



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Via Washington Luiz, Km 235 – Caixa Postal 676
CEP 13565-905 São Carlos/SP – Brasil
Fone/Fax: (16) 3351-8338 – email: ppgenf@ufscar.br



Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem - **UFSCar**

JOÃO CESAR JACON

**QUALIDADE DE VIDA, FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E
SUBJETIVOS EM ADULTOS COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO**

SÃO CARLOS-SP

2023

JOÃO CESAR JACON

**QUALIDADE DE VIDA, FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E
SUBJETIVOS EM ADULTOS COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, para fins de defesa, como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

SÃO CARLOS-SP

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado do candidato João Cesar Jacon, realizada em 21/02/2024.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão (UFSCar)

Profa. Dra. Aline Helena Appoloni Eduardo (UFSCar)

Profa. Dra. Priscilla Hortense (UFSCar)

Profa. Dra. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP)

Profa. Dra. Danielle Cristina Garbuio (UNICEP)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Dedico este trabalho a todos os pacientes que se disponibilizaram, mesmo em momentos delicados, como na iminência da dor, em colaborar significativamente para que compreendêssemos a essência das feridas de difícil cicatrização além do corpo físico.

AGRADECIMENTOS

- ✓ A **DEUS**, pela sua presença constante em minha vida, que me ama incondicionalmente e permitiu que esse sonho fosse alcançado.
- ✓ À minha mãe **Ana “Neide”**, exemplo de carinho e amor incondicional, essenciais para a construção da minha vida pessoal e profissional, pelo que sou hoje, quem eu tanto amo e razão da minha vida.
- ✓ À memória do meu pai, **Olívio**, que não mediu esforços para a minha formação e sei o quanto orgulhoso deve estar; essa vitória também é sua.
- ✓ Aos meus familiares, em especial, **Cristiano, Juliano, Thayla**, que estiveram ao meu lado em todos os momentos, me apoiaram, me compreenderam, tiveram paciência e carinho caminhando comigo nesta jornada, eu amo todos vocês.
- ✓ À minha orientadora, **Prof.^a Dra. Anamaria Alves Napoleão**, pela oportunidade que me concedeu e não relutou em me orientar, por acreditar na minha capacidade pessoal e profissional, pela disponibilidade e amizade. Obrigado, especialmente, por ter me acolhido e entendido minhas inquietações.
- ✓ Às Professoras **Dra. Camila Takao** e **Dra. Aline Apoloni**, pelas contribuições no exame de qualificação.
- ✓ Às **Graduandas de enfermagem da UNIFIPA – Gabriele Carvalho, Thaynara Beatriz e Ana Livia** pela disposição em participar da coleta de dados; vocês foram peças fundamentais para o alcance dos resultados desta pesquisa.
- ✓ Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, por todas as oportunidades de aprendizado. Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo acolhimento e pelas inestimáveis contribuições à minha formação acadêmica.
- ✓ A todas as enfermeiras e enfermeiros das UBS e USF de Catanduva que partilham comigo a luta na assistência aos pacientes com feridas de difícil cicatrização em especial a Enfermeira Cintia Nissikawa de Moraes, de Pindorama, pela disponibilidade, ajuda, amizade e carinho.
- ✓ Aos docentes e gestores do Centro Universitário Padre Albino de Catanduva, pelo apoio e incentivo.
- ✓ **Aos Familiares, Amigos e todos** que compartilharam comigo os caminhos da vida. A realização desse trabalho era um sonho, que muitas vezes parecia inatingível, portanto, agradeço carinhosamente a cada um que contribuiu para que o mesmo se tornasse realidade.
- ✓ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

Meus sinceros agradecimentos.... Muito obrigado!

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida, fatores sociodemográficos, clínicos e subjetivos (depressão, ansiedade, estresse, autoestima, autoeficácia, autocuidado e dor) em adultos com feridas de difícil cicatrização. **Metodologia:** Estudo correlacional, descritivo, transversal com abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu em dois municípios do estado de São Paulo. A amostra foi composta por 116 pacientes. Para a coleta dos dados foram utilizados os instrumentos: Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21), Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Escala de Auto-Eficácia Geral Percebida (The General Self-Efficacy Scale) e para qualidade de vida Freiburg Life Quality Assessment–Wound (FLQA-Wk), pelas quais os resultados foram apresentados considerando as frequências relativas e absolutas, assim como medidas de tendência central. Para análise estatística inferencial foram usados os testes de: correlação (Spearman e Qui-quadrado), associação e comparação (Mann Whitney ou Kruskal Wallis) e o pós-teste Bonferroni. CAAE: 63323822.9.0000.5504. **Resultados:** DASS-21, a depressão (68,1%), ansiedade (76,7%) e estresse (71,6%) entre normal e leve, 43,1% ótima as capacidades para a realização do autocuidado. Relataram dor na ferida durante a entrevista 50% dos participantes, com mediana de 1,0 (IIQ 0-8,0), o tempo de existência da ferida, mediana, em meses, foi de 52 (IIQ 17,0-204,0). Na avaliação da qualidade de vida, a mediana foi de 10,7 (IIQ 6,4-13,6), o domínio bem-estar psicológico representa um estado de melhor qualidade de vida (mediana 1,0 e IIQ 0,3-1,5), os domínios vida diária (mediana 2,4 e IIQ 1,4-3,2) e tratamento (mediana 2,4 e IIQ 1,5-3,0) representam domínios com a pior qualidade de vida. O escore geral de autoestima, mediana 31,5 (IIQ 26,0-34,8) e para autoeficácia mediana de 4,3 (IIQ 3,2-4,8). **Conclusão:** Participantes com feridas de difícil cicatrização apresentaram qualidade de vida geral regular e associada à: presença de dor no momento da entrevista; ao sexo feminino; à renda insuficiente, ao hábito de não praticarem atividade física e às feridas de etiologia vasculogênica, assim como aos sintomas de depressão moderada. A dor na ferida, durante a entrevista, correlacionou-se com a quantidade de feridas de difícil cicatrização e está associada a sintomas de depressão moderada e, nos pacientes com feridas vasculogênicas houve queixa de maior intensidade. Os sintomas de depressão moderada foram identificados nos solteiros, assim como a baixa escolaridade foi associada aos sintomas depressivos. Tanto a ansiedade, como a depressão, o estresse, a baixa autoestima e a baixa percepção de autoeficácia são mais evidentes nas mulheres com feridas de difícil cicatrização. A prática de atividade física e a escolaridade influenciaram negativamente a percepção da autoeficácia. Os idosos com feridas crônicas possuem menor capacidade para o autocuidado, menor autoestima e pior percepção da

autoeficácia.

Palavras-chave: Feridas de difícil cicatrização; Qualidade de vida; Dor; Ansiedade; Depressão; Estresse; Autocuidado; Autoestima; Autoeficácia; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of life and sociodemographic, clinical, and subjective factors (depression, anxiety, stress, self-esteem, self-efficacy, self-care, and pain) in adults with hard-to-heal wounds. **Methodology:** A correlational, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. Data were collected in two municipalities in the state of São Paulo. The sample consisted of 116 patients. The following instruments were used to collect the data: the Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21), the Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RAS), the Perceived General Self-Efficacy Scale (The General Self-Efficacy Scale) and the Freiburg Life Quality Assessment-Wound (FLQA-Wk), by which the results were presented considering relative and absolute frequencies, as well as measures of central tendency. For inferential statistical analysis, the following tests were used: correlation (Spearman and Chi-square), association and comparison (Mann-Whitney or Kruskal Wallis), and the Bonferroni post-test. CAAE: 63323822.9.0000.5504. **Results:** DASS-21, depression (68.1%), anxiety (76.7%), and stress (71.6%) between normal and mild, 43.1% optimal abilities to carry out self-care. 50% of the patients reported pain in the wound during the interview, with a median of 1.0 (IIQ 0-8.0), and the median time the wound had existed was 52 months (IIQ 17.0-204.0). In the quality-of-life assessment, the median was 10.7 (IIQ 6.4–13.6), the psychological well-being domain represents a state of a better quality of life (median 1.0 and IIQ 0.3–1.5), and the daily life (median 2.4 and IIQ 1.4–3.2) and treatment (median 2.4 and IIQ 1.5–3.0) domains represent domains with the worst quality of life. The overall score for self-esteem was a median of 31.5 (IIQ 26.0–34.8) and for self-efficacy, a median of 4.3 (IIQ 3.2–4.8). **Conclusion:** Patients with difficult-to-heal wounds had a poor overall quality of life and were associated with the presence of pain at the time of the interview, female gender, insufficient income, not practicing physical activity, and wounds of vasculogenic etiology, as well as symptoms of moderate depression. Wound pain during the interview was correlated with the number of wounds that were difficult to heal and was associated with symptoms of mild depression. Patients with vasculogenic wounds complained of greater intensity. Symptoms of moderate depression were identified in single people, and low schooling was associated with depressive symptoms. Anxiety, depression, stress, low self-esteem, and a low perception of self-efficacy were more evident in women with wounds that were difficult to heal. Physical activity and schooling had a negative influence on perceived self-efficacy. Elderly people with chronic wounds have a lower capacity for self-care, lower self-esteem, and a poorer perception of self-efficacy.

Keywords: Hard-to-heal wounds; Quality of life; Pain; Anxiety; Depression; Stress; Self-care; Self-esteem; Self-efficacy; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida, factores sociodemográficos, clínicos y subjetivos (depresión, ansiedad, estrés, autoestima, autoeficacia, autocuidado y dolor) en adultos con heridas de difícil cicatrización. **Metodología:** Estudio correlacional, descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo. La recolección de datos se realizó en dos municipios del estado de São Paulo. La muestra estuvo compuesta por 116 pacientes. Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés – Forma Corta (DASS-21), Escala de Evaluación de la Agencia de Autocuidado (ASA-A), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Escala de Autocuidado. Escala de Eficacia General Percibida (The General Self-Efficacy Scale) y para la calidad de vida Freiburg Life Quality Assessment–Wound (FLQA-Wk), a través de la cual se presentaron los resultados considerando frecuencias relativas y absolutas, así como medidas de tendencia central. Para el análisis estadístico inferencial se utilizaron las siguientes pruebas: correlación (Spearman y Chi-cuadrado), asociación y comparación (Mann Whitney o Kruskal Wallis) y el postest de Bonferroni. CAAE: 63323822.9.0000.5504. **Resultados:** DASS-21, depresión (68,1%), ansiedad (76,7%) y estrés (71,6%) entre normal y leve, 43,1% excelentes habilidades para realizar el autocuidado. El 50% de los participantes refirió dolor en la herida durante la entrevista, con una mediana de 1,0 (IIQ 0-8,0), la mediana de tiempo que estuvo la herida en meses fue de 52 (RIQ 17,0-204, 0). En la valoración de la calidad de vida la mediana fue 10,7 (IIQ 6,4-13,6), el dominio bienestar psicológico representa un estado de mejor calidad de vida (mediana 1,0 y IIQ 0,3-1,5), la vida diaria (mediana 2,4 y Los dominios IIQ 1,4-3,2) y tratamiento (mediana 2,4 y IIQ 1,5-3,0) representan dominios con la peor calidad de vida. La puntuación de autoestima general, mediana 31,5 (IIQ 26,0-34,8) y para autoeficacia, mediana 4,3 (IIQ 3,2-4,8). **Conclusión:** Los participantes con heridas de difícil cicatrización presentaron una calidad de vida general regular asociada a: la presencia de dolor al momento de la entrevista; al sexo femenino; ingresos insuficientes, hábito de no práctica de actividad física y heridas de etiología vasculogénica, así como síntomas de depresión moderada. El dolor en la herida, durante la entrevista, se correlacionó con el número de heridas de difícil cicatrización y se asoció con síntomas de depresión moderada, y en pacientes con heridas vasculogénicas hubo quejas de mayor intensidad. Se identificaron síntomas de depresión moderada en los solteros, del mismo modo que un bajo nivel educativo se asoció con síntomas depresivos. Tanto la ansiedad como la depresión, el estrés, la baja autoestima y la baja percepción de autoeficacia son más evidentes en mujeres con heridas de difícil cicatrización. La práctica de actividad física y educación influyó negativamente en la percepción de autoeficacia. Las personas mayores con heridas

crónicas tienen menor capacidad de autocuidado, menor autoestima y peor percepción de autoeficacia.

Palabras clave: Heridas de difícil cicatrización; Calidad de vida; Dolor; Ansiedad; Depresión; Estrés; Cuidados personales; Autoestima; Autoeficacia; Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Escores de corte e grau de severidade dos sintomas depressivo, de ansiedade e de estresse – DASS-21	33
Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis qualitativas sociodemográficas e clínicas e DASS-21 e ASA-A de pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023	43
Tabela 3 - Análise descritiva das variáveis quantitativas sociodemográficas e clínicas, qualidade de vida (FLQA-Wk), autoestima (EAR) e autoeficácia (EAGP) de pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023	46
Tabela 4 - Correlação entre dor, idade, tempo de lesão e quantidade de feridas em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023	47
Tabela 5 - Correlação e comparação entre dor e as variáveis sociodemográficas, clínicas e subjetivas (autocuidado, depressão, ansiedade e estresse) em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023	48
Tabela 6 - Comparação entre a variável tempo de existência da ferida com as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.....	49
Tabela 7 - Comparação entre as variáveis número e etiologia das feridas com as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.....	50
Tabela 8 - Correlação entre qualidade de vida e as variáveis quantitativas sociodemográficas, clínicas e subjetivas (autoestima, autoeficácia) e dor em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.	53
Tabela 9 - Correlação entre qualidade de vida e as variáveis qualitativas sociodemográficas, clínicas e subjetivas (depressão, ansiedade, estresse e autocuidado) em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.....	54
Tabela 10 - Comparação entre a dor e os domínios da FLQA-Wk com a etiologia da ferida em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023	56
Tabela 11 - Comparação entre a dor e os domínios da FLQA-Wk com a etiologia da ferida entre os sexos masculino e feminino em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023	57
Tabela 12 - Correlação entre os domínios da FLQA-Wk em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023	58
Tabela 13 - Associação entre depressão, ansiedade e estresse e capacidades para o autocuidado com as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023	59
Tabela 14 - Comparação entre depressão, ansiedade e estresse e capacidades para o autocuidado com as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com feridas de difícil	

cicatrização, Catanduva-SP, 2023	62
Tabela 15 - Comparação entre depressão, ansiedade e estresse e capacidades para o autocuidado com as variáveis subjetivas autoestima e autoeficácia em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.	64
Tabela 16 - Comparação entre depressão, ansiedade e estresse com a variável capacidade para o autocuidado em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.....	65
Tabela 17 - Associação entre autoestima e autoeficácia com as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.	66
Tabela 18 - Correlação entre autoestima e autoeficácia com as variáveis sociodemográficas, clínicas e dor em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023 ...	67
Tabela 19 - Correlação entre autoestima e autoeficácia em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023	68

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLO

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASA-A	Appraisal of Self-Care Agency Scale
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DASS-21	Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form
DCND	Doenças Crônicas Não Degenerativas
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
E	Erro amostral
EACAC	Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado
EAGP	Escala de Autoeficácia Geral Percebida
EAR	Escala de Autoestima de <i>Rosenberg</i>
EPS	Exopolissacarídeo
EQ-5D	EuroQol - 5D
EVN	Escala Verbal Numérica de Dor
FLQA-Wk	Freiburg Life Quality Assessment–Wound
GSE	General Self-Efficacy Scale
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IL	Interleucina
IL1-b	Interleucina 1 Beta
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LP	Lesão por Pressão
MEC	Matriz Extracelular
MPPs	Metaloproteases
N	População
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association
P	Percentual máximo
PE	Processo de Enfermagem
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
RSES	Rosenberg Self-Esteem Scale
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TDAC	Teoria do Déficit do Autocuidado
TNF-a	Fator de Necrose Tumoral Alfa
TSC	Teoria Social Cognitiva
TSC	Teoria Social Cognitiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USF	Unidade de Saúde da Família
VEGF	Fator de Crescimento Endotelial Vascular
Z	Nível de confiança

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	3
1. INTRODUÇÃO.....	4
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
2.1. Feridas de difícil cicatrização.....	7
2.1.1. Aspectos Epidemiológicos, microbiológico e causas das feridas de difícil cicatrização.....	10
2.1.2. Aspectos clínicos dos pacientes com feridas de difícil cicatrização	14
2.1.3. Aspectos subjetivos dos pacientes com feridas de difícil cicatrização ..	16
2.1.3.1. Autoestima em pacientes com feridas de difícil cicatrização	17
2.1.3.2. Autoeficácia em pacientes com feridas de difícil cicatrização	18
2.1.3.3. Autocuidado em pacientes com feridas de difícil cicatrização.....	19
2.1.3.4. Depressão, ansiedade e estresse em pacientes com feridas de difícil cicatrização	21
2.1.3.5. Qualidade de vida em pacientes com feridas de difícil cicatrização	23
2.1.3.6. Dor em pacientes com feridas de difícil cicatrização	24
3. OBJETIVO	28
3.1. Objetivo geral.....	28
3.2. Objetivos específicos	28
4. MATERIAL E MÉTODO	29
4.1. Desenho do estudo	29
4.2. Local e Período do estudo	29
4.3. População e Amostra.....	30
4.3.1. Critérios de inclusão.....	31
4.3.2 Critérios de exclusão	31
4.4. Coleta de dados	31
4.4.1. Procedimento para coleta de dados	31
4.4.2. Instrumento de coleta de dados	32
4.4.3. Organização e análise de dados.....	40
4.5 Aspectos Éticos	41
5. RESULTADOS.....	43
5.1 Caracterização das variáveis sociodemográficas, clínicas, de qualidade de vida, subjeltivas (autocuidado, depressão, ansiedade, estresse, autoestima, auto-eficácia) e	

dor	43
5.2 Correlação e comparação da dor com as variáveis sociodemográficas, clínicas e subjetivas	47
5.3 Associação e comparação das variáveis tempo, etiologia e quantidade de ferida com as variáveis sociodemográficas e clínicas	49
5.4 Correlação e comparação da qualidade de vida, com m as variáveis sociodemográficas, clínicas, subjetivas e dor	52
5.5. Associação e comparação entre depressão, ansiedade e estresse e capacidade para o autocuidado com as variáveis sociodemográficas e clínicas	58
5.6. Associação e correlação entre autoestima e autoeficácia com as variáveis sociodemográficas, clínicas e a dor	66
6. DISCUSSÃO	69
6.1 Limitações do estudo.....	86
6.2 Recomendações do estudo para a prática.....	86
7. CONCLUSÃO.....	89
8. REFERÊNCIAS	91
9. APÊNDICES	104
9.1. Apêndice I – Instrumento – Dados Sociodemográficos e Clínicos	104
9.2. Apêndice II – Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)	105
9.3. Apêndice III – Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)	106
10. ANEXOS	109
10.1. Anexo I – Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21).....	109
10.2. Anexo II – Escala de Autoestima de Rosenberg.....	110
10.3. Anexo III – Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP).....	111
10.4. Anexo IV – Autorização para o uso da EAGP.....	112
10.5. Anexo V – Escala para Avaliação das Capacidades de Autocuidado.....	113
10.6. Anexo VI – Autorização para o uso da Escala de Autocuidado	115
10.7. Anexo VII – Questionário de qualidade de vida (FLQA-wk)	116
10.8. Anexo VIII – Autorização para o uso da FLQA-wk.....	118
10.9. Anexo IX – Parecer CEP	119

APRESENTAÇÃO

Meu interesse na assistência aos pacientes com feridas, inicia-se, no terceiro ano da graduação em enfermagem, em 2001, quando tive a oportunidade de participar do grupo de curativos da FAMERP, sob responsabilidade e supervisão da Profa. Dra. Nadia Poletti, a partir daí, quando iniciei minha vida profissional, no meu primeiro emprego, em 2002, participei ativamente da organização e implementação do primeiro grupo de curativos dessa instituição.

Em 2014, surgiu a oportunidade de compartilhar minha vivência, saberes e experiências com estudantes do curso de graduação em enfermagem, em meio ao desenvolver do meu mestrado.

As inquietudes dos alunos pela necessidade de conhecimento no tratamento de feridas, despertou em mim o interesse em criar um grupo de estudo sobre assistência de enfermagem em feridas, essa ideia inicial ganhou grandes proporções e nos permitiu a criação, em 2015, de uma liga acadêmica de curativos, o meu xodó ... A partir daí muitos compartilhamentos de saberes, inúmeros trabalhos publicados e apresentados em congressos, orientações de TCC, publicação de livros e capítulos direcionados à abordagem de feridas.

Ao mesmo tempo, ensinar me inspirou a embarcar em uma jornada de aprendizagem contínua. Então, em 2019, início o doutorado em busca de oportunidade de aprofundar meus conhecimentos na abordagem de pacientes com feridas de difícil cicatrização, na perspectiva de assistir a essa clientela além dos aspectos físicos da ferida ou da terapêutica necessária, entre as minhas inquietudes emergem: quais são as repercussões das feridas de difícil cicatrização na vida do paciente?

Com o doutorado, conheci pessoas generosas que me acolheram e me ajudaram a construir esse caminho de aprendizagem. No entanto, com o início repentino da pandemia da COVID-19, permaneceram muitos desafios, medos, incertezas e preocupações, especialmente relacionadas à coleta de dados, agora interrompida. Medos e anseios que se propagaram para os meus familiares também, meu maior tesouro, minha mãe, tem hoje 76 anos, quanto medo tive dela adoecer durante essa pandemia... portanto, fazer um doutorado consiste em alegrias e tristezas, medos, incertezas, angústias e vitórias que nos ensinam que devemos nos reorganizar e seguir em frente.

Apresento aqui minha tese, espero colaborar com evidências científicas para uma abordagem mais humana e digna dos pacientes que convivem com ferida de difícil cicatrização.

Boa leitura!

João Cesar.

1. INTRODUÇÃO

As feridas crônicas, atualmente, são definidas como complexas ou de difícil cicatrização (ATKIN; BUŤKO; CONDE; et al., 2019), caracterizam-se pela perda da continuidade do maior órgão do corpo humano, a pele, em pequena ou grande extensão, está associada a múltiplos fatores, como comprometimentos vasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, neuropatias, imobilidade prolongada, neoplasias e alterações nutricionais (OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2019; LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018). Essas lesões incidem em 5% da população adulta no mundo ocidental. No Brasil, a prevalência de feridas crônicas é de 11,8%, com maior incidência na população idosa, atingindo cerca de 1% a 2% da população em geral, com incidência de 0,76% em homens e 1,42% nas mulheres. Dentre as feridas crônicas de maior prevalência destacam-se as lesões por pressão (LP), 5%. Sendo consideradas um problema de saúde pública, as feridas crônicas impactando na economia e nos serviços de saúde, ao envolverem a necessidade de cuidados domiciliares, internações prolongadas e tratamentos complexos (OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2019; LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018; DOMINGUES; CARVALHO; KAIZER, 2018; VIEIRA; ARAUJO, 2018).

O processo cicatricial ocorre em três fases distintas e sequenciais: fase inflamatória, fase proliferativa e fase de remodelação ou de maturação, o retardo neste processo é a principal característica das feridas crônicas, estas apresentam condições sistêmicas predisponentes que promovem a estagnação no processo de reparação tecidual, permanecendo na fase inflamatória deste processo; devido à inflamação crônica existente e infecções recorrentes causadas pela presença de biofilmes, frequentemente associadas a resistência a antimicrobianos; além da presença de doenças subjacentes (VOGT, 2018; NEWBERN, 2018)..

No leito das feridas crônicas a cicatrização há constante migração de macrófagos e neutrófilos, com significativa redução na mitose celular, ao haver uma limitação na resposta dos fibroblastos aos fatores de crescimento transformadores, além da neoangiogênese reduzida, causada por aporte sanguíneo insuficiente com consequente hipóxia tecidual. Cronologicamente, as feridas difíceis de cicatrizar são definidas como lesões com tempo de existência superior a 3 meses (LUCIO; POLETTI, 2019; ZHAO; LIANG; CLARKE; JACKSON; XUE, 2016).

Considerando os aspectos relacionados ao processo inflamatório e infeccioso presentes nas feridas crônicas ou de difícil cicatrização, assim como nos tecidos perilesional, estas

apresentam características semiológicas variadas, com evidências para: a dor, o eritema, o edema, o calor e a presença de exsudato variando de seroso a purulento, além de exibirem tecido de granulação friável, prurido, leito da ferida opaco, odor fétido, bordas com margens irregulares e desniveladas com solapamento e tunelização, pele perilesional ressecada e com pigmentação alterada; podem evoluir para infecção de partes moles, perda de função, amputação ou sepse (SANTOS; JUNIOR; RIBEIRO; XAVIER; ALMEIDA; MORATO, 2017; DOMINGUES; ALEXANDRE; SILVA, 2015).

Os pacientes com feridas de difícil cicatrização, além de apresentarem condições físicas inerentes às características e consequências destas lesões, expõem influências significativas dessas em sua qualidade de vida (QV) que incluem, particularmente, mudanças nos aspectos psicossociais, psicoespirituais e socioeconômicos. Contribuem para uma situação de isolamento social, com maior grau de dependência para o autocuidado, incapacidades para execução das atividades de vida diária (AVD) e baixa autoestima devido às mudanças significativas na imagem corporal e em suas capacidades funcionais (ZHAO; LIANG; CLARKE; JACKSON; XUE, 2016; VOGT, 2018; LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018; PERES, 2018).

Como exposto anteriormente, o processo de cicatrização das feridas crônicas é comumente lento ou prolongado, ocasiona ansiedade nos pacientes, fazendo com que se sintam desanimados e com sentimentos de incapacidades ou inferioridade, desencadeando sinais de depressão, com reflexo significante na relação familiar. A presença de familiares ou pessoas significativas, fazem com que o paciente não se sinta sozinho, encorajando-o na adesão ao tratamento, refletindo positivamente na qualidade de vida, autoestima e aceitação (NASCIMENTO; MACÊDO; ALEXANDRINO; CARDINS; SOUZA; NOGUEIRA, 2020; BARBOSA, SALOMÉ; FERREIRA, 2017). De acordo com Rosenberg, a autoestima é um componente fundamental da saúde mental e social do ser humano, indica o ajuste do indivíduo à sociedade em que vive. Como enfermeiros, devemos atender aos pacientes de forma integral e holística, não apenas considerar as condições físicas do paciente e da ferida, mas também atentar-se aos processos psicossociais e espirituais agravados por uma condição crônica (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004; SILVA; DOMINGUES, 2017; PERES, 2018).

Mediante as condições associadas e vivenciadas pelo paciente com feridas de difícil cicatrização, é comum apresentar déficits de capacidade para o atendimento das suas necessidades individuais de autocuidado, Dorothea Orem elaborou a Teoria do Déficit de Autocuidado (TDAC), uma teoria de enfermagem fundamentada no conceito de “fazer coisas” por si e para si, promovendo e mantendo a vida, saúde e bem-estar. Sabe-se que o autocuidado

é importante para o desenvolvimento das atividades de promoção e manutenção da saúde, assim como para o controle e tratamento das doenças (NASCIMENTO; BLANES; CASTRO; PRADO; BORGES; CAVICHIOLI, et al., 2020).

Neste sentido, a avaliação das capacidades para o autocuidado nos pacientes com feridas de difícil cicatrização pode ser implementada utilizando a Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado, conhecida como ASA-A. Este instrumento permite avaliar o desempenho para o autocuidado em situações específicas como: a capacidade para banhar-se, alimentar-se, exercitar-se, entre outras (SILVA; DOMINGUES, 2017).

Atualmente, ao enfermeiro incumbe a árdua tarefa de: avaliar; prescrever a terapêutica adequada; efetuar e orientar a realização de curativos; e acompanhar de forma sistematizada a evolução cicatricial da lesão. Trata-se de um desafio que vai além da avaliação dos aspectos biológicos relacionados ao processo cicatricial e às características do leito da lesão ou da pele perilesional. O paciente com ferida de difícil cicatrização necessita de uma avaliação pautada na perspectiva do ser humano em todos os aspectos da sua dimensão como pessoa adoecida; destacam-se aqui: a qualidade de vida, a autoestima, a aceitação, os fatores emocionais e sociais (LIMA; CARVALHO; SANTOS; JUNIOR, 2017).

Para avaliar e intervir nas necessidades dos pacientes que apresentam feridas de difícil cicatrização, os enfermeiros dispõem de uma ferramenta metodológica que organiza e sistematiza ações de forma dinâmica e inter-relacionada, o processo de enfermagem (PE), é composto por cinco etapas distintas: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de Enfermagem as quais permitem uma avaliação das respostas humanas centralizada na integralidade do ser humano, de forma individualizada, crítica, holística e humanizada permitindo a adequação do plano terapêutico aos autores cujos estudos foram referenciados (LIMA; CARVALHO; SANTOS; JUNIOR, 2017; COSTA; LINCH, 2020).

Este estudo emerge da complexidade do cuidado, assim como das repercussões que as feridas de difícil cicatrização promovem na vida dos pacientes, para identificar as necessidades afetadas e fragilidades relacionadas à qualidade de vida, autoestima, autocuidado, autoeficácia, assim como a presença de depressão, estresse, ansiedade e dor neste grupo específico. Permite-nos estabelecer critérios capazes de determinar uma assistência de enfermagem em uma perspectiva integral e holística, assim como reforçar a rede de apoio, conferindo-lhes suporte multiprofissional e fortalecimento no enfrentamento das adversidades de conviver com feridas de difícil cicatrização.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. FERIDA DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

Uma ferida é definida como a perda da integridade dos tecidos que revestem o corpo, e cicatrizam normalmente seguindo uma cascata de repostas fisiológicas descritas em quatro etapas distintas, sucessivas, porém sobrepostas, a fase de hemostasia, a fase inflamatória, a proliferativa e a de maturação ou remodelação (RAZDAN; GARCIA-LARA; SINHA; SINGH, 2022; OLSSON, et al. 2019; PAUL, 2013, ARAUJO; ASSIS; VILELA; BOERY; RODRIGUES; ROCHA, 2020). As feridas crônicas também denominadas feridas de difícil cicatrização, são lesões que não evoluem adequadamente no período em que, normalmente, se processariam essas quatro fases. Essas feridas não cicatrizam num intervalo de tempo esperado de até 6 semanas ou que não apresentou redução do tamanho inferior a 40–50% em quatro semanas, permanecendo na fase inflamatória do processo cicatricial (RAZDAN; GARCIA-LARA; SINHA; SINGH, 2022; ARAUJO; ASSIS; VILELA; BOERY; RODRIGUES; ROCHA, 2020; HUSSEY; YOUNG, 2020; LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018; SILVA; MATIAS; FREITAS; COSTA; ANDRADE, 2020).

A angiogênese é prejudicada em todas as feridas de difícil cicatrização, impedindo a progressão da ferida para a fase de maturação, devido à: redução de fatores de crescimento tecidual; produção de citocinas inflamatórias e pró-inflamatórias; aumento na expressão do fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), interleucina 1 beta (IL1- β) (LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018; SILVA; MATIAS; FREITAS; COSTA; ANDRADE, 2020; SCHILRREFF; ALEXIEV, 2022), além da infiltração de neutrófilos e macrófagos em excesso no leito da ferida resultando em aumento na produção de proteases, entre elas a elastase e metaloproteases (MPPs) que degradam a matriz extracelular (MEC), diminuindo a proliferação de fibroblastos e a síntese de colágeno. Uma resposta inflamatória indesejada e exacerbada, desencadeia uma sucessão de eventos deletérios o que impede a cicatrização das feridas (SAMANIEGO-RUIZ; LLATAS; JIMÉNEZ, 2018; MONIKA; CHANDRAPRABHA; RANGARAJAN; WAIKER; MURTHY, 2022; DEARSLEY, 2021; ERIKSSON, et al, 2022; BROWN, 2019).

A inflamação crônica, uma característica essencial das feridas que não cicatrizam, em uma análise final, pode predispor à formação de neoplasia maligna no local lesionado (MONIKA; CHANDRAPRABHA; RANGARAJAN; WAIKER; MURTHY, 2022).

Atribui-se também às feridas de difícil cicatrização a presença de alterações anatômicas e fisiológicas locais e sistêmicas, relacionadas a fatores extrínsecos e intrínsecos, tais como idade, estado nutricional inadequado, capacidades funcionais reduzidas, imobilidade, alteração da percepção sensorial, alterações dos índices hematológicos; tabagismo, etilismo, uso de anti-inflamatórios, corticoides, tratamento radioterápico e quimioterápico, presença de biofilme, infecção local, presença de corpo estranho, hipóxia e isquemia tecidual (SILVA; MATIAS; FREITAS; COSTA; ANDRADE, 2020; SCHILRREFF; ALEXIEV, 2022; SAMANIEGO-RUIZ; LLATAS; JIMÉNEZ, 2018; MONIKA; CHANDRAPRABHA; RANGARAJAN; WAIKER; MURTHY, 2022; DEARSLEY, 2021).

Além dos fatores apresentados, destaca-se a presença de comorbidades subjacentes que influencia diretamente a fisiopatologia do processo cicatricial, dentre elas: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); o Diabetes mellitus (DM); enfermidades vasculares e o imunocomprometimento, tornando a abordagem terapêutica complexa, ademais, considera-se, para uma avaliação e tratamento adequados, não apenas os fatores locais associados a ferida, mas também as repercussões desta na vida do paciente, familiares e cuidadores (DEARSLEY, 2021; ERIKSSON, et al, 2022; BROWN, 2019; OLSSON, et al. 2019; PAUL, 2013, ARAUJO; ASSIS; VILELA; BOERY; RODRIGUES; ROCHA, 2020; HUSSEY; YOUNG, 2020; LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018).

Dentre a etiologia das feridas destacam-se as traumáticas, as vasculares, as neuropáticas, as relacionadas a pressão, assim como as feridas de etiologia mista, no entanto, feridas de qualquer etiologia podem se tornar uma ferida de difícil cicatrização (MONIKA; CHANDRAPRABHA; RANGARAJAN; WAIKER; MURTHY, 2022; SILVA; MATIAS; FREITAS; COSTA; ANDRADE, 2020; CAVALCANTE, et al., 2020; BUI, et al., 2021). Uma ferida traumática é resultante de eventos mecânicos e físicos e podem acometer desde as camadas mais superficiais da pele até tecidos mais profundo e estruturas subjacentes; dentre as feridas traumáticas destacam-se as dermatabrasões e queimaduras (ERIKSSON, et al., 2022; ATKIN, 2019 PAUL, 2013; OLSSON, et al. 2019; SAMANIEGO-RUIZ; LLATAS; JIMÉNEZ, 2018; MOSCICKA; BIALASIK; SZEWCZYK; JAWIEN, 2022; BROWN, 2019; RAZDAN; GARCIA-LARA; SINHA; SINGH, 2022).

Em relação às feridas de origem vascular, destacam-se as úlceras arterial e venosa (PAUL, 2013; OLSSON, et al. 2019), a úlcera arterial é uma ferida procedente de isquemia tecidual, devido ao aporte insuficiente de oxigênio para os tecidos, em consequência de

aterosclerose ou embolia, associada a fatores de risco para a oclusão arterial como a hipercolesterolemia, HAS, DM e o tabagismo (SAMANIEGO-RUIZ; LLATAS; JIMÉNEZ, 2018; MOSCICKA; BIALASIK; SZEWCZYK; JAWIEN, 2022; CHANDRAPRABHA; RANGARAJA; WAIKER; MURTHY, 2022).

Semiologicamente, as úlceras arteriais são feridas secas, com bordas bem definidas e regulares e localizadas nas extremidades, já a úlcera venosa resulta de insuficiência venosa crônica, causando a transudação de macromoléculas plasmáticas e fibrina para o espaço perivascular e intersticial (SILVA; MATIAS; FREITAS; COSTA; ANDRADE, 2020; CAVALCANTE, et al., 2020; BUI, et al., 2021; CHANDRAPRABHA; RANGARAJA; WAIKER; MURTHY, 2022; ERIKSSON, et al., 2022). A fibrose e o edema formado impedem a circulação sanguínea e, em consequência, o aporte de oxigênio e de nutrientes no leito da ferida produzindo um microambiente hipóxico que favorece a cronicidade das úlceras venosas, são feridas localizadas no terço inferior dos membros inferiores, com bordas irregulares e exsudativas, com alta taxa de recorrência. Frequentemente a insuficiência venosa coexiste com insuficiência arterial, levando a uma etiologia mista de úlceras, o que pode causar confusão diagnóstica (BUI, et al., 2021; ERIKSSON, et al., 2022; ATKIN, 2019, BROWN, 2019; RAZDAN; GARCIA-LARA; SINHA; SINGH, 2022, MOSCICKA; BIALASIK; SZEWCZYK; JAWIEN, 2022; CHANDRAPRABHA; RANGARAJA; WAIKER; MURTHY, 2022).

As feridas de origem neuropática ou úlceras do pé diabético estão relacionadas à associação de três fatores: presença de neuropatia periférica, isquemia e trauma. Essas se caracterizam pela perda de sensibilidade protetora dos pés, acometem principalmente os pacientes com DM, o desarranjo metabólico glicêmico vivenciado pelo paciente diabético, induzem ao estresse oxidativo e aumentam a rigidez da MEC, promovendo uma resposta inflamatória crônica, apresentando, habitualmente, borda com hiperqueratose (PAUL, 2013; OLSSON, et al. 2019; MOSCICKA; BIALASIK; SZEWCZYK; JAWIEN, 2022; ERIKSSON, et al., 2022; DING, et al. 2022; GARCIA-LARA; SINHA; SINGH, 2022).

No que diz respeito às feridas relacionadas à pressão, destaca-se a lesão por pressão (LP), definida como uma lesão que acomete a pele ou estruturas subjacentes. São causadas por insuficiência de aporte de oxigênio aos tecidos devido à oclusão do fluxo sanguíneo, quando há excesso de pressão por tempo prolongado, fricção ou cisalhamento entre uma superfície e normalmente sobre uma proeminência óssea (PAUL, 2013; OLSSON, et al. 2019; MORAES; BORGES; LISBOA; CORDEIRO; ROSA; ROCHA, 2016). São classificadas em estágios que

variam de I a IV, conforme a profundidade dos tecidos acometidos, no estágio I, a pele esta íntegra, porem há presença de hiperemia que não embranquece com a digitopressão; o estagio II se caracteriza pela perda parcial de espessura da pele com exposição da derme, como uma lesão úmida e leito viável, podendo se apresentar com a presença de flictenas de conteúdo seroso; já o estágio III se apresenta como perda de espessura total da pele com exposição do tecido adiposo; e o estágio IV se diferencia pela perda de espessura total da pele com exposição de estruturas subjacentes, tais como: fáscia, músculo, tendão, cartilagens e ossos, além de outras duas classificações que são utilizadas quando não é possível determinar a profundidade da lesão, sendo definidas como lesão tissular profunda, quando há presença de hiperemia associada à tonalidade marrom ou roxa da pele que não embranquece ao toque podendo haver flictenas de conteúdo hemático, e o estágio não classificável, quando há presença de necrose recobrando o leito da lesão (MORAES; BORGES; LISBOA; CORDEIRO; ROSA; ROCHA, 2016; ERIKSSON, et al., 2022; BROWN, 2019; DING, et al. 2022; OLSSON, et al. 2019).

