domínios e dimensões da qualidade de vida dos dois países.

**Discussão:** Portugal apresenta realidade socioeconômica distinta do Brasil e maior variedade e quantidade de recursos materiais para serem utilizados no cuidado das feridas.

**Conclusão:** Em Portugal há uma melhor qualidade de vida quanto aos aspectos estudados em relação ao Brasil.

**Descritores:** Enfermagem; Qualidade de Vida; Úlcera Varicosa.

## INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida (QV) está relacionado ao modo, condições e estilos de vida; inclui as ideias de sustentabilidade e ecologia humana e relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. Relativamente à saúde, esses conceitos se atrelam a uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si<sup>(1)</sup>.

Nesse contexto, percebe-se que a QV relacionada à saúde envolve conceitos que vão além do controle dos sintomas, redução da mortalidade e aumento da expectativa de vida. Por ser um termo popular e amplo, a QV tem sido usada em vários contextos e tem atraído a atenção de profissionais de diversas áreas, particularmente na área da saúde<sup>(2)</sup>.

A valorização do conceito de QV reflete em um aumento da preocupação com o paciente, que agora é visto como um todo. O objetivo do tratamento deixa de ser a cura e passa a ser a reintegração dos pacientes com o máximo de condições de ter uma vida normal, ou seja, viver com qualidade e saúde<sup>(3-4)</sup>.

Neste contexto, o indivíduo ao deparar-se com uma doença venosa crônica (DVC), uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso causada por uma incompetência valvular, que acomete diferentes faixas etárias e afeta diretamente os níveis socioeconômicos, poderá ser privado de suas atividades normais, como o trabalho, e chegar ao ponto de provocar sua aposentadoria precoce mesmo estando em fase produtiva<sup>(3,5)</sup>.

Isso ocorre, pois a DVC é uma das causas da formação da úlcera venosa (UV), lesão crônica de perna, ou seja, uma doença crônica, recorrente, com a qual muitos pacientes convivem por anos<sup>(5)</sup>.

No Brasil, as UV constituem um sério problema de saúde pública, devido ao grande

número de doentes com alterações na integridade da pele, embora os registros desses atendimentos sejam escassos. Este elevado número de pessoas com úlceras contribui para onerar o gasto público no Sistema Único de Saúde (SUS), além de interferir na QV da população<sup>(5)</sup>.

Já no contexto de Portugal, um estudo realizado em Lisboa, envolvendo a população de 186.000 habitantes cadastrados em centros de saúde ou hospitais, identificou 263 pessoas com úlceras de perna, considerando-se as úlceras ativas, representando uma prevalência global de 1,4/1000 pessoas. A prevalência referente aos homens foi de 1,3/1000 e entre as mulheres foi de 1,5/1000<sup>(6)</sup>.

A cicatrização da úlcera é o desfecho de interesse no seu tratamento, mas outros desfechos são incorporados, como mudanças na saúde e na qualidade de vida, uma vez que nosso corpo é um sistema integrado, e o problema em uma parte interfere no conjunto, afetando também a vida social e econômica. Logo, ao preocupar-se com o bem estar do indivíduo, holisticamente, a cicatrização da úlcera é um consequência<sup>(7)</sup>.

A abordagem multidisciplinar, nos cuidados de saúde, mudou nos últimos anos. Variáveis subjetivas que refletem a percepção dos doentes sobre o seu bem-estar e qualidade de vida têm sido utilizadas nas avaliações de QV. Não são apenas os pesquisadores interessados nesse aspecto, mas também os profissionais envolvidos na prática clínica<sup>(2)</sup>.

O interesse em pesquisar este tema surgiu após um dos autores ter tido a oportunidade de realizar estágio pós-doutoral em Portugal. Aliada a essa vivência, verificou-se a necessidade de realizar um estudo comparativo sobre QV relacionada a saúde das pessoas com UV inseridas em realidades socioeconômicas distintas, por se tratar de um país desenvolvido (Portugal) e outro em desenvolvimento (Brasil).

Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo comparar a QV medida pelo *Short Form-*

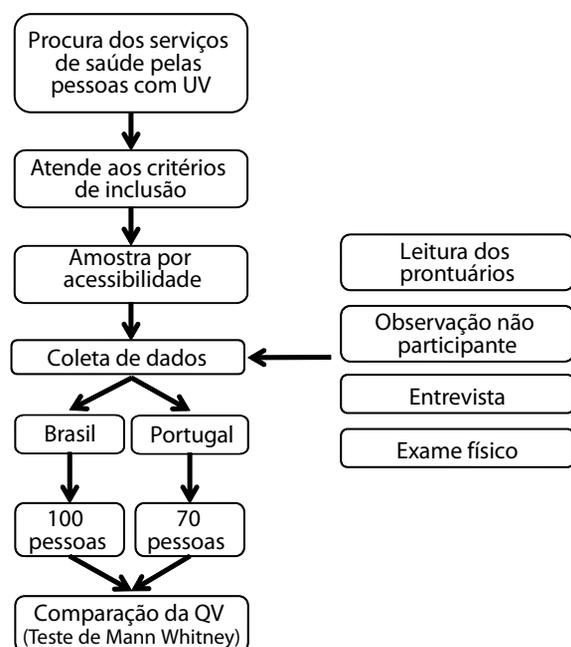
36 (SF-36) de pessoas com UV atendidos em um hospital universitário de referência no Brasil e unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal.

## MÉTODO

Estudo analítico, comparativo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa de tratamento e análise de dados, tendo como propósito comparar a qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa atendidas em um hospital de referência em Natal-RN/Brasil e nas unidades de saúde em Évora/Portugal.

A seleção dos participantes foi constituída com base nos seguintes critérios de inclusão: histórico de úlcera venosa; idade maior de 18 anos e como critério de exclusão: solicitação de saída do estudo. A amostra do estudo foi por acessibilidade durante um período de seis meses (junho a novembro de 2011), resultando em 100 pessoas com UV em Natal/Brasil e 70 em Évora/Portugal.

**Fluxograma 1** - Fluxograma do desenvolvimento do estudo. Natal-RN/Brasil 2012.



Fonte: Elaboração própria.

Utilizaram-se, nesta pesquisa, dois instrumentos de coleta de dados, um formulário estruturado de entrevista com características sociodemográficas e o instrumento de qualidade de vida relacionado à saúde, o SF-36.

O SF-36 é um questionário multidimensional, formado por 36 itens, englobados em oito componentes<sup>(8)</sup>: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens) e saúde mental (5 itens). Ademais, contem uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás, que é de extrema importância para o conhecimento da doença do paciente. Esse instrumento avalia tanto os aspectos negativos (doença), quanto os positivos (bem-estar). O cálculo de cada domínio e dimensão do SF-36 estão descritos no manual do usuário<sup>(8)</sup>.

Além do mais, neste estudo, foram pesquisadas as variáveis de caracterização sociodemográfica e de saúde (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda, ocupação), características da assistência (adequação dos materiais utilizados no curativo, realização do curativo fora do ambulatório, uso de terapia compressiva, tempo de tratamento da UV, local de tratamento da UV, orientações, exames laboratoriais e específicos, número de consultas com o angiologista, referência e contrarreferência e documentação dos achados clínicos) e as características da UV (recidivas, tempo de lesão atual, área da lesão, condições do leito, quantidade do exsudato, odor, perda tecidual, dor, sinais de infecção, coleta de swab).

As variáveis da assistência à saúde e aspectos clínicos da lesão foram classificadas em categorias nominais, dicotômicas, em que se calculou um escore que foi determinado por ser um fator positivo (valor = 1) e negativo (valor = 0), representando as variáveis quantitativas. Em

seguida, estas variáveis foram reclassificadas em variáveis nominais, tomando-se por parâmetro a mediana.

O estudo foi condicionado ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de *Helsinki* da *World Medical Association*, foi apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa/UFRN<sup>(9)</sup> (Protocolo n.279/09) e pela Comissão de Ética da Área da Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora em Portugal, protocolo nº 10028/10.

