

Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas

Quality of life of people with chronic wounds

Calidad de vida de personas con heridas crónicas

Aline Costa de Oliveira¹

Daniel de Macêdo Rocha²

Sandra Marina Gonçalves Bezerra¹

Elaine Maria Leite Rangel Andrade²

Ana Maria Ribeiro dos Santos²

Lídy Tolstenko Nogueira²

Descritores

Avaliação; Qualidade de vida; Ferimentos e lesões; Autoimagem; Enfermagem

Keywords

Evaluation; Quality of life; Wounds and injuries; Self concept; Nursing

Descriptor

Evaluación; Calidad de vida; Heridas y lesiones; Autoimagen; Enfermería

Submetido

8 de Novembro de 2018

Aceito

7 de Março de 2019

Autor correspondente

Aline Costa de Oliveira

<https://orcid.org/0000-0003-1738-4808>

E-mail: alinecosta.1@hotmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900027>



Resumo

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas.

Métodos: Estudo transversal realizado com 176 pessoas com feridas crônicas em acompanhamento ambulatorial e domiciliar em um serviço público de saúde. Foram utilizados: formulário para a caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica e o questionário *Cardiff Wound Impact Schedule* para a mensuração da qualidade de vida. As análises foram descritivas e inferenciais empregando-se os testes *t de Student*, *ANOVA*, *Mann Whitney* e *Kruskal-Wallis*.

Resultados: Dentre as pessoas acompanhadas em domicílio, predominaram lesões de origem vasculogênicas, com tempo de existência superior a 12 meses e área de até 25 cm². No ambiente ambulatorial, prevaleceram feridas vasculogênicas e traumáticas, com tempo máximo de seis meses e extensão de até 25 cm². Os fatores clínicos associados à qualidade de vida foram: tempo de duração da lesão, etiologia da lesão, grande extensão, aspecto do exsudato, presença de odor e de dor. O domínio de QV "bem-estar" apresentou maior impacto negativo decorrente da presença de lesão.

Conclusão: Os fatores clínicos influenciaram diretamente os domínios de QV, sendo necessária a utilização de estratégias diferenciadas com o intuito de reduzir o impacto na QV por se tratarem de aspectos que poderiam ser atenuados ou evitados mediante a avaliação da lesão e a escolha do tratamento adequado.

Abstract

Objective: To evaluate the quality of life of people with chronic wounds.

Method: Cross-sectional study carried out with 176 people with chronic wounds in outpatient and home care in a public health service. The following instruments were used: a sociodemographic, clinical and therapeutic characterization form and the *Cardiff Wound Impact Schedule* questionnaire for measuring quality of life. The analysis was descriptive and inferential and used the Student's *t*-test, the ANOVA test and the Mann Whitney and Kruskal-Wallis tests.

Results: Among patients in home follow-up, the predominant characteristics were lower limb ulcers, persisting for more than 12 months and with an area of up to 25 cm². In the outpatient environment, lower limb ulcers and traumatic wounds prevailed, with a maximum duration of six months and size of up to 25 cm². The clinical factors associated with quality of life were: duration of wound, wound etiology, larger size, type of exudate, presence of odor and pain. The QoL domain "well-being" was the most affected by the presence of the wound.

Conclusion: Clinical factors directly influenced the QoL domains, and it is necessary to use differentiated strategies in order to reduce the impact of wounds on QoL, since the factors can be attenuated or avoided by evaluating the wound and choosing the appropriate treatment.

Resumen

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de personas con heridas crónicas.

Métodos: Estudio transversal realizado con 176 personas con heridas crónicas con seguimiento ambulatorio y domiciliario en un servicio público de salud. Se utilizó: formulario para la caracterización sociodemográfica, clínica y terapéutica y el cuestionario *Cardiff Wound Impact Schedule* para la medición de la calidad de vida. Los análisis fueron descriptivos e inferenciales y se aplicaron las pruebas *t de Student*, *ANOVA*, *Mann Whitney* y *Kruskal-Wallis*.

Resultados: Entre las personas con seguimiento domiciliario, predominaron lesiones de origen vascular, con tiempo de existencia superior a 12 meses y área de hasta 25 cm². En el ambiente ambulatorio, prevalecieron heridas vasculares y traumáticas, con tiempo máximo de seis meses y extensión de hasta 25 cm². Los factores clínicos asociados a la calidad de vida fueron: tiempo de duración de la lesión, etiología de la lesión, extensión grande, aspecto del exudado, presencia de olor y dolor. El dominio de CV "bienestar" presentó mayor impacto negativo como resultado de la presencia de la lesión.

Conclusión: Los factores clínicos influyeron directamente los dominios de CV y es necesaria la utilización de estrategias diferenciadas con la intención de reducir el impacto en la CV por tratarse de aspectos que podrían ser atenuados o evitados mediante la evaluación de la lesión y la elección del tratamiento adecuado.

Como citar:

Oliveira AC, Rocha DM, Bezerra SM, Andrade EM, Santos AM, Nogueira LT. Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(2):194-201.

¹Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Piauí, Teresina, PI, Brasil.

²Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

As feridas crônicas são definidas como qualquer interrupção na continuidade de um tecido corpóreo, em maior ou menor extensão, decorrente de traumas ou de afecções clínicas, que apresenta difícil processo de cicatrização, ultrapassando a duração de seis semanas.^(1,2)

Essa condição pode estar associada a diferentes fatores, tais como comprometimentos vasculares, Diabetes Mellitus, hipertensão arterial sistêmica, neuropatias, imobilidade prolongada, neoplasias e alterações nutricionais, requerendo tratamento especializado baseado na avaliação contínua, precisa e objetiva.^(3,4)

Consideradas problema de saúde pública, essas lesões acometem 5% da população adulta no mundo ocidental e geram altos custos para os serviços de saúde, uma vez que envolvem cuidados domiciliares, internações prolongadas, tratamentos complexos e uso de terapias adjuvantes, além de estarem associadas a altos índices de recorrência.^(5,6)

Nesse contexto, as pessoas com feridas crônicas enfrentam alterações na imagem corporal, prejuízos na mobilidade, *deficit* no autocuidado, incapacidade para a realização das atividades de vida diária, presença de dor e de desconforto que acarretam impactos negativos na Qualidade de Vida (QV).⁽⁷⁾

Para a Organização Mundial de Saúde, a QV refere-se à “percepção de uma pessoa de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.⁽⁸⁾

A avaliação da QV é utilizada como indicador de resposta ao tratamento das pessoas com feridas crônicas considerando-se os aspectos físicos, psicológicos, sociais, o estado funcional e a visão da vida. Para tal, utilizam-se ferramentas, instrumentos e escalas validadas com a finalidade de explorar os efeitos da doença e do tratamento na vida do ser humano.⁽⁶⁾

Estudos dessa natureza permitem a identificação de fatores clínicos que influenciam na QV e a comparação de resultados com evidências científicas, auxiliando no desenvolvimento de intervenções de Enfermagem e direcionamento de políticas públicas de saúde que priorizem melhorias na assistência às pessoas com feridas crônicas.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas.

Métodos

Estudo quantitativo e transversal realizado em dois locais: em ambulatório especializado no tratamento de feridas complexas e em ambiente domiciliar de pessoas com lesões crônicas acompanhadas pela Atenção Primária em Saúde, da cidade de Teresina, no período de fevereiro a junho de 2017.

Após levantamento do número de todas as pessoas com lesões crônicas, identificou-se 255 registros no município, sendo 161 em acompanhamento domiciliar cadastrados na Estratégia Saúde da Família e 94 sob assistência ambulatorial. Destes, 79 participantes foram excluídos por: apresentar síndromes, demências e/ou outras condições que limitavam a cognição e impediam o preenchimento dos questionários e por não atingir a pontuação mínima (sete) no questionário de avaliação mental, para pessoas com 60 anos ou mais. Assim, participaram do estudo 176 pessoas, 74 em atendimento ambulatorial e 102 domiciliar com idade igual ou superior a 18 anos e duração mínima da lesão de seis semanas.

O levantamento das pessoas com feridas crônicas em domicílio foi realizado mediante o contato com as equipes da Estratégia Saúde da Família na zona urbana da cidade de Teresina e, posteriormente, realizado o agendamento das visitas em domicílio com os agentes de saúde para a execução da coleta de dados. No ambulatório, a coleta foi empreendida com todas as pessoas que realizaram tratamento no período de coleta e se adequavam aos critérios de inclusão.

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário para a caracterização sociodemográfica e clínica e o questionário *Cardiff Wound Impact Schedule* (CWIS) para avaliar a QV.^(9,10) Este instrumento, validado transculturalmente no Brasil, com boa consistência interna (Cronbach $\alpha = 0,920$), apresenta 47 itens distribuídos em três domínios: bem-estar (7), sintomas físicos e vida diária (24) e vida social (14).⁽¹¹⁾ Os itens são classificados em escala do tipo Likert, de cinco pontos, para medir a frequência ou a intensidade de cada resposta. Há ainda dois itens que propõem uma

autoavaliação de QV, classificados de um a dez. Todos os domínios são, então, transformados em uma escala de zero a 100, onde a alta pontuação representa melhor qualidade de vida e a menor pontuação, o inverso. Não existe uma pontuação global única para o CWIS e não há valores de corte.⁽¹⁰⁾

Os dados foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22. As características sociodemográficas, clínicas e terapêuticas das pessoas com feridas crônicas foram analisadas por meio de estatísticas descritivas, frequência, média e desvio padrão. As associações entre as características clínicas e os domínios de QV foram avaliadas pelos testes paramétricos *t* de *Student* e ANOVA e testes não paramétricos *U-Mann Whitney* e *Kruskal-Wallis*. Quando uma diferença significativa foi detectada nos testes ANOVA ou *Kruskal-Wallis*, realizaram-se, respectivamente, os testes *Post Hoc* e *Mann-Whitney* com a correção de *Bonferrone*. Para todos os testes estatísticos, adotou-se um nível de significância de 0,05 ($P < 0,05$).

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – UFPI sob o CAAE: 62181716.0.0000.5214. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Dentre os participantes em acompanhamento domiciliar, predominaram o sexo masculino (51%), com 60 anos ou mais (50%), casados ou em união estável (62,7%), de baixa escolaridade (54,9%) e aposentados (76,5%). No ambulatório, prevaleceram o sexo masculino (52,7%), com idade entre 41 a 59 anos (41,9%), com companheiro (50%), de baixa escolaridade (51,4%) e aposentados (43,2%).