2.1.1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, MICROBIOLÓGICO E CAUSAS DAS FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

As feridas de difícil cicatrização constituem um grande desafio para os profissionais de saúde por apresentarem um aumento significativo da prevalência e incidência, constituindo, também, um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A cronicidade de uma ferida implica um impacto econômico significativo, tanto para os sistemas de saúde como para o paciente e familiares.

Essa condição requer profissionais capacitados e treinados para abordagem terapêutica adequada em serviços especializados, além do uso coberturas que envolve tecnologias de custo relevante e sobrecarga nas hospitalizações, impactando no declínio das funções motoras e promovendo absenteísmo ou aposentadoria precoce com comprometimento na qualidade de vida e autoestima (LEAL; OLIVEIRA; BOMFIM; FIGUEREDO; SOUZA; SANTOS, 2017; SILVA; MATIAS; FREITAS; COSTA; ANDRADE, 2020; MOSCICKA; BIALASIK; SZEWCZYK; JAWIEN, 2022).

O aumento da expectativa de vida e da incidência de doenças crônicas não degenerativas (DCND) são fatores que contribuem para o desenvolvimento de feridas de difícil cicatrização. Estima-se que nos países desenvolvidos cerca de 1 a 1,5% da população apresentam algum tipo de ferida de difícil cicatrização, a qual vem aumentando nos últimos anos, predominantemente na população idosa na Europa (SAMANIEGO-RUIZ; LLATAS; JIMÉNEZ, 2018; MOSCICKA; BIALASIK; SZEWCZYK; JAWIEN, 2022; VERMA; LEWIS; MEJIA;

CHALASANI; MARCUS, 2022; ERIKSSON, et al., 2022; ATKIN, 2019).

Estima-se que entre 2 e 4% do gasto em saúde é destinado ao tratamento dessas feridas, enquanto nos EUA, as feridas de difícil cicatrização afetam mais de 6,5 milhões de pessoas e representam gastos de mais de 25 bilhões de dólares anuais. Neste mesmo país espera-se, para os últimos 20 anos, o dobro no número de adultos com mais de 65 anos com feridas de difícil cicatrização devido às crescentes taxas de diabetes e obesidade (VERMA; LEWIS; MEJIA; CHALASANI; MARCUS, 2022; ERIKSSON, et al., 2022; ATKIN, 2019; SCHROEDER; TARANTINO, 2018; GOULD, et al., 2015).

No Reino Unido, a estimativa de pessoas com feridas de difícil cicatrização é de 2,2 milhões de pacientes, correspondendo a 4,5% da população adulta, sendo mais frequente entre os indivíduos com mais de 65 anos, acometendo 3,6% dessa população; os valores estimados para o tratamento dessa enfermidade ultrapassam 5,3 bilhões de libras neste país (HOLZER-GEISSLER; et al., 2022; THAARUP; IVERSEN; LICHTENBERG; BJARNSHOLT; JAKOBSEN, 2022).

Estudos sobre prevalência e incidência de feridas de difícil cicatrização na população brasileira ainda são incipientes e faltam dados, no entanto, no Brasil, estima-se que 3% da população apresentam algum tipo de ferida de difícil cicatrização (LEAL; OLIVEIRA; BOMFIM; FIGUEREDO; SOUZA; SANTOS, 2017; BORGES; FILHO; JUNIOR, 2018).

Diversos fatores podem retardar a cicatrização das feridas, dentre eles, destaca-se a presença de um processo infeccioso no leito da lesão ou de biofilme; este último, presente entre 60% e 80% das feridas de difícil cicatrização; essas lesões possuem um habitat ideal para a formação destes dois eventos devido a um desequilíbrio entre as atividades das proteases e seus inibidores, associado ao comprometimento da resposta imune do paciente (RAZDAN; GARCIA-LARA; SINHA; SINGH, 2022; SCHROEDER; TARANTINO, 2018; IANNONE; JANOWSKA; DINI; TOMINI; ORANGES; ROMANELLI, 2019).

As feridas de difícil cicatrização infectadas possuem etiologia polimicrobiana, ou seja, possuem mais de uma espécie de bactérias, sejam elas anaeróbicas, sejam aeróbicas. Dentre os microrganismos, mais comuns, isolados nessas feridas (WILLIAMS, 2021; SCHROEDER; TARANTINO, 2018; SILVA, et al., 2018; THAARUP; IVERSEN; LICHTENBERG; BJARNSHOLT; JAKOBSEN, 2022), destacam-se as bactérias Gram-positivas como *Staphylococcus aureus* (em até 61% das feridas infectadas), *Staphylococcus epidermidis* e *Enterococcus spp*, que prevalecem com relação às bactérias gram-negativas, dentre estas: *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp* e *Escherichia coli*, além de fungos como *Candida spp*, *Aspergillus spp* e *Proteus mirabilis* (WILLIAMS, 2021; SCHROEDER; TARANTINO,

2018; SILVA, et al., 2018; THAARUP; IVERSEN; LICHTENBERG; BJARNSHOLT; JAKOBSEN, 2022; IANNONE; JANOWSKA; DINI; TOMINI; ORANGES; ROMANELLI, 2019; MANDRIKA, et al., 2021; DING, 2022).

Neste contexto, as biópsias de fragmentos da lesão para cultura têm sido caracterizadas como o padrão-ouro para identificação de microrganismos que colonizarão ou estão causando infecção na ferida, acredita-se que a maior parte dessas bactérias se originam na pele do paciente ou de outras membranas mucosas, como gastrointestinal, orofaríngea e geniturinário. Também são associadas à presença de tecido desvitalizado no leito da ferida (IANNONE; JANOWSKA; DINI; TOMINI; ORANGES; ROMANELLI, 2019; MANDRIKA, et al, 2021; DING, 2022; MONIKA; CHANDRAPRABHA; RANGARAJAN; WAIKER; MURTHY, 2022; JARA; SILVA; ZANCHETTA; ROJO; LIMA, 2017)

Como já relatado anteriormente, a formação de biofilme por bactérias é um contribuinte significativo para a cronicidade da ferida, dificultando a sua cicatrização, um biofilme pode ser definido como uma comunidade organizada de bactérias ou outros microrganismos que persistem e aderem ao leito da ferida e se desenvolvem dentro de uma substância polimérica extracelular, também chamada de exopolissacarídeo (EPS) composta de polissacarídeos, proteínas e DNA secretados pelos próprios microrganismos, protegendo as bactérias contra a atuação fagocitária dos macrófagos e a ação de antimicrobianos dificultando sua erradicação (RAZDAN; GARCIA-LARA; SINHA; SINGH, 2022; SCHROEDER; TARANTINO, 2018). A presença das bactérias *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa* no biofilme aumentam a produção de metaloproteinases pelos queratinócitos, impedindo a evolução no processo cicatricial (RAZDAN; GARCIA-LARA; SINHA; SINGH, 2022; SILVA, et al, 2018).

Além do processo infeccioso e da presença de biofilme como causas associadas à cronicidade da ferida, destacam-se outros fatores, modificáveis e não modificáveis, locais e sistêmicos, que influenciam significativamente o percurso fisiológico do processo cicatricial, tornando a ferida difícil de cicatrizar. Dentre os fatores sistêmicos, destacam-se: a idade, o diabetes mellitus, a desnutrição, a obesidade, as enfermidades vasculares, as nefropatias, as pneumopatias e estilo de vida. São considerados fatores locais: a localização da ferida, o desequilíbrio da umidade, profundidade, tipo de tecido presente no leito da ferida e as bordas da lesão (SAMANIEGO-RUIZ; LLATAS; JIMÉNEZ, 2018; ERIKSSON, et al, 2022; JARA; SILVA; ZANCHETTA; ROJO; LIMA, 2017).

As alterações anátomo-fisiológicas do envelhecimento, são capazes de promover uma influência significativa na cicatrização, nos mecanismos de reparo das lesões, bem como na regeneração dos tecidos, pois provocam uma redução na resposta imunológica do hospedeiro,

causando atrofia celular e diminuição do colágeno e fibras de elastina (BROWN, 2019; SILVA; MATIAS; FREITAS; COSTA; ANDRADE, 2020; CAVALCANTE, et al, 2020).

O envelhecimento também está associado aos atrasos na infiltração de macrófagos e células T no leito da ferida, assim como na angiogênese, devido à alteração na microcirculação na pele do idoso, capaz de reduzir a resposta inflamatória e as células progenitoras. Ocorre, ainda, a demora da epitelização, uma vez que o processo inflamatório associado à idade é caracterizado por altos níveis sustentados de citocinas pró-inflamatórias, como interleucina (IL)-6 e fator de necrose tumoral alfa, superexpressão de MMPs e por declínios nos fatores de crescimento, importantes para a cicatrização de feridas; estes, quando associados à redução da mobilidade e das capacidades cognitivas e da destreza manual, além de causar influência direta na realização do autocuidado pelo idoso, favorecem o desenvolvimento de certos tipos de feridas de difícil cicatrização, dentre elas, as mais comuns entre os idosos: a úlcera venosa e a LP (BROWN, 2019; SILVA; MATIAS; FREITAS; COSTA; ANDRADE, 2020; CAVALCANTE, et al., 2020; SAMANIEGO-RUIZ; LLATAS; JIMÉNEZ, 2018; GOULD, et al., 2015).

O diabetes mellitus é doença sistêmica, resultando em hiperglicemia devido à ausência ou deficiência na produção de insulina. Segundo a Federação Internacional de Diabetes, aproximadamente 463 milhões de adultos, entre 20 e 70 anos, foram diagnosticados com diabetes em 2019, com uma perspectiva para 2045 de 700 milhões de casos. A hiperglicemia constitui um fator de risco para a infecção e isquemia: reduz a resposta imune do hospedeiro tornando-o susceptível à infecção e promovendo atraso na cicatrização, favorecendo o desenvolvimento de feridas de difícil cicatrização, que acometem principalmente os pés, aumentando as chances de amputações, uma preocupação para a saúde pública mundial (BROWN, 2019; GOHIL, 2021; WAN; WEISSMAN; GRUNDMAN; LANG; GRYBOWSKI; GALIANO, 2021; RAZDAN; GARCIA-LARA; SINHA; SINGH, 2022).

Evidências clínicas e experimentais sugerem que, no diabético, o avanço do processo cicatricial de feridas pode estagnar-se durante a fase inflamatória devido a um aumento acentuado nas citocinas pró-inflamatórias, como na infiltração de macrófagos e neutrófilos. Destacam-se: a desregulação na diferenciação de miofibroblastos das células precursoras; e, posteriormente, a falta de proliferação celular, redução na angiogênese devido à deficiência na produção do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF); além da deposição insuficiente e destruição da MEC, em decorrência da produção excessiva das MMPs que aumenta a atividade proteolítica assim como a diminuição da contração da ferida. (GOHIL, 2021; WAN; WEISSMAN; GRUNDMAN; LANG; GRYBOWSKI; GALIANO, 2021; RAZDAN;

GARCIA-LARA; SINHA; SINGH, 2022; MONIKA; CHANDRAPRABHA; RANGARAJAN; WAIKER; MURTHY, 2022).

O envelhecimento é um fator de risco significativo para a desnutrição, devido às limitações físicas, psicológicas, sociais e econômicas que essa condição impõe. Ademais, a desnutrição é uma condição que desfavorece sistemicamente a cicatrização, impactando na redução da disponibilidade de macro e micronutrientes, como as proteínas, gorduras, vitaminas A e C, zinco, magnésio, selênio e ferro, necessários para manter o reparo tecidual ideal (KURMIS; WOODWARD; RYAN; RICE, 2021; HERBERGER; MÜLLER; PROTZ; ZYRIAX; AUGUSTIN; HAGENSTRÖM, 2020).

A deficiência proteica, ou seja, diminuição na biodisponibilidade dos aminoácidos arginina, glutamina e metionina, prejudica a fase proliferativa, especialmente a neoangionêse, a proliferação de fibroblastos e a síntese de colágeno, necessária para a formação da MEC; a desnutrição também predispõe à diminuição da imunidade favorecendo a infecção e interferindo no processo cicatricial. A baixa aceitação alimentar e o emagrecimento excessivo causam perda da gordura subcutânea sobre as proeminências ósseas e reduz as reservas energéticas, promovendo imobilidade, constituindo-se em importante fator de risco para o desenvolvimento de LP (KURMIS; WOODWARD; RYAN; RICE, 2021; HERBERGER; MÜLLER; PROTZ; ZYRIAX; AUGUSTIN; HAGENSTRÖM, 2020; ERIKSSON, et al., 2022; GHALY; LLIPOULOS; AHMAD, 2021).

Um estado nutricional adequado é fundamental para o desenvolvimento sistemático das etapas fisiológicas do processo de cicatrização. Assim como a desnutrição, a obesidade também interfere neste processo, ao favorecer a formação de seroma, de hematomas, de infecção e na deiscência de sutura, prolongando o tempo necessário para a cicatrização ocorrer (WILSON; CLARK, 2003).

2.1.2. ASPECTOS CLÍNICOS DOS PACIENTES COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

A dificuldade na cicatrização das feridas está intimamente ligada a complexidade clínica do paciente, sendo estas capazes de promoverem respostas sistêmicas e locais, neste sentido destaca-se a notoriedade de uma abordagem na perspectiva holística e integral desse indivíduo, pois as feridas de difícil cicatrização são feridas complexas; viver com esse tipo de ferida caracteriza-se como uma situação complexa e multifatorial, um amplo desafio para os profissionais de saúde (LEMOS; RODRIGUES; QUEIROZ; JUNIOR; MALAQUIAS. 2018; HARRIES; BOSANQUET; HARDING, 2016; LUCENA; PEREIRA; SANTANA; et al.,

2020).

Nesta perspectiva, com relação às características semiológicas da ferida, deve-se considerar a quantidade de lesões e a localização, haja visto que a presença de mais de uma ferida de difícil cicatrização é comum, considerando: extensão, profundidade, tipo de tecido presente no leito, as características das bordas, volume e aspecto do exsudato, assim como a aparência da pele perilesional, pois o exsudato das feridas de difícil cicatrização usualmente se apresenta em excesso e possui uma composição diferente do exsudato das feridas agudas, configurando a maceração da pele, além de interferir na autoimagem do indivíduo, pois um controle ineficaz do exsudato é capaz de fragilizar e romper relações sociais (CHAVAGLIA; BARDUCHI; FERREIRA; SANTIAGO; ABDANUR; SOARES, 2015, VIEIRA; FURTADO; ALMEIDA; LUZ, PEREIRA, 2017; CHAVAGLIA; OHL; CONTIM; GAMBA, 2015).

Dentro de uma abordagem clínica, destacam-se alguns sinais e sintomas típicos e comuns no panorama das feridas de difícil cicatrização, dentre eles: o prurido, a dor, o mau odor, o sangramento, além do déficit na mobilidade física ou deambulação, incapacidades, diminuição ou ausência da atividade sexual, entre outros (LUCENA; PEREIRA; SANTANA; et al., 2020; LEAL; OLIVEIRA; BOMFIM; FIGUEREDO; SOUZA; SANTOS, 2017; BORGES; FILHO; JUNIOR, 2018).

Considerando o prurido, esse sintoma é ocasionado pela liberação de substâncias pruritogênicas, tais como a histamina e citocinas, causando irritabilidade à pele perilesional, já no caso do mau odor, um sintoma comum no cotidiano dos pacientes com ferida oncológica, isso ocorre devido à associação entre a proliferação da massa tumoral necrótica e a contaminação por microrganismos aeróbios e anaeróbios, sendo os mais comuns a *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*. Desta associação, metabolicamente, há liberação de produtos como o ácido acético, caprótico, gases putrescina e cadaverina, os quais são responsáveis pelo mau odor; essa condição se torna angustiante ao paciente e o predispõe ao isolamento social, sentimento de exclusão e de vergonha promovendo mudanças no estilo de vida (LEAL; OLIVEIRA; BOMFIM; FIGUEREDO; SOUZA; SANTOS, 2017; BORGES; FILHO; JUNIOR, 2018; SANTOS; FULY; SOUTO; SANTOS; BERETTA, 2019; SILVA; MATIAS; FREITAS; COSTA; ANDRADE, 2020;).

O sangramento, outra característica da ferida de difícil cicatrização, ocorre devido ao aumento da fragilidade capilar no leito da ferida (LUCENA; PEREIRA; SANTANA; et al., 2020; LEAL; OLIVEIRA; BOMFIM; FIGUEREDO; SOUZA; SANTOS, 2017; BORGES; FILHO; JUNIOR, 2018).

O impacto da ferida de difícil cicatrização sobre a condição física do paciente o predispõe

à fragilidade, definida como uma síndrome clínica multicausal, que antecede a incapacidade, caracterizada por diminuição da força muscular e da resistência física, identificada nos pacientes como dificuldade para caminhar, instabilidade no equilíbrio, atividade física diminuída, prejuízo nutricional e sarcopenia, comum em idosos com ferida de difícil cicatrização. A fragilidade é capaz de influenciar o aumento do risco de quedas, promovendo mobilidade reduzida, dependência e hospitalização, condições estas que repercutem na privação do indivíduo quanto à realização das atividades de vida diária, no autocuidado, assim como no convívio com outras pessoas, influenciando negativamente a qualidade de vida, causando ansiedade e depressão (LEAL; OLIVEIRA; BOMFIM; FIGUEREDO; SOUZA; SANTOS, 2017; BORGES; FILHO; JUNIOR, 2018; GOMES; TROMBINI; MARTINS; MARTINS, 2020).

O convívio com uma ferida de difícil cicatrização é uma condição que carrega consigo impactantes mudanças ao indivíduo. Conforme o momento da vida em que houve o desenvolvimento da cronicidade da ferida há interferência significativa na trajetória afetivo-sexual, ou seja, para aqueles, no qual a ferida se desenvolveu após o início da vida afetiva e sexual, o enfrentamento dar-se-á de forma mais assertiva, no entanto, as alterações na imagem corporal vividas, tais como a presença e aspecto do curativo, odor, a exsudação e a dor são capazes afetar o exercício e expressão da sexualidade. Considerando o sexo masculino, nessa população específica, a ferida de difícil cicatrização é capaz de gerar inseguranças relacionadas à sua masculinidade e desempenho sexual, fruto de preconceito, vergonha e ansiedade (GOMES; DONOSO; WERLI-ALVARENGA; GOVEIA, 2018; OURO; SOUSA; MOREIRA; SANTOS; CARVALHO; PEREIRA, 2017).

2.1.3. ASPECTOS SUBJETIVOS DOS PACIENTES COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

Uma ferida de difícil cicatrização pode desencadear inúmeros problemas ao longo da vida. Neste sentido, é preciso entender que estas ultrapassam os aspectos físicos e causam repercussões emocionais, subjetivas e simbólicas capazes de promoverem sentimentos negativos de melancolia, sensação de incapacidades, perda de autonomia, tristeza, depressão, insatisfação, frustração, raiva, contribuindo para o isolamento social e nas suas relações cotidianas tanto no âmbito profissional como familiar, na diminuição da autoestima e da motivação, as quais devem ser reconhecidas pelos profissionais de enfermagem durante o atendimento (OURO; SOUSA; MOREIRA; SANTOS; CARVALHO; PEREIRA, 2017;

CHAVAGLIA; OHL; CONTIM; GAMBA, 2015; SILVA; SILVA; FERREIRA; et. al., 2020; SOUSA), pois a piora no aspecto da lesão e do retardo no processo de cicatrização geram sentimentos perturbadores como consequência do estresse vivenciado pela existência da ferida, tais como impotência, frustração e ausência de entusiasmo. Essas respostas do indivíduo à ferida de difícil cicatrização, assim como a magnitude por elas alcançadas, depende das habilidades de adaptação de cada um (SILVA; SILVA; FERREIRA; et. al., 2020; SOUSA; OLIVEIRA; ESTRELA; et. al., 2021; RODRIGUES; MACEDO; SOUZA; MORAES; LANZA; CORTEZ, 2019).

Como qualquer outra doença crônica recorrente, as feridas de difícil cicatrização expõem os pacientes às vulnerabilidades, tais como, grande prejuízo físico, estresse mental e emocional (LEMES; AMARAL; NUNES; CAMPOS; BATISTA; MALAQUIAS, 2019; MOSCICKA; CWAJDA-BIAŁASIK; SZEWCZYK; JAWIEN, 2022). Nesse sentido, é fundamental a abordagem das repercussões das feridas no cotidiano, na dinâmica familiar e social do indivíduo e assisti-lo respeitando suas necessidades biopsicossociais e espirituais, o que contribui para uma assistência integral, a qual não deve ser limitada apenas às características ou aspecto da ferida, uma vez que o bem-estar emocional influencia a adesão do paciente ao tratamento e, como consequência, à adequada evolução do processo cicatricial (MOSCICKA; CWAJDA-BIAŁASIK; SZEWCZYK; JAWIEN, 2022; RODRIGUES; MACEDO; SOUZA; MORAES; LANZA; CORTEZ, 2019).

2.1.3.1. AUTOESTIMA EM PACIENTES COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

A autoestima pode ser definida como um conjunto de sentimentos e pensamentos atribuídos à autovalorização que o indivíduo faz de si mesmo, ou seja, como se aceita, em diferentes circunstâncias da vida, considerando seus valores, competência e adequação respaldados em atitudes negativas ou de depreciação e positivas ou de autoprovação (SCHULTHEISZ E APRILE, 2013; SBICIGO; TEIXEIRA; DIAS; DELL'AGLIO, 2012; MEURER; LUFT; BENEDETTI; MAZO, 2012). Sendo assim, a autoestima se revela como um indicador da saúde mental do indivíduo, pois interfere nas suas relações afetivas e sócias, no bem-estar e na qualidade de vida, assim como na adaptação das condições vividas e na funcionalidade do ser humano (SILVA; SILVA; FERREIRA; et. al., 2020; SOUSA; OLIVEIRA; ESTRELA; et. al., 2021).

Uma ferida de difícil cicatrização é capaz de promover diversas mudanças na vida do indivíduo, na perspectiva do isolamento social, do distúrbio na autoimagem, na adaptação às

trocas diárias de curativos e dos sintomas associados à ferida, tais como, o odor, o exsudato, a dor e a aparência do curativo que são fontes motivadoras do sentimento de vergonha, assim como a terapêutica utilizada e a incapacidade para o autocuidado. Nessa questão, a autoestima é um atributo individual e fundamental para o sucesso do tratamento, satisfação com a vida e compreensão positiva da autoimagem; para tal é fundamental a implementação de cuidados que atendam a todas as necessidades humanas e não apenas aquelas restritas à lesão (MEURER; LUFT; BENEDETTI; MAZO, 2012; BEDIN; BUSANELLO; SEHNEM; SILVA; POLL, 2014; MELO; PASSOS; MACHADO; ALVES; SILVA, 2020; SILVA; SILVA; FERREIRA; et. al., 2020).

Avaliar os critérios que definem a autoestima é fundamental para os enfermeiros, pois como já citado anteriormente, a pessoa com ferida de difícil cicatrização experimenta profundas modificações no seu estilo de vida, perdas e disfunções, podendo ocasionar baixa autoestima (BEDIN; BUSANELLO; SEHNEM; SILVA; POLL, 2014; MELO; PASSOS; MACHADO; ALVES; SILVA, 2020).

Na consolidação do processo de enfermagem na assistência a essa clientela, com base no julgamento clínico dos atributos inerentes à doença e ao sujeito em seu contexto coletivo, a taxonomia NANDA-I (2021-2023), no domínio 6 autopercepção e na classe 2 autoestima reproduz os diagnósticos de enfermagem baixa autoestima crônica, risco de baixa autoestima crônica, baixa autoestima situacional e risco de baixa autoestima situacional, sendo estes evidenciados nos fatores de risco ou fatores relacionados ao distúrbio na imagem corporal e abrangendo, como condições associadas, a presença de doença física, sendo possível, fundamentando-se nestes prováveis diagnósticos a determinação das intervenções de enfermagem necessárias para atingir os resultados de enfermagem a serem alcançados pela pessoa com ferida de difícil cicatrização e baixa autoestima (HERDMAN; KAMITSURO; LOPES, 2021; MELO; PASSOS; MACHADO; ALVES; SILVA, 2020).

2.1.3.2. AUTOEFICÁCIA EM PACIENTES COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

A autoeficácia é definida como a percepção que os indivíduos desenvolvem sobre suas capacidades pessoais para atingir um objetivo, organizar ou desempenhar com sucesso tarefas específicas em situações desconhecidas vulneráveis, a imprevisibilidade e a geração de estresse; essa percepção é capaz de afetar o comportamento, a motivação, os pensamentos e as reações emocionais (SOUZA; SOUZA, 2004; SBICIGO; TEIXEIRA; DIAS; DELL'AGLIO, 2012).

A autoeficácia é um conceito central da Teoria Social Cognitiva (TSC), determina como

um mecanismo regulador da ação humana consegue influenciar as escolhas das atividades e das situações, assim como: a capacidade de definir metas, executar planos de ação, tomar decisão e autoavaliar o comportamento e de quanto esforço ou perseverança necessitará e por quanto tempo suportará mediante obstáculos ou má experiências, os indivíduos tendem a evitar situações que acreditam exceder suas capacidades e apresentar enfrentamento mediante aquelas que estimam serem capazes de confrontar (BANDURA; LOCKE, 2003; BANDURA, 1977; BANDURA, 1986).

Em detrimento de indivíduos com baixa competência na autoeficácia, aqueles com elevado sentimento de autoeficácia tendem a: assumir objetivos mais desafiadores e complexos; persistir durante mais tempo em suas ações ou na execução das tarefas; investigar mais o ambiente diante de obstáculos, assim como assumir a tomada de decisão, situação relacionada à maior realização pessoal, melhor estado geral de saúde e a uma melhor inclusão social e desempenho profissional, maior satisfação e engajamento. A baixa competência na autoeficácia está associada com pensamentos pessimistas, ansiedade, depressão e baixa autoestima (SOUZA; SOUZA, 2004; SBICIGO; TEIXEIRA; DIAS; DELL'AGLIO, 2012; ARAUJO; MOURA, 2011).

Neste contexto, a diminuição da autoeficácia, na taxonomia NANDA-I (2021-2023), está contemplada como um fator relacionado ou de risco, ou seja, como uma das causas ou predisposição aos diagnósticos de enfermagem baixa autoestima crônica, risco de baixa autoestima crônica, baixa autoestima situacional e risco de baixa autoestima situacional. A autoeficácia pode ser um indicador útil na área da saúde no que diz respeito à averiguação da qualidade de vida, do convívio com doenças crônicas e da compreensão de comportamentos de risco, não obstante ao indivíduo com ferida crônica (HERDMAN; KAMITSURO; LOPES, 2021; BALSAN; CARNEIRO; BASTOS; COSTA, 2020).

2.1.3.3. AUTOCUIDADO EM PACIENTES COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

Indivíduos com feridas de difícil cicatrização vivenciam experiências que interferem nas suas rotinas e atividades de vida diária, motivadas pela dor crônica, edema, limitação na mobilidade física, necessidade de se adaptarem à realização de trocas de curativos, uso de medicamentos contínuos e distúrbio na autoimagem, impossibilitando sua participação nas práticas de lazer (BEDIN; BUSANELLO; SEHNEM; SILVA; POLL, 2014; KINDEL, et al., 2020; WILDE, 2020), culminando em isolamento social, depressão, no déficit para o autocuidado e na limitação do desempenho do paciente quanto às suas capacidades funcionais.

Considerando o exposto, a assistência de enfermagem a esta clientela deve ir além da promoção da cicatrização ou da prevenção de complicações relacionadas à ferida. O enfermeiro, em uma abordagem multidisciplinar, necessita propor estratégias para o enfrentamento das mudanças e incentivar ao empoderamento para o autocuidado e a autonomia, aumentando dessa forma os sentimentos de autoestima, autoeficácia e a qualidade de vida (LACERDA; FERREIRA; NASCIMENTO; COSTA; CORDEIRO, 2019; OLIVEIRA; ALVARENGA; FREITAS; ROCHA; BEZERRA; NOGUEIRA, 2018).

O autocuidado descreve as ações tomadas pela própria pessoa, em diferentes graus, para o próprio cuidado direcionado à manutenção da saúde, do bem-estar e da vida, o principal motivo para a efetivação do autocuidado. Entre pacientes com ferida de difícil cicatrização, está pautado na independência para executar o tratamento da lesão em um momento oportuno (WILDE, 2020; BEDIN; BUSANELLO; SEHNEM; SILVA; POLL, 2014).

Contudo, incentivar ao autocuidado nos permite promover a integralidade do cuidado, uma vez que, inclui-se, além da doença, o sujeito em seu contexto coletivo nas tomadas de decisão, oportunizando a autonomia para assumirem suas condições vividas, assim como uma melhor adesão ao tratamento e mudanças nos hábitos de vida. Quando esse contexto não é possível de ser almejado, faz-se necessário identificar os fatores, tanto intrínsecos como extrínsecos, que geram incapacidades para desenvolver o autocuidado, tais como: idade, tipo e localização da lesão, intensidade da dor, o teor do autocuidado, os sentimentos de intenso desprazer ou repulsa pela ferida, comportamento de revolta e nojo, essas incapacidades propiciam ao indivíduo a dependência de familiares, conhecidos ou de profissionais da saúde (WILDE, 2020; VITOR; LOPES; ARAUJO, 2010; DINIZ; SIQUEIRA; SILVA; PONTES; SARAIVA, 2022).

Compreendendo a importância de identificar as incapacidades no desenvolvimento do autocuidado, na abordagem do paciente com ferida de difícil cicatrização, as teorias de enfermagem se constituem em paradigmas para o desenvolvimento da prática baseada em evidências. Por conseguinte, por conter elementos essenciais para o cuidado, Dorothea Orem, em 1950, propôs a Teoria geral de enfermagem do déficit do autocuidado de Orem, composta por três princípios: a Teoria do autocuidado, a Teoria do déficit do autocuidado (TDAC) e a Teoria do sistema de enfermagem. O autocuidado, para Orem, é expresso como a capacidade de o ser humano cuidar de si para manter seu bem-estar e um estilo de vida saudável. A TDAC constitui o cerne da Teoria geral do déficit do autocuidado de Orem; essa teoria define quando é necessária a intervenção do enfermeiro na execução do cuidado, visando recuperar as capacidades dos indivíduos para a realização plena do autocuidado (DINIZ;

SIQUEIRA; SILVA; PONTES; SARAIVA, 2022; LACERDA; FERREIRA; NASCIMENTO; COSTA; CORDEIRO, 2019; VITOR; LOPES; ARAUJO, 2010).

A taxonomia NANDA-I (2021–2023) define autocuidado na classe 5 do domínio 4 atividade/repouso, como a capacidade de desempenhar atividade para cuidar do próprio corpo e das funções corporais (HERDMAN; KAMITSURO; LOPES, 2021), nesta classe estão desenvolvidos os diagnósticos de enfermagem potencialmente evidenciados nos pacientes com feridas de difícil cicatrização tais como: déficit no autocuidado para o banho, déficit no autocuidado para higiene íntima, deficit no autocuidado para alimentação e déficit no autocuidado para vestir-se (HERDMAN; KAMITSURO; LOPES, 2021; OLIVEIRA; SANTANA; SILVA; CANDIDO; TOSIN; OLIVEIRA, 2017; ALMEIDA; et al., 2020; BEZERRA; FROTA; ALONSO; BORGES; GARCIA, 2023; NOGUEIRA; OLIVEIRA; SANTANA; CAVALCANTI, 2015).

2.1.3.4. DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE EM PACIENTES COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

Dentre as principais queixas das pessoas que vivenciam uma ferida de difícil cicatrização, revelam-se: a dor, o prolongamento no tempo de cura e no tratamento e as ameaças de recidivas, resultando em uma conjuntura que interfere em sua vida social, profissional, financeira, física e emocional, assim como nas relações com seus familiares (VIEIRA; FRANZOI, 2021; ARAÚJO; ASSIS; VILELA; BOERY; RODRIGUES; ROCHA, 2020; ALMEIDA; FERREIRA; IVO, 2018), ao influenciarem o bem-estar, as rotinas das pessoas e a capacidade funcional, suscitando sofrimento, desconforto, desesperança, depressão, ansiedade, estresse e medo, frustração, tristeza, autodepreciação e vergonha de expor seu corpo ferido. Por esta razão é fundamental a criação de relações de confiança entre paciente, familiares e profissionais de saúde, na tentativa de fortalecer o enfrentamento, diminuir as limitações e possibilitar o suporte emocional (VIEIRA; FRANZOI, 2021; ARAÚJO; ASSIS; VILELA; BOERY; RODRIGUES; ROCHA, 2020; ALMEIDA; FERREIRA; IVO, 2018; GAYARTI; NURACHMAH; MANSYUR; SOEWONDO; SURIADI, 2022; BARBOSA; SALOMÉ; FERREIRA, 2017).

A depressão, a ansiedade e o estresse são estados de humor que se caracterizam como afetividades negativas vivenciadas emocionalmente de forma individual, capazes de acarretar prejuízo à saúde física e mental. A depressão se caracteriza como uma psicopatologia de etiologia complexa manifestada principalmente por anedonia, ou seja, a perda da capacidade de sentir interesse na realização das atividades do dia a dia, além de insucesso do significado atribuído à vida, sendo considerada uma das dez causas de incapacitação no mundo (MARTINS;

SILVA; MAROCO; CAMPOS, 2019; CAO; LIAO; JIANG; LI; CHEN; LIN, 2023).

A ansiedade é definida pela NANDA-I (2021–2023) como uma ameaça, na qual o indivíduo antecede um perigo, catástrofe ou infortúnio iminente e não específico, pormenorizada como um diagnóstico de enfermagem, a ansiedade está taxonomicamente descrita no domínio 9 enfrentamento/tolerância ao estresse na classe 2 respostas de enfrentamento (HERDMAN; KAMITSURO; LOPES, 2021).

Os sintomas de depressão e ansiedade podem ocorrer não especificamente e sobrepostos e nem sempre são exclusivos das condições depressiva e ansiosa (MARTINS; SILVA; MAROCO; CAMPOS, 2019; CAO; LIAO; JIANG; LI; CHEN; LIN, 2023; APÓSTOLO; MENDES; AZEREDO, 2006).

Nomeadamente, o estresse ocorre em consequência do esgotamento das estratégias de enfrentamento ocasionado por uma condição de tensão excessiva, inespecífica e crônica, caracterizada como sentimentos de frustrações, desilusões e baixa tolerância. A ansiedade e o estresse são grandes aliados e podem ocorrer adaptativamente como uma resposta fisiológica a um evento estressor ou configurar-se como transtornos psicológicos quando os níveis adaptativos são superados e as estratégias de enfrentamento não foram efetivas; consequentemente, o estresse pode ser o gatilho para o desenvolvimento tanto da ansiedade como da depressão, fisiologicamente, o estresse, estimula o organismo a produzir agentes inflamatórios séricos aumentando o risco de infecção (CAO; LIAO; JIANG; LI; CHEN; LIN, 2023; MARTINS; SILVA; MAROCO; CAMPOS, 2019; APÓSTOLO; MENDES; AZEREDO, 2006; REN; DING; HU; et. al, 2020).

A depressão, ansiedade, fadiga e estresse são sentimentos responsáveis pela autopercepção de pessoa fragilizada presente no paciente com ferida de difícil cicatrização, em consequência da imobilidade, do controle inefetivo do exsudato, do odor, da alteração no padrão do sono, da modificação negativa na autoimagem, do sofrimento e da dor (CHAVAGLIA; OHL; CONTIM; GAMBA, 2015; GOMES; DONOSO; WERLI-ALVARENGA; GOVEIA, 2018; SANTOS; FULY; SOUTO; SANTOS; BERETTA, 2019), ademais há a possibilidade da depressão ser um precursor para a autonegligência, capaz de motivar o sentimento de pessimismo em relação a concepção do tratamento, reduzindo a autoeficácia, impactando negativamente na evolução da cicatrização e na vulnerabilidade a complicações relacionadas à ferida; portanto concerne a equipe multidisciplinar auxiliar essas pessoas a entender que a ferida não representa uma completa adversidade na vida, mas representa um grande desafio que exige resiliência, tolerância, adaptação e enfrentamento (SANTOS; FULY; SOUTO; SANTOS; BERETTA, 2019; GAYARTI; NURACHMAH;

MANSYUR; SOEWONDO; SURIADI, 2022; KODANGE, 2021).

2.1.3.5. QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

A Qualidade de Vida (QV) pode ser compreendida, conforme a definição proposta pela organização mundial da saúde, como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1995).

Neste contexto, a QV é o sentimento de bem-estar em consequência da satisfação ou da insatisfação com a condição em que o indivíduo se encontra. Também pode ser considerada uma medida de desfecho em saúde, portanto se revela como um parâmetro de avaliação relevante e com especificidade própria em condições patológicas ou agravos crônicos, intervenções terapêuticas e políticas de saúde. Neste universo é habitualmente chamada de Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) e exprime a compreensão da pessoa quanto ao valor atribuído ao seu estado de saúde nos domínios, biopsicossocial, emocional e espiritual (OLIVEIRA; ALVARENGA; FREITAS; ROCHA; BEZERRA; NOGUEIRA, 2018; RIBEIRO; CAVALCANTE; SANTOS; FEITOSA; SILVA; SANTOS, 2019; LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018; DANTAS; et al., 2022; KAWAKAME; et al., 2018).

Assistir às pessoas com feridas de difícil cicatrização é quase uma tarefa exclusiva da equipe de enfermagem, neste cenário, compete ao enfermeiro reconhecer as singularidades implícitas na QV dos pacientes com este tipo de ferida (RIBEIRO; CAVALCANTE; SANTOS; FEITOSA; SILVA; SANTOS, 2019; DANTAS, et. al., 2022; ALMEIDA; FERREIRA; IVO; et al., 2018).

Os aspectos clínicos da ferida, tais como: tempo de existência da lesão, a dimensão, a profundidade, a etiologia, a quantidade e aspecto do exsudato e o odor influenciam na QVRS, de tal forma que uma avaliação detalhada da ferida contribui para a tomada de decisão quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico adequado e ao prognóstico. Consegue promover melhora nos fatores clínicos e assim elevar os níveis da QVRS (DANTAS, et. al., 2022; ALMEIDA; FERREIRA; IVO; et al., 2018; OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2019).

