



Online Brazilian Journal of Nursing

E-ISSN: 1676-4285

objn@enf.uff.br

Universidade Federal Fluminense
Brasil

Pazos, Ana Lucia; Dopico, Lolita
Qualidade de vida e as intervenções de enfermagem no portador de lesão crônica de
pele.

Online Brazilian Journal of Nursing, vol. 5, núm. 2, 2006, pp. 109-120

Universidade Federal Fluminense
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453972014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

**OBJN**
Online Brazilian Journal of Nursing

**PORTUGUÊS**

Universidade Federal Fluminense

**ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA**


Artigos Originais

Qualidade de vida e as intervenções de enfermagem no portador de lesão crônica de pele.

Ana Lucia Pazos,
Lolita Dopico

RESUMO

Trata-se de estudo na temática da qualidade de vida dos pacientes com lesões crônicas de pele. O problema do estudo consistiu em saber qual é a variação no domínio físico da qualidade de vida de pacientes com lesões crônicas de pele quando atendidos em um consultório de enfermagem? O objetivo foi analisar as variações do domínio físico da qualidade de vida desses pacientes. Estudo prospectivo, observacional com modelo de intervenção e análise quantitativa. Foi elaborado um protocolo para padronizar o tratamento da lesão e após aplicado o questionário *WHOQOL-bref* no período de seis meses correspondendo a 20 consultas. Os resultados mostram que na faceta dor o tratamento de enfermagem não provocou a diminuição da dor. Nas facetas *Dependência para tratamento, Mobilidade e a capacidade de locomoção e Capacidade para o trabalho* há mais sujeitos com a percepção mais desenvolvida acerca das limitações impostas pela cronicidade. As mudanças na qualidade de vida não se manifestaram tão expressivas após o tratamento talvez devido às limitações de tempo do estudo quanto pela condição socioeconômica da população que é muito precária.

Descritores: Enfermagem, Qualidade de vida, Doença crônica.

INTRODUÇÃO

Este artigo se refere ao resultado de uma dissertação de mestrado desenvolvida no Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ sendo um estudo centrado na temática da qualidade de vida dos pacientes com lesões crônicas de pele que são atendidos em um consultório especializado de Enfermagem num hospital público. Atualmente as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus financeiro decorrente de doenças do mundo e no ano de 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos¹. Isso faz pensar na necessidade de modificar as metas assistenciais de todo hospital público que se restringe a tratar o paciente na manifestação aguda de sua doença de forma estanque e não resolutive. Na verdade não há disponibilidade suficiente nas Unidades de Saúde para atenção a condições crônicas em especial ao tratamento de feridas crônicas². Estes pacientes portadores dessas lesões tendem a buscar soluções próprias, baseadas em cuidados empíricos, muitas vezes por recomendações de amigos ou familiares, ocasionando abordagens terapêuticas inadequadas, insegurança e desgaste. O problema de pesquisa do estudo consistiu em saber **qual é a variação no domínio físico da qualidade de vida de pacientes com lesões crônicas de pele quando atendidos em um consultório de enfermagem?**

A expressão qualidade de vida tem sido utilizada com diversos enfoques: na área política como critério de raciocínio visando identificar as condições de vida populacionais e, mais consistentemente, na literatura científica partilhada por cientistas sociais e filósofos, originalmente, onde parece surgir a maioria dos esforços para dimensionar qualidade de vida. Hoje, qualidade de vida é tema de pesquisas imprescindíveis na área da