Em relação às características clínicas dos participantes avaliados no domicílio, 96,1% realizavam trocas diárias de curativo, 51% tinham feridas com tempo de existência acima de 12 meses, 31,4% apresentavam úlceras vasculogênicas e 70,6% tinham feridas com tamanho de até 25 cm². Quanto aos fatores da lesão, 62,8% possuíam o tecido de granulação como predominante, 86,2% apresentaram comprometimento de epiderme/derme, 51% tinham exsudato escasso,

28,4% apresentavam exsudação de aspecto purulento/seropurulento, 79,4% não possuíam odor e 41,2% referiram dor intensa quando sentida. Em relação às pessoas avaliadas no ambulatório, 67,6% realizavam a troca de curativos em um intervalo de uma a duas vezes por semana, 45,9% apresentavam tempo de ferida de até seis meses, 35,1% tinham úlceras vasculogênicas, 35,1% traziam feridas traumáticas e 47,3% possuíam feridas de até 25 cm². Em relação às características das feridas, 74,3% apresentaram tecido de epitelização, 70,3% tinham feridas com profundidade na epiderme/derme, 54,1% apresentavam exsudação moderada, 51,3% possuíam feridas com exsudato de aspecto seroso, 90,5% não apresentavam odor e 31,1% relataram dor leve (Tabela 1).

Tabela 1. Características clínicas de pessoas com feridas crônicas (n=176)

Características	Domicílio (n=102) n(%)	Ambulatório (n=74) n(%)
Intervalo de troca de curativos		
Diário	98(96,0)	9(12,1)
Dias alternados	2(2,0)	6(8,2)
Uma a duas vezes por semana	2(2,0)	50(67,6)
Acima de sete dias	-	9(12,1)
Tempo de ferida		
Até seis meses	29(28,4)	34(45,9)
Entre sete e 12 meses	21(20,6)	11(14,9)
Acima de 12 meses	52(51,0)	29(39,2)
Tipo de ferida		
Úlcera vasculogênica	32(31,4)	26(35,1)
Úlcera diabética	31(30,4)	10(13,5)
Lesão por pressão	21(20,6)	4(5,4)
Úlcera hansênica	7(6,8)	3(4,1)
Ferida traumática	5(4,9)	26(35,1)
Erisipela	6(5,9)	5(6,8)
Tamanho da ferida		
Até 25 cm ²	72 (70,6)	35 (47,3)
25,1 - 50 cm ²	13 (12,7)	10 (13,5)
50,1 - 100 cm ²	9 (8,8)	11 (14,9)
Acima de 100 cm ²	8 (7,9)	18 (24,3)
Tecido predominante		
Epitelização	9(8,8)	1(1,4)
Granulação	64(62,8)	55(74,3)
Esfacelo	25(24,5)	16(21,6)
Necrose	4(3,9)	2(2,7)
Profundidade da lesão		
Epiderme/derme	88(86,2)	52(70,3)
Fáscia	2(2,0)	2(2,7)
Tecido muscular	5(4,9)	11(14,8)
Tendão	1(1,0)	7(9,5)
Ossos	6(5,9)	2(2,7)
Quantidade de exsudato		
Escasso	52 (51,0)	22 (29,7)
Moderado	22 (21,6)	40 (54,1)
Abundante	18 (17,6)	12 (16,2)
Sem exsudato	10 (9,8)	-
Aspecto de exsudato		
Seroso	26(25,5)	38(51,3)
Sanguinolento	12(11,8)	8(10,8)
Serossanguinolento	26(25,5)	25(33,8)
Purulento/seropurulento	29(28,4)	3(4,1)
Sem exsudato	9(8,8)	-

Continua..

Continuação.

Odor		
Presente	21(20,6)	7(9,5)
Ausente	81(79,4)	67(90,5)
Intensidade da Dor		
Sem dor	39(38,2)	13(17,6)
Dor leve	11(10,8)	23(31,1)
Dor moderada	10(9,8)	20(27,0)
Dor intensa	42(41,2)	18(24,3)

O escore médio do CWIS para os participantes do estudo entrevistados em domicílio foi menor no domínio “bem-estar”, com 43,9 (DP, 13,8), enquanto que o domínio “sintomas físicos e vida diária” teve escore médio maior de 57,2 (DP, 16,7). No que se refere à autoavaliação das pessoas sobre a sua QV, a média da questão “quão boa é a QV” foi de 7,8 (DP, 2,7) e a questão “satisfação da QV” obteve escore de 7,9 (DP, 2,7). No ambulatório, os participantes avaliados obtiveram menor escore médio no domínio “bem-estar”, com 33,2 (DP, 17,2), e o domínio “sintomas físicos e vida diária” apresentou maior escore de 66,9 (DP, 17,5). Os escores relacionados à autoavaliação foram de 7,2 (DP, 2,4) para a questão “quão boa é a QV” e de 7,6 (DP, 2,1) para a “satisfação com a QV” (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação dos domínios do instrumento *Cardiff Wound Impact Schedule* entre as pessoas com feridas crônicas em domicílio e ambulatório (n=176)