Outras condições associadas à ferida de difícil cicatrização são o edema, a dor, o prurido, o desconforto, o déficit na mobilidade, dificuldade em executar as atividades de vida diária, interrupção no sono e presença recorrente de infecção (VON STÜLPNAGEL; SILVA;

AUGUSTIN; et. al., 2021; OLIVEIRA; ALVARENGA; FREITAS; ROCHA; BEZERRA; NOGUEIRA, 2018; OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2019), além de frequentemente motivarem emoções negativas como a vergonha, o constrangimento, a ansiedade, o estresse e a depressão as quais repercutem negativamente sobre a autoestima, a imagem corporal, o convívio social, o autocuidado, o bem-estar, as atividades laborais e de lazer, na condição financeira tanto no âmbito pessoal como dos sistemas de saúde, repercutindo sobre sua identidade social e comprometendo a QVRS (OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2019; REN; DING; HU; et al., 2020; LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018; REINBOLDT-JOCKENHÖFER; BABADAGI; HOPPE, 2021; VON STÜLPNAGEL; SILVA; AUGUSTIN; et. al., 2021).

Avaliar a QV dos pacientes com ferida de difícil cicatrização faz-se de tal maneira importante, tanto quanto o cuidado direto à ferida, em sua maioria, os protocolos clínicos utilizados no tratamento de feridas negligenciam essa perspectiva (OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2019). Por esta razão, é fundamental a implementação dos cuidados integrais centralizados na singularidade da pessoa, de sua família e de políticas públicas. Possibilita desenvolver estratégias para ampliar o conhecimento, as habilidades e o gerenciamento no manejo da ferida de difícil cicatrização, no que diz respeito não somente à melhora do processo de cicatrização, mas também nos índices de QV (REN; DING; HU et al., 2020; KLASSEN; VAN HAREN; VAN ALPHEN, 2021; LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018).

2.1.3.6. DOR EM PACIENTES COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

A palavra dor é originária da palavra latina “dolore” sendo definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada ou semelhante àquela associada a um dano tecidual real, ou potencial, segundo a duração, pode ser aguda ou crônica (DeSANTANA; PERISSINOTTI; OLIVEIRA; CORREIA; OLIVEIRA; FONSECA, 2020).

A dor tem sido descrita como um paradigma complexo que envolve três grandes esferas: sensorial/discriminativa, afetiva/emocional e cognitiva/avaliativa (ARAÚJO; SILVA; BRANDÃO; BARROS; VERAS, 2021; WOO; SIBBALD, 2008; ACEVEDO, 2020; GARDNER; ABBOTT; FIALA; RAKEL, 2017), as feridas de difícil cicatrização estão associadas a dor significativa, vigente, em alguma intensidade, entre 54% a 87% das pessoas

acometidas, habitualmente caracteriza-se como uma dor persistente e incapacitante, contínua ou intermitente, presente inclusive em repouso e sem melhorar com uso habitual de analgésicos (ACEVEDO, 2020; GARDNER; ABBOTT; FIALA; RAKEL, 2017; LEREN; JOHANSEN; EIDE; FALK; JUVET; LJOSÅ, 2020).

Todavia, devido à agressão que o leito da ferida é submetido durante as trocas de curativo, tanto para a remoção de coberturas como para a limpeza da lesão, a queixa de dor é mais evidente neste período. Esta é resultante da estimulação de nociceptores, promovendo maior estímulo a dor, a qual oscila entre moderada a forte intensidade, portanto, há a necessidade de considerar a presença de alguns fatores que influenciam diretamente nestas respostas, dentre eles, os associados ao paciente, tais como: idade mais jovem, sexo feminino, coexistência de condições de dor crônica, dependência de opióide, ansiedade e dor antecipatória, depressão e catastrofização da dor, já os relativos à ferida: feridas em fases iniciais do processo de cicatrização (hemostasia e inflamatória), nível de perda de tecido, cronicidade da ferida (feridas de difícil cicatrização encontram-se estagnadas na fase inflamatória), etiologia da ferida (a prevalência de dor, entre os pacientes com úlcera venosa, encontra-se entre 80 e 96%, já nos pacientes com LP, 59% dos pacientes relataram algum tipo de dor), presença de processo inflamatório ou infeccioso, dor mesmo em repouso na ferida (ARAÚJO; SILVA; BRANDÃO; BARROS; VERAS, 2021; WOO; SIBBALD, 2008; ACEVEDO, 2020; GARDNER; ABBOTT; FIALA; RAKEL, 2017; LEREN; JOHANSEN; EIDE; FALK; JUVET; LJOSÅ, 2020; PONTE; MOSSORÓ; ARAÚJO, 2020).

Ademais, a dor associada à ferida de difícil cicatrização é complexa e está integrada a experiência de dor aguda não cíclica, dor aguda cíclica e dor crônica, sendo essa última aquela que ocorre sem um fator evocativo e está comumente associada à etiologia da ferida, podendo ser contínua ou intermitente. (SANTOS; FERREIRA; PENA; et al., 2023; GOMES; DONOSO; WERLI-ALVARENGA; GOVEIA, 2018).

Portanto, a dor é um fenômeno psicossocial e biológico complexo, um sentimento verdadeiramente subjetivo e pessoal com aspectos sensoriais, afetivos, autonômicos e comportamentais (BRITO; XAVIER; SANTOS; AGRA, 2017; WOO; SIBBALD, 2008).

Vale ressaltar que, além da influência dos fatores ambientais e psicossociais na percepção da dor, a dor aguda na ferida também pode ser causada por intervenções invasivas, dentre elas o desbride, assim como pela remoção de coberturas, além da mobilidade, da fricção, da isquemia tecidual e da hipóxia. A expressão e tolerância a dor podem sofrer influenciadas pela compreensão e conhecimento, crenças, atitudes, das experiências adquiridas através das interações sociais e das experiências prévias vividas anteriormente de dor (BRITO; XAVIER;

SANTOS; AGRA, 2017; SANTOS; FERREIRA; PENA; et al., 2023; GOMES; DONOSO; WERLI-ALVARENGA; GOVEIA, 2018; ARAÚJO; SILVA; BRANDÃO; BARROS; VERAS, 2021; ACEVEDO, 2020; LEREN; JOHANSEN; EIDE; FALK; JUVET; LJOSÅ, 2020;).

Neste sentido, a dor pode influenciar negativamente a reparação e a regeneração tecidual, ao favorecer níveis elevados de estresse, comprometendo as respostas imunes. Além disso, pode comprometer a qualidade de vida, ocasionar instabilidade do humor, principalmente a depressão, distúrbios no padrão de sono, redução na mobilidade e na capacidade de deambulação, assim como na realização do autocuidado e das atividades de vida diária, experimentada pelo paciente como uma dor aguda ou crônica (LEREN; JOHANSEN; EIDE; FALK; JUVET; LJOSÅ, 2020; OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2019; MELO; PASSOS; MACHADO; ALVES; SILVA, 2020; SILVA; PONTE; MOSSORÓ; ARAÚJO, 2020; WOO; SIBBALD, 2008).

A experiência da dor é única para cada paciente e possui uma forte dimensão emocional. A intensidade da dor deve ser considerada sobre a queixa relatada ou expressada pelo cliente e registrada, por isso o tratamento deve ser holístico e individual. Para as pessoas com feridas de difícil cicatrização é considerada um sintoma aflitivo, podendo estar associada à manifestação de sintomas, como alteração no padrão de sono, no apetite, energia e libido, além de irritabilidade, limitação da capacidade de concentração e da realização de atividades familiares, profissionais e sociais (BRITO; XAVIER; SANTOS; AGRA, 2017; CHAVAGLIA; OHL; CONTIM; GAMBA, 2015; LEMES; AMARAL; NUNES; CAMPOS; BATISTA; MALAQUIAS, 2019).

A taxonomia NANDA-I estabelece dor aguda e dor crônica como diagnósticos de enfermagem possíveis de serem apontados pelo enfermeiro, os quais pertencem ao domínio 12 conforto e classes 1 conforto físico. A diferença reside, em termos conceituais, destes diagnósticos de enfermagem, relacionada ao tempo de duração da dor, sendo que para dor aguda o tempo de duração é menor que três meses, contudo, para dor crônica esse tempo ultrapassa três meses (HERDMAN; KAMITSURO; LOPES, 2021).

Considerando o supracitado, na elaboração de um plano de cuidados pelo enfermeiro, para o manejo das feridas de difícil cicatrização é essencial: incluir intervenções que promovam a avaliação e o controle da dor, assim como aquelas que previnam tais episódios, ao auxiliarem a cicatrização e a redução de custos significativamente, dentre elas: a utilização de coberturas que não aderem ao leito da ferida; a administração de analgésico previamente à realização do curativo; e o uso de tecnologias empregadas para a regeneração tecidual; visto

que estas têm auxiliado indiretamente o controle da dor, especificamente a utilização da membrana amniótica criopreservada, do aloenxerto do cordão umbilical e das membranas de biocelulose (ACEVEDO, 2020; GARDNER; ABBOTT; FIALA; RAKEL, 2017).

No entanto, intervenções não farmacológicas também têm sido utilizadas, enquanto se efetuam as trocas de curativos, para a modulação da dor, incluindo tecnologias emergentes inovadoras, dentre elas o uso da realidade virtual como ferramenta para desatenção baseada na psicologia imersiva e envolvente. Isso faz com que o paciente não se atente ao estímulo de dor por influência de distração visual e auditiva, pois a realidade virtual possibilita a redução da interpretação do estímulo doloroso no córtex cerebral (HUA; QIU; YAO; ZHANG; CHEN, 2015).

O ultrassom de baixa frequência tem sido utilizado como terapêutica coadjuvante no tratamento de feridas de difícil cicatrização. Além de estimular a regeneração celular e viabilizar a formação do tecido cicatricial, favorece o controle e redução da dor na ferida, visto que aumenta o aporte de oxigênio tecidual e a velocidade de condução nervosa, com duração do efeito analgésico de até 48 horas (ARAÚJO; SILVA; BRANDÃO; BARROS; VERAS, 2021; SILVA; PONTE; MOSSORÓ; ARAÚJO, 2020).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida, fatores sociodemográficos, clínicos, subjetivos (ansiedade, depressão, estresse, autoestima, autoeficácia, autocuidado e a dor) em adultos com feridas de difícil cicatrização.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar as variáveis sociodemográficas e clínicas de adultos com ferida de difícil cicatrização;
- Avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas de adultos com ferida de difícil cicatrização;
- Identificar e quantificar a intensidade da dor em pacientes com ferida de difícil cicatrização;
- Analisar a correlação da dor com as variáveis idade, sexo, cor da pele, tempo de existência da ferida, tipo de ferida e número de feridas em pacientes com ferida de difícil cicatrização;
- Avaliar a qualidade de vida de adultos com ferida de difícil cicatrização;
- Avaliar fatores subjetivos, tais como, a autoeficácia, a autoestima, o autocuidado, a depressão, o estresse e a ansiedade em pacientes com ferida de difícil cicatrização;
- Analisar a associação entre qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas, clínicas, autoeficácia, a autoestima, o autocuidado, a depressão, o estresse e a ansiedade em pacientes com ferida de difícil cicatrização;
- Avaliar a correlação entre a autoeficácia, a autoestima, o autocuidado, a depressão, o estresse e a ansiedade entre si, em pacientes com ferida de difícil cicatrização;
- Analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com as variáveis autoeficácia, autoestima, o autocuidado, a depressão, o estresse e a ansiedade em pacientes com ferida de difícil cicatrização;
- Verificar a relação entre a dor e a qualidade de vida, assim como entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, a autoeficácia, a autoestima, o autocuidado, a depressão, o estresse e a ansiedade em pacientes com ferida de difícil cicatrização;

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional, o qual tem a finalidade de observar, delinear e documentar aspectos de uma situação específica, além de descrever relações entre variáveis (POLIT; BECK, 2011), de abordagem quantitativa e não experimental. Nos estudos transversais, a coleta de dados é realizada em determinado ponto temporal, ou seja, todas as variáveis estudadas são pesquisadas durante um momento único. Neste tipo de estudo, realiza-se corte temporal para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo. Já os estudos não experimentais se caracterizam pela atuação do pesquisador como observador, configurando a pesquisa como *observacional* na literatura médica, coletam os dados sem que haja uma intervenção ou tratamento, contudo os pesquisadores não interferem por manipulação da variável independente, sendo elegíveis para os estudos descritivos e correlacionais (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local do Estudo e Período

A coleta de dados ocorreu em dois municípios do noroeste do estado de São Paulo limítrofes, em serviços de saúde de diferentes níveis de atenção. Esses municípios e serviços foram eleitos considerando a viabilidade para a execução da pesquisa, uma vez que um dos municípios (Município A) corresponde ao local de trabalho de um dos pesquisadores, diretamente envolvido no atendimento, ensino e pesquisa a pacientes com feridas; e o outro município (Município B) por possuir um local exclusivo de atendimento a essa população específica.

O município A, possui 115.785 habitantes com densidade demográfica de 398,44 hab/km², localizado a 390 km da capital (IBGE, 2022), neste município o estudo foi realizado em dois níveis de atenção a saúde: na atenção primária à saúde, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades de Saúde da Família (USF) com atendimento a pacientes com ferida, representado por 25 unidades de saúde, as quais atendem, atualmente, um total de 98 pacientes com feridas de difícil cicatrização, sendo todas elegíveis para a pesquisa. No nível secundário, na atenção ambulatorial especializada de um hospital de ensino, o qual assiste 19 cidades da região, com atendimento ambulatorial/mês: 35.937, sendo, aproximadamente, 42 atendimentos mensais no ambulatório de feridas.

O município B se localiza na microrregião do município A a 374 km da capital do

Estado de São Paulo, segundo o IBGE (2022), possui 14.542 habitantes e densidade demográfica de 78,68 hab/km². Possui seis unidades prestadoras de serviços de saúde, o estudo neste município foi realizado apenas em uma unidade de atenção primária a saúde, a qual possui uma sala para curativos de feridas complexas, realiza, aproximadamente, 145 atendimentos mensais, sendo que, dos pacientes atendidos, 18 possuíam feridas de difícil cicatrização.

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro a agosto de 2023 nos referidos locais onde foi desenvolvida a pesquisa.

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por pacientes com feridas de difícil cicatrização de diferentes etiologias, entre elas, feridas traumáticas, vasculogênicas, neuropáticas, oncológicas, relacionadas a pressão, queimadura, assim como as de etiologia mista. Para este estudo, considerou-se a definição de ferida de difícil cicatrização como sendo lesões que apresentam falha em progredir no processo fisiológico da cicatrização, com período de duração superior a seis semanas e elevadas taxas de recorrência (Wound Healing Society, 2021), atendidos e acompanhados nos referidos locais onde ocorreu a coleta de dados.

Para o cálculo do tamanho amostral considerou a técnica de amostragem aleatória simples, com fórmula para populações finitas (Figura 1), sendo assim a população (N) foi representada pelo total de indivíduos com feridas de difícil cicatrização atendidos nos locais da pesquisa, totalizando 159 pacientes. No cálculo amostral foi considerado o percentual máximo (p), uma proporção p igual a 50% (0,50), cujo valor representa a proporção que espera-se encontrar da condição analisada considerando a população total, gerando assim uma estimativa com o maior tamanho amostral possível.

Figura 1 – Fórmula para o cálculo do tamanho amostral. São Carlos-SP, 2021.

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Ainda, para o desenvolvimento dessa fórmula, considerou um erro amostral (e) de 5% e um nível de confiança (z) de 95%.

Portanto, estimou-se que seria necessário, com base nas informações mencionadas acima, no mínimo, 112 indivíduos para a composição do tamanho amostral.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram considerados como critérios de inclusão, ter idade igual ou superior a 18 anos, possuir uma ou mais feridas de difícil cicatrização, de qualquer etiologia, em atendimento ambulatorial, nas unidades de saúde supracitadas.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram estabelecidos como critérios de exclusão pacientes com dificuldade na comunicação, déficit auditivo acentuado e os que apresentassem limitação cognitiva e do estado mental, tais como dificuldade para a interação, compreensão e respostas, assim como de orientação no tempo e espaço, relatada em prontuário ou identificado durante as abordagens nas entrevistas.

4.4 Coleta de Dados

4.4.1 Procedimento para a coleta de dados

A coleta de dados ocorreu após um ensaio-piloto no início do mês de fevereiro de 2023, com a abordagem a sete pacientes em uma USF do município A, para análise e adaptação dos pesquisadores aos instrumentos, com o intuito de conhecer como estruturar e organizar as informações na aplicabilidade dos instrumentos, assim como para normatizar as condutas dos pesquisadores durante a coleta de dados, uma vez que estas foram realizadas com o auxílio de três acadêmicas, matriculadas na terceira série do curso de graduação de enfermagem de uma instituição privada do interior paulista.

Nas unidades de saúde no município A, assim como no município B, a coleta de dados ocorreu após agendamento prévio pela enfermeira responsável da unidade. Foram quatro pacientes por dia, em dois dias da semana, nas quartas e sextas-feiras, considerando as datas de retorno destes pacientes para reavaliação das feridas e da eficácia da terapêutica adotada. Entretanto, no nível secundário, na atenção ambulatorial especializada, as entrevistas ocorreram em livre demanda enquanto os pacientes aguardavam atendimento. As entrevistas foram realizadas em sala de atendimento privativa, com a presença ou não de acompanhantes. Após a explicação dos objetivos da pesquisa, assim como os de cada instrumento utilizado, seguiram-se as regras, estabelecidas pelos autores de cada instrumento durante sua aplicabilidade. Para os pacientes domiciliados e previamente agendados pelas enfermeiras das unidades de saúde,

as entrevistas foram realizadas em domicílio e acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e por membros da equipe de enfermagem.

4.4.2 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a coleta dos dados sociodemográficos e clínicos, foi utilizado um instrumento semiestruturado, elaborado pelos autores, dividido em duas partes, a primeira parte contendo as variáveis sociodemográficas: local de atendimento, procedência, sexo, idade, estado civil, escolaridade, prática religiosa, renda familiar, profissão/ocupação e a segunda parte com variáveis relacionadas as condições clínicas do paciente e da(s) ferida(s), dentre elas: prática de atividade física, comorbidades, medicamentos em uso, dor no momento da entrevista, etiologia da(s) ferida(s), tempo de lesão, quantidade de feridas de difícil cicatrização, tabagismos, etilismo e índice de massa corporal (IMC), conforme o apêndice I.

Para a coleta dos dados subjetivos (autocuidado, autoestima, autoeficácia, depressão, estresse, ansiedade e qualidade de vida) foram utilizados instrumentos adaptados culturalmente e validados na língua portuguesa, a *Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form* (DASS-21), *Appraisal of Self-Care Agency Scale* (ASA-A), *Freiburg Life Quality Assessment–Wound* (FLQA-Wk), Escala de Autoestima de *Rosenberg* (EAR), Escala de Auto-Eficácia Geral Percebida (The General Self-Efficacy Scale).

Para avaliação do nível de depressão, ansiedade e estresse foi utilizada a *Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form* (DASS-21) (Anexo I), traduzida e validada para o português do Brasil por VIGNOLA; TUCCI (2013), os resultados obtidos neste estudo indicam boa consistência interna para cada subescala com Alfa de Cronbach obtido para a subescala de depressão de 0,92; para a subescala de estresse de 0,90; para a subescala de Ansiedade de 0,86, no cálculo do índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obteve-se 0,949, confirmando que a adequação do modelo foi alta, originalmente elaborada por LOVIBOND; LOVIBOND (2004), na língua inglesa, constituída por 21 itens, uma versão reduzida do instrumento DASS, o qual é composto de 42 itens subdivididos em três subescalas de 14 itens. Sob a óptica psicométrica, a DASS tem como objetivo mensurar simultaneamente a afetividade negativa e distinguir ao máximo os sintomas da depressão, da ansiedade e do estresse (VIGNOLA; TUCCI, 2014; MARTINS; SILVA; MAROCO; CAMPOS, 2019).

A DASS-21 tem a mesma estrutura que a versão completa, com adequada utilização na

investigação de sintomas, no entanto, requer apenas a metade do tempo para sua aplicação, é de domínio público, conforme o exposto no site DASS, disponível no endereço eletrônico <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>. Os itens avaliados neste instrumento se encontram divididos em três subescalas, cada uma composta por 7 itens, (Subescala Depressão: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; Ansiedade: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; Estresse: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18), referem-se aos sintomas vivenciados pelo entrevistado na semana anterior, em termos de severidade ou frequência, por meio do autorrelato, apresentada em uma escala Likert que varia de 0, “não se aplicou de maneira alguma,” a 3 “aplicou-se muito, ou na maioria do tempo”, conforme o anexo 1 (VIGNOLA; TUCCI, 2014; MARTINS; SILVA; MAROCO; CAMPOS, 2019; MACHADO; BANDEIRA; DELL’AGLIO, 2016).

A subescala de depressão se destina à avaliação dos sintomas: inércia, anedonia (dificuldade em sentir prazer/motivar-se), disforia, falta de interesse/participação, autodepreciação, desvalorização da vida e desânimo. A que se refere à ansiedade: excitação do sistema nervoso autônomo, efeitos musculoesqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. Já a subescala de estresse avalia dificuldade para relaxar, excitação nervosa, perturbação fácil, agitação, irritabilidade, reação exagerada e impaciência (VIGNOLA; TUCCI, 2014; APÓSTOLO; MENDES; AZEREDO, 2006; LOVIBOND; LOVIBOND, 2004).

Os escores obtidos na DASS-21 são determinados pela soma dos escores dos 21 itens, devem ser obrigatoriamente multiplicados por dois para o cálculo do escore final e aplicação do corte e determinação do grau de severidade dos sintomas depressivos, de ansiedade e estresse (LOVIBOND; LOVIBOND, 2004), conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1 – Escores de corte e grau de severidade dos sintomas depressivo, de ansiedade e de estresse – DASS-21 (LOVIBOND; LOVIBOND, 2004; MARTINS; SILVA; MAROCO; CAMPOS, 2019).

	PERCENTUAL	DEPRESSÃO	ANSIEDADE	ESTRESSE
Normal/Leve	0-78	0-9	0-7	0-14
Mínimo	78-87	10-13	8-9	15-18
Moderado	87-95	14-20	10-14	19-25
Grave	95-98	21-27	15-19	26-33
Muito Grave	98-100	28 +	20 +	34 +

Fonte: Lovibond; Lovibond, 2004; Martins; Silva; Maroco; Campos, 2019

Ressalta-se que os escores da DASS-21 não compõem um critério único para decisões

clínicas, assim como para a identificação da presença ou da ausência de depressão, ansiedade e estresse. Pontuações elevadas na DASS, são sugeridas pelos autores como um alerta para os profissionais da saúde de um elevado nível de sofrimento do paciente ou mesmo da ocorrência de algum evento negativo significativo na vida deste (VIGNOLA; TUCCI, 2014; LOVIBOND; LOVIBOND, 2004).

Considerando a avaliação da autoestima, estudos realizados por Morris Rosenberg (1965) são bastantes significantes para explicar as condições capazes de aumentar ou diminuir a autoestima, ou seja, o conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu próprio valor reflete atitudes positiva ou negativa em relação a si. Neste contexto, ROSENBERG (1965) desenvolveu e validou a The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), uma escala para a medida de autoavaliação da autoestima global, criada na língua inglesa com base num estudo envolvendo 5024 adolescentes; o objetivo era entender como eles se viam, o que sentiam a respeito de si e quais critérios de autoavaliação utilizavam (ROSENBERG; SCHOOLER; SCHOENBACH; ROSENBERG, 1995; SCHULTHEISZ E APRILE, 2013).

No Brasil, DINI; QUARESMA; FERREIRA (2004), traduziram para a língua portuguesa, adaptaram para o contexto cultural brasileiro e validaram a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), denominada Escala de Autoestima Rosenberg UNIFESP-EPM, para uma população de pacientes que seriam submetidos à cirurgia plástica. A validade foi testada por julgamento (face e conteúdo) e por testes de correlação (Pearson, Spearman e regressão múltipla) dos escores da escala com os resultados de outras escalas que medem aspectos correlatos à autoestima, como resultados obteve-se coeficiente de reprodutibilidade intra e inter-observador de 0,98.

Também no Brasil, HUTZ; ZANON (2011) atualizaram as propriedades psicométricas da Escala de Autoestima de Rosenberg, adaptada transculturalmente para o português por Hutz (2000). Neste estudo a população considerada foram crianças, adolescentes e adultos. A consistência interna da escala, avaliada por meio do alfa de Cronbach foi de 0,90, os resultados da análise fatorial (correlação entre os itens da escala) mostraram que o índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi de 0,91 e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativa ($p < 0,001$).

A EAR tem sido utilizada mundialmente, foi transcrita para 28 idiomas e divulgada em 53 países, dos quais, 50 destes apresentam consistência interna adequada (α de Cronbach superior a 70), assim como com bons coeficientes psicométricos (coeficiente de confiabilidade

de 0.92). Um instrumento unidimensional capaz de classificar o nível de autoestima em baixo, médio e alto com praticidade e agilidade, reflete nas imagens positiva e negativa que o indivíduo possui de si e autoaceitação, capaz de promover a avaliação da autoestima global (SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010; AVANCI; ASSIS; SANTOS; OLIVEIRA, 2007; HUTZ; ZANON, 2011; SCHMITT; ALLIK, 2005).

Neste estudo optou-se pelo uso da EAR validada por HUTZ; ZANON (2011), considerando os coeficientes psicométricos e consistência interna da escala, assim como a data de publicação do estudo. Essa escala é composta por 10 questões assertivas, cinco referindo à autoimagem ou autovalor positivo (itens 1, 2, 4, 6 e 7) e cinco se referindo à autoimagem negativa ou autodepreciação (itens 3, 5, 8, 9 e 10). Engloba questões de satisfação pessoal, autodepreciação, percepção de qualidades, competência, orgulho por si, autovalorização, respeito e sentimento de fracasso. As respostas são no formato Likert de quatro pontos (1 a 4) com as opções de resposta: concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente. Por tanto, quanto maior o escore, melhor é a autoestima do indivíduo, variando de 10 pontos, autoestima mais baixa a 40 pontos, autoestima elevada. Ressalta-se que para os itens 3, 5, 8, 9 e 10 os resultados obtidos na avaliação likert devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos, uma vez que esses itens se configuram como sendo de autodepreciação ou autoimagem negativa, conforme o anexo II (AVANCI; ASSIS; SANTOS; OLIVEIRA, 2007; HUTZ; ZANON, 2011).

A autoeficácia é um dos principais componentes da Teoria Social Cognitiva (TSC) de Bandura (1977), conceituada como a autoavaliação que os indivíduos fazem das suas capacidades de organizar, implementar e desempenhar tarefas específicas em situações desconhecidas exigindo esforço e perseverança. Podendo afetar o seu comportamento, o pensamento, nível motivacional e sua reação emocional. Neste contexto, a autoeficácia é contemplada como um constructo de domínio específico, ou seja, em situações distintas uma pessoa pode apresentar diferentes níveis de autoconfiança (BANDURA; LOCKE, 2003; BANDURA, 1977; BANDURA, 1986; O'LEARY, 1982; ARAUJO; MOURA, 2011; SOUZA; SOUZA, 2004; BALSAN; CARNEIRO; BASTOS; COSTA, 2020).

Considerando a necessidade de mensurar a autoeficácia, Ralf Schwarzer e Matthias Jerusalem em 1981 desenvolveram e validaram a *General Self-Efficacy Scale* (GSE), originalmente desenvolvida em alemão em uma versão contendo 20 itens e posteriormente uma versão reduzida composta de 10 itens, planejada para avaliar o sentimento geral de auto-eficácia

percebida, ou seja, um instrumento de autorrelato de competência pessoal para lidar eficazmente com uma variedade de situações estressantes, assim como de adaptação após vivenciar esses eventos. A escala, atualmente, encontra-se traduzida e adaptada culturalmente em 32 idiomas (SCHWARZER; JERUSALEM, 1995; ARAUJO; MOURA, 2011; SOUZA; SOUZA, 2004; SBICIGO; TEIXEIRA; DIAS; DELL'AGLIO, 2012).

Considerando a necessidade de mensurar a autoeficácia, Ralf Schwarzer e Matthias Jerusalem em 1981 desenvolveram e validaram a *General Self-Efficacy Scale* (GSE), originalmente desenvolvida em alemão em uma versão contendo 20 itens; posteriormente, surgiu numa versão reduzida composta de dez itens, planejada para avaliar o sentimento geral de autoeficácia percebida, ou seja, um instrumento de autorrelato de competência pessoal para lidar eficazmente com uma variedade de situações estressantes, assim como de adaptação após vivenciar esses eventos. A escala, atualmente, encontra-se traduzida e adaptada culturalmente em 32 idiomas (SCHWARZER; JERUSALEM, 1995; ARAUJO; MOURA, 2011; SOUZA; SOUZA, 2004; SBICIGO; TEIXEIRA; DIAS; DELL'AGLIO, 2012).

Para o desenvolvimento deste estudo, elegeu-se a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP), adaptada e validada no Brasil por Souza; Souza (2004) (Anexo III), com base nas versões inglesa, espanhola e portuguesa do mesmo instrumento, a qual apresentou Alpha de Cronbach de 0,81, mostrando a adequação da escala na versão brasileira. Em anexo, encontra-se o registro formal da autorização dada pelo autor para o uso da escala (Anexo IV) (SOUZA; SOUZA, 2004).

A EAGP é um instrumento do tipo Likert com dez itens numa escala de 1 a 5, onde 1 representa discordo totalmente e 5 concordo totalmente. Todos os itens se encontram ordenados em aceção positiva, não há itens invertidos, é uma escala unidimensional, onde a soma ou média dos escores dos 10 itens convergem para a avaliação do constructo global de autoeficácia, compreendendo que quanto maior a pontuação maior a percepção da autoeficácia geral (SOUZA; SOUZA, 2004), a qual se encontra detalhada no anexo III.

Um baixo escore de percepção de autoeficácia geral, em termos de sentimentos, está vinculado à depressão, ansiedade, baixa autoestima e pensamentos pessimistas. Já a elevada percepção de autoeficácia geral está relacionada com: uma melhor condição geral de saúde, uma maior realização pessoal, uma melhor integração social, maior satisfação, engajamento e uma motivação superior, permitindo aos indivíduos enfrentarem as tarefas ou situações difíceis

como desafios a serem superados e não como ameaças a serem evitadas, tornando-se capazes de controlar acontecimentos estressantes (BANDURA, 1977; 2002; SCHWARZER; JERUSALEM, 1995; ARAUJO; MOURA, 2011; O'LEARY, 1985; BALSAN; CARNEIRO; BASTOS; COSTA, 2020).

Identificar as incapacidades dos indivíduos para o autocuidado é a ação norteadora da Teoria do Déficit do Autocuidado (TDAC) que compõe o núcleo central da Teoria Geral de Orem. Esta é baseada na premissa de que os indivíduos, para seu benefício, podem cuidar de si próprios, atender às suas necessidades, desempenhando atividades de promoção e manutenção da saúde e bem-estar (VITOR; LOPES; ARAUJO, 2010; SOLAR; REGUERA; GÓMEZ; BORGES, 2014; SILVA; DOMINGUES, 2017; DAMÁSIO; KOLLER, 2013).

A TDAC se configurou na base conceitual para a concepção da *Appraisal of Self-Care Agency Scale* (ASA-A), desenvolvida por Isenberg, Evers e Philipsen (1987), os quais compunham o corpo de docentes da *Wayne State University, College of Nursing nos EUA* e da *University of Limburg — Department of Nursing Science* da Holanda. A validação inicial da escala ocorreu na Europa em estudo envolvendo diferentes grupos populacionais e posteriormente em diversos outros países, vem sendo utilizada como instrumento em diversas pesquisas de enfermagem que envolve o engajamento no autocuidado (EVERS, et al., 1993).

No Brasil, a escala ASA-A (Anexo V) foi traduzida e validada, considerando os aspectos culturais, por Silva e Domingues (2017), e passou a ser denominada Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC); demonstrando Alfa de Cronbach de 0,85, foi adotada para a realização deste estudo, após os autores terem concedido autorização via correio eletrônico (anexo VI) para o uso do instrumento (SILVA; DOMINGUES, 2017).

A EACAC (anexo 4) é composta por 24 itens destinados a avaliar as capacidades e condições da pessoa em adaptar-se, buscar por rede de apoio e informações para melhorar sua saúde, assim como os cuidados com: a higiene, o peso, alimentação, mobilidade e atividade física e a disponibilidade e condições para mudar a vida. São apresentados em uma escala do tipo likert que varia entre 1 ponto (discordo totalmente) a 5 pontos (concordo totalmente), com um escore mínimo de 24 pontos e máximo de 120 pontos, obtidos pela soma dos escores de cada item, melhores serão as capacidades para o autocuidado quanto o escore obtido estiver mais próximo de 120 pontos. Neste sentido, para melhor avaliação, uma classificação das capacidades de autocuidado é proposta pelos autores: 24 a 40 pontos: péssima; 40 a 56 pontos: ruim; 56 a 72 pontos: regular; 72 a 88 pontos: boa; 88 a 104 pontos: muito boa e 104 a 120

pontos: ótima (SILVA; DOMINGUES, 2017).

As feridas de difícil cicatrização, além de promoverem, diretamente, um sofrimento físico, também são responsáveis por prejuízos: psicológico, social, financeiro e nas atividades de vida diária, com repercussão significativa na redução da QV (AUGUSTIN; ET AL, 2015). Mediante o exposto, para este estudo, visando mensurar a qualidade de vida do paciente com ferida de difícil cicatrização, optou-se pelo uso da versão reduzida da escala de *Freiburg Life Quality Assessment-Wound* (FLQA-Wk) (Anexo VII), após os autores terem concedido autorização via correio eletrônico para o uso do instrumento (anexo VIII). Inicialmente desenvolvida na Alemanha, por Augustin et al, com base na escala *Freiburg questionnaire of quality of life in venous diseases*, dos 81 itens originais dessa escala, 10 foram mantidos sem alterações, 10 itens foram modificados e 61 itens foram omitidos. Foram adicionados 3 novos itens relacionados a características específicas da ferida, tais como: a dor, o prurido e a drenagem de exsudato. A FLQA-Wk foi, inicialmente, validada em três estudos distintos, um estudo observacional longitudinal, multicêntrico, não controlado, sobre terapia a vácuo (n = 175), com objetivo de avaliar a qualidade de vida dos pacientes com feridas de difícil cicatrização e agudas antes e após a aplicação da terapia a vácuo; um estudo observacional transversal envolvendo pacientes com úlceras de perna (n = 384) tratados com diferentes terapias, neste estudo os dados, sobre qualidade de vida, foram coletados em um único momento (AUGUSTIN; HERBERGER; RUSTENBACH; SCHAFER; ZSCHOCKE; BLOME, 2010).

Em um terceiro estudo caracterizado metodologicamente como uma pesquisa multicêntrica randomizada relacionando qualidade de vida com a eficácia e a segurança do transplante de queratinócitos com a terapia de compressão em pacientes com úlceras venosas de difícil cicatrização (n = 198). Os pacientes responderam ao questionário em três tempos distintos: T1 (dia 0), T2 (28º dia) e T3 (56º dia). De T1 a T2, todos os pacientes receberam terapia padrão (terapia de compressão). Em T2, metade dos pacientes foram randomizados para transplante de queratinócitos até T3, enquanto a outra metade continuou com o tratamento padrão (AUGUSTIN; HERBERGER; RUSTENBACH; SCHAFER; ZSCHOCKE; BLOME, 2010).

O instrumento apresentou boa consistência interna (alfa de Cronbach $\geq 0,85$). A confiabilidade do reteste e a validade convergente com o questionário de qualidade de vida EuroQol (EQ-5D — escala visual analógica) foram satisfatórias (AUGUSTIN; HERBERGER; RUSTENBACH; SCHAFER; ZSCHOCKE; BLOME, 2010).

No Brasil, a *Freiburg Life Quality Assessment-Wound* (FLQA-Wk) foi adaptada culturalmente e validada para a língua portuguesa em um estudo com abordagem de 200 pacientes com feridas de difícil cicatrização, recrutados em: Unidades Básicas de Saúde, Estratégia da Saúde da Família e um hospital filantrópico e universitário no sul do Estado de Minas Gerais. O instrumento apresentou consistência interna adequada (alfa de Cronbach=0,86) e estabilidade no teste e reteste elevada (0,93). A validade apresentou correlações de moderada magnitude e significantes (-0,24 a -0,48, $p < 0,0001$) quando correlacionada com IQVFP-VF, sendo fidedigna para a população brasileira (ROCHA; ALEXANDRE; SILVA, 2016).

A FLQA-Wk, versão abreviada, possui 24 itens subdivididos em 6 domínios, além de possuir 3 subescalas visuais analógicas. Os sintomas e queixas são sempre questionados em retrospectiva, considerando a semana anterior. Cada domínio é representado por uma escala likert de 5 pontos, onde 0 é caracterizado por nunca e 4 por muito ou sempre, com exceção do domínio satisfação, que deverá ser decodificado para sua interpretação; neste sentido 0 é descrito como muito satisfeito e 4 insatisfeito, sendo assim quanto maior sua pontuação obtida, maior a influência negativa na QV. O domínio 1 – sintomas físicos, é composto por 5 itens e se refere aos sinais e sintomas físicos relacionados ao paciente assim como da própria ferida, como insônia, coceira, odor e secreção na ferida, o domínio 2 – vida diária; também possui 5 itens destinados a identificar a influência da ferida na realização das atividades de vida diária (AVD), dentre elas trabalho, finanças, esforço físico e lazer/diversão, já o domínio 3 – vida social, possui 3 itens designados a estabelecer efeito da ferida na relação do paciente com outras pessoas (AUGUSTIN; HERBERGER; RUSTENBACH; SCHAFER; ZSCHOCKE; BLOME, 2010; ROCHA; ALEXANDRE; SILVA, 2016).

O domínio 4 – bem-estar psicológico contém 4 itens que determinam os sentimentos como depressão, ódio e desamparo apresentados pelos pacientes com feridas de difícil cicatrização, o domínio 5 – tratamento, também composto de 4 itens destinados a avaliar como o paciente sentiu-se com o tratamento da ferida na semana anterior. Nesse domínio, o último item avalia o tempo diário disponibilizado pelo paciente para cuidar de sua ferida, sendo as respostas: nenhum tempo (um ponto), menos de 10 minutos (dois pontos), de 1 a 30 minutos (três pontos), de 30 a 60 minutos (quatro pontos) e mais de 60 minutos (cinco pontos) e o domínio 6 – satisfação possui 3 itens e permite compreender o quanto satisfeito o paciente encontra-se com sua saúde, seu tratamento e aparência da ferida (AUGUSTIN; HERBERGER; RUSTENBACH; SCHAFER; ZSCHOCKE; BLOME, 2010; ROCHA; ALEXANDRE; SILVA, 2016).