A coleta de dados foi realizada por uma equipe composta pelos pesquisadores e por dois acadêmicos, treinados, de graduação e pós-graduação em enfermagem. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos participantes deste estudo, a equipe realizou a coleta por meio da leitura dos prontuários, da observação não participante, entrevista e exame físico.

Os dados coletados foram transferidos para um banco de dados na planilha do aplicativo *Microsoft Excel 2007*, que, após correção, foram exportados e analisados em programa estatístico.

No programa estatístico, foram realizadas as análises descritivas com frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão mínimo e máximo e análise inferencial nos cruzamentos das variáveis, com nível de significância estatística de  $p$ -valor  $< 0,05$ . Procedeu-se ainda com a aplicação do Teste de *Mann Whitney*, utilizado para verificação de diferença significativa entre as médias dos escores das variáveis condições sociodemográficas e de saúde, assistência à saúde, aspectos clínicos da lesão e os domínios e dimensões da qualidade de vida.

## RESULTADOS

Na caracterização sociodemográfica do estudo realizado, predominaram as pessoas acima de 60 anos, 55,0%, no Brasil e 82,2%, em Portugal

(82,2%); sexo feminino (69,0%, no Brasil e 62,9% em Portugal); casados/união estável, 62,0%, no Brasil e 57,1%, em Portugal e; de baixa escolaridade, 83,0%, no Brasil, com significância estatística ( $p=0,004$ ) e, 90,0%, em Portugal.

No Brasil, prevaleceram aqueles com profissão/ocupação (56,0%) e renda menor que um salário mínimo (76,0%). Em Portugal, 84,3% referiram não ter profissão/ocupação, sendo significativa estatisticamente ( $p=0,001$ ), e renda maior que um salário mínimo (98,6%), também com significância estatística ( $p=0,001$ ).

Na tabela 1 estão os valores máximos e mínimos, desvio padrão e média obtida em cada domínio e dimensão do instrumento SF-36 no Brasil e em Portugal.

A média, no Brasil, dos domínios avaliados no SF-36 foi baixa, destacando-se o aspecto físico. Em Portugal, a média relacionada a todos os domínios, apresenta-se em valores mais altos, com destaque para os aspectos sociais que apresentou média de 70,0.

Quanto à dimensão saúde física, a qual compreende a média dos domínios funcional, físico, dor, estado geral de saúde e vitalidade, a análise permite visualizar, de maneira ampla, a relação do pesquisado com atividades que sejam influenciadas por aspectos físicos e em que a lesão possa interferir ou não. A dimensão saúde mental é calculada a partir da média do estado geral de saúde, vitalidade, função social, aspectos emocionais e saúde mental. Por meio dessa variável, pode-se perceber o estado psicológico do lesionado, seu ânimo e interação com o meio que o circunda. Os mínimos destas dimensões foram iguais nos dois países, sobressaindo-se o valor máximo, com escores mais altos em Portugal.

Em relação às características da assistência no Brasil, 69 pacientes apresentaram até três características positivas e 31 pacientes de 4 a 10, as quais ao serem cruzadas com os domí-

**Tabela 1** – Valores máximos, mínimos, desvio padrão e média das dimensões e domínios do SF-36. Natal-RN/Brasil, 2012

Domínios e dimensões do SF-36	Média		Desvio padrão		Mínimo		Máximo	
	Brasil	Portugal	Brasil	Portugal	Brasil	Portugal	Brasil	Portugal
Capacidade Funcional	14,85	41,00	20,21	33,3	0	0	100	100
Aspecto Físico	4,75	40,71	16,16	12,5	0	0	100	100
Dor	33,97	56,61	27,44	57,0	0	0	100	100
Estado Geral de Saúde	36,01	44,50	15,69	47,0	5	0	77	87
Vitalidade	42,25	61,43	23,91	65,0	5	0	100	100
Aspectos Sociais	27,38	70,62	24,29	88,0	0	0	100	100
Aspecto Emocional	32,00	57,09	45,92	67,0	0	0	100	100
Saúde Mental	55,84	66,57	24,58	76,0	8	8	100	100
Dimensão Saúde Física	26,24	48,79	13,71	50,5	4	4	56	93
Dimensão Saúde Mental	38,68	60,07	19,52	65,0	5	5	85	97