Cenário	Autoavaliação de QV				
	BE	SFVD	VS	Quão boa é a QV	Satisfação com a QV
	Média± DP	Média± DP	Média± DP	Média± DP	Média± DP
Domicílio	43,9 ± 13,8	57,2 ± 16,7	55,5 ± 17,6	7,8 ± 2,7	7,9 ± 2,7
Ambulatório	33,2 ± 17,2	66,9 ± 17,5	65,6 ± 19,7	7,2 ± 2,4	7,6 ± 2,1

BE - Bem-Estar; SFVD - Sintomas Físicos e Vida Diária; VS - Vida Social; QV - Qualidade de Vida

Tabela 3. Associação das características das feridas com os domínios de qualidade de vida (n=176)

Variáveis	Curativos em domicílio			Curativos em ambulatório		
	BE	SFVD	VS	BE	SFVD	VS
	Média ± DP p-value	Média ± DP p-value	Média ± DP p-value	Média ± DP p-value	Média ± DP p-value	Média ± DP p-value
Intervalo de trocas						
Diário	43,7 ± 13,8	57,2 ± 16,8	55,6 ± 17,5	23,8 ± 15,5	65,4 ± 20,5	58,1 ± 20,8
Dias alternados	41,1 ± 17,7	53,7 ± 13,9	51,8 ± 10,1	32,7 ± 9,4	78,3 ± 12,2	77,4 ± 9,8
Uma a duas vezes por semana	55,4 ± 7,6	57,8 ± 25,7	54,5 ± 36,6	34,9 ± 17,9	65,7 ± 15,9	64,6 ± 20,6
Mais de uma semana	-	-	-	33,3 ± 17,9	67,7 ± 25,0	70,6 ± 14,9
	(0,362 ^a)	(0,924 ^a)	(0,958 ^a)	(0,176 ^a)	(0,408 ^a)	(0,293 ^a)
Tempo de duração						
Até 6 meses	38,6 ± 16,2	62,7 ± 17,4	57,8 ± 17,7	32,9 ± 16,1	68,0 ± 17,0	62,0 ± 18,1
7 - 12 meses	41,6 ± 14,8	66,1 ± 17,7	65,1 ± 19,1	39,6 ± 20,5	71,3 ± 16,3	77,9 ± 18,6
Acima de 12 meses	39,2 ± 16,8	58,3 ± 17,5	59,0 ± 20,0	31,2 ± 17,3	64,0 ± 18,6	65,1 ± 20,6
	(0,883 ^a)	(0,088 ^a)	(0,411 ^a)	(0,196 ^a)	(0,538 ^a)	(0,043 ^a)
Tipo de ferida						
Úlcera vasculogênica	41,7 ± 13,1	52,9 ± 17,0	57,0 ± 17,9	33,8 ± 18,2	66,5 ± 19,3	66,5 ± 19,3
Úlcera diabética	43,3 ± 12,7	58,9 ± 15,2	55,9 ± 18,5	42,5 ± 17,9	68,0 ± 16,1	68,0 ± 16,1
Lesão por pressão	50,3 ± 14,8	60,7 ± 18,9	55,0 ± 16,7	21,4 ± 11,3	67,2 ± 20,8	67,2 ± 20,8
Úlcera hanseniana	51,0 ± 15,2 27,7	67,1 ± 10,0	57,4 ± 20,5	19,0 ± 5,5	56,2 ± 15,4	56,2 ± 15,3
Feridas traumáticas	± 8,4	47,6 ± 18,9	40,6 ± 17,4	33,8 ± 16,3	65,5 ± 17,1	65,5 ± 17,1
Erisipela	38,7 ± 8,9	58,3 ± 13,3	57,4 ± 11,8	39,3 ± 25,0	68,0 ± 27,1	68,0 ± 27,1
Gangrena de Fournier	-	-	-	33,9 ± 2,5	82,3 ± 11,8	82,3 ± 11,8
	(0,015 ^a)	(0,118 ^a)	(0,668 ^a)	(0,223 ^a)	(0,824 ^a)	(0,855 ^a)

Continua...

No ambiente domiciliar, as associações significativas com os domínios de QV na variável tipo de ferida com o domínio “bem-estar” (p=0,015) diferem estatisticamente entre lesão por pressão e feridas traumáticas (p=0,033). A variável profundidade da lesão obteve associação com os domínios “sintomas físicos e vida diária” (p= 0,049) e “vida social” (p=0,028). O aspecto do exsudato associou-se ao domínio “bem-estar” (p=0,004) e o aspecto purulento diferiu significativamente do seroso (p=0,035) e do sanguinolento (p=0,007). Observou-se, também, a associação entre a variável odor e o domínio “bem-estar” (p=0,029), bem como entre a intensidade da dor obteve e os três domínios, “bem-estar” (p= 0,006), “sintomas físicos e vida diária” (p <0,001) e “vida social” (p=0,041), conforme demonstrado na tabela 3.

No ambulatório, as associações foram entre a variável tempo de duração com o domínio “vida social” (p= 0,016). Também se verificou associação significativa entre profundidade e o domínio “bem-estar” (p=0,028) e “sintomas físicos e vida diária” (p=0,049). Ao analisar a intensidade da dor, observou-se associação com os domínios “bem-estar” (p= 0,011), “sintomas físicos e vida diária” (p <0,001) e “vida social” (p=0,005).