Como complemento, o instrumento também possui três escalas visuais analógicas, graduadas de zero (muito ruim) a dez (muito bom). Para o paciente avaliar sua saúde em geral, condições gerais da ferida e qualidade de vida na última semana. Essas escalas permitem comparar os seus valores com o escore total do instrumento (AUGUSTIN; HERBERGER; RUSTENBACH; SCHAFER; ZSCHOCKE; BLOME, 2010).

Após a decodificação do domínio satisfação, as subescalas são calculadas pela média das respostas dos respectivos itens em cada domínio e um escore total é obtido pela soma das médias de cada domínio. Para calcular a pontuação de uma subescala ou domínio, assim como para o cálculo do escore total, é necessário que 75% dos itens sejam respondidos e que, pelo menos, cinco das seis escalas estejam completas, caso contrário, a subescala deverá ser considerada inválida. Destaca-se a importância do preenchimento completo de cada subescala ou domínio. O FLQA-Wk pode ser preenchido pelos próprios pacientes, no entanto, se o paciente não conseguir preencher o instrumento, poderá ser aplicado pelo pesquisador por meio de entrevista. Com tempo médio de dez a quinze minutos para respondê-lo (AUGUSTIN; HERBERGER; RUSTENBACH; SCHAFER; ZSCHOCKE; BLOME, 2010).

Para a mensuração da intensidade da dor, considerou-se a presença desse sintoma apenas no momento da entrevista. Utilizou-se como instrumento, para essa medida, a Escala Verbal Numérica (EVN) de dor, assim foi solicitado ao entrevistado que classificasse sua dor entre zero a dez, onde zero implica a ausência de dor e 10 a pior dor possível ou dor insuportável. Essa escala pode ser facilmente falada ao paciente, facilitando a utilização por pessoas com baixa alfabetização ou com deficiência visual. No entanto, exige que o paciente esteja lúcido e orientado (HAWKER; MIAN; KENDZERSKA; FRENCH, 2011).

4.4.3 Organização e Análise dos dados

Os dados foram organizados em uma planilha do programa *Microsoft Office Excel* (2016), considerando cada item ou domínio dos instrumentos utilizados, as características sociodemográficas e clínicas e a intensidade da dor no momento da entrevista na população estudada.

Considerando os tipos das variáveis, estas foram apresentadas de duas formas distintas. As qualitativas em forma de frequência absoluta e relativa. As quantitativas foram submetidas ao teste de Shapiro Wilk e tiveram sua normalidade não confirmada, sendo, portanto,

apresentadas em forma de mediana e quartis.

A correlação de Spearman foi aplicada em todos os casos quando as duas variáveis a serem associadas eram do tipo quantitativa. O teste Qui Quadrado foi aplicado sempre que as duas variáveis eram qualitativas.

Quando a intenção era associar uma variável quantitativa e outra qualitativa, foram aplicados dois testes estatísticos distintos, o Mann Whitney ou o Kruskal Wallis. O primeiro se aplicou a casos em que a variável qualitativa possuía duas opções de resposta. O segundo, nos casos em que a variável qualitativa apresentava três ou mais opções de resposta. Nesse caso, um pós-teste – Bonferroni – foi aplicado, sempre que necessário, para identificar em qual grupo se localizava a diferença estatística. Todas as análises foram realizadas no software IBM SPSS versão 25 e o nível de significância considerado foi de 5%.

Acerca da variável etiologia da ferida, para uma melhor análise estatística, considerando as possíveis associações e correlações, esta variável foi categorizada em vasculogênicas (úlceras: venosa e arterial), traumáticas (LP, neuropática e queimadura) e oncológica.

Uma medida proposta por Cronbach, conhecida como alfa de Cronbach, foi utilizada para avaliar a consistência interna ou confiabilidade dos instrumentos utilizados na coleta de dados. O coeficiente alfa de Cronbach varia entre zero (0) e um (1,0), quanto mais próximo de um, maior será a consistência interna. Este coeficiente de avaliação inclui os seguintes valores: 0,90-1,0 (excelente), 0,80-0,89 (bom), 0,70-0,79 (satisfatório) e 0,60-0,69 (aceitável). Valores abaixo de 0,60 são considerados insatisfatórios ou insuficientes (TAVAKOL; DENNICK, 2011)

4.5 Aspectos Éticos

A execução da pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Catanduva–SP, pela Secretaria Municipal de Saúde de Pindorama e pelo Hospital Escola Emílio Carlos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos — UFSCar com CAAE: 63323822.9.0000.5504 (Anexo IX).

Conduziu-se o estudo conforme a Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012, que discorre sobre a pesquisa com seres humanos, garantindo os princípios de autonomia, justiça, equidade, beneficência e não maleficência, ao indivíduo e à comunidade. Esta resolução também preconiza o consentimento livre e esclarecido para pesquisas envolvendo os seres humanos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apêndice II, assim como o Termo de Consentimento para o uso de dados (TCUD), apêndice III, foram entregues e assinados pelos participantes do estudo, os quais receberam orientações sobre: os objetivos do estudo; a forma de coleta de dados; que poderiam cancelar seu consentimento com a liberdade de se retirarem do estudo a qualquer momento, sendo garantido e respeitado o sigilo e confidencialidade das respostas não sendo identificados nos resultados da pesquisa, assim como em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo. A participação nesta pesquisa foi voluntária e os participantes não receberam nenhuma forma de incentivo. Os desconfortos e os riscos vivenciados durante a coleta de dados foram mínimos.

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, DE QUALIDADE DE VIDA, E SUBJETIVAS (AUTOEFICÁCIA, AUTOESTIMA, AUTOCUIDADO, DEPRESSÃO, ESTRESSE, ANSIEDADE E DOR EM PACIENTES COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

Foram recrutados 116 participantes e não houve exclusão. A maioria (54,3%) era mulheres, sendo que 60,3% consideraram-se brancos. Quanto ao estado civil, a maioria afirmou ser casada (51,7%). A maioria dos entrevistados relatou possuir alguma religião (92,2%). Quanto à ocupação, 68,1% eram aposentados. Sobre a renda mensal, a maioria (60,3%), relatou que a sua situação econômica satisfaz as suas necessidades e da sua família. Com relação à prática de atividade física, a grande maioria não praticava nenhum tipo de atividade (85,3%), foram considerados eutróficos 72,4% dos entrevistados.

A hipertensão arterial (66,4%) e o diabetes mellitus (66%) foram as comorbidades mais evidenciadas na amostra e 86,2% faziam uso contínuo de algum medicamento. Acerca da etiologia da ferida, para uma melhor análise estatística, esta variável foi categorizada em vasculogênicas (úlceras venosa e arterial), traumáticas (LP, neuropática e queimadura) e oncológica, as úlceras vasculogênicas acometeram mais da metade (52,6%) dos entrevistados, seguido pelas feridas traumáticas (40,5%), a maioria possuía uma única ferida (68,1%). A maioria negou etilismo (86,2%) e tabagismo (87,9%).

Em referência aos escores obtidos com a aplicação da DASS-21, a maioria dos entrevistados apresentou depressão (68,1%), ansiedade (76,7%) e estresse (71,6%) entre normal e leve, A maioria do participantes considerou ótima as suas capacidades para a realização do autocuidado (43,1%), conforme descrito na tabela 1. Na análise da consistência interna da DASS-21 e da ASA-A, obteve-se alfa de Cronbach 0,88 e 0,85 respectivamente, refletindo o adequado grau de correlação das respostas entre os itens que compõem os instrumentos.

Tabela 2 – Análise descritiva das variáveis qualitativas sociodemográficas e clínicas e DASS-21 e ASA-A de pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023

Variáveis qualitativas	(n = 116)	
<i>Local de Atendimento</i>	n	%
Catanduva	98	84,5
Pindorama	18	15,5

<i>Sexo</i>		
Masculino	53	45,7
Feminino	63	54,3
<i>Estado Civil</i>		
Casado	60	51,7
Viúvo	31	26,7
Solteiro	14	12,1
Divorciado	8	6,9
Companheiro	3	2,6
<i>Cor da Pele / Raça</i>		
Branco	70	60,3
Pardo	30	25,9
Negro	14	12,1
Indígena	2	1,7
<i>Religião</i>		
Possui	107	92,2
Não possui	9	7,8
<i>Renda Familiar Suficiente</i>		
Sim	70	60,3
Não	46	39,7
<i>Ocupação</i>		
Aposentado	79	68,1
Empregado	19	16,4
Desempregado	11	9,5
Do lar	7	6,0
<i>Prática de Atividade Física</i>		
Sim	17	14,7
Não	99	85,3
<i>Comorbidades</i>		
HAS	77	66,4
DM	66	56,9
Cardiopatias	24	20,7
Outras comorbidades	21	18,1
DRC	5	4,3
SARS-Cov-2	4	3,4
Pneumopatia	4	3,4
AVE	3	2,6
<i>Medicamentos em Uso</i>		
Sim	100	86,2
Não	16	13,8
<i>Etiologia da Ferida</i>		
Vasculogênicas	58	50,0
Traumáticas	26	22,4
Neuropática	13	11,2
Oncológica	8	6,9
LP	6	5,2
Queimaduras	2	1,7

Vasculogênica e Neuropática	2	1,7
Vasculogênica e LP	1	0,9
<i>Quantidade de Feridas</i>		
1 Ferida	79	68,1
2 Feridas	30	25,9
3 Feridas	7	6,0
<i>Tabagismo</i>		
Sim	14	12,1
Não	102	87,9
<i>Ex-Tabagismo</i>		
Sim	44	37,9
Não	72	62,1
<i>Etilismo</i>		
Sim	16	13,8
Não	100	86,2
<i>Ex-Etilismo</i>		
Sim	28	24,1
Não	88	75,9
<i>Índice de Massa Corporal</i>		
Eutrófico	84	72,4
Emagrecido	9	7,8
Obeso	23	19,8
<i>DASS-21-Depressão</i>		
Normal/leve	79	68,1
Mínimo	15	12,9
Moderado	22	19,0
<i>DASS-21-Ansiedade</i>		
Normal/leve	89	76,7
Mínimo	8	6,9
Moderado	12	10,3
Grave	7	6,0
<i>DASS-21-Estresse</i>		
Normal/leve	83	71,6
Mínimo	20	17,2
Moderado	13	11,2
<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>		
Ótima	50	43,1
Muito boa	44	37,9
Boa	13	11,2
Regular	9	7,8

A Tabela 3 exhibe as variáveis quantitativas apresentadas como mediana e quartis. A mediana de idade foi de 68 anos (IIQ 58,3-75,8), sobre os anos de estudo, apresentaram mediana de 04 anos (IIQ 3,0-9,8). Em relação à intensidade de dor, 50% dos pacientes relataram alguma intensidade de dor na ferida durante a entrevista; obteve-se mediana de 1,0 (IIQ 0-8,0), com

relação ao tempo de existência da ferida, a mediana, em meses, foi de 52 (IIQ 17,0-204,0). Ao avaliar a qualidade de vida, a pontuação mediana dos 116 pacientes com feridas de difícil cicatrização foi de 10,7 (IIQ 6,4-13,6) pontos.

Considerando os seis domínios que compõem a escala, constatou-se que o bem-estar psicológico representou um estado de melhor qualidade de vida (mediana 1,0 e IIQ 0,3-1,5), ou seja, a presença de feridas de difícil cicatrização não causou raiva e fúria, depressão, exaustão, nem fadiga, desamparo e rejeição entre os participantes deste estudo; por outro lado, os domínios vida diária (mediana 2,4 e IIQ 1,4-3,2) e tratamento (mediana 2,4 e IIQ 1,5-3,0) representaram os domínios com a pior qualidade de vida. Neste sentido, as feridas de difícil cicatrização acarretaram dificuldade dos pacientes em realizar tarefas rotineiras ou atividade de lazer, com repercussão no esforço físico, como, por exemplo, subir escadas, assim como a necessidade de ajuda para a realização do tratamento. Notavelmente, o alfa de Cronbach (0,91) para a FLQA-Wk é considerado adequado e confirma que o instrumento utilizado é confiável do ponto de vista da proposta do estudo.

Na tabela 3, em relação ao escore geral da escala de autoestima, evidenciou-se uma mediana de 31,5 (IIQ 26,0-34,8) e para percepção da autoeficácia uma mediana de 4,3 (IIQ 3,2-4,8), ambos os instrumentos apresentaram adequada consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,74 e 0,86 respectivamente.

Tabela 3 - Análise descritiva das variáveis quantitativas sociodemográficas e clínicas, qualidade de vida (FLQA-Wk), autoestima (EAR) e autoeficácia (EAGP) de pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023

	Q1	Mediana	Q3
<i>Variáveis Demográficas e Clínicas</i>			
Idade	58,3	68,0	75,8
Anos de Estudo	3,0	4,0	9,8
Dor no Momento da Entrevista	0,0	1	8,0
Tempo de existência da ferida (meses)	17,0	52,0	204,0
<i>Freiburg life quality assessment-wound</i>			
FLQA - Sintomas físicos	0,4	1,0	2,0
FLQA - Vida diária	1,4	2,4	3,2
FLQA - Vida social	0,8	2,0	3,3
FLQA - Bem estar psicológico	0,3	1,0	1,5
FLQA - tratamento	1,5	2,4	3,0
FLQA - Satisfação	0,7	1,3	1,7
FLQA - Geral	6,4	10,7	13,6

* EVA1 - Estado de saúde geral	5,3	8,0	9,0
* EVA2 - Em relação a sua ferida	5,0	8,0	9,0
* EVA3 - Como você avaliaria sua qualidade de vida em geral na última semana?	5,0	8,0	9,0
<i>Autoestima de Rosenberg</i>			
Autovalor positivo	15,0	17,0	19,0
Autodepreciação	12,0	14,0	17,0
EAR geral	26,0	31,5	34,8
<i>Autoeficácia geral percebida</i>			
EAGP	3,2	4,3	4,8

*EVA – Escala Visual Analógica

5.2 CORRELAÇÃO E COMPARAÇÃO DA DOR COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E SUBJETIVAS (AUTOCUIDADO, DEPRESSÃO, ESTRESSE E ANSIEDADE) EM PACIENTES COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

Considerando a dor uma experiência singular para os pacientes com feridas de difícil cicatrização, assim como a possível correlação desta com as variáveis sociodemográficas e clínicas, identificou-se a correlação positiva da dor apenas com a quantidade de feridas ($p = 0,003$). Isso indicou que quanto maior a quantidade de feridas, maior a intensidade da dor. A dor não apresentou correlação positiva com a idade ($p = 0,686$), nem com o tempo de lesão ($p = 0,536$), conforme descrito na tabela 4.

Tabela 4 - Correlação entre dor, idade, tempo de lesão e quantidade de feridas em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

		Idade	Tempo de Lesão	Quantidade de Feridas
Dor no momento da entrevista	Coefficiente de Correlação*	-0,038	0,058	0,271**
	Valor p	0,686	0,536	0,003

*Correlação de Spearman

A comparação entre dor e as variáveis sociodemográficas, clínicas e subjetivas (autocuidado, depressão, ansiedade e estresse) é apresentada na tabela 5. A única associação estatisticamente significativa foi entre dor e depressão ($p = 0,039$), ou seja, indivíduos com depressão moderada relataram maior intensidade da dor no momento da entrevista.

Tabela 5 - Comparação entre dor e as variáveis sociodemográficas, clínicas e subjetivas (autocuidado, depressão, ansiedade e estresse) em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

	Dor no momento da entrevista (Mediana (Q1- Q3))	valor p*
<i>Sexo</i>		
Masculino	0 (0 – 6)	0,124
Feminino	5 (0- 8)	
<i>Estado civil</i>		
Casado	0 (0 – 6)	0,209
Viúvo	5 (0 – 8)	
Solteiro	3 (0 – 7)	
Divorciado	6 (1 – 10)	
Companheiro	6 (0 - **)	
<i>Cor da Pele / Raça</i>		
Branco	5 (0 – 8)	0,487
Pardo	0 (0 – 8)	
Negro	0 (0 – 7)	
Indígena	0 (0 - **)	
<i>Religião</i>		
Possui	5 (0 – 8)	0,073
Não possui	0 (0 – 2)	
<i>Renda familiar</i>		
Sim	0 (0 – 7)	0,182
Não	5 (0 – 8)	
<i>Prática de atividades físicas</i>		
Sim	0 (0 – 5)	0,163
Não	2 (0 – 8)	
<i>Índice de Massa Corporal</i>		
Eutrófico	0 (0 – 7)	0,199
Emagrecido	5 (0 – 10)	
Obeso	5 (0 – 8)	
<i>DASS-21-Depressão</i>		
Normal/leve	0 (0 – 6)	0,039
Mínimo	3 (0 – 8)	
Moderado	8 (0 – 9)	
<i>DASS-21-Ansiedade</i>		
Normal/leve	0 (0 – 8)	0,688
Mínimo	3 (0 – 8)	
Moderado	5 (0 – 8)	
Grave	8 (0 – 8)	
<i>DASS-21-Estresse</i>		
Normal/leve	0 (0 – 6)	0,209
Mínimo	6 (0 – 8)	
Moderado	5 (0 – 9)	

<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>		
Regular	8 (0 – 10)	
Boa	5 (0 – 8)	0,248
Muito boa	0 (0 – 8)	
Ótima	3 (0 – 7)	

*Teste de Mann Whitney ou teste de Kruskal Wallis.**Não existem dados suficientes. A tabela tem em destaque os grupos que são estatisticamente diferentes dos demais.

5.3 ASSOCIAÇÃO E COMPARAÇÃO DAS VARIÁVEIS TEMPO DE EXISTÊNCIA DA FERIDA, ETIOLOGIA DA FERIDA E NÚMERO DE FERIDAS COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS EM PACIENTES COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO.

Considerando o tempo de existência da ferida e comparando as variáveis sociodemográficas e clínicas, apenas as variáveis ex-etilista ($p = 0,025$) e ex-tabagista ($p = 0,001$) apresentaram um tempo de existência da ferida menor, conforme descrito na tabela 6.

Tabela 6 - Comparação entre a variável tempo de existência da ferida com as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

	Sexo		valor p*
	Masculino (n = 53)	Feminino (n = 63)	
Tempo de ferida (meses) Mediana (Q1 - Q3)	52 (15 - 104)	52 (17 - 260)	0,173
	Renda Familiar		
	Não (n = 46)	Sim (n = 70)	
Tempo de ferida (meses) Mediana (Q1 - Q3)	52 (16 - 221)	52 (17 - 165)	0,872
	Uso de Medicamentos		
	Não (n = 16)	Sim (n = 100)	
Tempo de ferida (meses) Mediana (Q1 - Q3)	63 (12 - 195)	52 (17 - 204)	0,955
	Tabagismo		
	Não (n = 102)	Sim (n = 14)	
Tempo de ferida (meses) Mediana (Q1 - Q3)	52 (17 - 196)	52 (16 - 520)	0,773
	Ex-tabagismo		
	Não (n = 72)	Sim (n = 44)	

Tempo de ferida (meses) Mediana (Q1 - Q3)	64 (30 - 417)	26 (12 - 55)		0,001
Etilismo				
	Não (n = 100)	Sim (n = 16)		
Tempo de ferida (meses) Mediana (Q1 - Q3)	52 (17 - 208)	52 (8 - 143)		0,641
Ex-etilismo				
	Não (n = 88)	Sim (n = 28)		
Tempo de ferida (meses) Mediana (Q1 - Q3)	52 (18 - 260)	28 (12 - 68)		0,025
Presença comorbidade				
	Não (n = 17)	Sim (n = 99)		
Tempo de ferida (meses) Mediana (Q1 - Q3)	73 (13 - 182)	52 (17 - 208)		0,991
Índice de Massa Corporal				
	Eutrófico (n= 84)	Emagrecido (n = 9)	Obeso (n = 23)	
Tempo de ferida (meses) Mediana (Q1 - Q3)	52 (12 - 104)	104 (19 - 860)	78 (30 - 520)	0,071

*Teste de Mann Whitney

Acerca da etiologia da ferida, para uma melhor análise estatística, considerando as possíveis associações e correlações, esta variável foi categorizada em vasculogênicas (úlceras venosas e arterial), traumáticas (LP, neuropática e queimadura) e oncológica.

Contudo, com relação à comparação do número de feridas e da etiologia das mesmas com as variáveis sociodemográficas e clínicas, não houve associação entre as variáveis, conforme descrito na tabela 7.

Tabela 7 - Comparação entre as variáveis número e etiologia das feridas com as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

	Sexo		valor p*
	Masculino	Feminino	
<i>Etiologia da ferida</i>			
Vasculogênicas	27 (50,9%)	34 (54%)	
Feridas traumáticas	24 (45,3%)	23 (36,5%)	0,372
Oncológicas	2 (3,8%)	6 (9,5%)	
<i>Quantidade de ferida</i>			
1 ferida	39 (73,6%)	40 (63,5%)	
2 feridas	10 (18,9%)	20 (31,7%)	0,266
3 ou mais feridas	4 (7,5%)	3 (4,8%)	

Renda familiar			
<i>Etiologia da ferida</i>	Sim	Não	
Vasculogênicas	33 (47,2%)	28 (60,9%)	
Feridas traumáticas	32 (45,7%)	15 (32,6%)	0,335
Oncológicas	5 (7,1%)	3 (6,5%)	
<i>Quantidade de ferida</i>			
1 ferida	48 (68,6%)	31 (67,4%)	
2 feridas	17 (24,3%)	13 (28,3%)	0,765
3 ou mais feridas	5 (7,1%)	2 (4,3%)	
Medicamento em uso			
<i>Etiologia da ferida</i>	Sim	Não	
Vasculogênicas	54 (54%)	7 (43,8%)	
Feridas traumáticas	39 (39%)	8 (50%)	0,705
Oncológicas	7 (7%)	1 (6,3%)	
<i>Quantidade de ferida</i>			
1 ferida	67 (67%)	12 (75%)	
2 feridas	26 (26%)	4 (25%)	0,534
3 ou mais feridas	7 (7%)	0 (0%)	
Tabagismo			
<i>Etiologia da ferida</i>	Sim	Não	
Vasculogênicas	10 (71,4%)	51 (50%)	
Feridas traumáticas	4 (28,6%)	43 (42,2%)	0,255
Oncológicas	0 (0%)	8 (7,8%)	
<i>Quantidade de ferida</i>			
1 ferida	7 (50%)	72 (70,6%)	
2 feridas	7 (50%)	23 (22,5%)	0,07
3 ou mais feridas	0 (0%)	7 (6,9%)	
Ex-Tabagismo			
<i>Etiologia da ferida</i>	Sim	Não	
Vasculogênicas	17 (38,6%)	44 (61,1%)	
Feridas traumáticas	23 (52,3%)	24 (33,3%)	0,063
Oncológicas	4 (9,1%)	4 (5,6%)	
<i>Quantidade de ferida</i>			
1 ferida	32 (72,7%)	47 (65,3%)	
2 feridas	9 (20,5%)	21 (29,2%)	0,578
3 ou mais feridas	3 (6,8%)	4 (5,6%)	
Etilismo			
<i>Etiologia da ferida</i>	Sim	Não	
Vasculogênicas	6 (37,5%)	55 (55%)	
Feridas traumáticas	10 (62,5%)	37 (37%)	0,117
Oncológicas	0 (0%)	8 (8%)	
<i>Quantidade de ferida</i>			
1 ferida	11 (68,8%)	68 (68%)	
2 feridas	4 (25%)	26 (26%)	0,996
3 ou mais feridas	1 (6,2%)	6 (6%)	
Ex-Etilismo			
<i>Etiologia da ferida</i>	Sim	Não	
Vasculogênicas	16 (57,1%)	45 (51,1%)	0,836

Feridas traumáticas	10 (35,7%)	37 (42%)	
Oncológicas	2 (7,1%)	6 (6,8%)	
<i>Quantidade de ferida</i>			
1 ferida	19 (67,9%)	60 (68,2%)	
2 feridas	8 (28,6%)	22 (25%)	0,788
3 ou mais feridas	1 (3,6%)	6 (6,8%)	
Comorbidade			
<i>Etiologia da ferida</i>			
	Sim	Não	
Vasculogênicas	52 (52,5%)	9 (52,9%)	
Feridas traumáticas	40 (40,4%)	7 (41,2%)	0,984
Oncológicas	7 (7,1%)	1 (5,9%)	
<i>Quantidade de ferida</i>			
1 ferida	13 (76,5%)	66 (66,7%)	
2 feridas	4 (23,5%)	26 (26,3%)	0,788
3 ou mais feridas	0 (0%)	7 (7%)	
Prática de atividade física			
<i>Etiologia da ferida</i>			
	Sim	Não	
Vasculogênicas	7 (41,2%)	54 (54,5%)	
Feridas traumáticas	9 (52,9%)	38 (38,4%)	0,527
Oncológicas	1 (5,9%)	7 (7,1%)	
<i>Quantidade de ferida</i>			
1 ferida	12 (70,6%)	67 (67,7%)	
2 feridas	5 (29,4%)	25 (25,2%)	0,518
3 ou mais feridas	0 (0%)	7 (7,1%)	
Índice de Massa Corporal			
<i>Etiologia da ferida</i>			
	Eutrófico	Emagrecido	Obeso
Vasculogênicas	41 (48,8%)	4 (44,4%)	16 (69,6%)
Feridas traumáticas	37 (44%)	3 (33,4%)	7 (30,4%)
Oncológicas	6 (7,2%)	2 (22,2%)	0 (0%)
<i>Quantidade de ferida</i>			
1 ferida	60 (71,4%)	4 (44,4%)	15 (65,3%)
2 feridas	20 (23,8%)	3 (33,4%)	7 (30,4%)
3 ou mais feridas	4 (4,8%)	2 (22,2%)	1 (4,3%)

*Teste Qui Quadrado

5.4 CORRELAÇÃO E COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E SUBJETIVAS (AUTOESTIMA, AUTOEFICÁCIA, AUTOCUIDADO, DEPRESSÃO, ESTRESSE E ANSIEDADE) E DOR EM PACIENTES COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

Quando analisadas a correlação e comparação da qualidade de vida dos pacientes com feridas de difícil cicatrização, com base nos domínios do instrumento FLQA-Wk, com variáveis sociodemográficas, clínicas, subjetivas e a intensidade dor, mostra-se que: anos de estudo teve

correlação inversa com os domínios vida social e o tratamento da FLQA-Wk, ou seja, quanto mais anos de estudo, menor a pontuação nesses dois domínios, ou ainda, maior qualidade de vida social e melhor desempenho e envolvimento com o tratamento.

Houve correlação positiva da dor com todos os domínios e a qualidade de vida geral da FLQA-Wk. Neste sentido, quanto maior a intensidade da dor, pior a qualidade de vida ($p < 0,05$). também houve correlação positiva entre a quantidade de feridas com todos os domínios da FLQA-Wk, exceto vida social ($p = 0,076$). Quanto maior o número de feridas que o paciente possui, pior sua qualidade de vida. A autoestima (EAR) e a percepção da autoeficácia (EAGP) evidenciaram correlação negativa com todos os domínios da FLQA-Wk, exceto sintomas físicos ($p = 0,092$) e tratamento ($p = 0,022$). A correlação indica que quanto maior a autoestima e a percepção de eficácia, melhor é a qualidade de vida. Já autodepreciação e autoestima geral da EAR tiveram correlação negativa com todos os domínios da FLQA-Wk, exceto em relação ao tratamento ($p = 0,130$). A correlação indica que quanto maior a autoestima, melhor a qualidade de vida, conforme exposto na tabela 8.

Tabela 8 - Correlação entre qualidade de vida e as variáveis quantitativas sociodemográficas, clínicas e subjetivas (autoestima, autoeficácia) e dor em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

		FLQA - Sintomas físicos	FLQA - Vida diária	FLQA - Vida social	FLQA - Bem estar psicológico	FLQA - tratamento	FLQA - Satisfação	FLQA - Geral
Idade	Coefficiente de Correlação	-0,138	-0,047	0,064	-0,066	0,033	0,070	-0,012
	valor p*	0,140	0,613	0,495	0,481	0,729	0,453	0,897
Anos de Estudo	Coefficiente de Correlação	-0,079	-0,143	-,187*	-0,112	-,257**	-0,121	-0,173
	valor p*	0,399	0,125	0,044	0,230	0,005	0,197	0,063
Dor no Momento da Entrevista	Coefficiente de Correlação	,660**	,306**	,233*	,309**	,311**	,285**	,431**
	valor p*	0,000	0,001	0,012	0,001	0,001	0,002	0,000
Tempo de Lesão	Coefficiente de Correlação	0,107	0,020	-0,041	0,087	0,081	0,022	0,049
	valor p*	0,252	0,828	0,664	0,353	0,386	0,816	0,604
Quantidade de Feridas	Coefficiente de Correlação	,243**	,257**	0,165	,204*	,316**	,294**	,310**
	valor p*	0,009	0,005	0,076	0,028	0,001	0,001	0,001

Autovalor Positivo	Coeficiente de Correlação	-0,157	-,413**	-,494**	-,472**	-0,114	-,381**	-,495**
	valor p*	0,092	0,000	0,000	0,000	0,222	0,000	0,000
Autodepreciação	Coeficiente de Correlação	-,237*	-,415**	-,352**	-,438**	-0,141	-,296**	-,450**
	valor p*	0,010	0,000	0,000	0,000	0,130	0,001	0,000
EAR_geral	Coeficiente de Correlação	-,218*	-,479**	-,478**	-,505**	-0,169	-,380**	-,537**
	valor p*	0,019	0,000	0,000	0,000	0,070	0,000	0,000
EAGP	Coeficiente de Correlação	-0,170	-,408**	-,432**	-,443**	-0,104	-,360**	-,473**
	valor p*	0,068	0,000	0,000	0,000	0,268	0,000	0,000

Correlação de Spearman.*A correlação é significativa no nível de 5%;**A correlação é significativa no nível de 1%

A tabela 9, a seguir, permite concluir que homens apresentaram melhor qualidade de vida geral ($p = 0,001$). Indivíduos que julgaram possuir uma renda não suficiente ($p = 0,018$) e que não praticavam atividade física ($p = 0,002$) tiveram pior qualidade de vida. Para DASS-21 na sub-escala Depressão, o grupo classificado com depressão moderada demonstrou pior resultado que os demais ($p = 0,000$), indicando que o estado depressivo reduz a qualidade de vida. Para a subescala ansiedade e estresse da DASS-21, os grupos classificados como normal / leve tiveram melhor resultado e se diferem dos demais ($p = 0,000$), ou seja, a ausência ou condição leve de ansiedade e estresse influi em melhor qualidade de vida. Sobre a capacidade de autocuidado (ASA-A), os indivíduos classificados como muito boa e ótima capacidade são os que apresentaram melhor qualidade de vida ($p = 0,000$).

Tabela 9 - Associação entre qualidade de vida e as variáveis qualitativas sociodemográficas, clínicas e subjetivas (depressão, ansiedade, estresse e autocuidado) em pacientes com feridas de difícil cicatrização. Catanduva-SP, 2023.

	FLQA - Geral (Mediana (Q1- Q3))	valor p*
<i>Sexo</i>		
Masculino	8,5 (5,3 - 11,7)	0,001
Feminino	12,5 (7,8 - 14,4)	
<i>Estado civil</i>		
Casado	9,6 (5,2 - 13,3)	0,191
Viúvo	11,1 (8,2 - 14,4)	
Solteiro	10,1 (6,3 - 14,1)	
Divorciado	12,6 (10,5 - 18,5)	

Companheiro	11,4 (9,9 - **)	
<i>Cor da Pele / Raça</i>		
Branco	10,8 (7,1 - 13,5)	
Pardo	10,5 (6,7 - 15,1)	0,381
Negro	12 (3,5 - 13)	
Indígena	5,1 (4,6 - **)	
<i>Religião</i>		
Possui	10,7 (6,1 - 13,6)	0,386
Não possui	11,9 (9,4 - 14,2)	
<i>Renda familiar</i>		
Sim	10,2 (5,6 - 12,6)	0,018
Não	12 (7,9 - 14,9)	
<i>Prática de atividades físicas</i>		
Sim	7 (4 - 10,1)	0,002
Não	11,4 (7,4 - 14,1)	
<i>Índice de Massa Corporal</i>		
Eutrófico	10,1 (5,6 - 13)	
Emagrecido	12,8 (8,3 - 15,8)	0,158
Obeso	11,7 (7,4 - 14,6)	
<i>DASS-21-Depressão</i>		
Normal/leve	9,5 (5,2 - 11,8)	
Mínimo	11,7 (8,7 - 15,1)	0,000
Moderado	14,4 (13,5 - 18,1)	
<i>DASS-21-Ansiedade</i>		
Normal/leve	9,9 (5,4 - 12,2)	
Mínimo	14,1 (8,3 - 17,8)	0,000
Moderado	13,7 (10,7 - 14,2)	
Grave	15,5 (13,4 - 17,9)	
<i>DASS-21-Estresse</i>		
Normal/leve	9,5 (5,4 - 11,9)	
Mínimo	13,3 (10 - 15)	0,000
Moderado	14,4 (13,1 - 18)	
<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>		
Regular	15,2 (13,2 - 18,5)	
Boa	13,4 (11,4 - 14,2)	0,000
Muito boa	10,8 (7,4 - 14,1)	
Ótima	7,8 (4,8 - 11,5)	

*Teste de Mann Whitney ou teste de Kruskal Wallis. **Não existem dados suficientes. A tabela tem me destaque os grupos que são estatisticamente diferentes dos demais.

A comparação entre dor no momento da entrevista e qualidade de vida com a variável etiologia da ferida (tabela 10), possibilitou identificar que a dor foi percebida e relatada com maior intensidade no grupo de paciente com feridas de etiologia vasculogênica ($p = 0,002$). No

domínio sintomas físicos da FLQA-Wk houve menor pontuação no grupo traumático ($p = 0,02$), sendo possível afirmar que a dor, o mau cheiro, o prurido e secreção na ferida, assim como a insônia, são sintomas menos evidenciados nesse grupo. Já no domínio vida social houve maior pontuação no grupo de feridas oncológicas ($p = 0,049$). Por conseguinte, os pacientes com lesões oncológicas diminuíram suas atividades e se afastaram de outras pessoas e se sentiram dependentes. Por fim, no domínio tratamento houve menor pontuação no grupo traumático ($p = 0,014$). Dessa forma, não se faz necessário a ajuda de outros para o tratamento e os participantes não o veem como um peso ou algo que consome muito tempo. Lembrando que, para os itens de qualidade de vida, maior pontuação representa pior qualidade de vida.

Tabela 10 - Comparação entre a dor e os domínios da FLQA-Wk com a etiologia da ferida em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

<i>Mediana (Q1- Q3)</i>	Etiologia da ferida			valor p*
	Vasculogênica (n = 61)	Traumática (n = 47)	Oncológica (n = 8)	
Dor no momento da entrevista	6 (0 - 9)a	0 (0 - 5)b	2,5 (0 - 8)a,b	0,002
FLQA - Sintomas físicos	1,4 (0,5 - 2)a	0,8 (0,4 - 1,2)b	1,4 (0,9 - 1,8)a	0,020
FLQA - Vida diária	2,4 (1,2 - 3,2)	2,2 (1,6 - 3,2)	2,9 (2 - 3,4)	0,497
FLQA - Vida social	1,7 (0,8 - 3)b	2 (0,7 - 3,7)b	3,3 (2,5 - 4)a	0,049
FLQA - Bem estar psicológico	1 (0,3 - 1,9)	1 (0,3 - 1,5)	0,5 (0,1 - 1,8)	0,495
FLQA - tratamento	2,5 (1,8 - 3,1)a	2 (1 - 2,8)b	2,9 (1,9 - 3,3)a	0,014
FLQA - Satisfação	1,3 (1 - 1,8)	1,3 (0,7 - 2)	1,3 (0,9 - 1,6)	0,844
FLQA - Geral	10,7 (7,3 - 13,6)	10,2 (5,1 - 13,9)	11,8 (9,7 - 13,9)	0,435
EVA1** - Estado de saúde geral	8 (6 - 8)	8 (5 - 9)	8 (5,5 - 10)	0,780
EVA2** - Em relação à sua ferida	8 (5 - 8,5)	8 (5 - 9)	8 (5 - 10)	0,760
EVA3** - Qualidade de vida em geral na última semana?	8 (6 - 9)	8 (5 - 9)	8 (5,8 - 9,8)	0,637

*Teste de Mann Whitney

** EVA - Escala Visual Analógica do FLQA-Wk

A tabela 11 revela a comparação entre dor no momento da entrevista e qualidade de vida com a variável etiologia da ferida entre os sexos masculino e feminino. O domínio tratamento agregou menor pontuação no grupo traumático ($p = 0,014$). Dessa forma, para o grupo em questão, não se faz necessário a ajuda de outros para o tratamento e não o veem como

um peso ou algo que consome muito tempo entre os sexos masculino e feminino. Observou-se que a dor foi mais intensa entre os homens ($p = 0,045$) e as mulheres ($p = 0,038$) com feridas de etiologia vasculogênicas. A qualidade de vida, no domínio social da FLQA-Wk, do grupo de mulheres com ferida de etiologia vasculogênica, foi melhor ($p = 0,034$), isso significa que não diminuíram as atividades, tampouco afastaram-se de outras pessoas, assim como não apresentaram sentimento de dependência.

A qualidade de vida geral, considerando a última semana (EVA3), revelou menor pontuação no grupo de mulheres com feridas de etiologia traumática ($p = 0,029$), que indica que as mulheres participantes com feridas traumáticas referiram uma melhor qualidade de vida geral na última semana. Para os homens, com feridas de etiologia oncológica, constatou-se que o domínio tratamento da FLQA-Wk representou pior qualidade de vida. Neste sentido, o tratamento é percebido como um peso, que exige a necessidade de ajuda de outras pessoas ou ainda que consome um tempo excessivo para sua execução.