saúde visto que seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos e avaliar o custo/benefício do cuidado prestado. Uma importante organização internacional que desempenha um papel decisivo no incentivo e estudos para a qualidade de vida, é a Organização Mundial de Saúde (OMS) que, em 1948, definiu a saúde como um completo estado de bem estar físico, mental e social e não somente ausência de enfermidade. Atualmente, a saúde de uma pessoa avalia-se além de sua capacidade física, levando-se em conta seu contexto social e sua saúde mental. Esta idéia ao longo do tempo evoluiu para o conceito norteador do estudo realizado pelo Grupo de qualidade de vida da OMS que passou a definir qualidade de vida como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações³. Assim, qualidade de vida é um construto que compreende múltiplas dimensões da vida humana. Para o grupo WHOQOL estas dimensões são: a dimensão física, a psicológica, o nível de independência, as relações sociais e o meio ambiente. Neste estudo, optou-se pela dimensão física por entendê-la com sendo provavelmente, aquela percebida mais significativamente pelos enfermeiros nas unidades hospitalares e também nas pessoas com algum agravo a saúde, já que incorpora qualquer aspecto que pertença ao seu corpo e a sua funcionalidade. Todavia, nas alterações identificadas neste domínio pode-se perceber de maneira evidente e inquestionável a influência que ele exerce ou é exercida nos demais⁴⁻⁵. A pesquisa teve vários objetivos específicos dos quais para este momento recorta-se somente o seguinte: analisar as variações dos escores do domínio físico da qualidade de vida dos pacientes com lesões crônicas de pele ao longo de seis meses de atendimento no consultório de enfermagem especializado.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo prospectivo, observacional com modelo de intervenção e análise de dados quantitativa. O estudo foi realizado com os pacientes que freqüentam um ambulatório de lesões de pele de um hospital Público Geral da rede federal, o Hospital Geral de Bonsucesso, no município do Rio de Janeiro. Considerou-se população, os pacientes com lesões crônicas de pele acompanhados ambulatorialmente após alta hospitalar. Atualmente são atendidos no consultório de enfermagem uma média de 25 pacientes por dia, compondo uma agenda de aproximadamente 140 pacientes com lesões crônicas e com lesões agudas. Selecionou-se então, para esse estudo aquelas pessoas com lesões crônicas dentro dos seguintes critérios de inclusão :a) ter lesão crônica de pele – a condição crônica impõe necessidades e co-morbidades que constituem fatores importantes na determinação da qualidade de vida;b) ter um cuidador – como os pacientes apresentam limitações para as suas atividades, a garantia da continuidade do tratamento no domicílio é assegurada com a presença de um cuidador;c) participar de todas as consultas – o seguimento regular das consultas possibilita o gerenciamento do cuidado permitindo dessa forma avaliação contínua para identificar as dificuldades individuais, intervindo imediatamente;d) ter cognitivo preservado – para assegurar o entendimento das orientações ministradas e também a compreensão do conteúdo do questionário ministrado;e) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Nenhum paciente se negou a assinar o termo. Os critérios de exclusão foram evoluir com déficit nutricional, hemodinâmico e/ou neurológico e não permanecer com o cuidador. Assim, 40 pacientes constituíram a população do estudo.

Estratégias Para Construção dos Dados

A pesquisa foi desenvolvida em três etapas. A primeira consistiu na sistematização da consulta e do tratamento de feridas crônicas o que demandou em torno de sessenta dias. Nesse período foi elaborado um protocolo para o tratamento de lesões crônicas de pele fundamentado em extensa pesquisa bibliográfica. Foi montado a infra-estrutura de um consultório de enfermagem, após a Comissão de tratamento de feridas ser instituída por portaria pela direção do hospital. A segunda etapa foi o desenvolvimento das consultas de enfermagem onde se aplicava o mesmo protocolo de tratamento da ferida crônica a todos os 40 pacientes que compunham a população do estudo. A terceira etapa era a aplicação do questionário a esses 40 pacientes de 15 em 15 dias à medida que eles recebiam o atendimento padronizado no ambulatório de enfermagem.

Da mesma forma que era imprescindível a uniformidade na sistematização do preparo do leito da ferida, também era indispensável a sistematização na técnica empregada. Assim, após a sistematização do preparo da área da lesão procedia-se à sistematização da técnica do curativo que também foi padronizada. A todos os pacientes oferecia-se o mesmo tratamento se considerou esta uniformização como um dos critérios de validação dessa pesquisa. Essas orientações eram feitas de forma sistemática na sala de espera e na sala de atendimento. A sistematização adotada ocorreu em função do perfil dos pacientes e foi rapidamente apreendida pela maioria dos cuidadores será descrita.

A lavagem das mãos era feita antes e após o procedimento reunindo-se o material próximo ao paciente. Colocava-se o paciente em posição de conforto, e situava-se material absorvente (traçado, compressas, fraldas, etc, ensinando que em casa poderia utilizar um lençol) logo abaixo da área a ser limpa para se evitar conta-

minação no sítio adjacente. Utilizavam-se luvas de procedimento para a retirada do curativo, removendo-se cuidadosamente os adesivos de fixação, sem tracionar a pele. Neste momento se ensinava a observar se havia sinais de hipersensibilidade ou escarificações. Retirava-se a cobertura secundária, observando seu aspecto, presença de exsudato e suas características e explicava-se a necessidade de se irrigar o curativo primário com solução salina para sua remoção delicada e não causar lesão no leito do ferimento. A seguir, se fazia a irrigação com solução salina em jato (agulha 40x12 e seringa 20 ml) para limpeza do leito da ferida, explicando-se a importância desta técnica. Observavam-se os bordos da ferida, ressaltando que não poderiam estar macerados. Limpavam-se os bordos da ferida, ve-

rificando-se a integridade da pele ao seu redor.