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 2** – Características da assistência positiva por domínios e dimensões do SF-36. Natal-RN/Brasil, 2012

Domínios e dimensões do SF-36	Características da assistência positivas	n		Média		p-valor (Mann-Whitney)	
		Brasil	Portugal	Brasil	Portugal	Brasil	Portugal
Capacidade Funcional	Até 3	69	8	45,25	23,94	0,005	0,087
	de 4 a 10	31	62	62,19	36,99		
Aspecto Físico	Até 3	69	8	48,62	28,38	0,074	0,252
	de 4 a 10	31	62	54,69	36,42		
Dor	Até 3	69	8	42,92	35,5	0,001	1
	de 4 a 10	31	62	67,37	35,5		
Estado Geral de Saúde	Até 3	69	8	47,26	44,5	0,095	0,183
	de 4 a 10	31	62	57,71	34,34		
Vitalidade	Até 3	69	8	47,16	33,31	0,085	0,746
	de 4 a 10	31	62	57,94	35,78		
Aspectos Sociais	Até 3	69	8	47,25	35,56	0,083	0,992
	de 4 a 10	31	62	57,73	35,49		
Aspecto Emocional	Até 3	69	8	49,85	37,56	0,685	0,747
	de 4 a 10	31	62	51,95	35,23		
Saúde Mental	Até 3	69	8	47,02	38,88	0,073	0,617
	de 4 a 10	31	62	58,24	35,06		
Dimensão Saúde Física	Até 3	69	8	43,39	29,31	0,001	0,361
	de 4 a 10	31	62	66,32	36,3		
Dimensão Saúde Mental	Até 3	69	8	47,22	35,5	0,091	1
	de 4 a 10	31	62	57,81	35,5		

Fonte: Elaboração própria.

nios, comparando-se as médias, apresentaram significância estatística a capacidade funcional ( $\rho=0,005$ ), dor ( $\rho=0,001$ ) e dimensão saúde física ( $\rho=0,001$ ). Em Portugal, o número de pessoas que apresentaram de 4 a 10 características positivas foi maior, 62 pesquisados, cujas médias foram balanceadas com as dos oito que apresen-

taram até 3 características positivas. Esses dados demonstram o quanto a qualidade da assistência prestada é importante nesses aspectos da QV da pessoa com úlcera venosa.

Na tabela 3 a seguir, apresentam-se as médias das características da UV positivas por domínios do SF-36.

**Tabela 3** – Médias das características da úlcera venosa positivas por domínios do SF-36. Natal-RN/Brasil, 2012

Domínios e dimensões do SF-36	Características da lesão positivas	n		Média		p-valor (Mann-Whitney)	
		Brasil	Portugal	Brasil	Portugal	Brasil	Portugal
Capacidade Funcional	Até 4	50	24	39,54	25,15	0,001	0,002
	De 5 a 10	50	46	61,46	40,9		
Aspecto Físico	Até 4	50	24	49,09	29,46	0,371	0,05
	De 5 a 10	50	46	51,91	38,65		
Dor	Até 4	50	24	37,34	29,44	0,001	0,07
	De 5 a 10	50	46	63,66	38,66		
Estado Geral de Saúde	Até 4	50	24	43,35	35,98	0,014	0,887
	De 5 a 10	50	46	57,65	35,25		
Vitalidade	Até 4	50	24	40,91	31,65	0,001	0,251
	De 5 a 10	50	46	60,09	37,51		
Aspectos Sociais	Até 4	50	24	44,12	30,58	0,022	0,12
	De 5 a 10	50	46	56,88	38,07		
Aspecto Emocional	Até 4	50	24	46,7	28,75	0,114	0,034
	De 5 a 10	50	46	54,3	39,02		
Saúde Mental	Até 4	50	24	46,17	29,63	0,135	0,08
	De 5 a 10	50	46	54,83	38,57		
Dimensão Saúde Física	Até 4	50	24	36,64	28,04	0,001	0,027
	De 5 a 10	50	46	64,36	39,39		
Dimensão Saúde Mental	Até 4	50	24	41,87	29,92	0,003	0,097
	De 5 a 10	50	46	59,13	38,41		