Tabela 11 - Comparação entre a dor e os domínios da FLQA-Wk com a etiologia da ferida entre os sexos masculino e feminino em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

Mediana (Q1- Q3)	Feminino				Masculino			
	Etiologia da ferida			valor p*	Etiologia da ferida			valor p*
	Vasculogênica (n = 34)	Traumática (n = 23)	Oncológica (n = 6)		Vasculogênica (n = 27)	Traumática (n = 24)	Oncológica (n = 2)**	
Dor no momento da entrevista	7 (0 - 9,3)a	0 (0 - 5)b	2,5 (0 - 5,8)b	0,038	5 (0 - 8)a	0 (0 - 4,3)b	(0 - 5)b	0,045
FLQA - Sintomas físicos	1,6 (0,8 - 2,4)	1 (0,4 - 1,4)	1,2 (0,7 - 1,6)	0,097	1,2 (0,4 - 2)	0,8 (0,4 - 1)	1,8 - 2,5	0,071
FLQA - Vida diária	2,4 (1,2 - 3,4)	3,2 (1,6 - 3,6)	2,9 (1,8 - 3,3)	0,618	1,8 (1 - 3)	2,2 (1,2 - 2,6)	2,4 - 2,9	0,489
FLQA - Vida social	1,7 (0,7 - 3,3)a	3,3 (1,7 - 4)b	3,3 (2,8 - 4)b	0,034	1,7 (1 - 2,7)	1 (0,2 - 2)	1,3 - 2,7	0,128
FLQA - Bem estar psicológico	1 (0,9 - 2)	1,3 (0,3 - 2)	0,5 (0,2 - 1,3)	0,299	0,5 (0 - 1,8)	0,6 (0,1 - 1)	0 - 1,5	0,89
FLQA - tratamento	2,5 (1,8 - 3,3)	1,8 (1,3 - 3)	2,5 (1,6 - 3,3)	0,155	2,5 (1,8 - 3)a	2 (1 - 2,5)a	(3,3 - 3,4)b	0,032
FLQA - Satisfação	1,7 (1 - 2,3)	1,7 (1,3 - 2,3)	1,3 (1,1 - 1,4)	0,304	1 (0,7 - 1,7)	1 (0,7 - 1,3)	0,7 - 1,7	0,552
FLQA - Geral	11 (7,4 - 15,2)	13,6 (7,4 - 14,6)	11,8 (9,8 - 13,2)	0,689	9,8 (5,6 - 12,9)	6,9 (4,8 - 11,3)	9,5 - 14,6	0,157
EVA1 - Estado de saúde geral	8 (5 - 8)	6 (5 - 8)	8,5 (6,5 - 10)	0,24	8 (6 - 9)	8 (8 - 10)	05-jul	0,381
EVA2 - Em relação à sua ferida	7,5 (4 - 8)	8 (5 - 9)	8,5 (5 - 10)	0,314	8 (6 - 10)	7,5 (5 - 9)	0 - 4,5	0,578
EVA3 - Como você avaliaria sua qualidade de vida em geral na última semana?	8 (5,8 - 9)a	5 (5 - 8)b	8,5 (7,3 - 10)a	0,029	8 (6 - 9)	9 (7,3 - 10)	5 - 6,5	0,284

*Teste de Mann Whitney

Salienta-se que todos os domínios da FLQA-Wk se correlacionaram entre si ($p = 0,00$). Por conseguinte, para uma boa qualidade de vida, entre os participantes, é fundamental que todos os elementos que compõem cada domínio da FLQA-Wk estejam atendidos satisfatoriamente, conforme o apresentado na tabela 12.

Tabela 12 - Correlação entre os domínios da FLQA-Wk em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

		FLQA-Sintomas físicos	FLQA-Vida diária	FLQA-Vida social	FLQA-Bem estar psicológico	FLQA_tratamento	FLQA-Satisfação
FLQA-Vida diária	Coefficiente de Correlação	,337**					
	valor p	0,000					
FLQA-Vida social	Coefficiente de Correlação	,285**	,714**				
	valor p*	0,002	0,000				
FLQA-Bem _estar_psicológico	Coefficiente de Correlação	,420**	,514**	,502**			
	valor p	0,000	0,000	0,000			
FLQA_tratamento	Coefficiente de Correlação	,354**	,560**	,483**	,384**		
	valor p	0,000	0,000	0,000	0,000		
FLQA-Satisfação	Coefficiente de Correlação	,298**	,345**	,438**	,399**	,324**	
	valor p	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	
FLQA_Geral	Coefficiente de Correlação	,567**	,824**	,841**	,740**	,668**	,617**
	valor p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Correlação de Spearman.*A correlação é significativa no nível de 5%;**A correlação é significativa no nível de 1%

5.5 ASSOCIAÇÃO E COMPARAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE E CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E SUBJETIVAS EM PACIENTES COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

A tabela 13 apresenta a associação entre depressão, ansiedade e estresse e capacidade

para o autocuidado com as variáveis sociodemográficas e clínicas, evidenciando que os pacientes solteiros manifestaram sintomas de depressão moderada em maior proporção que os casados ($p = 0,032$). Depressão ($p = 0,001$), ansiedade ($p = 0,014$) bem como o estresse ($p = 0,004$) foram mais agravados entre as mulheres, assim como entre aqueles que não possuíam uma religião, com valor de p para: depressão ($p = 0,009$), a ansiedade ($p = 0,004$) e o estresse ($p = 0,003$). A capacidade de autocuidado não se diferiu entre homens e mulheres ($p = 0,054$), bem como entre os que possuíam ou não religião ($p = 0,100$), no entanto, entre os emagrecidos, havia maior proporção de pessoas com autocuidado regular ($p = 0,000$).

Tabela 13 - Associação entre depressão, ansiedade e estresse e capacidades para o autocuidado com as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

	Sexo		valor p^*
	Masculino (n = 53)	Feminino (n = 63)	
<i>DASS21 - Depressão</i>			
Normal/leve	45 (84,9%)a	34 (54%)b	0,001
Mínimo	5 (9,4%)	10 (15,9%)	
Moderado	3 (5,7%)a	19 (30,2%)b	
<i>DASS21 - Ansiedade</i>			
Normal/leve	48 (90,6%)a	41 (65,1%)b	0,014
Mínimo	2 (3,8%)	6 (9,5%)	
Moderado	2 (3,8%)a	10 (15,9%)b	
Grave	1 (1,9%)	6 (9,5%)	
<i>DASS21 - Estresse</i>			
Normal/leve	46 (86,8%)a	37 (58,7%)b	0,004
Mínimo	4 (7,5%)a	16 (25,4%)b	
Moderado	3 (5,7%)	10 (15,9%)	
<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>			
Regular	1 (1,9%)	8 (12,7%)	0,054
Boa	4 (7,5%)	9 (14,3%)	
Muito boa	20 (37,7%)	24 (38,1%)	
Ótima	28 (52,8%)	22 (34,9%)	
	Estado civil		
	Solteiro (n = 53)	Casado (n = 63)	valor p^*
<i>DASS21 - Depressão</i>			
Normal/leve	34 (64,2%)	45 (71,4%)	0,032
Mínimo	4 (7,5%)	11 (17,5%)	
Moderado	15 (28,3%)a	7 (11,1%)b	
<i>DASS21 - Ansiedade</i>			
Normal/leve	39 (73,6%)	50 (79,4%)	0,089
Mínimo	7 (13,2%)	1 (1,6%)	

Moderado	4 (7,5%)	8 (12,7%)	
Grave	3 (5,7%)	4 (6,3%)	
<i>DASS21 - Estresse</i>			
Normal/leve	35 (66%)	48 (76,2%)	
Mínimo	10 (18,9%)	10 (15,9%)	0,391
Moderado	8 (15,1%)	5 (7,9%)	
<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>			
Regular	6 (11,3%)	3 (4,8%)	
Boa	6 (11,3%)	7 (11,1%)	
Muito boa	22 (41,5%)	22 (34,9%)	0,374
Ótima	19 (35,8%)	31 (49,2%)	
Cor da Pele / Raça			
<i>DASS21 - Depressão</i>	Branco (n = 70)	Não branco (n = 46)	valor p*
Normal/leve	46 (65,7%)	45 (71,4%)	
Mínimo	11 (15,7%)	4 (8,7%)	0,543
Moderado	13 (18,6%)	9 (19,6%)	
<i>DASS21 - Ansiedade</i>			
Normal/leve	57 (81,4%)	32 (69,6%)	
Mínimo	2 (2,9%)	6 (13%)	0,123
Moderado	8 (11,4%)	4 (8,7%)	
Grave	3 (4,3%)	4 (8,7%)	
<i>DASS21 - Estresse</i>			
Normal/leve	50 (71,4%)	33 (71,7%)	
Mínimo	14 (20%)	6 (13%)	0,392
Moderado	6 (8,6%)	7 (15,2%)	
<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>			
Regular	6 (8,6%)	3 (6,5%)	
Boa	11 (15,7%)	2 (4,3%)	
Muito boa	24 (34,3%)	20 (43,5%)	0,253
Ótima	29 (41,4%)	21 (45,7%)	
Religião			
<i>DASS21 - Depressão</i>	Possui (n = 107)	Não possui (n = 9)	valor p*
Normal/leve	77 (72%)a	2 (22,2%)b	
Mínimo	12 (11,2%)	3 (33,3%)	0,009
Moderado	18 (16,8%)a	4 (44,4%)b	
<i>DASS21 - Ansiedade</i>			
Normal/leve	85 (79,4%)a	4 (44,4%)b	
Mínimo	7 (6,5%)	1 (11,1%)	0,004
Moderado	8 (7,5%)a	4 (44,4%)b	
Grave	7 (6,5%)	0 (0%)	
<i>DASS21 - Estresse</i>			
Normal/leve	81 (75,7%)a	2 (22,2%)b	
Mínimo	16 (15%)a	4 (44,4%)b	0,003
Moderado	10 (9,3%)a	3 (33,3%)b	
<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>			

Regular	9 (8,4%)	0 (0%)		
Boa	11 (10,3%)	2 (22,2%)		
Muito boa	38 (35,5%)	6 (66,7%)		0,1
Ótima	49 (45,8%)	1 (11,1%)		
Prática de atividade física				
<i>DASS21 - Depressão</i>	Sim (n = 17)	Não (n = 99)		valor p*
Normal/leve	12 (70,6%)	67 (67,7%)		
Mínimo	4 (23,5%)	11 (11,1%)		0,17
Moderado	1 (5,9%)	21 (21,2%)		
<i>DASS21 - Ansiedade</i>				
Normal/leve	14 (82,4%)	75 (75,8%)		
Mínimo	1 (5,9%)	7 (7,1%)		0,92
Moderado	1 (5,9%)	11 (11,1%)		
Grave	1 (5,9%)	6 (6,1%)		
<i>DASS21 - Estresse</i>				
Normal/leve	16 (94,1%)	67 (67,7%)		
Mínimo	0 (0%)	20 (20,2%)		0,069
Moderado	1 (5,9%)	12 (12,1%)		
<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>				
Regular	0 (0%)	9 (9,1%)		
Boa	0 (0%)	13 (13,1%)		0,113
Muito boa	6 (35,3%)	38 (38,4%)		
Ótima	11 (64,7%)	39 (39,4%)		
Índice de Massa Corporal				
<i>DASS21 - Depressão</i>	Eutrófico (n = 84)	Emagrecido (n = 9)	Obeso (n = 23)	valor p*
Normal/leve	58 (69%)	8 (88,9%)	13 (56,5%)	
Mínimo	9 (10,7%)	0 (0%)	6 (26,1%)	0,2
Moderado	17 (20,2%)	1 (11,1%)	4 (17,4%)	
<i>DASS21 - Ansiedade</i>				
Normal/leve	66 (78,6%)	8 (88,9%)	15 (65,2%)	
Mínimo	6 (7,1%)	1 (11,1%)	1 (4,3%)	0,206
Moderado	9 (10,7%)	0 (0%)	3 (13%)	
Grave	3 (3,6%)	0 (0%)	4 (17,4%)	
<i>DASS21 - Estresse</i>				
Normal/leve	62 (73,8%)	7 (77,8%)	14 (60,9%)	
Mínimo	12 (14,3%)	2 (22,2%)	6 (26,1%)	0,527
Moderado	10 (11,9%)	0 (0%)	3 (13%)	
<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>				
Regular	3 (3,6%)a	5 (55,6%)b	1 (4,3%)a	
Boa	10 (11,9%)	0 (0%)	3 (13%)	0
Muito boa	33 (39,3%)	3 (33,3%)	8 (34,8%)	
Ótima	38 (45,2%)	1 (11,1%)	11 (47,8%)	

*Teste Qui Quadrado. Cada linha é avaliada através do pós-teste de Bonferroni. Letras diferentes indicam que a proporção de respostas difere entre os estados nutricionais. Se não existem as letras, as diferenças não existem.

A comparação entre depressão, ansiedade e estresse e capacidade para o autocuidado com as variáveis sociodemográficas e clínicas revelou que os indivíduos com maior idade possuíam menor capacidade para o autocuidado ($p = 0,027$), que havia condição mínima de depressão no grupo de pacientes com maior escolaridade ($p = 0,031$). Entretanto, a quantidade de feridas e o tempo de existência dessas não interferiram nos níveis de depressão, ansiedade e estresse, assim como nas capacidades dos pacientes para o autocuidado ($p > 0,05$), conforme destacado na tabela 14.

Tabela 14 - Comparação entre depressão, ansiedade e estresse e capacidades para o autocuidado com as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

	Idade (Mediana (Q1- Q3))	valor p*
<i>DASS-21-Depressão</i>		
Normal/leve	70 (60 - 75)	0,362
Mínimo	63 (54 - 73)	
Moderado	67 (54 - 81)	
<i>DASS-21-Ansiedade</i>		
Normal/leve	69 (59 - 77)	0,559
Mínimo	65 (55 - 76)	
Moderado	69 (56 - 78)	
Grave	63 (51 - 70)	
<i>DASS-21-Estresse</i>		
Normal/leve	68 (59 - 74)	0,684
Mínimo	70 (55 - 81)	
Moderado	67 (54 - 75)	
<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>		
Regular	83 (75 - 87)	0,027**
Boa	66 (55 - 79)	
Muito boa	68 (56 - 77)	
Ótima	68 (59 - 74)	
	Anos de estudo (Mediana (Q1- Q3))	valor p*
<i>DASS-21-Depressão</i>		
Normal/leve	4 (3 - 11)	0,031*
Mínimo	8 (4 - 11)	
Moderado	3 (0 - 8)	
<i>DASS-21-Ansiedade</i>		
Normal/leve	5 (3 - 11)	0,091
Mínimo	3 (1 - 4)	
Moderado	3 (0,5- 10,5)	
Grave	4 (4 - 11)	

<i>DASS-21-Estresse</i>		
Normal/leve	5 (3 – 11)	
Mínimo	4,5 (1 – 9)	0,233
Moderado	3 (2 – 7,5)	
<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>		
Regular	3 (0 – 6)	
Boa	4 (1 – 11)	0,204
Muito boa	4 (3 – 9)	
Ótima	5 (3 – 11)	
	Quantidade de feridas (Mediana (Q1- Q3))	valor p*
<i>DASS-21-Depressão</i>		
Normal/leve	1 (1 – 2)	
Mínimo	1 (1 - 2)	0,249
Moderado	1 (1 – 2)	
<i>DASS-21-Ansiedade</i>		
Normal/leve	1 (1 – 2)	
Mínimo	1,5 (1 – 2)	0,201
Moderado	1 (1 - 2)	
Grave	2 (1 – 2)	
<i>DASS-21-Estresse</i>		
Normal/leve	1 (1 – 2)	
Mínimo	1 (1 - 2)	0,249
Moderado	2 (1 – 2)	
<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>		
Regular	1 (1 – 2)	
Boa	1 (1 – 2)	0,969
Muito boa	1 (1 – 2)	
Ótima	1 (1 – 2)	
	Tempo de lesão (Mediana (Q1- Q3))	valor p*
<i>DASS-21-Depressão</i>		
Normal/leve	52 (17 – 208)	
Mínimo	39 (26 - 56)	0,431
Moderado	60 (16 – 299)	
<i>DASS-21-Ansiedade</i>		
Normal/leve	52 (17 – 208)	
Mínimo	56 (49 – 74)	0,842
Moderado	30 (12 – 260)	
Grave	156 (26 – 208)	
<i>DASS-21-Estresse</i>		
Normal/leve	52 (17 – 156)	
Mínimo	32 (13 – 459)	0,896
Moderado	52 (32 – 182)	
<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>		
Regular	104 (19 – 208)	
Boa	52 (8 – 832)	0,663

Muito boa	52 (18 - 208)
Ótima	52 (15 - 101)

*Teste de de Kruskal Wallis com pós-teste de Bonferroni

Na comparação entre depressão, ansiedade e estresse e capacidade para o autocuidado com a variável autoeficácia, os resultados indicaram que: o grupo com sintoma de depressão moderada apresentou a menor percepção da autoeficácia ($p = 0,001$); o grupo com ansiedade moderada manifestou a menor percepção da autoeficácia ($p = 0,006$); no grupo de estresse normal/leve foi constatada a melhor percepção de autoeficácia ($p = 0,000$); e o grupo de autocuidado regular foi o que apresentou menor percepção de autoeficácia ($p = 0,002$) para os pacientes com feridas de difícil cicatrização. No entanto, com a variável autoestima, o grupo de depressão moderada apresentou a menor autoestima ($p = 0,000$), o grupo com ansiedade normal/leve manifestou maior autoestima ($p = 0,002$). No grupo de estresse normal/leve, constatou-se elevada autoestima ($p = 0,000$) e o grupo de autocuidado regular é o que revelou menor autoestima ($p = 0,000$) conforme os resultados apresentados na tabela 15.

Tabela 15 - Comparação entre depressão, ansiedade e estresse e capacidades para o autocuidado com as variáveis subjetivas autoestima e autoeficácia em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

	Autoeficácia (EAGP) (Mediana (Q1- Q3))	valor p*
<i>DASS-21-Depressão</i>		
Normal/leve	4,5 (3,9 - 4,8)	0,001
Mínimo	4 (2,8 - 4,7)	
Moderado	3 (2,1 - 4,1)	
<i>DASS-21-Ansiedade</i>		
Normal/leve	4,5 (3,8 - 4,8)	0,006
Mínimo	4 (1,9 - 4,2)	
Moderado	3 (2,6 - 3,9)	
Grave	4,1 (2,2 - 4,8)	
<i>DASS-21-Estresse</i>		
Normal/leve	4,5 (4 - 4,9)	0
Mínimo	3,4 (2,2 - 4,3)	
Moderado	3 (2,5 - 4,1)	
<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>		
Regular	1,5 (1 - 3)	0,002
Boa	4 (2,1 - 4,9)	
Muito boa	4,2 (3,6 - 4,7)	
Ótima	4,5 (3,9 - 4,8)	
	Autoestima (EAR)	

(Mediana (Q1- Q3))		
<i>DASS-21-Depressão</i>		
Normal/leve	33 (29 – 36)	
Mínimo	32 (26 – 33)	0
Moderado	25 (21 – 26,5)	
<i>DASS-21-Ansiedade</i>		
Normal/leve	33 (28,5 – 35)	
Mínimo	27,5 (21 – 33)	0,002
Moderado	25 (24 – 30,5)	
Grave	27 (26 – 33)	
<i>DASS-21-Estresse</i>		
Normal/leve	33 (29 - 36)	
Mínimo	26 (22 – 32)	0
Moderado	25 (22 – 29)	
<i>ASA - capacidade de autocuidado</i>		
Regular	22 (17,5 - 26)	
Boa	30 (22 – 34,5)	0
Muito boa	31 (26,5 – 34)	
Ótima	33,5 (29 – 37)	

*Teste Kruskal Wallis, no qual destaca-se o que foi diferente dos demais, encontrado através do pós-teste de Bonferroni.

Na comparação entre depressão, ansiedade e estresse com as capacidades para o autocuidado, segundo o que foi apresentado na tabela 16, evidenciou-se a associação entre as capacidades para o autocuidado e o estresse ($p = 0,039$). O grupo com autocuidado muito bom/ótimo foi associado a indivíduos com estresse normal/leve.

Tabela 16 - Associação entre depressão, ansiedade e estresse com a variável capacidade para o autocuidado em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

<i>DASS-21-Depressão</i>	Capacidade para o Autocuidado (ASA-A)				valor p*
	Regular	Boa	Muito boa	Ótima	
Normal/leve	6 (66,7%)	6 (46,2%)	29 (65,9%)	38 (76%)	0,249
Mínimo	0 (0%)	2 (15,4%)	7 (15,9%)	6 (12%)	
Moderado	3 (33,3%)	5 (38,4%)	8 (18,2%)	6 (12%)	
<i>DASS-21-Ansiedade</i>					
Normal/leve	7 (77,8%)	6 (46,2%)	35 (79,5%)	41 (82%)	0,078
Mínimo	1 (11,1%)	1 (7,7%)	2 (4,5%)	4 (8%)	
Moderado	1 (11,1%)	5 (38,5%)	3 (6,8%)	3 (6%)	
Grave	0 (0%)	1 (7,7%)	4 (9,1%)	2 (4%)	
<i>DASS-21-Estresse</i>					
Normal/leve	5 (55,6%)	7 (53,8%)	28 (63,6%)	43 (86%)	0,039
Mínimo	3 (33,3%)	5 (38,5%)	8 (18,2%)	4 (8%)	
Moderado	1 (11,1%)	1 (7,7%)	8 (18,2%)	3 (6%)	

*Teste Qui Quadrado

5.6 ASSOCIAÇÃO E CORRELAÇÃO ENTRE AUTOESTIMA E AUTOEFICÁCIA COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E A DOR EM PACIENTES COM FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

Quanto à análise da associação da autoestima e autoeficácia com as variáveis sociodemográfica e clínicas, observou-se que os homens manifestaram melhor autoestima ($p = 0,000$) e autoeficácia ($p = 0,000$) que as mulheres, pacientes casados expressaram maior percepção de autoeficácia que os solteiros ($p = 0,014$). A percepção de autoeficácia foi maior entre os indivíduos que praticavam atividade física ($p = 0,005$) e a autoestima do grupo classificado como eutrófico foi maior e se diferenciou estatisticamente da dos emagrecidos. Os obesos apresentaram semelhanças, na autoestima e autoeficácia, tanto com o grupo de eutróficos quanto de emagrecidos ($p = 0,032$), em concordância com a tabela 17.

Tabela 17 - Associação entre autoestima e autoeficácia com as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

Sexo			
<i>Mediana (Q1- Q3)</i>	Masculino (n = 53)	Feminino (n = 63)	valor p*
Autovalor positivo	18 (16 - 19)	15 (13 - 17)	0
Autodepreciação	15 (13,5 - 18)	14 (11 - 16)	0
EAR geral	33 (30 - 37)	28 (24 - 33)	0
EAGP	4,6 (4 - 4,8)	3,9 (2,8 - 4,4)	0
Estado civil			
<i>Mediana (Q1- Q3)</i>	Solteiro (n = 53)	Casado (n = 63)	valor p*
Autovalor positivo	16 (13 - 19)	17 (15 - 19)	0,328
Autodepreciação	14 (11,5 - 17)	15 (13 - 17)	0,088
EAR geral	30 (25 - 34)	32 (28 - 35)	0,114
EAGP	4 (2,9 - 4,5)	4,5 (3,8 - 4,9)	0,014
Cor da Pele / Raça			
<i>Mediana (Q1- Q3)</i>	Branco (n = 70)	Não branco (n = 46)	valor p*
Autovalor positivo	17 (15 - 19)	16 (15 - 18)	0,408
Autodepreciação	14 (12 - 17)	15 (12 - 17)	0,714
EAR geral	31 (26 - 34)	32 (26 - 35)	0,989
EAGP	4,1 (3,4 - 4,7)	4,4 (3 - 4,9)	0,374

Religião				
<i>Mediana (Q1- Q3)</i>	Possui (n = 107)	Não possui (n = 9)	valor p*	
Autovalor positivo	17 (15 - 19)	15 (11 - 18)	0,106	
Autodepreciação	14 (12 - 17)	17 (12 - 19)	0,474	
EAR geral	31 (27 - 35)	33 (24 - 35)	0,824	
EAGP	4,3 (3,3 - 4,8)	4,4 (3 - 4,8)	0,905	
Prática de atividade física				
<i>Mediana (Q1- Q3)</i>	Sim (n = 17)	Não (n = 99)	valor p*	
Autovalor positivo	18 (15,5 - 18,5)	16 (15 - 19)	0,197	
Autodepreciação	15 (12,5 - 16)	14 (12 - 17)	0,835	
EAR geral	33 (27,5 - 34,5)	31 (26 - 35)	0,565	
EAGP	4,7 (4,2 - 5)	4 (3 - 4,7)	0,005	
Índice de Massa Corporal				
<i>Mediana (Q1- Q3)</i>	Eutrófico (n = 84)	Emagrecido (n = 9)	Obeso (n = 23)	valor p*
Autovalor positivo	17 (15 - 19)	13 (10,5 - 17)	16 (15 - 17)	0,066
Autodepreciação	15 (12 - 17)	12 (10,5 - 13,5)	14 (12 - 17)	0,052
EAR geral	32 (27 - 36) ^b	25 (21 - 30) ^a	31 (27 - 33) ^{a,b}	0,032
EAGP	4,4 (3,8 - 4,8)	3,1 (1,3 - 4,6)	3,5 (3 - 4)	0,084

*Teste de Mann Whitney

Conforme os resultados obtidos nos testes entre autoestima e autoeficácia com as variáveis sociodemográficas, clínicas e a dor (Tabela 18), salientou-se que quanto maior a escolaridade, maior foi a percepção da autoeficácia; quanto maior a idade, pior foi a condição de autoestima (tanto na autodepreciação ($p = 0,028$) quanto na escala geral de autoestima ($p = 0,038$), assim como menor foi a percepção da autoeficácia ($\rho = -0,237$; $p = 0,010$). Não existiu correlação entre a dor no momento da entrevista e autoestima e autoeficácia ($p > 0,05$).

Tabela 18 - Correlação entre autoestima e autoeficácia com as variáveis sociodemográficas, clínicas e dor em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

		Autoestima		Autoeficácia	
		Autovalor Positivo	Autodepreciação	EAR geral	EAGP
Idade	Coeficiente de Correlação	-0,091	-,204*	-,193*	-,237*
	valor p*	0,331	0,028	0,038	0,01
Anos de estudo de	Coeficiente de Correlação	0,106	0,171	0,181	,238*

	valor p*	0,259	0,067	0,051	0,01
Quantidade de feridas	Coeficiente de	-0,066	-0,114	-0,092	-0,099
	Correlação				
	valor p*	0,484	0,224	0,327	0,288
Tempo de lesão (meses)	Coeficiente de	-0,039	-0,008	-0,034	-0,063
	Correlação				
	valor p*	0,681	0,931	0,719	0,5
Dor no momento da entrevista	Coeficiente de	-0,143	-0,169	-0,176	-0,148
	Correlação				
	valor p*	0,127	0,07	0,059	0,114

Correlação de Spearman.*A correlação é significativa no nível de 5%

A Tabela 19 evidencia que a autoestima e autoeficácia se correlacionaram entre si ($p = 0,00$), conseqüentemente, para uma autoestima adequada, entre os pacientes com feridas de difícil cicatrização, é fundamental a elevada percepção da autoeficácia.

Tabela 19 - Correlação entre autoestima e autoeficácia em pacientes com feridas de difícil cicatrização, Catanduva-SP, 2023.

		Autovalor Positivo	Autodepreciação	EAR Geral
EAGP	Coeficiente de Correlação	,535**	,504**	,603**
	Valor p	0,000	0,000	0,000

Correlação de Spearman.*A correlação é significativa no nível de 5%;**A correlação é significativa no nível de 1%

6. DISCUSSÃO

O predomínio do sexo feminino e de idosos neste estudo reforça os resultados de outras pesquisas, nacionais e internacionais, realizadas no âmbito de pacientes com feridas de difícil cicatrização e corrobora as mudanças demográficas e o atual cenário do envelhecimento da população brasileira. Em 2022, o total de pessoas com mais de 65 anos no país era de 10,9% da população (22.169.101), e o índice de envelhecimento era de 55,2, o que significa que para cada 100 crianças dos 0 aos 10 anos, existem 55,2 pessoas com 65 anos ou mais. Trata-se de um fator relevante, considerando que os idosos são os mais acometidos por feridas de difícil cicatrização, em consequência de apresentarem maior possibilidade de exposição aos fatores de risco para esta comorbidade, sobressai, também em 2022, que 51,5% da população do Brasil (104.548.325) eram mulheres (DANTAS et al., 2022; KLASSEN; VAN HAREN; VAN ALPHEN et al., 2021; REN; DING; HU et al., 2021; ALMEIDA; FERREIRA; IVO et al., 2018; REINBOLDT-JOCKENHÖFER.; BABADAGI; HOPPE et al., 2021).

Destaca-se o aumento na longevidade feminina como fator que favorece o desenvolvimento da cronicidade da ferida, pois o envelhecimento é marcado por progressivas alterações celulares e declínios funcionais que interferem no processo de cicatrização e reparo tecidual, tais como: a diminuição do fluxo sanguíneo; do aporte tecidual de oxigênio; da hidratação da pele; das fibras de colágeno; e da redução significativa na angiogênese, devido à alteração na microcirculação na pele do idoso e por declínios nos fatores de crescimento, essenciais para a cicatrização de feridas; além da redução da massa muscular feminina, dos níveis hormonais e das comorbidades típicas do sexo feminino (IBGE, 2022; GOULD; et al., 2015; VIEIRA; FURTADO; ALMEIDA; LUZ, PEREIRA, 2017; BROWN, 2019; SILVA; MATIAS; FREITAS; COSTA; ANDRADE, 2020; CAVALCANTE, et al., 2020).

No entanto, ao longo dos anos, há uma tendência para um equilíbrio de ambos os sexos quanto à frequência de feridas de difícil cicatrização. Alguns estudos apontam a maior incidência destes agravos entre os homens, haja vista que estes apresentam maior relutância em buscar pelo atendimento oferecido pelos serviços de saúde, assim como a adesão ao tratamento. No entanto, esse cenário vem se transformando e os homens, atualmente, compreendem a necessidade de comprometer-se com o tratamento, principalmente das enfermidades crônicas (REINBOLDT-JOCKENHÖFER.; BABADAGI; HOPPE; et al., 2021; VON STÜLPNAGEL; SILVA; AUGUSTIN; et. al., 2021; ARAÚJO; SILVA; BRANDÃO; BARROS; VERAS, 2021; CUOMO; GIARDINO; NISI; et al., 2020; ALVARENGA; FREITAS; ROCHA; BEZERRA;

NOGUEIRA, 2018; OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2021; LENTSCCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018; ECKERT; FIFE; CARTER, 2023).

Na comparação entre idade e capacidade para o desenvolvimento do autocuidado, este estudo contemplou que quanto maior a idade, menores são as capacidades para o autocuidado. Durante a senilidade é comum confundir a compreensão e a aplicabilidade do tratamento, principalmente porque idosos com feridas de difícil cicatrização necessitam lidar com diferentes medicamentos, curativos e adequar a alimentação. Evidencia-se também o baixo nível de escolaridade, como uma limitação para o autocuidado entre os idosos (ALMEIDA; FERREIRA; IVO; et al., 2018; SOUSA; OLIVEIRA; ESTRELA et al., 2022). O autocuidado é a consciência crítica que a pessoa possui sobre suas capacidades de atender às suas próprias necessidades de saúde e bem-estar. Mesmo diante de uma doença, idosos com feridas crônicas podem apresentar déficit no autocuidado, por esta razão há necessidade de promover o envolvimento das famílias e dos grupos sociais nas atividades de cuidado, como uma estratégia promotora da autonomia e do autocuidado. Isso permite a participação dos indivíduos no planejamento dos cuidados, ao garantir o suporte necessário à independência e ao autocuidado. A capacidade funcional, especialmente a dimensão motora, também necessita ser compreendida como um importante marcador do envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida dos idosos, pois garante sucesso no desempenho do autocuidado. Contudo, o idoso que desempenha seu autocuidado pode vivenciar maior desgaste físico e emocional, principalmente devido à rotina estressante exigida pelo cuidado imposto pelas feridas. (NASCIMENTO; MACÊDO; ALEXANDRINO; CARDINS; SOUZA; NOGUEIRA, 2020; BEDIN; BUSANELLO; SEHNEM; SILVA; POLL, 2014; VIEIRA; ARAÚJO, 2018).

Este cenário acompanha a feminização da velhice, sendo justificada pela maior longevidade do grupo. O Censo demográfico (2022) revela que 51,5% da população brasileira é constituída pelas mulheres, representando 6 milhões de mulheres a mais que os homens (NASCIMENTO; MACÊDO; ALEXANDRINO; CARDINS; SOUZA; NOGUEIRA, 2020).

Diante desse contexto, com o aumento no envelhecimento da população e, como consequência, o desenvolvimento precoce de comorbidades, estima-se maior incidência no desenvolvimento de feridas difíceis de cicatrizar e, por conseguinte, nos custos relacionados ao tratamento. Cabe enfatizar, que atualmente, as feridas crônicas representam um grave problema de saúde pública como consequências das complicações desencadeadas, capazes de modificarem a vida, as relações sociais e familiares, haja visto a necessidade de internações

rotineiras, cirurgias para amputação, tratamento prolongado, entre outros. As feridas de difícil cicatrização promovem o afastamento das atividades laborais ou à aposentadoria precoce, situação ocupacional predominante entre os participantes do estudo (OLSSON, et al. 2019; ANDRADE; DUARTE, 2018; LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018; OLIVIRA; ALVARENGA; FREITAS; ROCHA; BEZERRA; NOGUEIRA, 2018).

Dentre os participantes da pesquisa, predominaram os casados e aposentados, e, em relação à cor, predominou a branca. Estudos realizados no território nacional e internacional também apresentam esse desfecho sociodemográfico corroborando os resultados desta pesquisa. Considerando, nesse estudo, a maior incidência de feridas de difícil cicatrização entre as mulheres idosas e maior proporção de depressão moderada nos solteiros do que em casados, mostra-se que a vida com um companheiro possibilita enfrentar dificuldades percebidas. Em idosos, as circunstâncias relacionadas à ferida impedem realizar cuidados básicos, tais como: o bom desempenho nas atividades de vida diária, ao mesmo tempo, a rejeição, na experiência das mulheres, pelos seus parceiros, propicia o temor e a resistência em engatar novas relações, como maneira de se proteger do preconceito, discriminação e até mesmo da violência.

Portanto, as relações familiares podem proporcionar benefícios psicoemocionais e estratégias sociais para o enfrentamento da doença e a adesão ao tratamento (OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2019; DANTAS; et al., 2022; REN; DING; HU; et al., 2020; OLIVEIRA; ALVARENGA; FREITAS; ROCHA; BEZERRA; NOGUEIRA, 2018; ALMEIDA; FERREIRA; IVO; et al., 2018; SOUSA; OLIVEIRA; ESTRELA; et al., 2022; BORGES; FILHO; JUNIOR, 2018; GAYARTI; NURACHMAH; MANSYUR; SOEWONDO; SURIADI, 2020). A raça, em uma revisão integrativa, não foi identificada como uma variável que interfere no desfecho ferida crônica, confirmando o resultado dessa pesquisa (SAMANIEGO-RUIZ; LLATAS; JIMÉNEZ, 2018).

Entre os participantes, a maioria considerou que sua renda mensal atendia às suas necessidades pessoais e de seus familiares, um estudo realizado em um hospital universitário em João Pessoa, na Paraíba-Brasil, ratifica os dados do estudo (DANTAS; et al., 2022), no entanto, na maioria dos estudos observa-se um predomínio de uma renda mensal mínima variando entre meio e três salários mínimos, foi evidenciado neste estudo a associação entre a renda não suficiente e um baixo índice na qualidade de vida.

Essa é uma característica previsível, uma vez que a saúde pública atende principalmente a uma população de baixo poder aquisitivo. Essa população tende a apresentar outros fatores

relacionados a essa condição, dentre eles a dificuldade de acesso às terapêuticas ou modalidades de tratamentos adequados e avançados, alimentação, condições de habitação, além dos baixos níveis de escolaridade (CAVALCANTE, et al., 2020; VIEIRA; FURTADO; ALMEIDA; LUZ, PEREIRA, 2017; LEAL; OLIVEIRA; BOMFIM; FIGUEREDO; SOUZA; SANTOS, 2017; VIEIRA; FRANZOI, 2021; BORGES; FILHO; JUNIOR, 2018).

Neste contexto, a baixa escolaridade foi significativamente evidenciada no estudo, enfatizando que o maior número de participantes se concentrou no ensino fundamental. Esse dado corrobora inúmeras pesquisas publicadas nacionalmente no cenário das feridas de difícil cicatrização, assim como a alta prevalência do analfabetismo entre os idosos, considerado um reflexo da política educacional brasileira do passado, principalmente entre as décadas de 1930 e 1950 (BORGES; FILHO; JUNIOR, 2018; DANTAS et al., 2022; BARBOSA; SALOMÉ; FERREIRA, 2017; VIEIRA; FURTADO; ALMEIDA; LUZ, PEREIRA, 2017; ALMEIDA; FERREIRA; IVO et al., 2018; OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2019; RIBEIRO; CAVALCANTE; SANTOS; FEITOSA; SILVA; SANTOS, 2019; GONZÁLEZ DE LA TORRE; QUINTANA-LORENZO; PERDOMO-PÉREZ; VERDÚ, 2017).

No estudo foi identificada uma correlação positiva entre os anos de estudo e a autoeficácia, assim como evidenciou a presença de depressão mínima e um aumento na percepção de autoeficácia entre os indivíduos com maior escolaridade. É importante que os enfermeiros conheçam o nível de escolaridade dos pacientes que atendem para poderem personalizar e planejar suas ações, uma vez que a baixa escolaridade atinge significativamente a adesão ao autocuidado pela dificuldade de compreender e assimilar os cuidados relacionados a saúde.

Neste sentido, os profissionais de saúde devem utilizar uma abordagem com linguagem clara e compreensível, a fim de favorecer uma comunicação terapêutica efetiva, ao haver evidências de que o envolvimento do paciente no seu tratamento, reflete em um resultado satisfatório (VIEIRA; FRANZOI, 2021; CHAVAGLIA; OHL; CONTIM; GAMBA, 2015; SILVA; MATIAS; FREITAS; COSTA; ANDRADE, 2020; ALMEIDA; FERREIRA; IVO et al., 2018).

A tríade, idade, baixa escolaridade e renda, são variáveis importantes que devem ser consideradas no planejamento de uma trajetória de tratamento, pois estão associadas a ocorrências, recorrências e dificuldade de cicatrização das feridas crônicas (VOGT; KOLLER; SANTOS; LENHANI; GUIMARÃES; KALINKE, 2020; SILVA; RAPOSO; REIS; XAVIER; SILVA; ROCHA, 2021).

Outro aspecto significativo identificado no estudo foi o de possuir uma religião, mostrando a associação entre ansiedade, depressão e estresse, revelando que estas condições foram agravadas entre aqueles que não possuíam uma orientação religiosa.

Nesse sentido, pode-se concluir que a fé e a religiosidade podem aliviar a ansiedade, os sintomas depressivos e o sofrimento relacionado às doenças, principalmente para quem sofre de algumas doenças crônicas. Desta forma, as crenças religiosas e a espiritualidade fazem parte do contexto em saúde e são uma parte importante da cultura, dos princípios e dos valores que os clientes usam para moldar as decisões, assim como as informações obtidas (VIEIRA; FURTADO; ALMEIDA; LUZ, PEREIRA, 2017; WAIDMAN; ROCHA; CORRE; BRISCHILIARI; MARCON, 2011; ARAÚJO; ASSIS; VILELA; BOERY; RODRIGUES; ROCHA, 2020).