Continuação.

Tamanho						
Até 25 cm	41,3±14,3	63,1±16,4	60,3±19,6	34,5±16,8	68,7±18,5	68,7±19,4
25,1 - 50 cm	34,9±18,2	56,5±20,0	54,4±18,3	25,7±12,3	67,0±14,3	63,6±18,3
50,1 - 100 cm	37,0±22,1	56,7±15,6	57,7±19,1	30,5±24,8	59,4±14,7	56,8±23,7
Acima de 100 cm	37,6±16,0 (0,716 ^a)	61,7±21,4 (0,081 ^a)	63,6±17,5 (0,313 ^a)	36,5±14,8 (0,252 ^a)	68,1±18,7 (0,516 ^a)	66,0±18,1 (0,642 ^a)
Tecido prevalente						
Epitelização	43,7 ± 9,8	59,6 ± 12,6	51,4 ± 14,7	42,9 ±	77,1 ±	78,6 ±
Granulação	45,8 ± 13,6	60,1 ± 15,9	56,7 ± 18,0	32,9 ± 16,7	68,3 ± 17,0	65,4 ± 19,5
Esfacelo	39,7 ± 14,5	50,1 ± 19,2	55,4 ± 18,2	34,6 ± 20,4	62,8 ± 20,0	65,1 ± 22,4
Necrose	40,2 ± 14,4 (0,254 ^a)	49,5 ± 9,1 (0,072 ^a)	45,1 ± 13,4 (0,497 ^a)	25,0 ± 10,0 (0,669 ^a)	57,3 ± 13,3 (0,615 ^a)	67,0 ± 3,7 (0,801 ^a)
Profundidade						
Epiderme/derme	41,8 ± 15,1	62,9 ± 16,6	61,3 ± 18,8	37,2 ± 17,4	68,9 ± 17,5	67,7 ± 20,0
Fáscia	34,8 ± 14,7	63,5 ± 25,7	67,4 ± 19,1	33,9 ± 2,5	78,1 ± 20,6	75,0 ± 12,6
Músculo	28,6 ± 18,1	53,6 ± 17,7	53,7 ± 20,2	23,1 ± 12,1	58,9 ± 14,2	60,1 ± 21,2
Tendão	26,4 ± 20,4	57,7 ± 15,8	56,9 ± 15,9	20,4 ± 12,5	56,7 ± 16,8	57,9 ± 16,9
Osso	34,4 ± 13,6 (0,245 ^a)	50,4 ± 27,9 (0,049 ^a)	43,3 ± 18,3 (0,028 ^a)	30,4 ± 27,8 (0,018 ^a)	85,4 ± 10,3 (0,049 ^a)	59,0 ± 12,7 (0,268 ^a)
Quantidade de exsudato		57,2 ± 14,3	53,0 ± 17,9			
Sem exsudato	41,1 ± 7,2	63,5 ± 15,4	58,9 ± 20,3	-	-	-
Escasso	42,8 ± 14,0	61,5 ± 19,0	63,4 ± 18,2	32,6 ± 11,0	68,4 ± 16,2	63,6 ± 22,0
Moderado	36,1 ± 17,9	56,3 ± 21,4	54,8 ± 17,5	34,1 ± 20,5	66,2 ± 18,4	67,0 ± 19,2
Abundante	37,6 ± 18,1 (0,204 ^a)			31,3 ± 15,5 (0,795 ^a)	66,5 ± 18,2 (0,936 ^a)	64,3 ± 17,8 (0,814 ^a)
Aspecto do exsudato						
Sem exsudato	41,3 ± 7,6	55,0 ± 13,2	48,8 ± 12,6	-	-	-
Seroso	40,7 ± 15,0	67,6 ± 16,7	64,2 ± 20,1	36,4 ± 14,9	71,4 ± 17,1	70,3 ± 18,4
Sanguinolento	41,3 ± 15,3	60,2 ± 15,1	59,4 ± 17,5	31,3 ± 10,0	66,5 ± 7,2	65,0 ± 13,5
Serossanguinolento	39,6 ± 19,8	60,9 ± 17,4	59,2 ± 19,6	30,4 ± 21,7	61,4 ± 19,7	58,7 ± 22,8
Purulento/ seropurulento	34,8 ± 13,9 (0,004 ^a)	51,8 ± 18,4 (0,214 ^a)	54,8 ± 17,1 (0,568 ^a)	21,4 ± 12,9 (0,218 ^a)	57,6 ± 8,7 (0,084 ^a)	64,9 ± 4,5 (0,065 ^a)
Odor						
Presente	35,0 ± 15,8	53,5 ± 19,5	56,2 ± 15,9	26,5 ± 16,2	61,7 ± 20,8	63,0 ± 17,2
Ausente	40,3 ± 16,1 (0,029 ^a)	62,8 ± 17,0 (0,165 ^a)	60,4 ± 19,6 (0,671 ^a)	33,9 ± 17,3 (0,152 ^a)	67,5 ± 17,2 (0,439 ^a)	65,8 ± 20,0 (0,597 ^a)
Intensidade da dor						
Sem dor	46,9 ± 15,7	71,3 ± 13,1	65,7 ± 17,2	42,0 ± 19,7	81,4 ± 7,7	77,8 ± 11,8
Dor leve	40,0 ± 14,4	67,5 ± 16,0	64,9 ± 16,6	36,2 ± 14,0	72,6 ± 15,7	70,8 ± 14,1
Dor moderada	34,9 ± 17,5	58,9 ± 15,5	55,1 ± 18,4	29,5 ± 17,7	60,5 ± 16,5	58,1 ± 19,5
Dor intensa	34,8 ± 14,5 (0,006 ^a)	50,3 ± 16,8 (<0,001 ^a)	53,9 ± 20,3 (0,041 ^a)	27,2 ± 16,4 (0,011 ^a)	56,3 ± 16,6 (<0,001 ^a)	58,3 ± 24,6 (0,005 ^a)