Fonte: *Elaboração própria.*

No que concerne às características da lesão, no Brasil, houve um equilíbrio na distribuição, na qual 50 pacientes apresentaram até quatro características positivas e 50 apresentaram de 5 a 10 características positivas. Ao serem analisadas com os domínios e dimensões, sete apresentaram significância estatística: capacidade funcional ( $p=0,001$ ), dor ( $p=0,001$ ), estado geral de saúde ( $p=0,014$ ), vitalidade ( $p=0,001$ ), aspectos sociais ( $p=0,022$ ), dimensão saúde física ( $p=0,001$ ) e dimensão saúde mental ( $p=0,003$ ).

Em Portugal, apenas 24 pacientes apresentaram até quatro características positivas e a maioria, 46 pacientes, de 5 a 10 características positivas. A partir do cruzamento destes dados com os domínios e dimensões, observou-se significância estatística na capacidade funcional ( $p=0,002$ ), aspecto físico ( $p=0,050$ ), aspecto emocional ( $p=0,034$ ) e dimensão saúde física ( $p=0,027$ ). Isso demonstra que quanto mais ca-

racterísticas positivas a lesão apresentar maior será a contribuição para a melhoria da QV.

## DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, verificou-se que, nos dois países, a maioria dos pesquisados era do sexo feminino e tinha idade superior a 60 anos. Corroborando esses achados, alguns estudos relatam que a maioria dos casos de UV acontece em mulheres na faixa etária acima de 60 anos<sup>(10,11)</sup>.

A baixa escolaridade foi predominante, evidenciada em Portugal em 90%, apesar de ser este um país Europeu. Em algumas pesquisas, demonstra-se que existe um número maior de pacientes com menor escolaridade, o que pode interferir diretamente no acesso às informações, na assimilação dos cuidados relevantes à sua saúde, em especial às lesões, bem como na

mudança de condutas e atitudes no domicílio e na compreensão das atividades de educação para a prevenção<sup>(12,13)</sup>.

Quanto à profissão dos pesquisados, constou-se que, em Portugal, a maioria dos pesquisados (84,3%) não possuía profissão ( $p=0,001$ ) enquanto no Brasil, 56,0% referiram trabalhar, o que indica maior tempo em pé ou sentado, agravando a lesão e sua qualidade de vida. Dentre as profissões mais encontradas, pode-se destacar: empregada doméstica, lavadeira, agricultora, cozinheira, camareira, costureira, motorista, vendedor e funcionário público administrativo. Profissões semelhantes às dos pacientes do nosso estudo foram encontradas em outras pesquisas, nas quais predominam profissões que exigem mobilidade reduzida, longos períodos em posição ortostática e um tempo curto de repouso, podendo ser este um fator de risco para o desencadeamento da hipertensão venosa nos membros inferiores, surgimento e cronicidade das UV<sup>(11,14)</sup>.

A renda menor que um salário mínimo foi predominante no Brasil (76,0%), contrariamente ao que ocorreu em Portugal, onde verificou-se que 98,6% das pessoas com úlcera venosa apresentavam renda maior que um salário mínimo,, obtendo significância estatística ( $p=0,001$ ).

A renda familiar é um aspecto importante no planejamento das ações, já que determina as condições de vida dessa população, dificultando, muitas vezes, a efetivação das ações, prolongando o tratamento e cronicidade das lesões<sup>(11,14)</sup>. Em outra visão, a presença da úlcera venosa é considerada como uma fonte adicional de gastos econômicos, podendo contribuir como fator desestabilizador no equilíbrio financeiro da família<sup>(15)</sup>.

Neste estudo, as médias dos domínios e dimensões do *SF-36* apresentaram-se mais altas em Portugal, assim como os valores máximos das dimensões saúde física e mental, demons-

trando, de forma geral, nesse país, em relação ao Brasil, uma melhor qualidade de vida quanto aos aspectos estudados.

