

# Representações sociais de pacientes com úlceras vasculogênicas sobre qualidade de vida: análise do contexto social

*Social representations of patients with vasculogenic ulcers about quality of life: an analysis of the social context*  
*Representaciones sociales de pacientes con úlceras vasculogénicas sobre la calidad de vida: análisis del contexto social*

**Nathália Nunes Gomes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6467-8051

**Lara Mariana Monteiro de Santa Rosa<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-1049-9469

**Márcia de Assunção Ferreira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6991-7066

**Rafael Celestino da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-5211-9586

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

## Como citar este artigo:

Gomes NN, Santa Rosa LMM, Ferreira MA, Silva RC. Social representations of patients with vasculogenic ulcers about quality of life: an analysis of the social context. Rev Bras Enferm. 2022;75(2):e20210136. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0136>

## Autor Correspondente:

Rafael Celestino da Silva  
E-mail: rafaenfer@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Maria Itayra Padilha

Submissão: 07-11-2020

Aprovação: 27-05-2021

## RESUMO

**Objetivo:** descrever as representações sociais de pacientes com úlceras vasculogênicas sobre a qualidade de vida e analisar tais representações a partir do contexto social de inserção dos pacientes em relação ao serviço de saúde. **Método:** pesquisa qualitativa, pautada nas representações sociais, desenvolvida em uma Clínica da Família do Rio de Janeiro com 30 pacientes com úlceras vasculogênicas há mais 90 dias. Os dados foram produzidos por entrevista e submetidos à análise lexicográfica com auxílio do software Alceste. **Resultados:** as fragilidades do atendimento no serviço de saúde em que os pacientes estavam vinculados contribuíram para exacerbar a reconfiguração do cotidiano que a ocorrência da úlcera implica, pela presença da dor e restrições físicas, influenciando na representação sobre a qualidade de vida. **Considerações finais:** a representação foi objetivada no contraponto da imagem de “estar feliz”, e as ações expressaram proatividade na busca pela cura ou passividade pela falta de resultados clínicos.

**Descritores:** Qualidade de Vida; Úlcera da Perna; Assistência à Saúde; Psicologia Social; Cuidado de Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** to describe the social representations of patients with vasculogenic ulcers about quality of life and analyze such representations from the social context of patients' insertion in relation to the healthcare service. **Method:** a qualitative research, based on social representations, developed in a Family Clinic in Rio de Janeiro with 30 patients with vasculogenic ulcers for over 90 days. Data were produced through interviews and submitted to lexicographical analysis using the Alceste software. **Results:** the weaknesses of care in the healthcare service to which patients were linked contributed to exacerbate the reconfiguration of daily life that the occurrence of ulcers implies, due to the presence of pain and physical restrictions, influencing the representation of quality of life. **Final considerations:** the representation was objectified as a counterpoint to the image of “being happy”, and actions expressed proactivity in the search for a cure or passivity due to lack of clinical results.

**Descriptors:** Varicose Ulcer; Nursing; Primary Healthcare; Patient Care Team; Wounds and Injuries.

## RESUMEN

**Objetivo:** describir las representaciones sociales de los pacientes con úlceras vasculogénicas sobre la calidad de vida y analizar dichas representaciones desde el contexto social de inserción de los pacientes en relación al servicio de salud. **Método:** investigación cualitativa, basada en representaciones sociales, desarrollada en una Clínica Familiar en Río de Janeiro con 30 pacientes con úlceras vasculogénicas durante más de 90 días. Los datos se produjeron a través de entrevistas y se sometieron a análisis lexicográfico utilizando el software Alceste. **Resultados:** las debilidades asistenciales en el servicio de salud al que estaban vinculados los pacientes contribuyeron a exacerbar la reconfiguración de la vida cotidiana que implica la aparición de úlceras, por la presencia de dolor y restricciones físicas, incidiendo en la representación de la calidad de vida. **Consideraciones finales:** se objetivó la representación como contrapunto a la imagen de “ser feliz”, y las acciones expresaron proactividad en la búsqueda de una cura o pasividad por la falta de resultados clínicos.