Neste momento, dependendo do estado da ferida, procedia-se ao desbridamento e/ou hemostasia. Em intervalos regulares de tempo (mensalmente) media-se a lesão. Estes cuidados não eram transferidos ao cuidador. Aplicava-se o curativo primário e cobertura secundária mais adequada, procedendo a fixação necessária. A escolha da cobertura ideal era definida pela análise de sua eficácia terapêutica e pela observação da ferida. Na instituição a padronização destas coberturas ocorreu após vários estudos de relação custo x benefício que as indicaram como seguras e eficazes, se forem acertadamente indicadas. O Quadro 4.1 apresenta as coberturas padronizadas no campo onde ocorreu a pesquisa:

QUADRO 4.1 – Categoria de produtos para terapia tópica padronizados no HGB

CATEGORIA DE PRODUTOS	TERAPIA TÓPICA INDICADA
Soro fisiológico 0,9%	Limpeza
Carvão ativado e prata	Absorção
Alginato de Cálcio	
Hidrocolóide	
Filmes transparentes	Desbridamento autolítico
Hidrocolóide	
Sulfadiazina de prata + Nitrato de Cério	
Hidrogéis	
Colagenase	Desbridamento Enzimático
Filmes transparentes	Manter ambiente úmido
Hidrocolóides	
Hidrogéis	
Hidropolímeros	
AGE	
Sulfadiazina de Prata	
Gaze impregnada com pomada	Preencher espaço morto
Alginato de Ca+	
Gazes	Proteção e coberturas de feridas
Hidrocolóides	
Filmes transparentes	
Filmes transparentes	Proteção da pele ao redor
Hidrocolóide	
Bandagens elásticas	Compressão terapêutica

Fonte: COMISSÃO DE CURATIVOS – RJ, HGB – 2002

A definição do tipo de cobertura sempre foi feito pelo enfermeiro da Comissão de Curativos. Durante todo o procedimento orienta-se o paciente e/ou cuidador são orientados quanto ao estado da lesão, medidas de proteção do curativo, próxima troca, formas de auxílio ao processo cicatricial que podiam depender do paciente/cuidador. Por fim, realizava-se a atualização dos registros de forma clara e precisa (ficha de avaliação e sistema de informações do hospital).

Essa última etapa foi realizada em um período de seis meses (dezembro de 2004 a maio de 2005), utilizando como instrumento de coleta de dados o questionário do grupo WHOQOL, o WHOQOL-bref que consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (WHOQOL 100). As respostas para todas as questões do WHOQOL-bref foram obtidas através de uma escala de respostas do tipo Likert com uma escala de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom). Nelas, as palavras âncoras receberam o código 1 e 5 e as diferentes graduações entre estes dois extremos receberam o código 2, 3 e 4. Procedeu-se, então, a identificação da correlação entre os escores das facetas que compõem o domínio físico através do teste da razão de verossimilhança entre a os dados de LIKERT na 1ª aplicação e as subseqüentes, acompanhado de análise exploratória das linhas de dados. Isto é foi realizada a razão de verossimilhança entre a 1ª e a 2ª aplicação, seguida da razão entre a primeira e as sucessivas aplicações. O tempo transcorrido entre a primeira medida e a oitava foi de aproximadamente 6 meses e durante este tempo cada paciente recebeu em média 20 intervenções, isto é, foram submetidos ao tratamento de lesões

de pele no consultório de enfermagem em média 20 vezes. A pesquisa foi realizada de acordo com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde de números 196 de outubro de 1996 e 251 de agosto de 1997. Os pacientes que participaram do estudo, receberam explicação verbal acerca dos procedimentos a serem realizados e foram solicitados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram tratados pela estatística descritiva e analítica utilizando-se a medida da razão de verossimilhança .

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados do perfil da população é imprescindível nos estudos sobre qualidade de vida e tem por finalidade avaliar e ponderar a consistência dos escores referidos pelos pacientes sobre a sua qualidade de vida, bem como determinar a sua confiabilidade. Desta forma, pode-se aumentar o alcance de compreensão dos resultados com conseqüente validação da pesquisa⁶. Os dados mostraram que 19 (47,5%) dos pacientes encontravam-se na faixa etária acima de 60 anos e a minoria da população (7,5%) no grupo etário 20 a 30 anos e (7,5%) entre 31 a 40 anos. Por ser um estudo focando lesões que via de regra emergem de patologias crônicas degenerativas é coerente o predomínio de idosos. Na relação entre longevidade e qualidade de vida existem combinações de vários fatores, entre eles doenças biológicas e mentais, controle cognitivo, perdas de papéis ocupacionais e status social, competência social, produtividade, relações formais e informais com familiares e amigos e perdas afetivas . Qualidade de vida nessa idade implica portanto no entendimento de determinantes de bem-estar que repousa tanto no campo físico quanto mental, relacionamentos interpessoais, espiritual e mate-