A Espiritualidade em saúde comprova que a crença, o cultivo da fé e a participação em uma comunidade auxiliam as pessoas a viverem melhor e a fazer o bem. Enfatiza-se, dessa forma, a fé como um fator de saúde e de promoção de adaptação a situações adversas, como doenças físicas, sofrimento psicológico e problemas sociais.

A espiritualidade incentiva a esperança, aumenta as oportunidades para um futuro melhor, uma maior qualidade de vida ou ainda promove a esperança de cura; mas com o passar do tempo os pacientes deixam de acreditar, nestes aspectos, devido à natureza crônica da ferida. No entanto, a fé torna a pessoa esperançosa, cria expectativas, oferece equilíbrio emocional, otimismo e gera maior segurança para o enfrentamento das condições de saúde (SOUSA; OLIVEIRA; ESTRELA; et al., 2022; LEAL; OLIVEIRA; BOMFIM; FIGUEREDO; SOUZA; SANTOS, 2017).

Com relação ao perfil clínico observado, mostra-se que a maioria dos pacientes que compôs a amostra apresentou uma ou mais comorbidades, dentre elas, as de maior incidência foram a HAS e o DM, confirmando os resultados de outras pesquisas, com mesma temática, realizadas mundialmente. Destaca-se que a incidência dessas duas comorbidades associadas aumentou rapidamente no Brasil. Com o aumento da prevalência de doenças relacionadas ao estilo de vida, espera-se aumentar ainda mais o risco de feridas de difícil cicatrização (CUOMO; GIARDINO; NISI; et al., 2020; SAMANIEGO-RUIZ; LLATAS; JIMÉNEZ, 2018; BORGES; FILHO; JUNIOR, 2018; BRANDÃO; BARROS; VERAS, 2021; VIEIRA; ARAÚJO, 2018).

A HAS é caracterizada por elevada prevalência mundial. É, provavelmente, um problema de saúde pública global, principalmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Pacientes com esta comorbidade apresentam alterações vasculares no tecido subcutâneo e na estrutura da matriz extracelular que limitam o processo de cicatrização de

feridas, reduzindo a atividade inflamatória, neoangiogênese e a síntese de colágenos. A hipóxia tecidual por alterações vasculares em pacientes com HAS é um fator sistêmico que também impede a cicatrização, principalmente pela falta de nutrientes e oxigênio necessários à célula. Além disso, a hipóxia promove a redução da deposição de colágeno no leito da ferida e suprime a atividade fagocítica, favorecendo o crescimento de microrganismos e o aumento de infecção na ferida. (SILVA; RAPOSO; REIS; XAVIER; SILVA; ROCHA, 2021; SCHLEICHER; SOUZA; GUIMARÃES; BOLPATO; SOUZA, 2017).

O diabetes mellitus impede a cicatrização, reduzindo as respostas fisiológicas em cada uma das fases do processo cicatricial. As feridas de pacientes com diabetes, não controlado, não evoluem no processo de cicatrização permanecendo na fase inflamatória, marcada pelo prolongamento no estágio de migração e infiltração de macrófagos e neutrófilos no leito da lesão, além do aumento acentuado na produção de citocinas pró-inflamatórias e de metaloproteases, resultando em destruição da matriz extracelular, na diminuição da atividade dos fibroblastos, na diminuição da liberação de fatores de crescimento, comprometimento na formação de tecido de granulação e síntese de colágeno, com redução no aporte de oxigênio tecidual atribuído a hiperglicemia e a vasoconstrição arteriolar (GOHIL, 2021; ERIKSSON et al., 2022; WAN; WEISSMAN; GRUNDMAN; LANG; GRYBOWSKI; GALIANO, 2021; SCHILRREFF; ALEXIEV, 2022; SAMANIEGO-RUIZ; LLATAS; JIMÉNEZ, 2018)

O uso contínuo de um ou mais medicamentos foi evidente na amostra. Uma pesquisa realizada em Teresina (Piauí–Brasil), cujo objetivo era analisar a prevalência e as características das feridas crônicas em idosos atendidos na atenção primária, ratifica os resultados desse estudo. Alguns medicamentos, em especial os anti-hipertensivos, promovem redução no fluxo sanguíneo e na perfusão tecidual, aumentando a sensibilidade às condições pressóricas exercidas, favorecendo o desenvolvimento de úlcera venosa e lesão por pressão (VIEIRA; FURTADO; ALMEIDA; LUZ, PEREIRA, 2017).

Acerca do uso de tabaco e álcool, a pesquisa evidenciou que, em sua maioria, os participantes negaram etilismo e tabagismo, no entanto, observa-se uma maior proporção entre ex-tabagista e ex-etilista. Este estudo corrobora outros dois realizados no Brasil (SILVA; MATIAS; FREITAS; COSTA; ANDRADE, 2020, SILVA; NASCIMENTO; NOGUEIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA; SILVA, 2022). É importante salientar que essas informações nem sempre refletem os reais hábitos dos pacientes, pois muitos sentem receio ou vergonha de relatarem que fumam e/ou consomem bebida alcoólica. Ressalta-se, como resultado deste estudo, que os participantes ex-tabagista e ex-etilistas apresentaram um menor tempo de

existência da ferida, neste contexto, o tabaco e o álcool são classificados como fatores de risco para a cronicidade da ferida, o uso do tabaco retarda o processo de cicatrização. Entre as complicações mais importantes, destaca-se a vasoconstrição periférica, que reduz o fluxo sanguíneo local e, portanto, diminui o aporte de oxigênio e de nutrientes.

Além disso, a nicotina, o mais importante componente dos cigarros, liga-se aos receptores nicotínicos de acetilcolina e promove efeitos no sistema nervoso central e periférico. Altera a função cardiovascular através da estimulação simpática, e, quando inalada, libera catecolaminas que causam vasoconstrição e diminuem a perfusão tecidual, interferindo no transporte de oxigênio pela hemoglobina, causando hipóxia, favorecendo a proliferação microbiana anaeróbica e como consequência o desenvolvimento da infecção (SILVA; MATIAS; FREITAS; COSTA; ANDRADE, 2020, SILVA; NASCIMENTO; NOGUEIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA; SILVA, 2022; VIEIRA; FURTADO; ALMEIDA; LUZ, PEREIRA, 2017; VIEIRA; FRANZOI, 2021).

Referente à prática de atividade física, foi identificado que a maioria dos pacientes com feridas de difícil cicatrização não praticava nenhum tipo de atividade física. Outros dois estudos realizados no nordeste brasileiro corroboram esse resultado, enfatizando que feridas crônicas em idosos, principalmente as úlceras venosas, dificultam a adesão à atividade física, ao causarem dor e reduzirem a amplitude de movimento, ocasionando limitação na mobilidade física (VIEIRA; FURTADO; ALMEIDA; LUZ, PEREIRA, 2017; CAVALCANTE, et al., 2020; VIEIRA; ARAÚJO, 2018; KINDEL et al., 2020).

Este estudo evidenciou que a qualidade de vida e a percepção da autoeficácia, entre os pacientes com feridas de difícil cicatrização, foi maior no grupo dos pacientes que praticava algum tipo de atividade física. O sedentarismo está fortemente relacionado com o desenvolvimento de doenças crônicas, o exercício físico é considerado uma estratégia importante na prevenção destas enfermidades. Além disso, a atividade física pode prevenir a recorrência de feridas de difícil cicatrização, como úlceras venosas (CAVALCANTE et al., 2020; VIEIRA; ARAÚJO, 2018; KINDEL, et al., 2020).

O incentivo à atividade física deve fazer parte do plano de cuidados de enfermagem, em vista dos benefícios clínicos desta prática, tanto para a minimização do potencial de recorrência das feridas, como para ascensão da percepção da autoeficácia (KINDEL, et al., 2020; CAVALCANTE et al., 2020; VIEIRA; FURTADO; ALMEIDA; LUZ, PEREIRA, 2017)

O exercício físico também é fundamental para melhorar o estado clínico do paciente com ferida e conseqüente o progresso da cicatrização, combinando mudanças no estilo de vida com tratamento local, por conseqüência uma melhora na qualidade de vida (VIEIRA;

FURTADO; ALMEIDA; LUZ, PEREIRA, 2017; CAVALCANTE et al., 2020).

No que se refere ao índice de massa corporal, a maioria dos pacientes foi classificada como eutróficos, entre os emagrecidos havia maior proporção de pessoas com autocuidado regular e a autoestima do grupo classificado como eutrófico foi maior e se diferenciou estatisticamente da dos emagrecidos. Pessoas com feridas difíceis de cicatrizar enfrentam mudanças drásticas em seu estilo de vida que podem levar à baixa autoestima e ao déficit no autocuidado, o índice de massa corporal fora dos parâmetros eutróficos é um dos importantes fatores de risco que impactam negativamente na evolução do processo cicatricial. (BEDIN; BUSANELLO; SEHNEM; SILVA; POLL, 2014; VIEIRA; FURTADO; ALMEIDA; LUZ, PEREIRA, 2017; CAVALCANTE, et al., 2020). Os profissionais de saúde envolvidos no tratamento e cuidado de feridas devem atentar para a importância de orientar o paciente a manter seu peso corporal nos limites recomendados. Além disso, devem gerenciar as alterações sistêmicas existentes para prevenir e/ou reduzir complicações no processo de cicatrização, reduzindo o tempo de existência da ferida, promovendo a autoestima, o bem-estar e estimulando o autocuidado do paciente (SALVETTI; COSTA; DANTAS; FREITAS; VASCONCELOS; TORRES, 2014; BARBOSA; SALOMÉ; FERREIRA, 2017).

As úlceras vasculogênicas, em especial a úlcera venosa, e as feridas traumáticas, foram as mais prevalentes entre os participantes do estudo, corroborando os resultados de estudos, envolvendo feridas crônicas, realizados mundialmente. As feridas de etiologia vasculogênica apresentam maior prevalência entre as mulheres e idosos corroborando com os dados desta pesquisa (ERIKSSON, et al., 2022; RAZDAN; GARCIA-LARA; SINHA; SINGH, 2022; SALVETTI; COSTA; DANTAS; FREITAS; VASCONCELOS; TORRES, 2014; OLIVEIRA; ALVARENGA; FREITAS; ROCHA; BEZERRA; NOGUEIRA, 2018; MOSCICKA; BIALASIK; SZEWCZYK; JAWIEN, 2022; VON STÜLPNAGEL; SILVA; AUGUSTIN et. al., 2021; OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2019; MELO; PASSOS; MACHADO; ALVES; SILVA, 2020; MARTINENGO; OLSSON; BAJPAI et al., 2019; ECKERT; FIFE; CARTER, 2023).

As úlceras venosas acometem 1% da população dos Estados Unidos da América e 5% nos países ocidentais. No Brasil, representam um grande problema de saúde pública, uma vez que são responsáveis por gerarem grande impacto econômico à nação como resultado do envelhecimento populacional, das elevadas taxas de recorrência e da lentidão no processo cicatricial. A doença venosa se manifesta por edema das extremidades inferiores; a estase venosa ocorre devido à insuficiência valvar ou como resultado de uma trombose venosa, fazendo com que o sangue extravase para o interstício, promovendo o represamento das

hemácias. O ferro contido na molécula de hemoglobina é tóxico e causa hemossiderose e ulceração cutânea. Normalmente, essas feridas se localizam no terço inferior dos membros inferiores, são feridas superficiais e com bordas irregulares. Ressalta-se que o tempo que leva desde o aparecimento de uma úlcera venosa até sua cicatrização completa, e a possibilidade de recorrência, é afetado pelo tratamento utilizado, cabendo ao enfermeiro selecionar e indicar a cobertura mais adequada conforme a necessidade de cada lesão (ERIKSSON et al., 2022. RAZDAN; GARCIA-LARA; SINHA; SINGH, 2022; MOSCICKA; BIALASIK; SZEWCZYK; JAWIEN, 2022; GONZÁLEZ DE LA TORRE; QUINTANA-LORENZO; PERDOMO-PÉREZ; VERDÚ, 2017; BRITO; XAVIER; SANTOS; AGRA, 2017).

Alguns estudos nacionais e internacionais validam o resultado deste estudo no que se refere à maior intensidade da dor, tanto em homens como mulheres, com úlceras de origem vasculogênicas. Semiologicamente, essa dor se caracteriza pela forte intensidade, persistente e mais acentuada durante as trocas de curativos, conseqüentemente afetando negativamente a qualidade de vida. A dor promove a liberação mediadores inflamatórios que potencialmente prejudicam o reparo e a regeneração tecidual (SALVETTI; COSTA; DANTAS; FREITAS; VASCONCELOS; TORRES, 2014; WOO; SIBBALD, 2008; GONZÁLEZ DE LA TORRE; QUINTANA-LORENZO; PERDOMO-PÉREZ; VERDÚ, 2017; KAIZER; DOMINGUES; PAGANELLI, 2020; ARAÚJO; SILVA; BRANDÃO; BARROS; VERAS, 2021; MOSCICKA; BIALASIK; SZEWCZYK; JAWIEN, 2022).

No que concerne ao tempo de existência da ferida, a mediana, em meses, foi de 52 (IIQ 17,0 - 204,0), um estudo realizado em três unidades de atendimento especializado em pessoas com feridas no Sul de Minas Gerais e São Paulo identificou, em média, 57,2 meses de existência da lesão entre os participantes (KAIZER; DOMINGUES; PAGANELLI, 2020), já outro estudo, de âmbito internacional, realizado na Espanha, a existência das lesões, em média, foi de 4,3 meses (GONZÁLEZ DE LA TORRE; QUINTANA-LORENZO; PERDOMO-PÉREZ; VERDÚ, 2017), neste sentido, podemos inferir que o tempo de existência de uma ferida crônica foi variável, ultrapassando o tempo destinado ao percurso fisiológico habitual do processo de cicatrização. O fato de a ferida de difícil cicatrização persistir por longo período pode causar apatia, falta de motivação e complacência. A rotina diária vivenciada pelo paciente, relacionada ao cuidado com a ferida, faz com que o mesmo perca sua capacidade de acreditar na possibilidade de cura. E a partir disso, a lesão é percebida como algo sem solução e, portanto, o tratamento se torna uma obrigação rotineira, sem anseios e esperança (BRITO; XAVIER; SANTOS; AGRA, 2017).

Quanto à quantidade de feridas apresentadas pelos pacientes, a mediana foi de 1 ferida

(IIQ 1,0 - 2,0), estudos realizados no Brasil e internacionalmente apontam para essa mesma incidência. (GONZÁLEZ DE LA TORRE; QUINTANA-LORENZO; PERDOMO-PÉREZ; VERDÚ, 2017; VIEIRA; ARAUJO, 2018; BORGES; FILHO; JUNIOR, 2018; VOGT; KOLLER; SANTOS; LENHANI; GUIMARÃES; KALINKE, 2020; RIBEIRO; CAVALCANTE; SANTOS; FEITOSA; SILVA; SANTOS, 2019; LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018)

A quantidade de feridas neste estudo correlacionou positivamente com a dor ($p = 0,003$), assim como todos os domínios do FLQA-Wk, exceto vida social ($p = 0,076$). Ter uma ou mais feridas de difícil cicatrização aumenta a vulnerabilidade da pessoa a desenvolver emoções negativas capazes de promover dificuldades nos relacionamentos, perda da imagem corporal e até da atividade sexual, consequências que podem reduzir a qualidade de vida. Cabe, portanto, aos profissionais de saúde desenvolver intervenções humanizadas e abrangentes para promover ações de tratamento que atendam os pacientes em suas reais necessidades (VOGT; KOLLER; SANTOS; LENHANI; GUIMARÃES; KALINKE, 2020).

Um estudo realizado em um hospital universitário de Natal–RN, Brasil, com pacientes com úlceras venosas, identificou que a dor está significativamente associada ao tamanho da lesão (SALVETTI; COSTA; DANTAS; FREITAS; VASCONCELOS; TORRES, 2014).

No contexto da dor, neste estudo, 50% dos pacientes relataram alguma intensidade associada à ferida. No momento da entrevista, obteve-se mediana de 1,0 (IIQ = 0 - 8,0). Diversos estudos corroboram este resultado, permitindo-nos compreender que a dor é uma condição percebida frequentemente nessa população, constituindo uma preocupação tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde. A dor pode influenciar negativamente a evolução do processo cicatricial por estar associada à liberação de mediadores inflamatórios que prejudica a cicatrização (BRITO; XAVIER; SANTOS; AGRA, 2017; SALVETTI; COSTA; DANTAS; FREITAS; VASCONCELOS; TORRES, 2014; WOO; SIBBALD, 2008; LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018). Portanto, o manejo da dor é fundamental no tratamento de feridas de difícil cicatrização.

Pacientes com feridas crônicas são suscetíveis ao desenvolvimento de dor neuropática devido à dor prolongada e estimulação nociceptiva repetida, em consequência da hiperalgesia por estimulação contínua dos nociceptores do leito da lesão devido à inflamação e lesão celular persistentes (OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2019; KAIZER; DOMINGUES; PAGANELLI, 2020; SANTOS; FERREIRA; PENA et al., 2023).

A dor, neste estudo, teve uma correlação positiva com todos os domínios da FLQA-Wk, revelando que quanto maior a intensidade da dor referida pelo paciente, pior é a qualidade de

vida. Estudos nacionais e internacionais corroboram o resultado desta pesquisa (LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018; OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2019; RENNER; ERFURT-BERGE, 2017; SNELGROVE; BAILEFF, 2019). Para uma pessoa com uma ferida de difícil cicatrização, é preocupante o nível de aceitação da dor, pois sentir dor faz parte da sua condição e se torna algo suportado em vez de aliviado. Para um indivíduo ser considerado saudável, é necessária a liberdade e independência para se envolver em atividades, e o fato de a dor, associada a uma lesão, alterar a vida cotidiana é uma razão para impactar diretamente na percepção de saúde e na qualidade de vida. Contudo, compreender os mecanismos da dor, relacionados à cronicidade da ferida, pode influenciar positivamente a qualidade de vida, permitindo uma assistência qualificada e direcionada às necessidades do cliente, reduzindo as dificuldades nas atividades de vida diária, mudanças no estilo de vida e a frustração (LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018; OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2019; RENNER; ERFURT-BERGE, 2017; SNELGROVE; BAILEFF, 2019). Estratégias farmacológicas e não farmacológicas devem ser utilizadas permitindo o tratamento adequado das feridas, e como consequência a otimização do processo de cicatrização, o alívio da dor e a melhora na qualidade de vida (ARAÚJO; ASSIS; VILELA; BOERY; RODRIGUES; ROCHA, 2020; PROBST; GSCHWIND; MURPHY et al., 2023).

Neste estudo destacou-se também a associação entre dor e depressão ($p = 0,039$), sendo que os indivíduos classificados com depressão moderada relataram maior intensidade de dor no momento da entrevista. Um estudo realizado em ambulatório especializado no tratamento de feridas no estado do Paraná–Brasil, enfatiza que a dor na ferida está relacionada à alteração do humor e depressão e que os sintomas depressivos devem ser considerados, ao superarem a existência dos sintomas físicos (LENTSCK; BARATIERI; TRINCAUS; MATTEI; MIYAHARA, 2018). Outro estudo realizado em um ambulatório de feridas no interior do Estado de São Paulo–Brasil, visando avaliar a intensidade dos sintomas e o nível de depressão, evidenciou que a dor e depressão reduziram significativamente a qualidade de vida nos pacientes com feridas crônicas (SANTO; ALMEIDA; PEREIRA; SALOMÉ, 2013). A dor, como consequência de uma ferida de difícil cicatrização, pode causar impacto psicossocial nos pacientes, ao ocasionar mudanças no estilo de vida, inclusive no afastamento das relações sociais. Além disso, ao conviver com a dor, os pacientes se mostram insatisfeitos, desanimados e com humor negativo pelas condições que a ferida de difícil cicatrização impõe (RODRIGUES; MACEDO; SOUZA; MORAES; LANZA; CORTEZ, 2019; WOO; SIBBALD, 2008; DANTAS; FREITAS; VASCONCELOS; TORRES, 2014; RENNER; ERFURT-BERGE,

2017; PROBST; GSCHWIND; MURPHY et al., 2023; JOAQUIM; SILVA; GARCIA-CARO; CRUZ-QUINTANA; PEREIRA, 2018).

A ligação entre feridas crônicas e depressão foi destacada pela primeira vez por House e Hughes em 1996 e desde então é avaliada em muitas outras pesquisas (FINO; DI TARANTO; PIERRO et al., 2019). Neste estudo os sintomas depressivos, classificados como normal e leve, foram identificados em 68% da amostra, já no estudo citado anteriormente, realizado no interior do estado de São Paulo, 52% dos pacientes, com úlcera venosa, tiveram ausência de depressão ou depressão leve (SANTO; ALMEIDA; PEREIRA; SALOMÉ, 2013). Outro estudo, cujo objetivo foi avaliar a prevalência de depressão em pacientes com ferida crônica, concluiu que a análise da série de casos confirmou o risco aumentado de depressão em pacientes com feridas crônicas em comparação com a população em geral (FINO; DI TARANTO; PIERRO et al., 2019).

A depressão em pacientes com feridas de difícil cicatrização é de origem multifatorial e deve ser tratada com uma abordagem multidisciplinar, ao poder causar efeitos adversos nos resultados da cicatrização de feridas. Isto se deve principalmente à baixa adesão ao tratamento, à resistência às mudanças no estilo de vida e à comunicação insuficiente entre paciente e profissionais de saúde em relação ao bem-estar, além de a depressão ser um precursor da autonegligência, dos distúrbios do sono e da má nutrição (CHAVAGLIA; OHL; CONTIM; GAMBA, 2015; RENNER; ERFURT-BERGE, 2017; KODANGE, 2021)

Com relação ao índice de qualidade de vida, no presente estudo, os pacientes classificados com sintomas de depressão moderada apresentaram pior resultado. Estes corroboraram os resultados de uma pesquisa que também utilizou o FLQA-Wk, manifestando baixo índice de qualidade de vida no domínio bem-estar psicológico (média-34,2), o qual está relacionado aos sentimentos, mediante a presença da ferida crônica, como a depressão (VOGT; KOLLER; SANTOS; LENHANI; GUIMARÃES; KALINKE, 2020).

Neste estudo, evidenciou-se que os sintomas de ansiedade (76,7%) e de estresse (71,6%) foram classificados como normais e leves. Pessoas com feridas de difícil cicatrização sofrem mudanças no estilo de vida e, muitas vezes, perdas significativas, social, financeira e pessoal. O processo de cicatrização é muito lento ou inexistente, levando a incapacidades residuais e recidivas frequentes. Assim, um paciente com ferida crônica vive em constante estado de ansiedade, ao se preocupar com a possibilidade de prognósticos negativos relacionados à sua doença. Em contrapartida, o estresse pode afetar aspectos fisiológicos e mudanças no comportamento, tais como dieta inadequada, falta de exercício, tabagismo ou consumo de álcool, ocasionando um aumento nos marcadores inflamatórios e no tempo de cicatrização de

feridas (SANTO; ALMEIDA; PEREIRA; SALOMÉ, 2013; HUSSEY; YOUNG, 2020).

Os pacientes com sintomas classificados como normais ou leve para a ansiedade e estresse, neste estudo, manifestaram melhor qualidade de vida ($p = 0,000$) e se destacaram dos demais. Os profissionais de saúde devem identificar o que os pacientes consideram como fatores desencadeantes de ansiedade e estresse e incorporar intervenções nos planos de tratamento que modificam os fatores psicológicos que contribuem para a redução na qualidade de vida.

Essencialmente, um bom tratamento dos pacientes com feridas deve envolver uma abordagem holística e individualizada que otimize ativamente as conexões mente-corpo. É importante garantir o bem-estar mental e o apoio a esses pacientes. Além disso, o mais importante, os sintomas de ansiedade e depressão e estresse não devem ser subestimados, nesse sentido, assistir ao paciente, considerando suas necessidades, infere-se que melhora o estado psicoemocional, contudo implica melhorar a adesão do paciente ao tratamento (HUSSEY; YOUNG, 2020; RENNER; ERFURT-BERGE, 2017).

Neste estudo, ressaltou-se que os sintomas de depressão ($p = 0,001$), ansiedade ($p = 0,014$) e estresse ($p = 0,004$) foram mais agravados entre as mulheres. Uma pesquisa aponta que a depressão acometeu duas vezes mais as mulheres que os homens; uma estratégia significativa consiste na identificação dos sinais de ansiedade ou depressão nas fases iniciais da cronicidade das lesões, pois os pacientes podem beneficiar-se de intervenção psicológica precoce, especialmente aqueles do sexo feminino e com intensidade mais elevada de dor (RENNER; ERFURT-BERGE, 2017; SANTO; ALMEIDA; PEREIRA; SALOMÉ, 2013).

No escore geral da Escala de Autoestima de Rosemberg (EAR) entre os pacientes com feridas de difícil cicatrização, obteve-se uma mediana de 31,5 (IIQ26,0-34,8) indicando um nível elevado de autoestima entre os pacientes, ou seja, a existência de um sentimento de autovalorização (escore total da EAR-40 pontos). Quanto à autoeficácia, uma mediana de 4,3 (IIQ 3,2-4,8) se relacionou, também, a um nível satisfatório de percepção da autoeficácia, ou seja, os pacientes possuem condição significativa para um desempenho bem-sucedido. E, para a adaptação à ferida de difícil cicatrização, alguns estudos demonstram que níveis elevados de autoestima, entre os pacientes com ferida crônica, estão diretamente relacionados com a aceitação na mudança do cotidiano e com a adesão ao tratamento, assim como ao acolhimento adequado pelos serviços de saúde (MELO; PASSOS; MACHADO; ALVES; SILVA, 2020; VAZ; HERÊNIO; COSTA, 2020; VAZ; HERÊNIO; COSTA, 2022).

Durante o processo de tomada de decisão para a elaboração das intervenções ou de um plano de cuidados, todos os aspectos devem ser considerados, inclusive como o paciente se

sente em relação ao seu corpo e à sua doença. Assim, o profissional realiza uma abordagem holística que possibilita melhores resultados. A relação paciente-profissional de saúde não é distante nem técnica e promove autonomia e melhora da autoestima e da percepção de autoeficácia (MELO; PASSOS; MACHADO; ALVES; SILVA, 2020; VAZ; HERÊNIO; COSTA, 2022; TEHRANINESHAT; MOHAMMADI; MEHDIZADE TAZANGI; SOHRABPOUR; PARVINIANNASAB; BIJANI, 2020).

Os resultados do presente estudo evidenciaram que os homens possuem melhor autoestima ($p = 0,000$) e melhor percepção da autoeficácia ($p = 0,000$) que as mulheres, corroborando com as evidências apontadas neste mesmo estudo de que a depressão e a ansiedade e o estresse são mais agravados entre as mulheres, assim como a qualidade de vida é melhor entre os homens com ferida de difícil cicatrização.

A autoestima e a percepção da autoeficácia fazem parte de uma estrutura multidimensional que determina o funcionamento global de uma pessoa, influenciada por prejuízos causados pela lesão, como a dor, a redução da qualidade do sono, a incapacidade para o trabalho, a vergonha e constrangimento nas interações sociais (SOUSA; OLIVEIRA; ESTRELA; et al., 2022; BEDIN; BUSANELLO; SEHNEM; SILVA; POLL, 2014).

Os resultados do presente estudo demonstraram que quanto maior a autoestima e a percepção de autoeficácia, melhor é a qualidade de vida. A autoestima é uma avaliação subjetiva que uma pessoa faz sobre si mesma, que pode ser positiva ou negativa e está diretamente relacionada à sua qualidade de vida. Esse cenário pode ser justificado pelas limitações que as feridas difíceis de cicatrizar causam, como perda de liberdade, restrições ao convívio social, entre outras. Todos esses fatores levam a efeitos psicoemocionais que se refletem na autoestima de um indivíduo e influenciam como ele interage com os outros e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. A autoeficácia é um dos fatores importantes que determina o comportamento, as ações e as funções humanas dos indivíduos em sua vida social. Também se correlaciona com a satisfação com a vida, intimamente relacionada à qualidade de vida (MELO; PASSOS; MACHADO; ALVES; SILVA, 2020; NASCIMENTO; MACÊDO; ALEXANDRINO; CARDINS; SOUZA; NOGUEIRA, 2020).

Outra associação evidenciada no presente estudo foi que quanto maior a idade, piores são a autoestima e a percepção de autoeficácia. A autoeficácia é uma variável cognitiva que influencia o comportamento e a crença na capacidade de agir para gerenciar o futuro e diversas situações.

Uma elevada percepção de autoeficácia pode promover a independência, aumentar a autoestima e o autocuidado no tratamento de feridas. Idosos tendem a apresentar uma redução

na auto-eficácia e como consequência aumentar sua dependência nas atividades de vida diária e na execução do autocuidado, porém, favorecendo a diminuição da autoestima (WANTONORO; KOMARUDIN; IMANIA; HARUN; NGUYEN, 2023).

A depressão é um transtorno caracterizado por tristeza contínua, anedonia, humor deprimido e perda de energia e interesse nas atividades de vida diária e isolamento social, afetando diretamente os sentimentos de autoestima e autoeficácia (RENNER; ERFURTBERGE, 2017), neste estudo os pacientes classificados com sintomas de depressão moderada apresentaram menor autoestima ($p = 0,000$) e menor percepção da auto-eficácia ($p = 0,001$).

Quanto às capacidades para o desempenho no autocuidado, a maioria dos participantes classificou como ótima. O autocuidado é a consciência crítica do atendimento das necessidades relacionadas à manutenção da vida, saúde e bem-estar das pessoas, significando a capacidade de satisfazer as suas devidas necessidades, o cuidar de si próprio, mesmo vivenciando uma doença. Indivíduos com capacidades para execução do autocuidado apresentam mudanças nos hábitos de vida e adequada adesão ao tratamento. Neste sentido, autocuidado e autoeficácia estão intimamente associados; neste estudo os pacientes com capacidades regulares para o autocuidado demonstraram menor percepção da autoeficácia ($p = 0,002$). Outra característica que potencializa as capacidades para o autocuidado é o acesso aos recursos materiais. A rede de atenção básica dos municípios onde o estudo foi desenvolvido oferece suporte necessário ao atendimento dos pacientes com feridas de difícil cicatrização (BEDIN; BUSANELLO; SEHNEM; SILVA; POLL, 2014; KINDEL et al., 2020).

Indivíduos cujas capacidades para o autocuidado foram classificadas como muito boa e ótima foram os que apresentaram melhor qualidade de vida ($p = 0,000$) e sintomas de estresse normal/leve ($p = 0,039$). Pacientes com feridas de difícil cicatrização com déficit no autocuidado enfrentam muitas dificuldades, principalmente pela necessidade de cuidar da ferida diariamente e pelas frequentes internações, que exigem o afastamento das atividades laborais e sociais, refletindo em um declínio na qualidade de vida e aumento do estresse. Neste sentido, a resiliência motiva os pacientes a melhorar sua saúde física, a realizar atividades de autocuidado e, ainda, aumentar a qualidade de vida (BEDIN; BUSANELLO; SEHNEM; SILVA; POLL, 2014; TEHRANINESHAT; MOHAMMADI; MEHDIZADE TAZANGI; SOHRABPOUR; PARVINIANNASAB; BIJANI, 2020; OLIVEIRA; ROCHA; BEZERRA; ANDRADE; SANTOS; NOGUEIRA, 2019).

A avaliação da qualidade de vida é considerada um indicador de assistência à saúde, ao atender à exigência do tratamento individual e considerar a subjetividade da pessoa atendida. A mediana referente à qualidade de vida geral dos pacientes deste estudo foi 10,7 (IIQ 6,4-

13,6), considerando que a pontuação máxima do FLQA_Wk é 24 e que quanto menor o escore total, melhor a qualidade de vida. Evidenciou-se que os pacientes possuem uma qualidade de vida regular, atribuída, principalmente, aos domínios da FLQA-Wk com maior pontuação: vida diária (mediana 2,4 e IIQ 1,4-3,2) e tratamento (mediana 2,4 e IIQ 1,5-3,0). Em vista disso, para estes pacientes as feridas de difícil cicatrização dificultam nos pacientes para realizar tarefas rotineiras ou atividades de lazer; tarefas, antes consideradas simples, tornam-se cada vez mais difíceis de serem realizadas, repercutindo nas demandas relacionadas ao esforço físico, sendo necessárias mudanças no estilo de vida. Além disso, interferem diretamente na dependência, repercutindo na necessidade de ajuda para a realização de tratamento. Um estudo realizado em uma capital do sul do Brasil, utilizando o FLQA-Wk, corrobora os resultados deste estudo, assim como os resultados de outro estudo, realizado no sul de Minas Gerais e em São Paulo (Brasil), que também utilizou o FLQA-Wk. Em outra pesquisa realizada em um centro de referência no tratamento de feridas complexas em Teresina-Piauí (Brasil), cujo objetivo era avaliar a qualidade de vida utilizando o *Cardi Wound Impact Schedule (CWIS)*, o domínio com menor escore médio foi o bem-estar. Já em outro estudo, realizado no estado do Mato Grosso do Sul (Brasil), utilizando o instrumento da OMS - *WHOQOL-bref*, em média, o domínio físico foi o que apresentou menor escore, indicando que as características que mais afetaram a qualidade de vida ocorreram no domínio físico, como dor. (MELO; PASSOS; MACHADO; ALVES; SILVA, 2020; VOGT; KOLLER; SANTOS; LENHANI; GUIMARÃES; KALINKE, 2020; OLIVEIRA; ALVARENGA; FREITAS; ROCHA; BEZERRA; NOGUEIRA, 2018; ALMEIDA; FERREIRA; IVO et al., 2018; KAIZER; DOMINGUES; PAGANELLI, 2020).

No domínio bem-estar psicológico foi identificado um estado de melhor qualidade de vida (mediana 1,0 e IIQ 0,3-1,5), ou seja, a presença de feridas de difícil cicatrização não causou raiva, fúria, exaustão, fadiga, desamparo ou rejeição entre os participantes desse estudo.

Um estudo desenvolvido por Vogt e colaboradores (2020) e outro, por Kaizer e colaboradores (2020), realizado no Brasil utilizando o FLQA-Wk, validam os resultados desse estudo.

Em relação ao sexo, os homens apresentaram melhor qualidade de vida geral ($p = 0,001$). Estudo realizado no ambiente ambulatorial e de internação de um hospital universitário de João Pessoa, Paraíba–Brasil, utilizando o Medical Outcome Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) e o *Cardif Wound Impact Schedule (CWIS)*, mostrou que as mulheres tiveram pior desempenho em relação aos homens no domínio capacidade funcional, contudo, no CWIS as mulheres tiveram os piores resultados nos domínios sintomas físicos e vida diária.

Outro estudo, realizado na Alemanha, utilizando o *Wound-Qol*, os resultados das análises de regressão apoiam um maior risco de redução na qualidade de vida, relacionada à úlcera de pé diabético, em pacientes do sexo feminino. Esse fato pode ser explicado pela menor massa muscular, pelas condições hormonais, pelas comorbidades típicas do sexo feminino e pelo papel social que a mulher assume na sociedade (DANTAS; FREITAS; VASCONCELOS; TORRES, 2014; REINBOLDT-JOCKENHÖFER.; BABADAGI; HOPPE; et al., 2021).

No presente estudo, os domínios sintomas físicos e tratamento do FLQA-Wk apresentaram menor escore na relação com as feridas classificadas como traumáticas, com valores de $p = 0,02$ e $p = 0,014$ respectivamente, assim como houve correlação estaticamente significativa com a qualidade de vida geral na última semana entre mulheres com feridas desta etiologia.

Pode-se inferir que, para este tipo de ferida, sintomas físicos, tais como: dor, mau cheiro, prurido, exsudação e a insônia foram menos evidentes, assim como a ajuda na execução do tratamento ou o tempo dispensado para a realização dos cuidados com a ferida, quando comparado às feridas de origem vasculogênicas e oncológicas. Um estudo, de âmbito internacional, desenvolvido em um centro especializado no tratamento de feridas, destaca que as feridas vasculogênicas impactaram negativamente na qualidade de vida, principalmente no quesito domínio físico (MOSCICKA; BIALASIK; SZEWCZYK; JAWIEN, 2022).

Obteve-se maior pontuação no domínio vida social, do FLQA-Wk, no grupo de participantes com feridas de etiologia oncológica ($p = 0,049$). Para os homens, com feridas da mesma etiologia, o domínio tratamento contribuiu significativamente para pior qualidade de vida. Sendo assim, considerando os domínios afetados, compreendemos que esses participantes diminuiriam suas atividades rotineiras, afastaram-se das outras pessoas e se sentiram dependentes.

Essas feridas causam impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes devido a fatores como: falha na cicatrização; alteração na imagem corporal; sangramento; exsudação; dor e odor característico. Além disso, o paciente associa seu surgimento tanto à piora do quadro clínico quanto ao final da vida. Quanto às questões sociais, implicam: o isolamento social, mudanças na imagem corporal, estigma, questões existenciais sobre a proximidade da morte e a busca de propósito na vida, mudanças nos relacionamentos e perda de identidade. Soma-se a isso, a existência de sentimento de vergonha, que dificulta a procura de cuidados médicos (FREITAS; PACHECO; SOUZA, 2019; NOVAIS; KAIZER; DOMINGUES, 2022; SANTOS; FULY; SOUTO; SANTOS; BERETTA, 2019).

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Neste estudo, reconhecemos limitações, dentre elas: a abordagem da queixa de dor apenas no momento da entrevista, deixando de considerar a dor como um sintoma vivenciado pelo entrevistado em outros momentos da vida; a quantidade de questões que compunham os instrumentos utilizados na coleta de dados, que pode ter desencadeado cansaço e desânimo nos pacientes durante as entrevistas, possibilitando viés de respostas. Ressalta-se também a falta de instrumentos específicos validados e adaptados, direcionados a pessoas com feridas de difícil cicatrização, principalmente para avaliar os dados subjetivos tais como a ansiedade, depressão e estresse, autoestima e autoeficácia e capacidades para o autocuidado.

6.2 RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA

É fundamental, enquanto enfermeiros, que a assistência aos pacientes com feridas de difícil cicatrização seja direcionada: aos aspectos físicos ou ao tratamento local da lesão, porém convém destacar que o bem-estar dos pacientes é negligenciado e um enfoque biomédico é observado no cuidado, priorizando as manifestações biológicas e as alterações clínicas que dificultam o processo de cicatrização tecidual, ou seja, feridas que não cicatrizam representam uma fragilidade e um incômodo para os pacientes.