BE - Bem-Estar; SFVD - Sintomas Físicos e Vida Diária; VS - Vida Social; Testes: k - *Kruskall Wallis*; a - Anova; u - U - *Mann Whitney*; t - T de *student*

Discussão

Sobre os escores de QV, verificou-se, em ambos os ambientes estudados, que o domínio “bem-estar” foi o mais comprometido pela presença das feridas crônicas, enquanto as maiores pontuações se concentraram no domínio “sintomas físicos e vida diária”. Esses resultados demonstram que a presença de lesões cutâneas acarreta efeitos negativos no bem-estar, independentemente do local de atendimento, estando diretamente associada à resposta emocional frente às condições fisiológicas dos aspectos relacionados à saúde.⁽¹¹⁻¹⁴⁾ Ainda, o domínio bem-estar compreende níveis de ansiedade em relação ao desfecho da lesão podendo ser influenciado pela presença de sintomas, métodos terapêuticos ou quaisquer alterações nas condições físicas, psicológicas e no funcionamento social.^(10,13)

Entre as características clínicas, a variável tempo de duração apresentou associação com o domínio “vida social” no ambiente ambulatorial. Esse resultado pode ser reflexo da prevalência de pessoas com lesões em um período de até seis meses de lesão culminando na menor adaptação ou aceitação e incluindo, ainda, o receio pelo estigma de estar com a lesão levando-as a desenvolverem problemas relacionados ao isolamento social, ao receio de expor e até mesmo de olhar a ferida.

A variável tipo de ferida obteve associação com o domínio “bem-estar” diferindo estatisticamente entre lesão por pressão (LPP) e feridas traumáticas. O surgimento da LPP está associado à presença de doenças que causam restrição na execução de determinadas atividades e na mobilidade. Dessa maneira, o impacto na QV de vida dessas pessoas pode envolver outros fatores relacionados à doença física, não

sendo atribuído diretamente à presença da lesão. No entanto, a LPP tem grande impacto na QV da população em geral, principalmente em pessoas que possuem condições crônicas existentes, mas são capazes de atuar em seu cotidiano, pois o surgimento da lesão causa-lhes comprometimento e dificuldades substanciais.⁽¹⁵⁾

Quanto às feridas decorrentes de trauma, frequentes neste estudo em ambiente ambulatorial, essas apresentaram menor escore no domínio bem-estar dentre todas as lesões e diferiram estatisticamente da lesão por pressão. A presença de lesões traumáticas é amplamente relacionada, na literatura, ao aumento progressivo de acidentes de trânsito e à violência urbana, que pode acarretar em lesões extensas e causar imobilidade prolongada, sendo a população jovem a maior vítima.⁽¹⁶⁾ Em relação à faixa etária de vítimas de trauma, estudo realizado com pessoas com trauma cranioencefálico no Nordeste verificou média de idade de 42,5 anos, com a maior parte dos casos concentrando-se na faixa etária de 20 a 29 anos.⁽¹⁷⁾

Dentro desse contexto, observa-se que as feridas traumáticas se concentram em jovens com vida laboral ativa emergindo, dessa maneira, problemas na vida diária tanto na execução de suas atividades do dia a dia, como na dificuldade financeira, tendo em vista a necessidade do afastamento da vida laborativa, ocasionando prejuízos financeiros e na QV, pois provocam um sentimento de perda da identidade social.⁽¹⁸⁾

No ambiente domiciliar, a variável profundidade da lesão obteve associação com os domínios “sintomas físicos e vida diária” e “vida social”, enquanto que, no ambulatório, a sua associação foi verificada com os domínios “bem-estar” e “sintomas físicos e vida diária”. Esses resultados podem ser associados à presença de exsudato intenso em feridas profundas, que favorece o desenvolvimento de infecções e potencializa as incapacidades, ocasionando desconforto, dor, limitação física e dificuldades em executar as atividades diárias.⁽¹⁹⁾

As variáveis aspecto do exsudato e odor, relacionados ao domínio “bem-estar”, obtiveram estatística significativa. Essas variáveis estão entre as piores características associadas à ferida crônica e podem causar constrangimento nas pessoas levando-as a

uma exclusão da sociedade na tentativa de evitar momentos de repressão e ocasionando sentimentos de solidão e depressão.⁽²⁰⁾

O exsudato da ferida é um excesso de líquido com vazamento que geralmente se acumula mais prontamente no tecido lesionado. A exsudação representa um problema sério devido à presença de proteases que destroem o tecido e contribuem diretamente para o aumento da ferida.⁽²¹⁾ Existem curativos que evitam vazamentos, são confortáveis, com alta absorvência e com bom tempo de uso, no entanto, não existem muitas evidências sobre as melhores indicações, além de se tratarem de curativos de alto custo.⁽¹⁹⁾