**Descriptorios:** Calidad de Vida; Úlcera de la Pierna; Prestación de Atención de Salud; Psicología Social; Atención de Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Na abordagem holística, o conceito de qualidade de vida (QV) é compreendido como multidimensional, diferindo de pessoa para pessoa segundo o contexto, e seus componentes têm uma organização complexa e dinâmica. Dentre os componentes que definem a QV nesta perspectiva mais abrangente, estão “o ser”, aquilo que o ser humano é no campo individual, que tem a ver com o físico, o psicológico e o espiritual, abarcando a nutrição, a aptidão física, os valores, as habilidades individuais, as experiências; “o pertencer”, que se refere às ligações com o meio, a casa, o trabalho, a comunidade, os grupos sociais; e “o tornar-se”, o que a pessoa faz para alcançar suas metas, envolvendo as práticas de lazer, de crescimento pessoal, de desenvolvimento de habilidades<sup>(1)</sup>.

Considerando esse escopo conceitual, parte-se do entendimento de que a ocorrência de uma úlcera vasculogênica, foco da pesquisa em tela, acarreta no paciente alterações nas dimensões da sua QV<sup>(2)</sup>. Esse tipo de lesão na perna, em grande parte dos pacientes, é de natureza crônica, isto é, são lesões que persistem por mais de seis semanas e não têm tendência a cicatrizar após três meses ou mais de tratamento. Logo, constitui-se grave problema de saúde para o ser humano<sup>(3)</sup>.

As úlceras vasculogênicas respondem por 95% de todos os tipos de lesões crônicas e afetam 0,6 a 3% das pessoas acima de 60 anos e mais de 5% daqueles em idade superior a 80 anos<sup>(3)</sup>. No Brasil, pesquisa que traçou o perfil epidemiológico de 53 pacientes com úlcera venosa demonstrou predomínio em maiores de 60 anos, sexo feminino e com doenças crônicas<sup>(4)</sup>.

A análise da produção do conhecimento nacional e internacional sobre esse tema<sup>(2,5-7)</sup> indicou o domínio físico, a capacidade funcional e os aspectos sociais como as dimensões da QV mais afetadas nesses pacientes, pelas repercussões físicas, a dor, a imobilidade, a incapacidade, os estigmas, os preconceitos e os aspectos relacionados à autoestima e autoimagem<sup>(5-9)</sup>. Ademais, além dos gastos com saúde, as úlceras vasculogênicas também impactam nas despesas geradas com aposentadorias e morte da população economicamente ativa<sup>(2,10-11)</sup>.

Tais impactos na QV despertam muitos afetos nos pacientes. Isso porque, na atualidade, existe uma construção social do corpo na qual se valoriza a beleza, o corpo jovem e saudável. Essa imagem social do corpo ideal influencia na autoimagem. Assim, os padrões sociais que ditam o que é e o que não é aceitável condicionam o modo como se percebe o corpo e a aparência<sup>(12)</sup>.

Sob essa ótica, no caso dos pacientes com úlceras vasculogênicas, frente a essa dimensão imagética, surgem afetos negativos sobre o seu corpo. Exemplo disso é que estudos apontam que os pacientes por “vergonha” ou medo de serem discriminados se excluem socialmente<sup>(9,13)</sup>. Cabe pontuar que a dimensão afetiva é a base da familiaridade com o grupo de pertença social. Então, quando um objeto provoca tal grupo, os sujeitos que com ele se identificam querem participar do circuito de conversação mobilizado pelo objeto para se sentirem incluídos, serem reconhecidos, conseguirem se comunicar a partir de uma linguagem comum<sup>(14)</sup>.

Nesse entendimento, os afetos são essenciais à elaboração das representações sociais (RS) a partir desta conversação, a qual

organiza cognições ou comportamentos avaliativos<sup>(14)</sup>. Tais RS são construídas no universo do senso comum por aqueles que compartilham ideias e interpretações do mundo, assim, articulam o social e o psicológico, os quais orientam a formação do pensamento social que antecede o comportamento<sup>(15)</sup>.