Assim, os profissionais de saúde devem voltar seus olhares ao impacto significativo que esta condição impõe à vida e às capacidades de lidar com eventos estressores, relacionadas ao estado emocional dos pacientes.

Isto sugere que as equipes multidisciplinares devem desenvolver intervenções que valorizam o indivíduo na sua integralidade, a fim de prestar cuidados adequados e melhorar potencialmente a qualidade de vida dos pacientes com feridas de difícil cicatrização.

No que se refere à dor na ferida, enfatizamos a necessidade de uma abordagem abrangente com enfoque na avaliação sistemática da dor durante a assistência aos pacientes com feridas de difícil cicatrização, considerando: a intensidade; os fatores que intensificam e melhoram a dor; e o tipo e a frequência da dor, especialmente em pacientes com lesões de origem vasculogênica.

Nesse sentido, em pacientes com úlceras venosas, cabe ao enfermeiro, assim como aos demais profissionais da equipe multidisciplinar: instituir medidas farmacológicas e não farmacológicas de analgesia, para promover a redução e o controle da intensidade da dor, dentre elas, o uso de analgésicos, laser de baixa frequência. Além disso, deve-se implementar práticas integrativas, tais como musicoterapia, acupuntura, aromaterapia, entre outras. Ademais, a

efetividade desses cuidados influencia positivamente a percepção de qualidade de vida.

Neste sentido é fundamental, além das medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor, fornecer apoio para otimizar o bem-estar psicológico destes pacientes e, o mais importante, os sintomas depressivos não devem ser subestimados como, por exemplo, o mau-humor associado à ferida ou ao tratamento prolongado. Dado que uma melhoria do estado psicoemocional significa uma melhor adesão do paciente ao tratamento e conseqüentemente uma otimização na evolução do processo de cicatrização.

Todavia, o manejo clínico adequado da dor nos pacientes com feridas de difícil cicatrização, dentre elas as úlceras de origem vasculogênica, pode melhorar a percepção da qualidade de vida.

Novas estratégias devem ser desenvolvidas para tratar estes pacientes, incluindo planos terapêuticos não apenas para aliviar o impacto físico provocado pelas úlceras vasculogênicas, mas também para prevenir a recorrência e/ou manifestação de novas feridas.

Com o intuito de melhorar a autoeficácia dos pacientes com feridas de difícil cicatrização, os membros da equipe de saúde devem demonstrar apreço pelo desenvolvimento e capacitação desses pacientes e seus familiares.

Deve-se criar o ambiente adequado para adquirir e alcançar os conhecimentos e habilidades necessários para o autocuidado. Neste sentido é fundamental a utilização de linguagem clara e objetiva no momento da abordagem e da realização de orientações a estes pacientes, assim como incentivar à prática de atividade física; essa condição para os pacientes com feridas de difícil cicatrização, influenciou negativamente a percepção da autoeficácia e da qualidade de vida.

É fundamental que os pacientes compreendam as mudanças na vida impostas pelo cuidado e convívio com a ferida de difícil cicatrização. Dessa forma, ações de enfermagem direcionadas a agregar uma adequada funcionalidade global ao ser humano são imprescindíveis, ao proporcionarem um aumento na autoestima e na percepção da autoeficácia.

Nesta conjuntura, é primordial a criação de um processo de educação dos pacientes e familiares sobre o manejo com as feridas na tentativa de reduzir o sofrimento potencial causado pelo déficit no autocuidado e pelo prolongamento do processo de cicatrização. O cuidado inadequado com as feridas favorece o aparecimento de complicações locais e repercussões sistêmicas.

Portanto, é essencial identificarmos precocemente as necessidades biopsicossociais dos pacientes com ferida de difícil cicatrização, em especial nas mulheres, permitindo que sejam beneficiadas pelo tratamento precoce dos sintomas depressivos, de ansiedade e estresse.

A natureza multifatorial das feridas difíceis de cicatrizar promove uma interação complexa dos aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos, promovendo dificuldades no seu manejo e à necessidade de uma equipe multidisciplinar envolvida no tratamento. Portanto, o conhecimento dos aspectos gerais dos pacientes com feridas de difícil cicatrização permite aos profissionais fazer uma avaliação clínica adequada e agir segundo as necessidades de cada paciente na sua integralidade, refletindo positivamente na percepção de qualidade de vida. Sendo assim, a avaliação da qualidade de vida fornece informações importantes para a tomada de decisão clínica que auxiliarão o paciente no enfrentamento das adversidades promovidas pela ferida, além de possibilitar a avaliação da efetividade do tratamento e do prognóstico.

Mostrou-se que avaliar e abordar os fatores que interferem na qualidade de vida é fundamental. Os parâmetros obtidos nesta avaliação representam um indicador de resposta ao tratamento dos pacientes com ferida de difícil cicatrização de qualquer etiologia.

Ao atender às exigências do tratamento individualizado, está-se considerando a subjetividade da pessoa que convive com essa enfermidade, permitindo a implementação de intervenções de enfermagem capazes de promover o alcance das necessidades individuais. Com isso, auxilia-se o fomento de políticas públicas que priorizem a melhoria do atendimento à população com lesões de difícil cicatrização e acesso aos serviços especializados.

7. CONCLUSÃO

A presença de ferida de difícil cicatrização comprometeu regularmente a percepção de qualidade de vida geral dos participantes do estudo, sendo que o domínio bem-estar psicológico influenciou positivamente nesta percepção, no entanto, os domínios vida diária e tratamento interferiram negativamente na compreensão da qualidade de vida.

A dor foi reconhecida como uma queixa no momento da entrevista em metade dos participantes, com intensidade variável. Demonstrou desempenhar uma grande influência na percepção negativa da qualidade de vida e está diretamente associada à quantidade de feridas apresentadas. A dor também apresentou associação significativa com a queixa de sintomas de depressão moderada.

Os participantes com feridas de difícil cicatrização, de etiologia vasculogênica, referiram maior intensidade da dor no momento da entrevista.

A autoestima e a percepção da autoeficácia se caracterizam como adequadas entre os participantes, no entanto, o nível de escolaridade e a prática de atividade física influenciaram a percepção da autoeficácia.

Houve correlação positiva entre autoestima, percepção da autoeficácia e qualidade de vida, ou seja, quanto maior a autoestima e a percepção da autoeficácia, melhor a qualidade de vida. Neste mesmo contexto, a capacidade para o autocuidado, classificada como ótima, também influenciou positivamente na percepção da qualidade de vida. A idade avançada influenciou negativamente a autoestima, a percepção da autoeficácia e as capacidades para o autocuidado.

Os homens apresentaram melhor autoestima e percepção da autoeficácia e da qualidade de vida quando comparados às mulheres.

Apesar de a ansiedade, a depressão e o estresse terem sido classificados como normal ou leve para os participantes, os sintomas destes transtornos também foram mais evidentes entre as mulheres. Os pacientes que manifestaram sintomas leves de ansiedade e estresse apresentaram melhor qualidade de vida.

Os participantes com feridas de difícil cicatrização que se autodeclararam solteiros e com baixa escolaridade manifestaram maior expressão dos sintomas depressivos e estes sintomas, quando classificados como moderados, conduziram a uma percepção negativa da qualidade de vida.

A etiologia da ferida, assim como a renda, quando insuficiente para as necessidades diárias; também influenciaram negativamente a qualidade de vida, sendo que nos participantes com feridas classificadas como vasculogênicas e oncológicas a percepção da qualidade de vida

foi inferior, quando comparadas às feridas de etiologia traumática.

A presença da ferida de difícil cicatrização comprometeu regularmente a percepção de qualidade de vida geral dos participantes, o domínio bem-estar psicológico influenciou positivamente nesta percepção, no entanto, os domínios vida diária e tratamento interferiram negativamente na compreensão da qualidade de vida.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a prática profissional dos enfermeiros, que diariamente atendem pacientes com feridas de difícil cicatrização. É preciso que o tratamento e o cuidado não se concentrem apenas nos sintomas físicos, ou na terapêutica adotada, mas sejam de âmbito integral e holístico e estimulem o interesse dos profissionais por pesquisas futuras que contribuirão para essa valiosa e significativa temática.

8. REFERÊNCIAS

ACEVEDO, P. Successful treatment of painful chronic wounds with amniotic and umbilical cord tissue: A case series. **SAGE Open Medical Case Reports**. v. 8, 2020.

ALMEIDA, N.G.; et al. Diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en la asistencia ambulatoria al paciente con úlcera venosa. **Rev Cubana Enfermer**. v. 36, n. 2, p. e3169, Ciudad de la Habana, jun. 2020 .

ALMEIDA, W.A.; FERREIRA, A.M.; IVO, M.L.; et al. Fatores associados à qualidade de vida de pessoas com feridas complexas crônicas. **Rev Fund Care Online**. V. 10, n. 1, p. 9-16. jan/mar. 2018.

ANDRADE, P.C.; DUARTE, S.M.R.P. Atuação da equipe multiprofissional ao portador de ferida crônica hospitalizado. **Rev. Enferm. UFPI**. v.7, n. 4. P. 34-42, 2018.

APÓSTOLO, J.L.A.; MENDES, A.C.; AZEREDO, Z. A. Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). **Rev Latino-Americana de Enferm [online]**. Ribeirão Preto-SP. v. 14, n. 6, p. 863-871, 2016.

ARAÚJO, M.; MOURA, O. Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. **Laboratório de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 95-105, 2011.

ARAÚJO, T.M.; SILVA, A.S.J.; BRANDÃO, M.G.S.A.; BARROS, L.M.; VERAS, V.S. Virtual reality in pain relief during chronic wound dressing change. **Rev Esc Enferm USP**. v. 55, p. e20200513. 202.

ARAÚJO, W.A.; ASSIS, W.C.; VILELA, A.B.A.; BOERY, R.N.S.O.; RODRIGUES, V.P.; ROCHA, R.M. Significados de viver com ferida crônica: estudo de metassíntese. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther**. V. 18, p. e2420, 2020.

ATKIN, L. Chronic wounds: the challenges of appropriate management. **Br J Community Nurs**. V. 24, Sup. 9, p. S26-S32. 2019.

ATKIN, L.; BUÝKO, Z.; CONDE, M. E.; et al. Implementando TIMERS: a corrida contra feridas difíceis de cicatrizar. **J. Wound Care**. v. 28, n. 3, Supl. 3, p. S1–S49.

AUGUSTIN, M.; et al. Patient-reported outcomes as diagnostic tools and clues in chronic wounds: Considerations for practice. **Wound Medicine**. v. 8, p. 6–14, 2015.

AUGUSTIN, M.; HERBERGER, K.; RUSTENBACH, S.J.; SCHAFER, I.; ZSCHOCKE, I.; BLOME, C. Quality of life evaluation in wounds: Validation of the Freiburg Life Quality Assessment-wound module, a disease-specific instrument. **Int. Wound J**. v. 7, n. 6, p: 493-501, 2010.

AUGUSTIN, M.; HERBERGER, K.; RUSTENBACH, S.J.; ZSCHOCKE, I.; BLOME, C. Quality of life evaluation in wounds: Validation of the Freiburg Life Quality Assessment-wound module, a disease-specific instrument. **Int. Wound J**. v. 7, n. 6, p: 493-501, 2010.

- AVANCI, J.Q.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N.C.; OLIVEIRA, R.V.C. Adaptação Transcultural de Escala de Auto-Estima para Adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 20, n. 3, p. 397-405, 2007.
- BALSAN, L.A.G.; CARNEIRO, L.L.; BASTOS, A.V.B.; COSTA, V.M.F. Adaptação e Validação da Nova Escala Geral de Autoeficácia. **Avaliação Psicológica**. v. 19, n. 4. 2020.
- BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. **Psychol. Review**. v. 84, n. 2, p.191-215. 1977.
- BANDURA, A. Social Cognitive Theory in Cultural Context. **Applied Psychology: An International Review**. v. 51, n. 2, p. 269–290, 2002.
- BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1986.
- BANDURA, A.; LOCKE, E. **Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited**. The Jour. of applied psychol. 2003.
- BARBOSA, M.L.G.; SALOMÉ, G.M; FERREIRA, L.M. Avaliação da ansiedade e da depressão em pacientes com úlcera venosa tratados com acupuntura. **Rev. enferm. UFPE on line**. v. 11, supl.9, p. 3574-82, Set.2017.
- BEDIN, L.F.; BUSANELLO, J.; SEHNEM, G.D.; SILVA, F.M.; POLL, M.A. Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. **Rev Gaúcha Enferm**. v.35, n.3, p. 61-67. Set. 2014.
- BEZERRA, I.S.N.; FROTA, R.R.A.; ALONSO, C.S.; BORGES, E.L.; GARCIA, T. Nursing diagnoses and interventions in patients with chronic wound in primary and secondary care. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther**. v. 21, p. e1345, 2023
- BORGES, E.L.; FILHO, H.M.N.; JÚNIOR, J.F.P. Prevalência de lesões crônicas de município da Zona da Mata Mineira (Brasil). **REME – Rev Min Enferm**. 2018.
- BRITO, D.T.; XAVIER, V.M.; SANTOS, J.P.; AGRA, G. Dor em Úlcera Crônica: perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes de Cuité-PB. **J Aging & Innovation**. V.2, n. 6, p. 17-31. 2017.
- BROWN, A. Caring for chronic wounds in the community. **Journal of Community Nursing (JCN)**. v. 33, n. 4, p. 18-28. 2019.
- BUI, U.T.; et. al. A scoping review of research in chronic wounds: protocol. **Wound Practice and Research**. v. 29, n. 4, p. 234-37. 2021.
- CAO, C.H.; LIAO, X.L.; JIANG, X.Y.; LI, X.D.; CHEN, I.H.; LIN, C.Y. Psychometric evaluation of the depression, anxiety, and stress scale-21 (DASS-21) among Chinese primary and middle school teachers. **BMC Psychol**. v.11, n. 1, p. 209, jul. 2023.
- CAVAGLIA, S.R.R.; OHL, R.I.B.; CONTIM, D.; GAMBA, M.A. Pessoas que convivem com feridas: uma reflexão teórica. **REFACS (online)**. V.3, n.2, p. 88-94. 2015.

CAVALCANTE, V.M.V.; ALEXANDRE, S.G.; SILVA, F.A.A.; et al. Socioeconomic and clinical-epidemiological profile of people attended in an outpatient clinic for complex wounds. **Rev Rene**. v. 21, p. e43918. 2020.

CHAVAGLIA1, S.R.S.; BARDUCHI OHL R.I.; FERREIRA, L.P.; SANTIAGO, V.R.; ABDANUR. A.R.; SOARES, A.S. Caracterização de pacientes com lesão cutânea em unidades de internação médica e cirúrgica. **Rev enferm UFPE on line**. v.9, n.1, p.183-92, Recife, jan., 2015.J

COSTA, C.; LINCH, G.F.C. A implementação dos registros eletrônicos relacionados ao processo de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Pesq Cuid Fundam on-line**. Rio de Janeiro, v. 12, p. 12-19. Jan/Dez., 2020.

CUOMO, R.; GIARDINO, F.R.; NISI, G.; et al. Fat graft for reducing pain in chronic wounds. **Wound Rep Reg**. v. 28, p. 780–88, 2020.

DAMÁSIO, B.F.; KOLLER, S.H. The Appraisal of Self-Care Agency Scale – Revised (ASAS-R): adaptation and construct validity in the Brazilian context. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 29, n. 10, p. 2071-2082. Out., 2013.

DANTAS, J.S.; et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com feridas crônicas e fatores associados. **Texto Contexto Enferm [Internet]**. v. 31, p. e20220010, 2022..

DEARSLEY, G. A guide to the management of chronic, hard-to-heal wounds. **Journal of Community Nursing (JCN)** . v. 35, n. 4, p. 46-9. Aug. 2021.

DeSANTANA, J.M.; PERISSINOTTI, D.M.N.; OLIVEIRA. J.J.O.; CORREIA, L.M.F.; OLIVEIRA, C.M.; FONSECA, P.R.B. Revised definition of pain after four decades. **BrJP [Internet]**. v. 3, n. 3, p. 197-8, 2020.

DING, X.; TANG, Q.; XU, Z.; et al. Challenges and innovations in treating chronic and acute wound infections: from basic science to clinical practice. **Burns & Trauma**. v.10. 2022.

DINI, G.M.; QUARESMA, M.R.; FERREIRA, L.M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást**. São Paulo. v. 19, n. 1, p. 41-52. Jan./abr.; 2004.

DINIZ, G.A.; SIQUEIRA, C.D.; SILVA, A.J.T.; PONTES, J.O.; SARAIVA, C.P.O. Percepção do autocuidado nos usuários portadores de feridas crônicas **Nursing** v. 25, n. 294, p. 8928-39, nov.2022.

DOMINGUES, E.A.R.; ALEXANDRE, N.M.C.; SILVA, J.V. Cultural adaptation and validation of the Freiburg Life Quality Assessment – Wound Module to Brazilian Portuguese. **Rev Latino-Am Enfer**. São Paulo, v. 24, p. e2684, 2015.

DOMINGUES, E.A.R.; CARVALHO, M.R.F.; KAIZER, U.A.O. Cross-Cultural Adaptation of a Wound Assessment Instrument. **Rev Cogitare Enferm**. Curitiba, v. n. 23, n. 3, p. e54927, 2018.

ECKERT, K.A.; FIFE, C.E.; CARTER, M.J. The Impact of Underlying Conditions on Quality-of-Life Measurement Among Patients with Chronic Wounds, as Measured by Utility Values:

A Review with an Additional Study. **Adv Wound Care** (New Rochelle). V. 12, n. 12, 2023.

ERIKSSON, E.; et al. Chronic wounds: Treatment consensus. **Wound repair and regeneration : official publication of the Wound Healing Society [and] the European Tissue Repair Society**. v. 30, n. 2, p. 156-71. 2022.

EVERS, G.C.M. et al. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A.-scale. **International Journal of Nursing Studies**. Oxford. v. 30, n. 4, p. 331-342. 1993.

FINO, P.; DI TARANTO, G.; PIERRO, A.; et al.. Depression risk among patients with chronic wounds. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**. v. 23, n. 10, p. 4310-12, 2019.

FREITAS, M.S.H.; PACHECO, P.Q.C.; SOUZA, S.R.A qualidade de vida do paciente portador de feridas neoplásicas: uma revisão integrativa: The quality of life of the patient with neoplastic wounds: an integrative review. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 88, n. 26, 2019.

GARDNER, S.E.; ABBOTT, L.I.; FIALA, C.A.; RAKEL, B.A. Factors associated with high pain intensity during wound care procedures: A model. **Wound Repair Regen**. v.25, n. 4, p. 558-63. Aug.. 2017.

GAYARTI, D.; NURACHMAH, E.; MANSYUR, M.; SOEWONDO, P.; SURIADI, S. Relationship between Wound Severity, Discomfort, and Psychological Problems in Patients with a Diabetic FootUlcer in Indonesia: A Cross-sectional Study. **Aquichan**. v. 20, n. 3, p. e2033, 2020.

GAYARTI, D.; NURACHMAH, E.; MANSYUR, M.; SOEWONDO, P.; SURIADI, S. Relationship between Wound Severity, Discomfort, and Psychological Problems in Patients with a Diabetic Foot Ulcer in Indonesia: A Cross-sectional Study. **Aquichan**. v. 20, n. 3, p. e2033, 2022.

GHALY, P.; ILIOPOULOS. J.; AHMAD, M. The role of nutrition in wound healing: an overview. **Br J Nurs**. v. 30, n. 5, p. 38-42. 2021.

GOHIL, K. Lower limb wounds in diabetes: the challenges of wound healing. **Br J Community Nurs**. V. 26, (Sup9), p. 20-4. 2021.

GOMES, E.; DONOSO, M.T.V.; WERLI-ALVARENGA, A.; GOVEIA, V.R. Compreendendo os significados de se conviver com ferida crônica. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online]**. v. 7, n. 2, p. 176-188. Ago/Set 2018.

GOMES, T.; TROMBINI, K.C.B.; MARTINS, M.V.S.; MARTINS, H.R.F. Screening for sarcopenia and frailty in patients with chronic ulcers: a cross-sectional study. **J Vasc Bras**. v. 19, p. E20190054. 2020.

GONZÁLEZ DE LA TORRE, H.; QUINTANA-LORENZO, M.L.; PERDOMO-PÉREZ, E.; VERDÚ, J. Correlation between health-related quality of life and venous leg ulcer's severity and characteristics: a cross-sectional study. **Int Wound J**. V. 14, p. 360–368, 2017.

GOULD, L.; et al. Chronic wound repair and healing in older adults: current status and future research. *J Am Geriatr Soc.* v. 63, n. 3, p. 427-38, 2015.

HARRIES, R L.; BOSANQUET, D.C.; HARDING, K.G. Wound bed preparation: TIME for an update. *Int Wound J.* v. 13, p. 8–14, 2016.

HAWKER, G.A.; MIAN, S.; KENDZERSKA, T.; FRENCH, M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale. *Arthritis Care Res.* v. 63, Supl. 11, p. 240-52.

HERBERGER, K.; MÜLLER, K.; PROTZ, K.; ZYRIAX, B-C.; AUGUSTIN, M.; HAGENSTRÖM, K. Nutritional status and quality of nutrition in chronic wound patients. *Int Wound J.* v. 17, p. 1246–54. 2020.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURO, S.; LOPES, C.T. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificações 2021-2023.** Porto Alegre: Artmed, 2021.

HOLZER-GEISSLER, J.C.J.; et al. The Impact of Prolonged Inflammation on Wound Healing. *Biomedicines.* v. 10, n. 4, p. 856. 2022.

HUA, Y.; QIU, R.; YAO, W.Y.; ZHANG, Q.; CHEN, X.L. The Effect of Virtual Reality Distraction on Pain Relief During Dressing Changes in Children with Chronic Wounds on Lower Limbs. *Pain Manag Nurs.* v. 16, n. 5, p. 685-91. Oct., 2015.

HUSSEY, G.; YOUNG, T. The impact of psychological factors on wound healing. *Wounds Int.* v. 11, n. 4, p. 58-62, 2020.

HUTZ, C.S. **Adaptação brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg.** Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Mimeo. 2000.

HUTZ, C.S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de rosenberg. *Avaliação Psicológica.* v. 10, n. 1, p. 41-49. 2011.

IANNONE, M.; JANOWSKA, A.; DINI, V.; TONINI, G.; ORANGES, T.; ROMANELLI, M. Itch in Chronic Wounds: Pathophysiology, Impact, and Management. *Medicines (Basel).* V. 6, n. 4, p. 112, nov. 2019.

JARA, C.P.; SILVA, J.L.G.; ZANCHETTA, F.C.; ROJO, T.; LIMA, M.H.M. Biofilme e feridas crônicas: reflexões para o cuidado de enfermagem. *Rev. Enferm. Atual In Derme [Internet].* 2019.

JARA, C.P.; SILVA, J.L.G.; ZANCHETTA; F.C.; ROJO; T.; LIMA, M.H.M. Biofilme e feridas crônicas: reflexões para o cuidado de enfermagem. *Rev Enf Atual.* v. 81, 2017.

JOAQUIM, F.L.; SILVA, R.M.C.R.A.; GARCIA-CARO, M.P.; CRUZ-QUINTANA, F.; PEREIRA, E.R. Impact of venous ulcers on patients' quality of life:an integrative review. *Rev Bras Enferm [Internet].*v. 71, n. 4, p. 2021-9, 2018.

KAIZER, U.O.A.; DOMINGUES, E.A.R.; PAGANELLI, A.B.T.S. Qualidade de vida em pessoas com úlcera venosa e as características e sintomas associados à ferida. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.** v. 19, p. e0121, 2020.

KAWAKAME, P.M.G.; et. al. Qualidade de vida de portadores de ferida crônica. **Rev. Bras. Promoç. Saúde.** v.31 (Supl), p. 1-10. Nov., 2018.

KINDEL, M.E.; et al. Autocuidado de feridas crônicas no ambiente domiciliar: uma análise na perspectiva de dorothea orem. **Ciênc. cuid. saúde,** v. 19, p. e50399, 2020.

KLASSEN, A.F.; VAN HAREN, E.L.W.G.; VAN ALPHEN, T.C.; et al. International study to develop the WOUND-Q patient-reported outcome measure for all types of chronic wounds. **Int Wound J.** v. 18, p. 487– 509. 2021.

KODANGE, C. Screening for Depression in Patients with Chronic Wounds. **Adv Skin Wound Care.** V. 34, n. 9, p. 502-3, 2021.

KURMIS, R.; WOODWARD, M.; RYAN, H.; RICE, J. The importance of nutrition in wound management: New evidence from the past decade. **Wound Practice & Research: Journal of the Australian Wound Management Association.** V. 29, n. 1, p. 18–40. 2021.

LACERDA, F.K.L.; FERREIRA, S.L.; NASCIMENTO, E.R.; COSTA, D.O.; CORDEIRO, R.C. Self-care deficits in women with leg ulcers and sickle cell disease. *Rev Bras Enferm [Internet].* v. 72, p. 72-8. Dec.,2019.

LEAL, T.S.; OLIVEIRA, B.G.; BOMFIM, E.S.; FIGUEREDO, N.L.; SOUZA, A.S.; SANTOS, I.S.C. Percepção de pessoas com a ferida crônica. **Rev enferm UFPE on line.** Recife, v.11, n.3, p.1156-62, Recife, mar., 2017

LEMES, J.S.; AMARAL; K.V.A.; NUNES, C.A.B.; CAMPOS, A.C.A.; BATISTA, A.N.; MALAQUIAS; S.G. Instruments to Assess the Subjective Repercussions of People with Chronic Wounds: Integrative Review. **Aquichan.** v. 19, n. 1, p. e1918. 2019.

LEMO, C.S.; RODRIGUES, A.G.L.; QUEIROZ, A.C.C.M.; GALDINO, JÚNIOR H.; MALAQUIAS, S.G. Práticas integrativas e complementares em saúde no tratamento de feridas crônicas: revisão integrativa da literatura. **Aquichan.** v. 18, n. 3, p. 327-342. 2018.

LENTSCK, M.H.; BARATIERI, T.; TRINCAUS, M.R.; MATTEI, A.P.; MIYAHARA, C.T.S. Quality of life related to clinical aspects in people with chronic wound. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 52, p. e03384, 2018.

LEREN, L.; JOHANSEN, E.; EIDE, H.; FALK, R.S.; JUVET, L.K.; LJOSÅ, T.M. Pain in persons with chronic venous leg ulcers: A systematic review and meta-analysis. **Int Wound J.** v. 17, n. 2, p. 466-84. 2020.

LIMA, M.S.F.S.; CARVALHO, E.S.S.; SANTOS; L.M.; JUNIOR MARTINS, D.F. Diagnósticos de enfermagem do domínio “enfrentamento/tolerância ao estresse” identificados em mulheres com úlcera de perna. **Rev enferm UFPE on line.** Recife, v. 11, n. 3, p. 1365-74. Mar., 2017.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M.; ARAUJO, T.M. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev Bras Enferm.** v. 66, n. 5, p. 649-55. Set./Out., 2013.

LOVIBOND, S.H.; LOVIBOND, P.F. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. **Psychology Foundation.** Sydney. 2004.

LUCENA, P.L.C.; PEREIRA, M.A.; SANTANA, A.P.; et al. Evidências Científicas Sobre Intervenções para Pessoas com Feridas em Cuidados Paliativos: Revisão de Escopo. **Rev Fun Care Online.** v. 12. p.730-736, 2020.

LUCIO, F.D.; POLETTI, N.A.A. Prática diária do enfermeiro atuante no tratamento de feridas. **Rev Cuid Enferm.** Catanduva-SP, v. 13, n. 2, p. 206-208, 2019.

MANDRIKA, I.; et al. Antibacterial and Anti-Inflammatory Potential of Polyherbal Formulation Used in Chronic Wound Healing. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine.** 2021.

MARTINENGO, L.; OLSSON, M.; BAJPAI, R, et al. Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. **Ann Epidemiol.** V. 29, p. 8-15, 2019.

MARTINS, B.G.; SILVA, W.R.; MAROCO, J.; CAMPOS, J.A.D.B. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **J Bras Psiquiatr.** v. 68, n. 1, p. 32-41. 2019.

MASTELLA, J.A.; CASTRO, S.M.J.; SELAU, L.P.R. **Análise de classes latentes: da teoria à prática.** 53f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Instituto de Matemática e Estatística – UFRGS, 2015.

MELO, G.M.; PASSOS, X.S.; MACHADO, L.M.S; ALVES, A.P.B; SILVA, A.K.S.R. Fatores biopsicossociais envolvidos na auto-estima e qualidade de vida do paciente com úlcera venosa crônica. **Braz. J. Hea. Rev.,** Curitiba, v. 3, n. 6, p. 16619-16627 nov./dez. 2020.

MEURER, S.T.; LUFT, C.B.; BENEDETTI, T.R.; MAZO, G.Z. Validade de construto e consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg para uma população de idosos brasileiros praticantes de atividades físicas. **Rev. Motricidade.** v. 8, n. 4, p. 5-15. 2012.

MONIKA, P.; CHANDRAPRABHA, M.N.; RANGARAJAN, A.; WAIKER, P.V.; MURTHY, K.N.C. Challenges in Healing Wound: Role of Complementary and Alternative Medicine. **Front Nutr.** v. 8, p. 791899. 2022.

MORAES, J.T.; BORGES, E.L.; LISBOA, C.R.; CORDEIRO, D.C.O.; ROSA, E.G.; ROCHA, N.A. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Rev de Enf do Centro-Oeste Mineiro.** v. 6, n. 2, 2016.

MÓSCICKA, P.; CWAJDA-BIAŁASIK, J.; SZEWCZYK, M.T.; JAWIEN, A. Healing Process, Pain, and Health-Related Quality of Life in Patients with Venous Leg Ulcers Treated with Fish Collagen Gel: A 12-Week Randomized Single-Center Study. **Int. J. Environ. Res. Public Health.** v. 19, p. 7108. 2022.

NASCIMENTO FILHO, H.M.; BLANES, L.; CASTRO, N.F.G.P.; PRADO, B.M.; BORGES, D.T.M.; CAVICHIOLI, F.C.T.; et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes com úlcera venosa. **Rev Nursing**. São Paulo, v. 24, n. 272, p. 5122-5127, 2020.

NASCIMENTO, E.G.R.; MACÊDO, G.G.C.; ALEXANDRINO, A. CARDINS, K.K.B.; SOUZA, F.T.; NOGUEIRA, M.F. Percepção da qualidade de vida de idosos com ferida crônica. **REFACS**. Triângulo Mineiro, v. 8, n. 3, p. 359. Jul., 2020.

NEWBERN, S. Identifying Pain and Effects on Quality of Life from Chronic Wounds Secondary to Lower-Extremity Vascular Disease: An Integrative Review. **Rev Advances In Skin & Wound Care**. EUA, v. 31, n. 3, p. 102-108. 2018.

NOGUEIRA, G.A.; OLIVEIRA, B.G.R.B.; SANTANA, R.F.; CAVALCANTI, A.C.D. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com úlcera venosa crônica. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 17, n. 2, p. 333-9. abr./jun. 2015.

NOVAIS, R.; KAIZER, U.A.O.; DOMINGUES, E.A.R. Cuidados de enfermagem para pessoas com feridas neoplásicas malignas: revisão integrativa. **Rev Enf Atual In Derme**, [S. l.], v. 96, n. 37, p. e-021190, 2022.

O'LEARY, A. Self-Efficacy and Health: Behavioral and Stress-Physiological Mediation. **Cognitive Therapy and Research**. v. 16, n. 2, p. 229-245, 1992.

OLIVEIRA, A.C.; ALVARENGA, A.S.; FREITAS, F.S.; ROCHA, D.M.; BEZERRA, S.M.G.; NOGUEIRA, L.T. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com feridas crônicas. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther**. v. 16, p. e2918. São Paulo, 2018.

OLIVEIRA, A.C.; ROCHA, D.M.; BEZERRA, S.M.G.; ANDRADE, E.M.L.R.; SANTOS, A.M.R.; NOGUEIRA, L.T. Quality of life of people with chronic wounds. **Rev Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 32, n. 2, p. 194-201, 2019.

OLIVEIRA, F.P.; SANTANA, R.F.; SILVA, B.D.; CANDIDO, J.D.; TOSIN, M.; OLIVEIRA, B.G. Diagnósticos de enfermagem na assistência ambulatorial ao paciente com feridas: mapeamento cruzado. **Rev enferm UERJ**. v. 25, p. 20028. Rio de Janeiro, 2017.

OLSSON, M.; et al. The humanistic and economic burden of chronic wounds: A systematic review. **Wound repair and regeneration: official publication of the Wound Healing Society [and] the European Tissue Repair Society**. v. 27, n. 1, p. 114-25. 2019.

OURO, F.L.; SOUSA, A.R.; MOREIRA, W.C.; SANTOS, W.N.; CARVALHO, E.S.S.; PEREIRA, A. Impacts on sexuality of men living with chronic wounds: integrative review. **J Nurs UFPE on line**. v. 11, n. 2, p. 675-90, Recife, Feb., 2017.

PATIAS, N.D.; MACHADO, W.D.L.; BANDEIRA, D.R. DELL'AGLIO, D.D. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form: Adaptação e Validação para Adolescentes Brasileiros. **Psico-USF [online]**. v. 21, n. 3, p. 459-469. 2016.

PAUL, J. Characteristics of chronic wounds that itch. **Adv Skin Wound Care**. v. 26, n. 7, p. 320-34. 2013.

PERES, G.A. **Qualidade de vida e autoestima de pessoas com feridas crônicas**. 76f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação/UFTM. Uberaba-MG, 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROBST, S.; GSCHWIND, G.; MURPHY, L.; et al. Patients 'acceptance' of chronic wound-associated pain – A qualitative descriptive study. **Journal of Tissue Viability**. v. 32, n. 4, p. 455-9, 2023.

RAZDAN, K.; GARCIA-LARA, J.; SINHA, V.R.; SINGH, K.K. Pharmaceutical strategies for the treatment of bacterial biofilms in chronic wounds. **Drug Discovery Today**. V. 27, n. 8, p. 2137-50. 2022.

REINBOLDT-JOCKENHÖFER, F.; BABADAGI, Z.; HOPPE, H-D.; et al. Association of wound genesis on varying aspects of health-related quality of life in patients with different types of chronic wounds: Results of a cross-sectional multicentre study. **Int Wound J**. v. 18, p. 432–9. 2021.

REN, H.; DING, Y.; HU, H.; et al. Relationships among economic stress, social support, age and quality of life in patients with chronic wounds: A moderated mediation model. **J Adv Nurs**. V.76, p. 2125–36, 2021.

RENNER, R.; ERFURT-BERGE, C. Depression and quality of life in patients with chronic wounds: ways to measure their influence and their effect on daily life. **Chronic Wound Care Management and Research**. v. 4, P. 143-5, 2017.

RIBEIRO, G.S.C.; CAVALCANTE, T.B.; SANTOS, K.C.B.; FEITOSA, A.H.C.; SILVA, B.R.S.; SANTOS, G.L. Pacientes internados com feridas crônicas: um enfoque na qualidade de vida. **Rev Enferm. Foco**. V. 10, n. 2, p. 70-5, 2019.

ROCHA, E.A.; ALEXANDRE, N.M.C.; SILVA, J.V. Cultural adaptation and validation of the Freiburg Life Quality Assessment – Wound Module to Brazilian Portuguese. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 24, p. e2684, 2016.

RODRIGUES, R.N.; MACEDO, M.M.L.; SOUZA, D.A.S; MORAES, J.T.; LANZA, F.M.; CORTEZ, D.N. Limitações no cotidiano das pessoas com lesão crônica. **HU rev**. V. 45, n. 1, p. 07-12. 2019.

ROSENBERG M. **Society and the adolescent self image**. Princeton: University Press, 1965.

ROSENBERG, M.; SCHOOLER, C.; SCHOENBACH, C.; ROSENBERG, F. Global self-esteem and SPECIFIC SELF-STEEM. **American Sociological Review**. v. 60, p. 141-156. Feb., 1995.

SALVETTI, M.; COSTA, I.; DANTAS, D.; FREITAS, C.; VASCONCELOS, Q.; TORRES, G. Prevalence of pain and associated factors in venous ulcer patients. **Rev Dor**. v. 15, n.1. p. 17-20. São Paulo, 2014.

SAMANIEGO-RUIZ, M.J.; LLATAS, F.P.; JIMÉNEZ, O.S. Assessment of chronic wounds in adults: an integrative review. **Rev Esc Enferm USP**. v. 52, p. e03315. 2018.

SANTO, P.F.D.E.; ALMEIDA, S.A.D.; PEREIRA, M.T.D.J.; SALOMÉ, G.M. Avaliação do

nível de depressão em indivíduos com feridas crônicas. **Rev Bras Cir Plást** [Internet]. v. 28, n.4, p. 665–71, 2013.

SANTOS, I.C.R.V.; JÚNIOR, J.L.S.; RIBEIRO, L.L.; XAVIER, R.F.; ALMEIDA, R.B.; MORATO, J.E.M. Usability of wound classification system by color – RYB wound classification system. **Rev Cienc Cuid Saude**. Maringá-PR, v. 16, n. 4, p. 1-7, 2017.

SANTOS, L.C.; FERREIRA, C.R.S.; PENA, F.P.S.; et al. Musicoterapia sobre o nível de dor, pressão arterial e frequência cardíaca em feridas crônicas. **Rev. Enferm. Atual In Derme** [Internet]. v. 97, n. 2, p. e023014. 2023.

SANTOS, W.A.; FULY, P.S.C.; SOUTO, M.D.; MAURO LEONARDO SALVADOR CALDEIRA DOS SANTOS, M.L.S.C.; BERETTA, L.L. Associação entre odor e isolamento social em pacientes com feridas tumorais malignas: estudo piloto. **Enfermería Global**. n. 53, p. 35-50. 2019.

SANTOS, W.A.; FULY, P.S.C.; SOUTO, M.D.; SANTOS, M.L.S.C.; BERETTA, L.L. Asociación entre olor y aislamiento social en pacientes con heridas tumorales malignas: estudio piloto. **Enf Global**. V. 18, n. 1, p. 19-34, 2019.

SBICIGO, J.B.; BANDEIRA, D.R.; DELL'AGLIO, D. D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico-USF**. v. 15, n. 3, p. 395-403. Set./Dez. 2010.

SBICIGO, J.B.; TEIXEIRA, M.A.P.; DIAS, A.C.G.; DELL'AGLIO, D.D. Propriedades Psicométricas da Escala de Autoestima Geral Percebida (EAGP). **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 43, n. 2, p. 139-146. Abr./Jun., 2012.

SCHILRREFF, P.; ALEXIEV, U. Chronic Inflammation in Non-Healing Skin Wounds and Promising Natural Bioactive Compounds Treatment. **Int J Mol Sci**. v. 23, n.9, p.4928. 2022.