O odor fétido associado a algumas feridas é atribuível a uma combinação de fatores como tecidos necróticos e bactérias. Caracterizado como um fator extremamente estressante, pesquisas relatam que essa característica é causadora de problemas como, má alimentação, engasgos, vômitos e perda de peso, que, afeta o comportamento social emergindo sentimentos de marginalização, e, conseqüentemente, influenciando o bem-estar.^(22,23)

Existem evidências relativas à eficácia de intervenções destinadas a reduzir a presença de odor produzido por algumas feridas crônicas usando-se produtos que permitam capturar ou absorver os compostos orgânicos voláteis que criam o mau cheiro, ou conter os odores fétidos diminuindo a carga biológica bacteriana na ferida.⁽²⁴⁾

A intensidade da dor obteve associação entre os três domínios: “bem-estar”, “sintomas físicos e vida diária” e “vida social”. Outros estudos também destacaram a dor como um fator negativo que afeta a QV provocando desconforto, além de limitar as atividades de vida diária e social.⁽²⁵⁻²⁷⁾ Além de prejudicar a cicatrização das feridas, a dor causa a diminuição na qualidade de vida, a dificuldade em realizar diariamente as atividades, mudanças no estilo de vida, frustração e imobilidade, o que pode resultar em isolamento social.⁽⁶⁾

Dessa maneira, torna-se imprescindível o desenvolvimento de outros estudos que investiguem o fator etiológico da dor em pacientes com feridas, bem como avaliem os cuidados realizados e os métodos adotados, uma vez que são crescentes as inovações

tecnológicas desenvolvidas para a minimização desse agravo.⁽¹⁵⁾ É necessário usufruir de estratégias farmacológicas e não farmacológicas que possibilitem o manejo apropriado da ferida proporcionando a cicatrização, o alívio da dor e, conseqüentemente, a melhoria na QV.⁽¹³⁾

O cuidado às pessoas com feridas requer atenção especial por parte dos profissionais da saúde, destacando-se o papel do enfermeiro estomaterapeuta, que possui conhecimentos, habilidades e competências gerenciais para o cuidado com qualquer tipo de lesão, sendo essencial a sua inserção nos serviços de saúde para assumir as funções destinadas a essa área e proporcionar melhores resultados nos âmbitos individual e coletivo dessa população e, conseqüentemente, na QV.^(28,29)

É interessante enfatizar a necessidade de os profissionais focalizarem a saúde de pessoas com feridas crônicas, na identificação de mudanças nos níveis de bem-estar e qualidade de vida, garantindo o suporte necessário que os auxilie a lidar com as dificuldades que se apresentam.⁽³⁰⁾ Além disso, torna-se fundamental a qualificação dos profissionais para a prestação de cuidados às pessoas com feridas, uma vez que avaliar a QV é tão importante quanto o cuidado da ferida, e os fatores clínicos que comprometem a QV podem ser modificados conforme a execução de um tratamento eficaz.

Destaca-se, como limitação do estudo, a inexistência de um banco de cadastro atualizado dos pacientes com feridas que são acompanhados pela atenção básica de saúde, bem como o desconhecimento das equipes sobre os casos de pessoas com feridas, o que pode ter influenciado no número de participantes. Considera-se que a pesquisa desenvolvida possa auxiliar a assistência ao paciente com ferida crônica otimizando os aspectos associados à melhoria na QV e estimulando a construção de novas pesquisas na área, tendo em vista que o desenho do estudo não permitiu estabelecer relações de causa e efeito.

Conclusão

Os resultados demonstraram que as feridas crônicas apresentaram comprometimentos na qualidade de

vida e o domínio “bem-estar” foi o mais acometido, principalmente quando associado aos fatores clínicos. Dentre as condições clínicas associadas a pior QV, destacou-se tempo de duração, tipo de ferida, profundidade, aspecto de exsudato, odor e dor. Diante do exposto, ressalta-se a importância de estratégias diferenciadas para reduzir o impacto causado pelos fatores clínicos nas feridas, uma vez que se trata de aspectos que podem ser atenuados ou evitados pelos profissionais de saúde mediante a avaliação da lesão e a escolha do tratamento adequado.

Colaborações

Oliveira AC, Rocha DM, Bezerra SMG, Andrade EMLR, Santos AMR, Nogueira LT declararam que contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Markova A, Mostow EN. US skin disease assessment: ulcer and wound care. *Dermatol Clin*. 2012;30(1):107–11.
2. Shubhangi VA. Chronic leg ulcers: epidemiology, aetiopathogenesis and management. *Ulcers*. 2013;2013:1–9.
3. Salomé GM, Almeida SA, Pereira MTJ, Massahud MR, Moreira CN, Brito MJ, et al. The impact of venous leg ulcers on body image and self-esteem. *Adv Skin Wound Care*. 2016; 29(7):316–21.
4. Taradaj J, Franek A, Blaszcak E, Polak A, Chmielewska D, Krol P, et al. Using physical modalities in the treatment of venous leg ulcers: a 14-year comparative clinical study. *Wounds*. 2012;24(8):215–26.
5. Reichenberg J, Davis M. Venous ulcers. *Semin Cutan Med Surg*. 2005;24(4):216–26.
6. Cavassan NRV, Camargo CC, Pontes LG, Barraviera B, Ferreira RS, Miot AM, et al. Correlation between chronic venous ulcer exudate proteins and clinical profile: A cross sectional study. *J Proteomics*. 2018;192:280–90.
7. Newbern S. Identifying Pain and Effects on Quality of Life from Chronic Wounds Secondary to Lower-Extremity Vascular Disease: An Integrative Review. *Adv Skin Wound Care*. 2018;31(3):102–8.
8. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569–85.
9. Bezerra SM, Rocha DM, Nogueira LT. Protocolo de prevenção, avaliação e tratamento de lesões pele do serviço público municipal de Teresina. Teresina (PI); 2016.