Para as pessoas com doenças crônicas, especialmente aqueles que apresentam úlcera venosa, a qualidade de vida implica em realizar atividades simples do cotidiano com enorme<sup>(15)</sup>. Uma das graves consequências que a ulceração venosa traz ao paciente é a perda dos dias de trabalho, o aumento do número de atestados médicos no emprego, diminuição da produtividade no trabalho, aposentadoria precoce, desemprego e até mesmo isolamento social<sup>(3,16)</sup>.

Estudo realizado em pacientes com úlcera venosa revelou que, com relação à situação empregatícia, 62,5% ( $n=25$ ) dos investigados apresentavam situação de desocupação – remunerada (aposentado), 25% ( $n=10$ ) eram ativos – remunerados e 12,5% ( $n=5$ ) encontravam-se em situação desocupada – não remunerada<sup>(17)</sup>.

Neste estudo, no Brasil, a maioria dos pesquisados apresentaram poucas características da assistência positiva (até três), e a minoria apresentou maior quantidade de características da assistência positivas. Nessa ótica, pode-se inferir que a assistência no Brasil tem poucas características positivas o que pode ter influenciado no baixo escore nos domínios e dimensões do *SF-36*. Em Portugal, verificou-se que, apesar da diferença entre as médias não ter sido estatisticamente significativa, a assistência prestada apresentava, na maioria dos pesquisados, mais características positivas.

Estudo comparativo entre Brasil e Portugal verificou que este dispõe de maior variedade e quantidade de recursos materiais para serem utilizados no cuidado das feridas de seus clientes<sup>(18)</sup>.

Nos dois países, desta pesquisa, as características da lesão influenciaram nos domínios e dimensões da qualidade de vida. Os resultados referentes à capacidade funcional revelam que as pessoas com úlcera venosa apresentam dificuldade significativa ao realizar suas atividades da vida diária, sendo essa limitação

associada a uma baixa qualidade de vida. Podemos observar, neste estudo, que este foi um domínio com influência positiva direta e significativa da assistência prestada ( $p=0,005$ ) no Brasil e das características da lesão ( $p=0,001$ ), no Brasil e ( $p=0,002$ ) em Portugal.

Esses resultados referentes à capacidade funcional apresentam sintonia com os resultados encontrados em outra pesquisa realizada em Portugal. Esta revelou que atividades simples e rotineiras, como o simples subir ou descer escadas, deslocar-se entre cômodos da casa ou, simplesmente, permanecer de pé sem apoio, durante um curto período de tempo, tornam-se tarefas difíceis de concretizar no dia a dia das pessoas com úlcera venosa. Da mesma forma, atividades como tomar banho ou vestir-se, percorrer pequenas distâncias e levantar-se da cama mostraram-se mais complexas<sup>(15)</sup>.

Os dados supracitados são corroborados pelos resultados encontrados em uma investigação descritiva, realizada no Brasil, com o objetivo de compreender o significado da ferida para pessoas com úlceras crônicas. Nesta pesquisa, os participantes revelaram um conjunto de limitações de ordem física, que variam de intensidade e que acarretam desde a dependência para realizar simples tarefas do cotidiano até a incapacidade de locomoção<sup>(19)</sup>.

A interferência na atividade básica da locomoção acarreta, deste modo, múltiplas implicações, "obrigando" as pessoas a reestruturarem as atividades do seu cotidiano e, em alguns casos, a sentirem-se dependentes de outros para poderem se locomover aos diversos lugares pretendidos e assim poderem relacionar-se com os outros<sup>(15)</sup>.

No Brasil, o estado geral de saúde apresentou significância estatística ao relacionarmos com as características da assistência ( $p=0,001$ ) e da lesão ( $p=0,001$ ). O domínio vitalidade obteve significância estatística ao relacionarmos com as características da lesão ( $p=0,001$ ).