Nos pacientes com úlceras vasculogênicas, diante dos impactos da doença, o fenômeno da QV é imbricado no seu cotidiano em sentimentos, sendo objeto de relevância para este grupo social, pois gera conversações e avaliações entre os pacientes sobre a sua inserção nos diversos espaços da vida. Essas constantes trocas de informações e experiências conduzem à elaboração de um conhecimento do senso comum acerca da QV, que expressa as relações que experienciam, traz as marcas desse grupo e orienta as práticas sociais, ou seja, repercute nas decisões sobre relacionar-se com o outro e acerca dos objetivos de vida, sendo um fenômeno de RS<sup>(15)</sup>.

Partindo dessa compreensão, considera-se que a inserção do paciente no serviço de saúde e o atendimento das suas demandas pelos profissionais têm um papel relevante nessas RS sobre a QV, uma vez que nas dificuldades que surgem neste processo, muitas vezes nem a pessoa e nem a família estão preparadas para compreender os aspectos que envolvem essa problemática.

Investigações internacionais têm apontado os impactos da atuação dos profissionais na QV do pacientes com úlceras vasculogênicas<sup>(7,16)</sup>. Em estudo de caso desenvolvido no Reino Unido, as intervenções psicossociais feitas por profissionais de saúde contribuíram para reduzir o estress de viver com uma úlcera venosa de perna para melhorar a capacidade de enfrentamento e, posteriormente, melhorar a cicatrização da ferida<sup>(7)</sup>.

Já na pesquisa americana, que descreveu a experiência de pacientes com insuficiência venosa crônica, para explorar como essa doença crônica afeta a QV relacionada com a saúde, os participantes citaram o déficit de conhecimento sobre insuficiência venosa crônica da equipe de saúde não especializada como um fator contributivo para a diminuição da QV<sup>(16)</sup>.

Portanto, a avaliação do paciente pela equipe é fundamental para analisar o progresso da terapêutica, indicar a necessidade de reavaliação do tratamento e implementar as novas tecnologias na área de tratamento de feridas. Além do mais, é essencial no apoio à adesão aos novos hábitos de vida, na prevenção de complicações e nos processos de readaptação<sup>(17)</sup>.

As RS são elaboradas por pessoas que fazem parte de um grupo sociocultural e estão inseridas em um determinado contexto. Portanto, nas RS, o contexto social influencia na elaboração simbólica sobre o fenômeno<sup>(15)</sup>. Desta feita, partindo da problematização e à luz dessa premissa teórica, questionou-se: como se dá a elaboração das RS de pacientes com úlceras vasculogênicas sobre a QV considerando o contexto social de inserção de tais pacientes em relação ao serviço de saúde em que estão vinculados?

## OBJETIVO

Descrever as RS de pacientes com úlceras vasculogênicas sobre a QV e analisar tais RS a partir do contexto social de inserção dos pacientes em relação ao serviço de saúde.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do campo de estudo e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo mantida a codificação numérica gerada pelo Alceste para garantia da confidencialidade, acrescida do número do participante conforme ordem de captação, na qual Ind: indivíduo.

### Tipo de estudo e referencial teórico-metodológico

Pesquisa de abordagem qualitativa, desenvolvida com o suporte da ferramenta COREQ<sup>(18)</sup>. O referencial teórico-metodológico foi o da teoria das RS, na sua abordagem processual. Nessa, importa a informação, que trata do conhecimento de um grupo sobre um objeto social; a atitude, que focaliza a orientação global acerca do objeto; e o campo, que remete ao modelo social do objeto de RS<sup>(15)</sup>.

### Cenário da pesquisa

O estudo foi desenvolvido em uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro. Tal unidade é pioneira no modelo de atenção primária focalizado nas ações de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce de doenças, com a oferta de diferentes serviços prestados pela equipe multiprofissional às famílias cadastradas nas Equipes de Saúde da Família vinculadas à clínica.

A Clínica da Família lócus da investigação contava com oito Equipes de Saúde da Família completas, três Equipes de Saúde Bucal, além de todo o aparato da Academia Carioca da Saúde. A clínica possuía, aproximadamente, 36.256 pacientes cadastrados, e realizava diferentes tipos de atendimentos: consultas médicas e de enfermagem, tratamento especializado, imunização, acompanhamento pré-natal, busca ativa de agravos, ações de promoção da saúde em escolas e entidades sociais da área, visando à manutenção da saúde das famílias adscritas.