rial⁷. A condição empregatícia e financeira também foi avaliada e procurou se saber em que os pacientes trabalhavam e se tinham vínculo empregatício. Os que trabalham corresponde à minoria de 30%. Entre o grupo que não trabalha, predomina os que não têm nenhum tipo de renda (32,5%). Entre os pacientes que trabalham, a metade se encontra naqueles que executam atividades autônomas seguida dos empregados em empresa privada e empregados públicos totalizando 30% . Estas informações significaram que a população estudada vive com uma grande insegurança financeira e que sendo idosos isso agrava o quadro das condições de vida e seus determinantes socioeconômicos. As condições de habitação assim como as de facilidades domésticas foram analisadas através da posse de bens de consumo duráveis, identificando que alguns itens são habituais na população. São eles, geladeira (95%) e televisão a cores (90%). Outros itens como rádio com CD (55%), máquina de lavar roupas (52,5%) e vídeo cassete (25%) foram menos freqüentes. O automóvel foi o bem que registrou menor freqüência (12,5%), e corrobora a concepção da árdua tarefa de locomoção destas pessoas. O padrão de vida e a existência de fontes de lazer dentro de casa são aspectos importantes para um entendimento de qualidade de vida, principalmente em pessoas idosas e/

ou com lesões crônicas e que por conseguinte possuem dificuldades de locomoção⁷. Uma moradia adequada, provida de recursos eletrodomésticos básicos e infra-estrutura sanitária, pode ser relacionada com satisfação, já que foram atendidas as condições mínimas materiais para se falar em qualidade de vida⁸.

Após o levantamento do perfil desses pacientes passou-se a identificar os escores referentes às variações no domínio físico da qualidade de vida. Esses resultados foram agrupados segundo as facetas do domínio físico às quais se referiam para sua análise. Optou-se por agrupar os dados do domínio físico na primeira aplicação do instrumento WHOQOL-bref e compará-los com os resultados encontrados nas sucessivas aplicações no período de seis meses de tratamento no consultório de enfermagem. Esse procedimento estatístico é o que caracteriza o Teste de razão de verossimilhança.

A faceta *Dor* era medida através da pergunta: “*Em que medida você acha que a sua dor (física) o impede você de fazer o que precisa?*” No quadro 1 encontramos os resultados. A análise desse quadro tem que ser feito levando em consideração que a razão de verossimilhança se realiza dividindo o resultado bruto do número de informantes na primeira aplicação com o número de informantes nas sucessivas aplicações.

Quadro 1 – Distribuição das razões de verossimilhança na faceta dor – RJ-HGB – Consultório de Enfermagem, -2004/2005

DOR (F3)							
Likert	R1/2	R1/3	R1/4	R1/5	R1/6	R1/7	R1/8
Nada	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Muito pouco	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,3	0,4
Mais ou menos	1,3	1,1	0,7	0,7	1,1	1,0	0,8
Bastante	1,1	1,5	1,4	0,9	0,9	1,1	0,9
Extremamente	0,8	0,6	1,0	1,0	1,0	0,8	1,7

Assim, para exemplificar, no quadro 1 para Likert “nada” em R1/2 foi de 2,0 o que significa que o numerador era maior que o denominador. Assim deduzimos que na primeira aplicação mais pessoas disseram que não tem nada de dor em relação à segunda aplicação. Portanto quando o valor da razão de verossimilhança é acima de 1,0 significa que mais pessoas estavam respondendo em relação à aplicação subsequente e quando o valor da razão for menor que 1,0 significa que menos pessoas estavam respondendo. Em relação à dor pode-se apontar para o fato de que depois de seis meses de tratamento no consultório de enfermagem: a) Menos sujeitos opinam em “nada” (R1/8 maior que R1/2 em 1,0), b) Menos sujeitos opinam em “extremamente” (R1/8 maior que R1/2 em 0,9), c) Pouca alteração em “muito pouco” (R1/8 maior que R1/2 em 0,1), d) Mais sujeitos opinam em “mais ou menos” (R1/8 menor que R1/2 em 0,5)

, e) Mais sujeitos opinam em “bastante” (R1/8 menor que R1/2 em 0,2)

Então, pode-se inferir a partir destes resultados que mudou a percepção da dor, com uma concentração para “mais ou menos” e para “bastante”. O que equivale dizer que o tratamento de enfermagem não provocou a percepção da diminuição da dor, até pelo contrário. Percebe-se que há mais sujeitos com sua percepção mais desenvolvida acerca das limitações impostas pela dor⁹.