A dimensão saúde física destacou-se em Portugal e no Brasil, ao ser cruzada com as características da lesão. Alguns estudos evidenciaram

que a perturbação no padrão de sono é uma vivência relatada pelas pessoas com UV, quase sempre associada à existência de dor. A fadiga e a sensação de cansaço, decorrentes dessas perturbações, são condições que regularmente marcam presença na vida dos que possuem uma ferida crônica e que podem ter consequências óbvias na energia, disposição e capacidade das pessoas para desempenharem suas atividades pessoais normais e profissionais<sup>(15)</sup>.

## CONCLUSÃO

A média dos domínios avaliados no *SF-36*, no Brasil, foi baixa, destacando-se o aspecto físico e capacidade funcional. Em Portugal, com relação ao Brasil, todas as médias dos domínios e dimensões foram mais elevadas, com destaque para aspectos sociais. Em Portugal obteve-se mais pessoas com maior quantitativo de características da assistência positivas. Quanto às características da lesão, estas influenciaram nos domínios e dimensões da qualidade de vida; no Brasil, apresentaram significância os domínios capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, dimensão saúde física e dimensão saúde mental. Em Portugal, os valores significantes foram na capacidade funcional, aspecto físico, aspecto emocional e dimensão saúde física.

Esses resultados demonstram o quanto a qualidade da assistência prestada e os aspectos da lesão são importantes na QV da pessoa com úlcera venosa. Assim, os enfermeiros, bem como os profissionais que estão na assistência direta, precisam ser capazes de monitorar o impacto das suas intervenções em uma avaliação contínua, uma vez que há uma dinâmica de mudança nos sinais e sintomas da pessoa que apresenta esse agravo. Dessa forma, compreende-se que, para melhorar a QV das pessoas com úlcera

venosa, é necessária uma assistência integral e de qualidade, com planejamento assistencial contínuo e multiprofissional, bem como a utilização de instrumentos que forneçam uma avaliação global, baseada no contexto vivido, podendo, assim, atuar na melhoria da QV dessas pessoas.

## REFERÊNCIAS

1. Budó MLD, Mattioni FC, Machado TS, Ressel LB, Lopes LFD. Quality of life and health promotion through the perspective of the users of the family health strategy. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2008; [cited 2012 Aug 08]; 7(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1104>
2. Faria E, Blanes L, Hochman B, Mesquita Filho M, Ferreira L. Health-related Quality of Life, Self-esteem, and Functional Status of Patients With Leg Ulcer. *Wounds* [Internet]. 2011 [cited 2012 Aug 20]; 23(1):4–10. Available from: [http://www.wounds-research.com/files/wounds/Faria\\_WOUNDS.pdf](http://www.wounds-research.com/files/wounds/Faria_WOUNDS.pdf)
3. Santos RFFN, Porfírio GJM, Pitta GBB. A diferença na qualidade de vida de pacientes com doença venosa crônica leve e grave. *J Vasc Bras* [Internet]. 2009 [cited 2011 Feb 15]; 8(2): 143–7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v8n2/a08v8n2.pdf>
4. Yamada BFA, Santos VLCC. Construção e validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers: versão feridas. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2011 Feb 17]; 43(nºesp):1105-13. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000500015&lng=pt. doi: 10.1590/S0080-62342009000500015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500015&lng=pt. doi: 10.1590/S0080-62342009000500015)
5. Silva FAA, Freitas CHA, Jorge MSB, Moreira TMM, Alcântara MCM. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. *Rev bras enferm* [Internet]. 2009 [cited 2012 Sep 10]; 62(6): 889-3. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000600014&lng=pt. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600014&lng=pt. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600014)
6. Pina E, Furtado K, Franks PJ, Moffatt CJ. Leg Ulceration in Portugal: Prevalence and Clinical History. *Eur J Vasc Endovasc Surg* [Internet]. 2005 [cited 2012 Set 10]; 29(5):549-53. Available from: [http://www.ff.ul.pt/FCT/PTDC/SAU-BEB/098801/2008/Pina%20et%20a1\\_EJVES\\_2005.pdf](http://www.ff.ul.pt/FCT/PTDC/SAU-BEB/098801/2008/Pina%20et%20a1_EJVES_2005.pdf)
7. Jull A, Parag V, Walker N, Rodgers A. Responsiveness of generic and disease-specific health-related quality of life instruments to venous ulcer healing. *Wound Repair Regen* [Internet]. 2010 [cited 2012 Sep 10]; 18(1): 26-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20082678>
8. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 physical and mental health summary scores: a user's manual. Boston: The Health Institute; 1994
9. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 de 10 outubro de 1996. Estipula diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 16 out 1996.
10. Santos FAAS, Melo RP, Lopes MVO. Characterization of health status with regard tissue integrity and tissue perfusion in patients with venous ulcers according to the nursing outcomes classification. *J Vasc Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2012 June 17]; 18(1):14-20. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1062030309001277>
11. Macedo EAB, Oliveira AKA, Melo GSM, Nobrega WG, Costa IKF, Dantas DV, et al. Caracterização sócio-demográfica dos pacientes com úlcera venosa atendidos em um hospital universitário. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2010 [cited 2012 Feb 17]; 4(nº esp):1863-7. Available from: [http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1475/pdf\\_125](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1475/pdf_125)
12. Azoubel R, Torres GV, Silva LWS, Gomes FV, Reis LA. Efeitos da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2012 Feb 17]; 44(4):1085-92. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000400033&lng=pt. doi: 10.1590/S0080-62342010000400033](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400033&lng=pt. doi: 10.1590/S0080-62342010000400033)
13. Melo EM, Teles MS, Teles RS, Barbosa IV, Studart RMB, Oliveira MM. Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente

- portador de pé diabético. Rev educ form enferm [Internet]. 2011 [cited 2012 June 17]; 3(5):37-44. Available from: <http://www.index-f.com/referencia/2011/r35-037.php>
14. Nobrega WG, Melo GSM, Costa IKF, Dantas DV, Macedo EAB, Torres GV. Changes in patients' quality of life with venous ulcers treated at the outpatient clinic of a university hospital. Rev enferm UFPE [serial on the Internet]. 2011 [cited 2012 feb 17]; 5(2):1005-6. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1478/pdf\\_428](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1478/pdf_428)
  15. Sousa FAMR. O corpo que não cura: vivências de pessoas com úlceras venosas de perna [dissertação]. Coimbra: Universidade do Porto; 2009.
  16. Salomé GM. Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [cited 2012 feb 17]; 07(46):300-4. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/842/84215678004.pdf>
  17. Jorge SA, Guimarães CP, Henriquez DAD, Dantas SRPE. Avaliação do Nível de Ansiedade de Pacientes com Úlceras Venosas. Revista Estima [Internet]. 2009 [cited 2012 Feb 17];7(4): 12-9. Available from: [http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=108:artigo-original&catid=13:edicao-vol-74&Itemid=84](http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=108:artigo-original&catid=13:edicao-vol-74&Itemid=84)
  18. Silva DS, Hahn GV. Treating venous ulcers: reality in Brazil and Portugal. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2012 [cited 2012 Feb 17]; 2(2):330-8. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4967/3757>
  19. Lara MO, Pereira Júnior AC, Pinto JSF, Vieira NF, Wichr P. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. Cogitare Enferm [Internet]. 2011 [cited 2012 Dec 17]; 16(3):471-7. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20178/16232>

---

#### Autores

**Thalyne Yuri de Araújo Farias Dias** - Autora e executora do projeto de pesquisa

**Isabelle Katherine Fernandes Costa** - Autora e executora do projeto de pesquisa

**Samilly Márjore Dantas Liberato** - Autora e executora do projeto de pesquisa

**Amanda Jéssica Gomes de Souza** - Autora e executora do projeto de pesquisa

**Felismina Rosa Parreira Mendes** - Orientador do projeto de pesquisa em Portugal e revisão final

**Gilson de Vasconcelos Torres** - Orientador do projeto de pesquisa no Brasil e revisão final

---

**Recebido:** 02/04/2013

**Revisado:** 15/05/2013

**Aprovado:** 04/06/2013