10. Price P, Harding K. Cardiff Wound Impact Schedule: the development of a condition-specific questionnaire to assess health-related quality of life in patients with chronic wounds of the lower limb. *Int Wound J*. 2004;1(1):10–7.
11. Augusto FD, Blanes L, Nicodemo D, Ferreira LM. Translation and cross-cultural adaptation of the Cardiff Wound Impact Schedule to Brazilian Portuguese. *J Tissue Viability*. 2017;26(2):113–8.
12. Kapp S, Santamaria N. The financial and quality-of-life cost to patients living with a chronic wound in the community. *Int Wound J*. 2017;14(6):1108–19.
13. Purcell A, Buckley T, Fethney J, King J, Moyle W, Marshall AP. The effectiveness of EMLA as a primary dressing on painful chronic leg ulcers: effects on wound healing and health-related quality of life. *Int J Low Extrem Wounds*. 2017;16(3):163–72.
14. Upton D, Upton P. *Quality of life and wellbeing. Psychology of wounds and wound care in clinical practice*. London, UK: Springer; 2015. p. 85–111.
15. McGinnis E, Andrea Nelson E, Gorecki C, Nixon J. What is different for people with MS who have pressure ulcers: A reflective study of the impact upon people's quality of life? *J Tissue Viability*. 2015;24(3):83–90.
16. Rezende RB, Macedo JL, Corrêa RS, Galli FS. Perfil epidemiológico e tratamento de perdas de substância por trauma em membros inferiores. *Rev Col Bras Cir*. 2017;44(5):444–51.
17. Santos AM, Sousa ME, Lima LO, Ribeiro NS, Madeira MZ, Oliveira AD. Perfil epidemiológico do trauma cranioencefálico. *Rev Enferm UFPE online*. 2016;10(11):3960–8.
18. Joaquim FL, Camacho AC, Sabóia VM, Santos RC, Santos LS, Nogueira GA. Impacto da visita domiciliar na capacidade funcional de pacientes com membros inferiores em tratamento no ambulatório de feridas do Campus Cedeteg da UNICENTRO, Guarapuava-PR. *J Health Sci*. 2015;17(1):13–9.
19. Kelechi TJ, Prentice M, Madisetti M, Brunette G, Mueller M. Palliative care in the management of pain, odor, and exudate in chronic wounds at the end of life. *J Hosp Palliat Nurs*. 2017;19(1):17–25.
20. Cunha N, Campos S, Cabete J. Chronic leg ulcers disrupt patients' lives: A study of leg ulcer-related life changes and quality of life. *Br J Community Nurs*. 2017;22 Sup9:S30–7.
21. McCarty SM, Percival SL. Proteases and delayed wound healing. *Adv Wound Care (New Rochelle)*. 2013;2(8):438–47.
22. Gethin G, Grocott P, Probst S, Clarke E. Current practice in the management of wound odour: an international survey. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(6):865–74.
23. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. *Nurs Clin North Am*. 2016;51(3):513–31.
24. Akhmetova A, Saliev T, Allan IU, Illsley MJ, Nurgozhin T, Mikhalovsky S. A Comprehensive Review of Topical Odor-Controlling Treatment Options for Chronic Wounds. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016;43(6):598–609.
25. Santos VL, Oliveira AD, Amaral AF, Nishi ET, Junqueira JB, Kim SH. Quality of life in patients with chronic wounds: magnitude of changes and predictive factors [Internet]. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51(0):e03250.
26. Dias TY, Costa IK, Melo MD, Torres SM, Maia EM, Torres GV. Quality of life assessment of patients with and without venous ulcer. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(4):576–81.
27. Deufert D, Graml G. Disease-specific, health-related quality of life (HRQoL) of people with chronic wounds - A descriptive cross-sectional study using the Wound-QoL. *Wound Med*. 2017; 16:29–33.
28. Sving E, H?gman M, Mamhidir AG, Gunningberg L. Getting evidence-based pressure ulcer prevention into practice: a multi-faceted unittailored intervention in a hospital setting. *Int Wound J*. 2014;13(5):645–54.
29. Galvão NS, Serique MA, Santos VL, Nogueira PC. Knowledge of the nursing team on pressure ulcer prevention. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2):294–300.
30. Bôas NC, Salomé GM, Ferreira LM. Frailty syndrome and functional disability among older adults with and without diabetes and foot ulcers. *J Wound Care*. 2018;27(7):409–16.