A Faceta *dependência a tratamentos* era medida através da pergunta: “O quanto você precisa de algum tratamento para levar a sua vida?” O quadro 2 mostra que menos pessoas, ao longo do acompanhamento referiram “nada” ao quantificar o quanto dependia de algum tratamento. Por outro lado, apesar de menos enfático um menor número de pessoas referiram que dependem “extremamente”. Percebe-se então, migração dos sujeitos para os Likerts intermediários.

Quadro 2 - Distribuição das razões de verossimilhança na faceta dependência a tratamentos – RJ-HGB – Consultório de Enfermagem, -2004/2005

DEPENDÊNCIA A TRATAMENTO (F4)							
Likert	R1/2	R1/3	R1/4	R1/5	R1/6	R1/7	R1/8
Nada	1,5	6,0	6,0	3,0	6,0	6,0	6,0
Muito pouco	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mais ou menos	1,3	1,0	1,1	4,5	1,5	0,6	0,9
Bastante	1,0	0,9	0,8	0,6	0,8	1,1	0,8
Extremamente	0,9	1,0	1,0	1,1	0,9	1,0	1,1

Estes resultados apontam para o fato de que depois de seis meses de tratamento no consultório de enfermagem: a) muito menos sujeitos opinam que dependem “nada” de tratamento (R1/8 maior que R1/2 em 4,5), b) não há razão para “muito pouco”, c) mais pessoas opinam que dependem “mais ou menos” (R1/8 menor que R1/2 em 0,4), d) mais pessoas opinam que dependem bastante (R1/8 menor que R1/2 em 0,2), e) quase o mesmo quantitativo consi-

dera que a dependência é extrema (R1/8 menor que R1/2 em 0,2). Então, pode-se concluir que mudou a percepção de dependência para tratamento, com uma forte fuga do “nada” e uma concentração para “mais ou menos” e um pouco menos para “bastante”. Equivale dizer que o tratamento de enfermagem modificou a percepção da dependência ao tratamento. Percebe-se que há mais sujeitos com sua percepção mais desenvolvida acerca das limitações impos-

tas pela cronicidade¹⁰.

A Faceta energia era medida através da pergunta: “*Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?*” Para a faceta “Energia” a evolução observada no quadro 3 foi relativamente homogênea com pequenas mudanças em todas as escalas de Likert, positivas em “nada”, “muito” e “completamente” e negativas em “muito pouco” e “médio”. Percebe-se, migrações dos sujeitos para os Likerts intermediários e estes

resultados apontam para o fato de que depois de seis meses de tratamento no consultório de enfermagem: a) menos pessoas opinam que possuem “nada” de energia (R1/8 maior que R1/2 em 0,4), b) praticamente não houve mudanças nos que opinaram “muito pouco” (R1/8 maior que R1/2 em 0,1), c) Os que deixaram de opinar “nada” migraram para “médio” e “muito”, d) menos pessoas consideram que possuem energia “completamente” (R1/8 maior que R1/2 em 1,0).

Quadro 4.4 - Distribuição das razões de verossimilhança na faceta energia – RJ-HGB – Consultório de Enfermagem, -2004/2005

ENERGIA E FADIGA (F10)							
Likert	R1/2	R1/3	R1/4	R1/5	R1/6	R1/7	R1/8
Nada	0,8	1,0	0,9	1,0	1,2	1,5	1,2
Muito pouco	0,7	0,7	1,0	0,6	0,5	0,6	0,8
Médio	1,0	0,9	0,8	0,7	0,9	0,8	0,8
Muito	1,5	1,2	1,5	2,4	1,5	1,5	1,2
Completamente	1,0	1,3	1,3	4,0	2,0	1,3	2,0

Evidencia-se nos âncoras “nada” e “completamente” uma razão positiva que se traduz em diminuição das pessoas referindo que não possuem “nada” de energia e também diminuição de pessoas que referem ter “completamente” energia, este expressado de forma mais contundente. Por outro lado, pode-se perceber uma mudança para maiores escores, com razão negativa que significa, mais pessoas migrando para o termo “médio” e para “muito pouco”, sugerindo um enten-

dimento diferente da sua disposição ou cansaço.

A Faceta *mobilidade e locomoção* era medida através da pergunta: “*Quão bem você é capaz de se locomover?*”. No quadro 4 observa-se uma evolução de razões heterogêneas com grandes flutuações nos âncoras e uma linearidade nas demais escalas. Como o número de pessoas que referiram os âncoras é menor, pode-se concluir que houve migração dos sujeitos para os Likerts intermediários.