SCHLEICHER, A.T.; SOUZA, E.F.; GUIMARÃES, F.R.; BOLPATO, M.B.; SOUZA, P.R. Perfil dos pacientes portadores de feridas crônicas e avaliação do conhecimento sobre a terapêutica tópica utilizada. **Sci Elec Arch**. v. 10, n. 3, 2017.

SCHMITT, D.P.; ALLIK, J. Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. **Jour. of Person. and Soc. Psychol**. v. 89, n. 4, p. 623–642. 2005.

SCHROEDER, C.M.; TARANTINO, J. Biofilm's Role in Chronic Wounds and Healing. **Podiatry Management**, nov/dec. 2018.

SCHULTHEISZ, T.S.V.; APRILE, M.R. Autoestima, conceitos, correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**. v. 5, n. 1, p. 36-48. 2013.

SILVA, A.L.D.A.; MATIAS, L.D.M.; FREITAS, J.M.S.; COSTA, M.M.L.; ANDRADE, L.L. Predictive factors for worsening chronic wounds. **Rev Rene**. v. 21, p. e43615. 2020.

SILVA, A.S.J.; PONTE, V.A.; MOSSORÓ, D.G.A.; ARAÚJO, T.M.A. Manejo da dor e ação do ultrassom de baixa frequência. **Rev Recien**. v.10, n. 30, p. 88-97. 2020.

SILVA, E.C.; RAPOSO, C.B.R.; REIS, I.M.; XAVIER, I.F.; SILVA, S.L.; ROCHA, R. M.

Perfil de pessoas com feridas crônicas acompanhadas por uma unidade de saúde da família. **Brazilian Journal of Development**. v. 7, n. 8, p. 77388–400, 2021.

SILVA, J.V.; DOMINGUES, E.A.R. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. **Rev Arq Ciênc Saúde**. [Internet]. São Jose do Rio Preto-SP, v. 24, n. 4, p. 30-36, 2017.

SILVA, K.O.G.; NASCIMENTO, G.M.A.P.; NOGUEIRA, C.S.B.; OLIVEIRA, K.S.; OLIVEIRA, J.R.S.; SILVA, J. Í. M. A influência da nicotina no processo de cicatrização de feridas. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 80403–80410, 2021.

SILVA, R.A.; SILVA, W.C; FERREIRA, A.L.S.; ET AL. A autoestima do paciente diabético frente ao processo de cicatrização de lesões no pé. **Research, Society and Development**. v. 9, n. 11, p. e1359119042. 2020

SILVA, V.; et al . Prevalencia y perfil de susceptibilidad antimicrobiana en bacterias aisladas de úlceras crónicas infectadas en adultos. **Rev. chil. infectol**. Santiago. v. 35, n. 2, p. 155-162, abr. 2018.

SNELGROVE, H.; BAILEFF, A. A review of interventions to reduce pain in chronic wounds. **Br J Community Nurs**. V. 24, Sup. 12, p. S12-S17, 2019.

SOLAR, L.A.P.; REGUERA, M.G.; GÓMEZ N.P.; BORGES L.K.R. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. **Rev. Med. Electrón**. v. 36, n. 6, p. 835-845, 2014.

SOUSA, T.J.; OLIVEIRA, D.F.; ESTRELA, F.M.; et. al. Sexualidade e autoestima dos pacientes com úlceras diabéticas. **Rev. Saúde Coletiva**. v. 11, n. 67, p. 6775- 81. 2021.

SOUZA, I.; SOUZA, M.A. Validação da escala de auto-eficácia geral percebida. **Rev. Univ. Rural, Sér. Ciências Humanas**. Seropédica-RJ. v. 26, n. 1-2, p. 12-17. Jan./dez., 2004.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. **Int J Med Educ** [Internet]. 2011

TEHRANINESHAT, B.; MOHAMMADI, F.; MEHDIZADE TAZANGI. R.; SOHRABPOUR, M.; PARVINIANNASAB, A.M.; BIJANI, M. A Study of the Relationship Among Burned Patients' Resilience and Self-Efficacy and Their Quality of Life. Patient Prefer Adherence. v. 14, P. 1361-69, 2020.

THAARUP, I.C.; IVERSEN, A.K.S.; LICHTENBERG, M.; BJARNSHOLT, T.; JAKOBSEN, T.H. Biofilm Survival Strategies in Chronic Wounds. **Microorganisms**. v. 10, n. 4, p. 775. 2022.

The WHOQOL Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. **Soc Sci Med**. v. 41, n. 10, p. 1403-9.

VAZ, D.K.C.; HERÊNIO, A.C.B.; COSTA. W.E. As contribuições da terapia cognitivo-comportamental para pacientes portadores de feridas crônicas: uma revisão bibliográfica. **Rev Psicol em Mov**. v.2, n.1, p. 135-147, 2022.

VERMA, K.D.; LEWIS, F.; MEJIA, M.; CHALASANI, M.; MARCUS, K.A. Food and Drug Administration perspective: Advancing product development for non-healing chronic wounds. **Wound Rep Reg.** v. 30, n. 3, p. 299-302. 2022.

VIEIRA, C.P.B.; ARAÚJO, T.M.E. Prevalence and Factors Associated with Chronic Wounds in Older Adults in Primary Care. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 52, p. e03215, dez.,2018.

VIEIRA, C.P.B.; FURTADO, A.S.; ALMEIDA, P.C.D.; LUZ, M.H.B.A.; PEREIRA, A.F.M. Prevalência e caracterização de feridas crônicas em idosos assistidos na atenção básica. **Rev baiana enferm.** v.31, n.3, p. e17397. 2017.

VIEIRA, I.C.; FRANZOI, M.A. Cuidar de lesão crônica: saberes e práticas de pessoas com úlcera venosa. **Enferm Foco.** v. 12, n. 3, p. 454-60, 2021.

VIGNOLA, R.C.B.; TUCCI, A.M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders,** v. 155, p. 104–109. 2014

VITOR, A.F.; LOPES, M.V.O.; ARAUJO, T.L. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Esc Anna Nery.** Rio de Janeiro. v. 14, n. 3, p. 611-616. Jul./set. 2010.

VOGT, T.N. **Validade e confiabilidade do instrumento wound quality of life, para avaliação da qualidade de vida de pacientes com feridas crônicas.** 75f. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPR, 2018.

VOGT, T.V.; KOLLER, F.J.; SANTOS, P.M.D.; LENHANI, B.E.; GUIMARÃES, P.R.B.; KALINKE, L.P. Quality of life assessment in chronic wound patients using the Wound-QoL and FLQA-Wk instruments. **Invest. Educ. Enferm.** V. 38, n. 3, p. e11, 2020;

VON STÜLPNAGEL, C.C.; SILVA, N.; AUGUSTIN, M.; et al. Assessing the quality of life of people with chronic wounds by using the cross-culturally valid and revised Wound-QoL questionnaire. **Wound Rep Reg.** V. 29, p. 452–9. 2021.

WAIMAN. M.; ROCHA, S.; CORREA, J.; BRISCHILIARI, A.; MARCON, S. Daily routines for individuals with a chronic wound and their mental health. **Texto & Contexto - Enfermagem.** v.20, p. 691-9, 2011.

WAN, R.; WEISSMAN, J.P.; GRUNDMAN, K.; LANG, L.; GRYBOWSKI, D.J.; GALIANO, R.D. Diabetic wound healing: The impact of diabetes on myofibroblast activity and its potential therapeutic treatments. **Wound Repair Regen.** v. 29, n. 4, p. 573-81. 2021.

WANTONORO. W.; KOMARUDIN, K.; IMANIA, D.R.; HARUN, S.; NGUYEN, T.V. The Influence of 6-Month Interdisciplinary Accompaniment on Family Caregivers' Knowledge and Self-Efficacy Regarding Diabetic Wound Care. **SAGE Open Nurs.** v. 9, p. 1-6, 2023;

WILDE, K. Patients' perceptions of self-management of chronic wounds. **Wounds UK.** v. 16, n. 3, 2020

WILLIAMS, M. Wound infections: an overview. **Br J Community Nurs.** v. 26, (Sup6), p. 22-

5. 2021.

WILSON, J.A.; CLARK, J.J. Obesity: impediment to wound healing. **Crit Care Nurs Q.** v. 26, n. 2, p. 119-32. 2003.

WOO, K.Y.; SIBBALD, R.G. Chronic wound pain: a conceptual model. **Adv Skin Wound Care.** V. 21, n. 4, p. 175-190. 2008.

WOUND HEALING SOCIETIES (WHS). *Principles of Best Practice: Chronic Wound. A Consensus Document.* MEP Ltd: London. Available at: <https://bit.ly/3htXHkF> (accessed 15.09.2021)

ZHAO, R.; LIANG, H.; CLARKE, E.; JACKSON, C.; XUE, M. Inflammation in Chronic Wounds. **Rev. Int J Mol Sci.** v. 17, n. 12, p. 2085. Dez., 2016.

9. APÊNDICE

9.1 Apêndice I – Instrumento – Dados sociodemográficos e clínicos

INSTRUMENTO - DADOS SOCIODEMGRÁFICOS E CLÍNICOS	
PARTE I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
N. Entrevista:	
Local de atendimento:	Procedência:
Gênero: (1) Masculino (2) Feminio (3) Outros	Idade:
Estado Cívil: (1) Solteiro (2) Casado /União estável (3) Vive com companheiro (4) Viúvo (5) Divorciado/Separado	
Escolaridade: (1) Analfabeto (2) Ensino fundamental Incompleto (3) Ensino fundamental Completo (4) Ensino médio Incompleto (5) Ensino médio Completo (6) Ensino superior Incompleto (7) Ensino Superior Completo (8) Pós-graduação // Anos de Estudo	
Cor da pele / Raça (1) Branco (2) Pardo (3) Negro (4) Amarelo (5) Indígena	
Ocupação: (1) Empregado (2) Desempregado (3) Aposentado (4) Do lar	
Profissão:	
Religião: (1) Possui (2) Não possui	
Renda Familiar Suficiente para suas necessidade e da sua familia: (1) Sim (2) Não	
PARTE II - DADOS CLÍNICOS	
Pratica atividade física: (1) Sim (2) Não	
Comorbidades: (1) HAS (2) DM (3) Penumopatia (4) DRC (5) Cardiopatias (5) AVE (6) Infecção prévia pelo SARS-Cov-2 (6) Outras	
Uso contínuo de medicamentos: (1) sim (2) não	
Dor na ferida: (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	
Etiologia da ferida: (1) feridas traumáticas (2) vasculogênicas (3) neuropáticas (4) malignas (5) relacionadas a pressão (6) queimaduras (7) etiologia mistas	
Tempo de lesão: _____ semanas	Quantidade de feridas crônicas: _____
Tabagismo: (1) Sim (2) Não	Etilismo: (1) Sim (2) Não
Ex-tabagismo: (1) Sim (2) Não	Ex-etilismo: (1) Sim (2) Não
IMC: (1) Eutrófico (2) Emagrecido (3) Sobrepeso (4) Obeso	

9.2 Apêndice II – Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, João Cesar Jacon, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “*Desenvolvimento e proposta do diagnóstico de enfermagem síndrome do portador de ferida crônica*”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no prontuário médico, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados no prontuário médico, bem como com a privacidade de seus conteúdos tais como: comorbidades, procedência, idade, profissão, tipo e características da lesão, tempo de lesão e resultado de exame microbiológico da lesão.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou prontuário em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas não envolvidas na pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Esclareço ainda que os dados coletados farão parte do meu estudo de doutorado, sob orientação da Prof. Dr. Anamaria Alves Napoleão.

Catanduva, ____/____/2022.



Assinatura do pesquisador responsável

9.3 Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar como voluntário do estudo “*Desenvolvimento e proposta do diagnóstico de enfermagem síndrome do portador de ferida crônica*”. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante e foi elaborado em duas vias que deverão ser assinadas no final, por você, convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, caso você aceitar participar desse estudo, sendo uma delas sua via e a outra do pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador, ou até mesmo após a conclusão do estudo. Se preferir, pode consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.^[L]_[SEP]

Justificativa e objetivo do estudo:

Objetiva-se com este estudo propor e desenvolver o novo diagnóstico de enfermagem síndrome do portador de feridas crônicas, os diagnósticos de enfermagem são as classificações que o enfermeiro faz da situação do paciente e que justificam suas decisões quanto ao que ele deve fazer.

Justifica-se esse estudo pela complexidade do cuidado, assim como das repercussões que as feridas crônicas promovem na vida dos pacientes portadores desta condição, desta forma identificar os diagnósticos de enfermagem para esta clientela e propor um diagnóstico de síndrome, cria um espaço para promover a assistência de enfermagem a este grupo específico baseada em intervenções que promovam os cuidados considerando os aspectos biológicos, psicológicos e espirituais dos portadores de feridas crônicas, dentre eles a auto-eficácia, da autoestima, o autocuidado, a depressão, o estresse e a ansiedade, além de dor crônica nesses pacientes.

Procedimentos:

Farei a avaliação da sua auto-eficácia, da autoestima, do autocuidado, da depressão, do estresse e da ansiedade, além da dor, utilizando instrumentos específicos os quais lhe apresento e explico sua finalidade e aplicabilidade. A entrevista terá uma duração de quarenta a sessenta minutos e será realizada aqui no serviço de atendimento durante o período de espera pela consulta.

Desconfortos e riscos:

Os desconfortos e riscos participando desta pesquisa são mínimos, dentre eles cansaço devido ao tempo destinado a nossa conversa ou aborrecimento ao responder os questionários,

constrangimento ao se expor durante a realização da entrevista, assim como vergonha, Caso isso aconteça, está garantido que você poderá responder apenas as perguntas que desejar; então, você poderá se recusar a responder alguma questão, recusar a continuar a entrevista ou poderá fazer uma pausa até sentir-se bem para continuar.

Benefícios:

Sua participação na pesquisa poderá proporcionar ao enfermeiro mais recursos para realizar ações que garantam uma assistência de enfermagem qualificada aos pacientes com feridas crônicas,

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.^[L]_[SEP] As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente em eventos ou em publicações.^[L]_[SEP]

Esse material será arquivado após o término da pesquisa a divulgação dos resultados e todas as informações serão utilizadas apenas para este estudo.

Despesas / Compensação / Ressarcimento:

Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação no estudo. Se existir qualquer despesa, ela será de responsabilidade do pesquisador responsável.^[L]_[SEP] Apesar da pesquisa possuir risco mínimo, haverá indenização para eventuais danos decorrentes da pesquisa se comprovados legalmente.^[L]_[SEP]

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá, em qualquer momento, entrar em contato com o pesquisador: *João Cesar Jacon*, Endereço: Rua: São João da Boa Vista, 737, Bairro: Jardim Amendola. Telefone: (17) 99661-9154. e-mail: joaojaconenf@gmail.com)

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar (CEP), que, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem a responsabilidade de garantir e fiscalizar que todas as pesquisas científicas com seres humanos obedeçam às normas éticas do País, e que os participantes de pesquisa tenham todos os seus direitos respeitados. O CEP-UFSCar funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participe do estudo “*Desenvolvimento e proposta do diagnóstico de enfermagem síndrome do portador de ferida crônica*”, como voluntário(a). Fui

devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação na pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer penalidade a mim e ao meu familiar. Foi-me explicado que a participação na pesquisa é voluntária e que não há remuneração para participar do estudo.

Catanduva, ___/___/___



Pesquisador

Participante da Pesquisa / Representante legal

10. ANEXOS

10.1 Anexo I – Escala de Depressão Ansiedade e Estresse (DASS-21)



Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde

DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil
Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0,1,2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3

3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0 1 2 3
9	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0 1 2 3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3

10.2 Anexo II – Escala de Autoestima de Rosenberg

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada:

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.^[1]

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.^[1]

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.^[1]

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.^[1]

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.^[1]

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.^[1]

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil.^[1]

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada.^[1]

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

Observação: Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos

10.3 Anexo III – Escala de Autoeficácia Geral Percebida

Abaixo são apresentadas algumas questões sobre como você é. Por favor faça um círculo em torno do número de 1 a 5 que indica a sua resposta em cada questão, conforme o esquema abaixo:

1. Discordo totalmente	2. Discordo na maior parte	3. Não concordo nem discordo	4. Concordo na maior parte	5. Concordo totalmente	
1. Eu sempre consigo resolver os problemas difíceis se eu tentar bastante.	1	2	3	4	5
2. Mesmo se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.	1	2	3	4	5
3. É fácil para mim, agarrar-me aos meus objetivos e atingir as minhas metas.	1	2	3	4	5
4. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.	1	2	3	4	5
5. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4	5
6. Eu posso resolver a maioria dos problemas se eu investir o esforço necessário para isso.	1	2	3	4	5
7. Eu consigo manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu confio nas minhas habilidades para enfrentar essas situações.	1	2	3	4	5
8. Quando eu me confronto com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4	5
9. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	1	2	3	4	5
10. Eu normalmente consigo resolver as dificuldades que acontecem na minha vida.	1	2	3	4	5

Não há itens invertidos

Utilizar a média ou soma dos escores.

Quanto maior a pontuação maior a percepção da auto-eficácia geral.

SOUZA, Israel & SOUZA, Marcos Aguiar de. Validação da Escala de Auto-Eficácia Geral Percebida. Rev. Univ. Rural, Sér. Ciências Humanas. Seropédica, RJ, EDUR, v. 26, n. 1-2, jan.- dez., 2004. p. 12-17.

10.4 Anexo IV – Autorização para o uso da Escala de Autoeficácia Geral Percebida



Israel Souza <israel.souza@ifrj.edu.br>
para mim ▾

📧 qua., 14 de jul. 12:20

Olá João Cesar

Sem problemas.
Sucesso no seu estudo.
Precisando de algo é só entrar em contato.

Abraços

10.5 Anexo V – Escala para avaliar as Capacidades de Autocuidado – ASA-A

Itens	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1- Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
2- Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	1	2	3	4	5
3- Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	1	2	3	4	5
4- Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	1	2	3	4	5
5- Quando necessário, tomo novas providências para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
6- Sempre que posso, cuido de mim.	1	2	3	4	5
7- Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	1	2	3	4	5
8- Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	1	2	3	4	5
9- Procuro alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.	1	2	3	4	5
10- Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	1	2	3	4	5
11- Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia-a-dia.	1	2	3	4	5
12- Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar.	1	2	3	4	5
13- Geralmente durmo o suficiente para me sentir descansado.	1	2	3	4	5
14- Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	1	2	3	4	5
15- De tempos em tempos examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	1	2	3	4	5
16- Antes de tomar um remédio novo procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	1	2	3	4	5

17- No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar minha saúde.	1	2	3	4	5
18- Normalmente tomo providências para manter minha segurança e a de minha família.	1	2	3	4	5
19- Costumo avaliar se as coisas que faço para manter-me saudável têm dado bom resultado.	1	2	3	4	5
20- No meu dia-a-dia, geralmente encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
21- Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	1	2	3	4	5
22- Procuo ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
23- Sempre acho tempo para mim mesmo.	1	2	3	4	5
24- Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo cuidar-me como gostaria.	1	2	3	4	5

10.6 Anexo VI – Autorização para uso da Escala ASA-A

Autorização para uso da ECAC Caixa de entrada x



José Vitor da Silva <enfjvitorsilva2019@gmail.com>

qua., 7 de jul. 12:09

para mim, Elaine ▾

Prezado João Cesar,

Você tem minha autorização para utilização na sua tese de doutorado a Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado .

Peço-lhe apenas que me envie uma cópia do seu trabalho para meus arquivos relacionados com a mencionada escala.

Desejo-lhe sucesso na realização do trabalho.

Atenciosamente, José Vitor

10.7 Anexo VII – Questionário de qualidade de vida para pessoas com feridas – versão abreviada (FLQA-Wk)

Questionário de Qualidade de Vida para pessoas com feridas Versão abreviada (FLQA-Wk*)

Este questionário pretende descrever sua qualidade de vida ao conviver com feridas. Ele refere-se a várias áreas de sua vida. Por favor, responda as questões cuidadosamente e de forma espontânea. Todas as respostas serão tratadas confidencialmente e analisadas anonimamente.

Por favor, marque **um X por linha**

1. Sintomas Físicos

As questões seguintes referem-se ao seu bem-estar físico. Por favor, marque a resposta certa com um X em cada linha.

Quantas vezes você passou pelas seguintes situações na semana passada:

		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	Dor na ferida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Insônia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Coceira na ferida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Secreção na ferida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Mau cheiro na ferida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Vida Diária

As questões seguintes referem-se a como você com sua ferida, administra diariamente sua vida.

Por favor, marque com um X em cada linha, a afirmação que foi verdadeira para você, na semana passada:

		Nunca	Poucas vezes	Moderadamente	Bastante	Muito
1	Às vezes, não consigo realizar suficientemente minhas tarefas no trabalho/em casa devido à minha ferida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	O esforço físico é difícil para mim devido à minha doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Minhas atividades de lazer/diversão diminuíram devido a minha ferida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Subir escadas é difícil para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	A ferida é causa de prejuízo financeiro para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Vida Social

As questões seguintes referem-se a sua relação com outras pessoas. Por favor, marque a resposta certa com um X em cada linha.

Na semana passada o quanto você fez o seguinte:

		Nunca	Poucas vezes	Moderadamente	Muitas vezes	Muito
1	Diminuí as atividades com outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Sentiu-se dependente de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Afastou-se de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Bem-estar psicológico

As questões seguintes referem-se ao seu bem-estar psicológico.

Por favor, marque a resposta certa com um X em cada linha.

Na semana passada, quantas vezes, você sentiu ou experimentou:

		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	Sentimentos de ódio e fúria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Exaustão ou cansaço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Desamparo/abandono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Tratamento

Como você sentiu-se com o **tratamento** da ferida, na **semana passada**?
Por favor, marque a resposta certa com um X em cada linha:

		Nunca	Poucas vezes	Moderadamente	Bastante	Muito
1	Tratamento é um peso para mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Tratamento me consome muito tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Preciso da ajuda dos outros para o tratamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Nenhum tempo	menos 10 Min	10-30 Min	30-60 Min	mais 60 Min
4	Tempo total necessário diário para o tratamento da minha ferida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

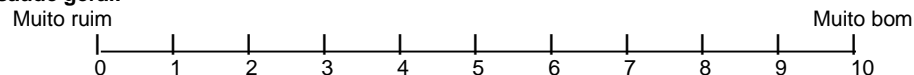
6. Satisfação

As seguintes questões referem-se a sua satisfação com várias áreas
Por favor, marque a resposta certa com X em cada linha.
Na **semana passada**, o quanto satisfeito você esteve com:

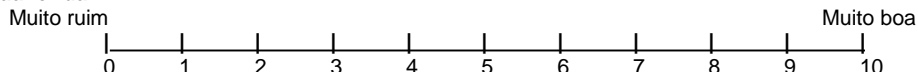
		Insatisfeito	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito Satisfeito
1	Sua saúde em geral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Seu tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	A aparência de sua ferida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Como você avaliaria seu **estado de saúde** na **última semana**?
Por favor, marque na escala de 0-10, o que se aplica a você:

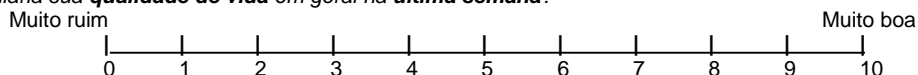
Estado de saúde geral:



Em relação a sua ferida:



Como você avaliaria sua **qualidade de vida** em geral na **última semana**?



→ Por favor, verifique novamente se você respondeu todas as questões com um X.
Obrigado pela sua cooperação!

10.8 Anexo VIII – Autorização para o uso da Escala Questionário de Qualidade de Vida para pessoas com feridas - Versão abreviada (FLQA-wk*)

De: **Augustin, Matthias** <m.augustin@uke.de>

Data: qua., 7 de jul. de 2021 às 13:09

Assunto: AW: Permission - Freiburg life quality assessment wound module

Para: Anamaria Alves Napoleao <anamaria@ufscar.br>

Cc: Blome, Christine <c.blome@uke.de>

Dear colleague,

thank you for asking . Surely you can use the instrument. Dr. Blome (cc) will respond to you more in detail.

best wishes

Matthias Augustin

De: **Blome, Christine** <c.blome@uke.de>

Data: dom., 11 de jul. de 2021 às 10:48

Assunto: WG: Permission - Freiburg life quality assessment wound module

Para: anamaria@ufscar.br <anamaria@ufscar.br>

Cc: Augustin, Matthias <m.augustin@uke.de>

Dear Anamaria,

Thank you for your interest in the FLQA-wound. Please find enclosed the questionnaire in Portuguese-for-Brazil version and the manual. I would also like to let you know that there is a shorter and more recent questionnaire assessing quality of life in patients with chronic wounds, the Wound-QoL. It is available in 17- and 14-item version. I have attached the Wound-QoL-17 and the manual; If you would like me to provide you with the 14-item version in Portuguese, or any of the literature listed in the manuals, please let me know.

You are welcome to use any of these questionnaires in your study; there won't be any license fee applicable unless you receive third-party funding for the academic study.

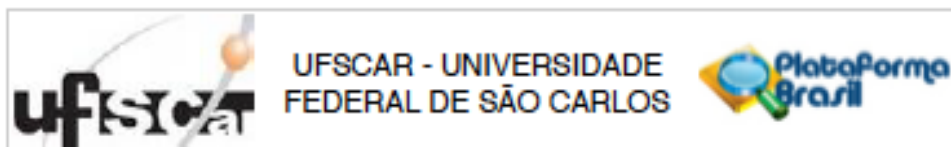
Please note the following points when using the questionnaires:

- Any changes to the scope and content of the questionnaires (including translations) or to its layout need a separate approval.
- We would ask you to please inform us about your study findings once the analysis has been completed.

Kind regards,
Christine

PD Dr. phil. Christine Blome
Research Group Leader Patient-Reported Outcomes

10.9 Anexo IX – Parece CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO E PROPOSTA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SÍNDROME DO PORTADOR DE FERIDA CRÔNICA

Pesquisador: JOAO CESAR JACON

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63323822.9.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.843.093

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios* foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1982865.pdf, de 12/12/2022) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto_Completo_Versao2.pdf, de 06/12/2022): RESUMO, HIPÓTESE (se houver), METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO. Carta_Resposta_Versao1.pdf de 06/12/2022

O objetivo do projeto é Desenvolver e propor o DE Síndrome do portador de feridas crônicas com título, definição, fatores relacionados, características definidoras, população em risco e condições associadas, segundo a taxonomia NANDA-I. Metodologia: O estudo será conduzido em três etapas. Na primeira etapa será realizada uma revisão de escopo, com o objetivo de identificar os sinais e sintomas e DE prevalentes em pacientes com feridas crônicas. Na segunda etapa, por meio de um estudo transversal com abordagem quantitativa será conduzida a avaliação dos aspectos sociodemográficos, dos indicadores clínicos e subjetivos dos pacientes portadores de ferida crônica. A coleta de dados ocorrerá em dois municípios do noroeste do estado de São Paulo. A população do estudo será composta por pacientes portadores de feridas crônicas de diferentes etiologias, sendo lesões que apresentam falha em progredir no processo fisiológico da cicatrização, com período de duração superior a seis semanas e que apresentam elevadas taxas de

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.585-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-0885 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Projeto: 5.048.093

recorrência

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver e propor o DE Síndrome do portador de feridas crônicas com título, definição, fatores relacionados, características definidoras, população em risco e condições associadas, segundo a taxonomia NANDA-I.

Objetivo Secundário:

• Realizar revisão de escopo para identificar DE, sinais e sintomas e fatores etiológicos prevalentes nos pacientes portadores de feridas crônicas; • Avaliar variáveis sociodemográficas e clínicas de portadores de ferida crônica • Avaliar a auto-eficácia, a autoestima, o autocuidado, a presença de depressão, estresse e ansiedade, além de dor crônica nos portadores de feridas crônicas; • Analisar a associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e autoeficácia, autoestima, autocuidado, depressão, estresse, ansiedade e dor crônica; • Desenvolver os elementos do DE Síndrome do portador de ferida crônica, de acordo com as recomendações da Taxonomia da NANDA-I (título, definição, fatores relacionados e características definidoras).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

CABE RESSALTAR QUE A PESQUISA IMPLICA EM POTENCIAIS RISCOS E DESCONFORTO PARA O PARTICIPANTE, DENTRE ELES: CANSAÇO DEVIDO AO TEMPO DESTINADO A ENTREVISTA OU ABORRECIMENTO AO RESPONDER OS QUESTIONÁRIOS, CONSTRANGIMENTO AO SE EXPOR DURANTE A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA, ASSIM COMO VERGONHA.

Benefícios:

Será possível identificar aspectos relevantes aos pacientes portadores de feridas crônicas como o autocuidado, a auto-eficácia, a autoestima, a depressão, a ansiedade, o estresse e a qualidade de vida e desta forma, conhecer as reações/respostas e enfrentamento desta população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/2012 suas complementares.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-0885

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Protocolo: 5.048.093

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto APROVADO: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

As seguintes pendências éticas foram observadas previamente:

1-Pesquisador informa que não há riscos: Para o Sistema CEP/Conep, não existe pesquisa livre de risco. É necessário observar que risco é qualquer possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente. Assim, solicita-se que sejam descritos os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, podendo-se citar os riscos inerentes à manutenção de sigilo e à confidencialidade durante a coleta e uso dos dados (Resolução CNS n.º 466, de 2012, Itens II.22 e IV.3.b).

Resposta do CEP: Pendência atendida

2-Solicita-se inserir, no projeto detalhado e na Plataforma Brasil, a descrição da forma de abordagem ou plano de recrutamento dos potenciais participantes de pesquisa (Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, Item 3.4.1.8).

Resposta do CEP: Pendência atendida

3-O cronograma do estudo não está adequado, pois informa que ele já teria iniciado. Sendo assim, solicitam-se esclarecimentos e, caso necessário, a adequação do cronograma em relação à data de início do estudo, dado que este encontra-se em análise no Sistema CEP/Conep até a presente

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 236

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-0685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.648.090

data. Ressalta-se, ainda, a necessidade de adequação do cronograma de forma a descrever a duração das diferentes etapas da pesquisa, com o compromisso explícito do pesquisador de que o estudo será iniciado somente a partir da aprovação pelo Sistema CEP/Conep (Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.3.f).

Resposta do CEP: Pendência atendida

Em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

4-Solicita-se adequar e ampliar, no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido, a justificativa e os objetivos da pesquisa, em linguagem clara e acessível aos participantes da pesquisa, respeitada a natureza da pesquisa (Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 17, Inciso I).

Resposta do CEP: Pendência atendida

5-Solicita-se que conste no consentimento (Registro ou TCLE), que o participante de pesquisa tem o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados), antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada (Carta Circular n.º 1/2021- CONEP/SECNS/MS, item 2.2.3).

Resposta do CEP: Pendência atendida

6-O Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido deverá garantir a plena liberdade do participante da pesquisa para decidir sobre sua participação e garantia de esclarecimento em qualquer etapa da pesquisa e mesmo após a sua conclusão, podendo retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo algum (Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 9º, Inciso II; Artigo 17, Inciso III). Solicita-se adequação.

Resposta do CEP: Pendência atendida

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-0685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.048.090

7-Deve constar, no Processo e no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou no Assentimento Livre e Esclarecido, a garantia de que o participante decidirá se sua identidade será ou não divulgada, bem como quais serão, dentre as informações que forneceu, as que poderão ser tratadas de forma pública, ou se ele optará pelo sigilo e confidencialidade da sua identidade. Caso o participante opte pela manutenção do seu anonimato, cabe ao(a) pesquisador(a) descrever os procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção dos dados e a não estigmatização dos participantes da pesquisa. Nesse sentido, é importante destacar que os dados somente poderão ser repassados a terceiros depois de anonimizados (Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 17, Inciso IV). Solicita-se adequação.

Resposta do CEP: Pendência atendida

8-O pesquisador deverá deixar claro se haverá algum tipo de compensação pela participação no estudo. Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.g

Resposta do CEP: Pendência atendida

9-O TCLE não deve conter ressalva que negue a responsabilidade do pesquisador ou que implique ao participante da pesquisa renunciar a seus direitos, incluindo o direito de buscar indenização por danos eventuais. Diante do exposto, solicita-se inserir, no TCLE, a explicitação acerca do direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS n.º 466, de 2012, item IV.3.h).

Resposta do CEP: Pendência atendida

10-Solicita-se que conste, no consentimento (Registro ou TCLE), que o participante de pesquisa tem o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento (Carta Circular n.º 1/2021-CONEP/SECNS/MS, item 2.2.1). Caso os questionários aplicados apresentem alguma pergunta obrigatória, solicita-se que conste no consentimento (Registro ou TCLE), o direito do participante de não responder à pergunta (Carta Circular n.º 1/2021-CONEP/SECNS/MS, item 2.2.2).

Resposta do CEP: Pendência atendida

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-0685

E-mail: caphumanos@ufscar.br



11-Ressalta-se que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. No Item II.22, da Resolução CNS n.º 466, de 2012, define-se como risco da pesquisa a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente. Diante do exposto, solicita-se que constem, no TCLE, os potenciais riscos e desconfortos que o estudo possa acarretar ao participante de pesquisa (Resolução CNS n.º 466, de 2012, Item IV.3.b). Para o Sistema CEP/Conep, não existe pesquisa livre de risco. É necessário observar que risco é qualquer possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente. Assim, solicita-se que sejam descritos os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, podendo-se citar os riscos inerentes à manutenção de sigilo e à confidencialidade durante a coleta e uso dos dados (Resolução CNS n.º 466, de 2012, itens II.22 e IV.3.b).

Resposta do CEP: Pendência atendida

12-Define-se benefício da pesquisa como as "contribuições atuais ou potenciais da pesquisa para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna de vida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado" (Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 2.º, Inciso III; Artigo 17, Inciso V), sem incluir benefícios ao/à pesquisador/a. Desse modo, solicita-se informar, com clareza, no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido quais serão os benefícios, diretamente relacionados à pesquisa, para o participante da pesquisa, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade.

Resposta do CEP: Pendência atendida

13-A confidencialidade e o sigilo são direitos do participante de pesquisa e, para manter a ética na pesquisa, devem ser previstos procedimentos que assegurem a confidencialidade dos dados e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Dessa forma, solicita-se garantir ao participante que os dados da pesquisa serão

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-0885	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.848.093

utilizados exclusivamente para os fins deste estudo, bem como assegurar o anonimato quando do repasse dos dados. Solicita-se esclarecimento sobre como será feito o processamento dos dados obtidos e como será armazenado e com que segurança (Resolução CNS n.º 466, de 2012, itens III.2.I e IV.3.e).

Resposta do CEP: Pendência atendida

14-Solicita-se que seja incluída, no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido, a garantia de acesso aos resultados da pesquisa pelos participantes e/ou compromisso do/a pesquisador/a em divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou à população que foi pesquisada (Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 17, Inciso VI e Artigo 3º, Inciso IV; Artigo 17, Inciso VI).

Resposta do CEP: Pendência atendida

15-O Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido deve trazer, de forma explícita, que o pesquisador poderá ser acessado em qualquer momento para esclarecimento de dúvidas e os meios de contato com o/a pesquisador/a responsável (como o endereço, e-mail e telefone nacional). Se não houver Registro por escrito desse Processo, o/a pesquisador/a deverá entregar essas informações por escrito (Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 17, Incisos VIII). Solicita-se adequação.

Resposta do CEP: Pendência atendida

16- Adicionar paragrafo sobre o CEP e CONEP: Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar (CEP), que, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem a responsabilidade de garantir e fiscalizar que todas as pesquisas científicas com seres humanos obedeçam às normas éticas do País, e que os participantes de pesquisa tenham todos os seus direitos respeitados. O CEP-UFSCar funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.648.090

Resposta do CEP: Pendência atendida

17-De acordo com o MANUAL DE ORIENTAÇÃO: PENDÊNCIAS FREQUENTES EM PROTOCOLOS DE PESQUISA CLÍNICA -CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP/CNS/MS) - 2015, item 1.19c: "Embora se entenda que, do ponto de vista jurídico, o TCLE represente um contrato entre o participante de pesquisa e o pesquisador / patrocinador, o TCLE tem a função preclua de informar e respeitar a autonomia do participante de pesquisa e não propriamente de se estabelecer vínculo contratual entre as partes. Informações adicionais, além do nome e data de assinatura, não são considerados essenciais do ponto de vista bioético. Sendo assim, a Conep tem solicitado que informações como RG, CPF, endereço, entre outras sejam removidas do campo de assinatura."

Resposta do CEP: Pendência atendida

18-Solicita-se que conste, no TCLE, a informação de que este documento será elaborado em duas VIAS, que deverão ser assinadas, ao final, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa(s) por ele delegada(s). Salienta-se que os campos de assinatura de ambos deverão estar na mesma página (folha). (Resolução CNS n.º 466, de 2012, item IV.5.d). Os campos de assinaturas e rubricas devem ser identificados de acordo com a terminologia prevista na Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 2.º, Incisos XIII e XVII, ou seja, empregando-se os termos "pesquisador responsável" e "participante de pesquisa/responsável legal". Os campos de assinaturas não devem estar separados do restante do documento (exceto quando, por questões de configuração da página, isto não for possível) e não devem conter campos adicionais, além de nome e data. Solicita-se a adequação.

Resposta do CEP: Pendência atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-0885

E-mail: cep@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.045.093

solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1992985.pdf	12/12/2022 14:03:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Versao2.pdf	12/12/2022 14:03:30	JOAO CESAR JACON	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Versao1.pdf	06/12/2022 13:49:06	JOAO CESAR JACON	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Completo_Versao2.pdf	06/12/2022 13:01:08	JOAO CESAR JACON	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_USO_DOS_INSTRUMENTOS_COLETA_DADOS.pdf	12/09/2022 10:16:09	JOAO CESAR JACON	Aceito
Outros	Instrumentos_Coleta_Dados.pdf	12/09/2022 10:08:45	JOAO CESAR JACON	Aceito
Outros	TCUD.pdf	12/09/2022 10:07:34	JOAO CESAR JACON	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INFRAESTRUTURA_SECRET_SAUDE_CATANDUVA.pdf	12/09/2022 10:05:55	JOAO CESAR JACON	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INFRAESTRUTURA_PINDORAMA.pdf	12/09/2022 10:05:43	JOAO CESAR JACON	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INFRAESTRUTURA_EMILIO_CARLOS.pdf	12/09/2022 10:01:56	JOAO CESAR JACON	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Assinada_assinado.pdf	12/09/2022 09:44:29	JOAO CESAR JACON	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (18)3351-0885 E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 5.040.090

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 02 de Janeiro de 2023

Assinado por:
Adriana Sanches Garcia de Araújo
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (15)3351-0685

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Página 10 de 10