Quadro 4 - Distribuição das razões de verossimilhança na faceta mobilidade e locomoção. RJ-HGB – Consultório de Enfermagem, -2004/2005

MOBILIDADE E LOCOMOÇÃO (F15)							
Likert	R1/2	R1/3	R1/4	R1/5	R1/6	R1/7	R1/8
Muito ruim	0,7	1,6	2,0	1,3	2,0	2,7	1,6
Ruim	2,7	0,8	1,0	1,3	0,8	1,0	0,9
Nem ruim nem bom	0,9	0,9	0,7	0,5	0,6	0,7	0,8
Bom	1,1	0,9	1,0	1,7	1,7	1,1	1,1
Muito bom	1,0	2,0	2,0	0,0	0,0	1,0	2,0

Assim, em relação a esta faceta é possível concluir que após de seis meses de tratamento no consultório de enfermagem: a) menos pessoas opinaram “muito ruim” sua capacidade de locomoção (R1/8 maior que R1/2 em 0,9), b) mais sujeitos referiram como “ruim” a sua locomoção (R1/8 menor que R1/2 em 1,8), c) praticamente não houve mudanças nos que opinaram “nem ruim nem bom” (R1/8 menor que R1/2 em 0,1), d) não houve alteração no Likert “bom” (R1/8 = R1/2), e) menos pessoas opinaram como “muito bom” (R1/8 maior que R1/2 em 1,0).

Pode-se deduzir que mudou a percepção de sua capacidade de locomoção, com um escape dos âncoras “muito ruim” e “muito bom” para uma concentração em “nem ruim nem bom” e um pouco menos para “ruim”. Aqui também se pode afirmar que o tratamento de enfermagem alterou a percepção dessas pessoas em relação a sua mobilidade e locomoção demonstrando desta forma um descon-

tentamento acerca das limitações impostas pela cronicidade¹¹.

A Faceta *sono e repouso* era medida através da pergunta: “Quão satisfeito você está com o seu sono?”. No quadro 5 percebe-se uma diminuição do número de pessoas referindo os âncoras e assim, outro movimento migratório é aqui observado com mais pessoas posicionando-se nas escalas intermediárias.

Assim, em relação a esta faceta é possível concluir que após seis meses de tratamento no consultório de enfermagem: a) menos pessoas opinaram “muito insatisfeito” com o seu sono (R1/8 maior que R1/2 em 0,4), b) mais sujeitos referiram como “insatisfeito” a seu sono e repouso (R1/8 menor que R1/2 em 1,3), c) menos pessoas opinaram “nem satisfeito nem insatisfeito” (R1/8 maior que R1/2 em 0,9), d) mais sujeitos referiram “satisfeitos” (R1/8 menor que R1/2 em 0,4), e) menos pessoas opinaram como “muito satisfeitos” (R1/8 maior que R1/2 em 1,0).

Quadro 5 - Distribuição das razões de verossimilhança na faceta sono e repouso. RJ-HGB – Consultório de Enfermagem, -2004/2005

SONO E REPOUSO (F16)							
Likert	R1/2	R1/3	R1/4	R1/5	R1/6	R1/7	R1/8
Muito insatisfeito	1,3	1,7	2,5	5,0	2,5	1,7	1,7
Insatisfeito	2,3	1,5	4,5	1,3	2,3	1,5	1,0
Nem satisfeito nem insatisfeito	0,6	0,6	0,7	0,8	0,6	0,7	1,5
Satisfeito	1,1	0,9	0,6	0,7	0,8	0,8	0,7
Muito satisfeito	1,0	2,0	2,0	4,0	4,0	4,0	2,0

Aqui encontramos resultados que revelam mais pessoas insatisfeitas com o seu sono. Desta forma, pode-se entender que o acompanhamento destas pessoas no consultório de enfermagem modificou o entendimento de satisfação, com a migração dos âncoras para as escalas que refletem igualdade de forças. Talvez, por uma melhor capacidade em receber e responder as impressões externas que o tratamento de enfermagem possa ter proporcionado.

A faceta *atividade do dia-a-dia* era medida através da pergunta: “Quão satisfeito você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?”. Em relação a esta faceta após seis meses de tratamento no consultório de enfermagem os resultados foram: a) não houve alteração no Likert “muito insatisfeito” com a sua capacidade de desempenhar as atividades diárias (R1/8 = R1/2), b) menos pessoas consideraram sua condição como “insatisfeito” (R1/8 maior

que R1/2 em 0,3),c)mais pessoas opinaram “nem satisfeito nem insatisfeito” (R1/8 menor que R1/2 em 0,5),d) não houve alteração no Likert “satisfeito” (R1/8 = R1/2),e) não houve razão para a escala “muito satisfeito” (R1/8 = 0 e R1/2 = 0) .

Desta forma, pode-se concluir que a percepção destas pessoas em relação a sua capacidade de desempenhar as atividades diárias foi de alguma forma tocada e, se o tratamento de enfermagem não foi responsável pela melhoria desta capacidade pode ter sido importante no papel de incitar as suas potencialidades. Desta forma, pode-se supor que durante o acompa-

nhamento destas pessoas no consultório elas desenvolveram uma vontade para desempenhar ações que até então não estavam manifestadas e, esta pode ser uma interferência positiva deste tipo de tratamento de enfermagem¹²⁻¹⁴.

A Faceta *capacidade para o trabalho* era medida através da pergunta: “Quão satisfeito você está com a sua capacidade para o trabalho?” No quadro 6 observa-se que houve um movimento harmônico na maioria das categorias de Likert, e que as pessoas posicionadas nos âncoras no início do estudo migraram para as escalas intermediárias no final.

Quadro 6 - Distribuição das razões de verossimilhança na faceta capacidade para o trabalho.RJ-HGB – Consultório de Enfermagem, -2004/2005

CAPACIDADE PARA O TRABALHO (F18)							
LIKERT	R1/2	R1/3	R1/4	R1/5	R1/6	R1/7	R1/8
Muito insatisfeito	0,5	0,5	0,6	0,8	0,7	0,7	0,7
Insatisfeito	1,2	1,2	1,6	1,0	0,9	1,1	0,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	1,2	1,3	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9
Satisfeito	0,9	0,8	1,2	1,8	2,2	1,6	1,6
Muito satisfeito	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,5	1,0

Assim, em relação a esta faceta é possível concluir que após de seis meses de tratamento no consultório de enfermagem:a) menos pessoas consideraram a sua capacidade para o trabalho como “muito insatisfatória” (R1/8 maior que R1/2 em 0,2),b)mais pessoas opinaram “insatisfatória” a sua capacidade de trabalho (R1/8 menor que R1/2 em 0,3),c)mais pessoas opinaram “nem satisfeito nem insatisfeito” (R1/8 menor que R1/2 em 0,3),d)menos pessoas “satisfeitas” com a sua capacidade para o trabalho (R1/8 maior que R1/2 em 0,7),e)menos pessoas opinam “muito satisfeita” (R1/8 maior que R1/2 em 1,0).

Pode-se inferir que diminuiu o número de pessoas que atribuíram à sua capacidade de trabalho um grau de satisfação considerado “muito insatisfeito”, “satisfeito” e “muito satisfeito” e essas pessoas migraram para os escores que au-

mentaram que foram “insatisfeito” e “nem satisfeito nem insatisfeito”¹⁵.

CONCLUSÃO

Pode-se resumir dizendo que os resultados apontam para os seguintes dados:a) na faceta *dor* o tratamento de enfermagem não provocou a diminuição da dor, até pelo contrário há mais sujeitos com sua percepção mais desenvolvida acerca das limitações impostas pela dor, b) nas facetas *Dependência a tratamentos, Mobilidade e capacidade de locomoção e capacidade para o trabalho* o tratamento de enfermagem modificou a percepção pois há mais sujeitos com a percepção mais desenvolvida acerca das limitações impostas pela cronicidade, c) nas face-

tas *sono e energia* há mais sujeitos insatisfeitos.

Ao término desta pesquisa, os dados obtidos e analisados permitem dizer que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos. Os resultados desta investigação permitiram concluir que a presença de doença crônica, a necessidade de um tratamento contínuo por um longo período, a idade avançada e as dificuldades socioeconômicas constituem fatores importantes na determinação de qualidade de vida para esta população¹⁶.

Neste sentido, verifica-se que o domínio físico da qualidade de vida desta população analisado através do instrumento do grupo WHOQOL, o WHOQOL-bref, apresentou razões de verossimilhança que traduzem limitações significativas na dimensão física examinadas pelas facetas dor, dependência a tratamentos, a falta de energia, a dificuldade de locomoção, a insatisfação com o sono, a limitação para as atividades diárias e a capacidade para o trabalho.

Contudo, a análise evolutiva destes dados revela que eles são passíveis de mudanças e assim, se confirma o dinamismo do conceito de qualidade de vida, isto é, ele é mutável no decorrer do tempo, entre pessoas e em diferentes condições, locais e épocas. Pode variar no mesmo indivíduo, até mesmo de acordo com o seu estado de espírito ou de humor.

Durante o acompanhamento ambulatorial, os pacientes estudados apresentaram variações que, em sua maioria, tenderam para os termos centrais (mais ou menos, médio, nem satisfeito nem insatisfeito). Foi possível observar a manifestação de variações que se deram a partir do escape das referências dos termos âncoras (que representavam os extremos de cada avaliação), para as escalas intermediárias, que representam ponderação nas respostas, ou uma melhor captação dos sentidos que estes termos representam.

Estes movimentos podem então, ser entendidos como uma melhor percepção por parte desta população, de seus próprios potenciais e de sua condição de vida e de saúde e isto sem dúvida são elementos indispensáveis para se pensar em mudanças na qualidade de vida. Mudanças estas, que são gradativas, então, pode-se concluir que o tempo dispendido na monitorização destes eventos foi pequeno, já que qualidade de vida é um processo que se desenvolve na medida em que a sua percepção amadurece e isto demanda tempo. O seguimento dos pacientes deve ocorrer durante um tempo suficiente para desenvolver o evento que se pesquisa, sobretudo para eventos que são percebidos subjetivamente, como qualidade de vida.

Se as mudanças na qualidade de vida não se manifestaram tão favoráveis com seria desejado após o atendimento no consultório de enfermagem talvez seja porque as limitações impostas, tanto pela questão tempo de estudo quanto pelas interferências dos dados socioeconômicos tenham tido um peso maior que o tratamento da ferida

Por outro lado, é preciso assinalar que se poderosos determinantes de qualidade de vida estão freqüentemente fora do setor saúde, não sendo possível a intervenção do sistema de saúde sobre eles, também não se resolvem os problemas adotando-se uma posição exclusivamente retórica por parte do setor saúde e inclua-se aqui a Enfermagem.

As conclusões desse trabalho evidenciam a malha de interações multidimensionais que condicionam a qualidade de vida das pessoas com condições crônicas, especificamente as lesões crônicas de pele na população. Refletem a complexidade do processo de adoecimento, realçando a necessidade de aplicação de alguns princípios e critérios, baseados na integralidade das ações, no conhecimento de suas caracterís-

ticas e potencial de transformação para promover um tratamento mais eficaz. É importante salientar que esses pacientes necessitam de acompanhamento contínuo, e muitas das vezes intervenções sistêmicas. Portanto é fundamental que estejam conscientes da importância da sua colaboração ao tratamento, muitas vezes fadado ao insucesso terapêutico clínico.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde - Cuidados inovadores para Condições Crônicas: Componentes estruturais de Ação: Relatório Mundial / Organização Mundial de Saúde Brasília. [internet] 2003 [cited May 20 2003]. Available from: <http://www.opas.gov>
2. Lima M A D. Demanda do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta abertas[Dissertação]Porto Alegre: Universidade federal do Rio Grande do Sul;2004.
3. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-Bref". Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2000,34:178-83.
4. Grupo de estudos em qualidade de vida (whoqol-group). Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de qualidade de Vida.[internet] 1998 [cited Sep 30 2003] Available from: <http://www.ufrgs.br>
5. Rouquayrol MZ, Filho NA.Epidemiologia & Saúde. 6ª ed.Rio de Janeiro: Medsi, 2003, 728p.
6. Seidl EMF, Zannon CML. Qualidade de Vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, 2004;20(2):89-93.
7. Santos SR,Santos IBC,Fernandes MGM, Henriques MERM.Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan.Rev. Latino Americana de Enfermagem.Ribeirão Preto,2002;(10)6:757-764.
8. Yamada BFA.Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas [dissertação]São Paulo: Universidade de São Paulo;2001.
9. Chaves LD, Leão ER. Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba:Maio; 2004. 348p
10. Diogo MJE. Satisfação Global com a Vida e Determinados Domínios entre Idosos com Amputação de Membros Inferiores. Rev Panamericana de Salud Pública, Washington,2003;6:164-71.
11. Mayer W, Jochmann W, Parstsch H. Varico-seulcer: healing in conservative therapy. A prospective study. Jor.Wien-Med Wochenschr.1994;144:250-252.
12. Alves L C; Rodrigues RN. Determinates da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil.. Cad. Saude publica. 2003;19(3):745-57
13. Boery E N. Qualidade de Vida de pacientes adultos com câncer de pulmão, submetidos a quimioterapia ambulatorial., 2003, 159p. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo. Curso de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2003.
14. Cury A. Para mudar uma vida. São Paulo: Academia de Inteligência, 2004.
15. Minayo MCS.;Hartz ZMA.;Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.Rev Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,2000;5:7-18.
16. Drummond J P et al. Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico. São Paulo: Atheneu, 2002.