O lócus da pesquisa foi a sala de curativos desta unidade, que tinha como um dos públicos-alvo de atendimento os pacientes com úlceras vasculogênicas. No momento da produção dos dados, 86 pacientes estavam cadastrados neste setor, com média de 20 atendimentos por dia. O atendimento pelos profissionais da sala de curativos era feito nos turnos da manhã e tarde por ordem de chegada dos pacientes. O tempo de espera variava, em média, de 30 a 50 minutos, com menor fluxo de atendimento no período da tarde. Os pacientes frequentavam diariamente a unidade para realização do curativo, e, aos finais de semana, o realizavam no domicílio.

O atendimento no setor era feito pelos técnicos de enfermagem e um enfermeiro. No caso dos técnicos de enfermagem, ficavam responsáveis por realizar o curativo e realizar as orientações ao paciente sobre os cuidados gerais com a lesão. No primeiro atendimento dos pacientes na sala de curativos, todos passavam pela consulta de enfermagem com o enfermeiro, especialista em estomatoterapia. Posteriormente, o enfermeiro atendia os pacientes, quando solicitado, pelo técnico de enfermagem, para avaliar a lesão e decidir sobre a conduta de enfermagem, particularmente nos casos de agravamento da lesão. As coberturas utilizadas nos curativos, em geral, eram

menos avançadas, porém havia períodos com disponibilidade de coberturas mais complexas, como espumas com prata e alginatos. Além do acompanhamento da equipe de enfermagem, os pacientes eram acompanhados por um médico clínico geral da unidade, o qual, após avaliação clínica, encaminhava os pacientes para consulta com angiologista. Todavia, no momento da pesquisa, nem todos os pacientes tinham sido atendidos, pela demora no agendamento da consulta através do sistema de regulação municipal.

### Fonte dos dados

Os participantes foram os pacientes cadastrados na clínica escolhida, selecionados pelos critérios: maiores de 18 anos; sem limitações motoras na fala; diagnóstico médico de úlcera vasculogênica em membros inferiores por um período superior a 90 dias, a partir do qual a lesão é considerada crônica. Deste grupo, foram excluídos: aqueles com comorbidades crônicas ou severas (doenças cardíacas descompensadas, paraplegias e obesidade mórbida), pelo potencial dessas condições incidirem na QV e, conseqüentemente, na elaboração das RS; e com déficit cognitivo, avaliado pela coerência das respostas e lógica de raciocínio a partir dos questionamentos que foram realizados pela pesquisadora durante a fase de exploração de campo e captação dos participantes.

### Coleta, organização e análise dos dados

A pesquisa foi desenvolvida com 30 pacientes, captados após duas semanas de aproximação ao setor lócus do estudo, no qual foram registradas em um diário de campo características gerais da unidade e a lista dos pacientes com úlceras vasculogênicas. Essa foi obtida do livro de registros de atendimento, no qual constava a classificação da úlcera baseada no diagnóstico médico presente no prontuário. Procedeu-se, então, ao convite de participação e agendamento da produção dos dados.

A produção dos dados ocorreu no período de setembro de 2017 até janeiro de 2018. A técnica de coleta dos dados foi a entrevista, do tipo semiestruturada, feita após a realização do curativo pelo paciente, em sala anexa ao setor de curativos, com auxílio de dispositivo digital e duração média de trinta minutos. Prévio à sua realização, foi feito um teste piloto com dois pacientes que não integraram o *corpus* final da pesquisa para avaliação do instrumento, o qual não mostrou a necessidade de mudança nas questões. Desta feita, aplicou-se um roteiro que contemplou uma primeira parte com questões para conhecer a pertença social do grupo estudado, quais sejam: idade, tempo da ferida, religião, escolaridade, atividade profissional, renda familiar, lazer/atividade física.

A segunda parte foi composta por perguntas abertas sobre o cotidiano dos pacientes: fale um pouco sobre o seu cotidiano convivendo com uma úlcera de perna; o que há de bom neste cotidiano? Há dificuldades para você cumprir suas atividades? Se sim, quais? O que fazem para superá-las? Como era a sua vida antes e depois de ter uma ferida como a que você tem? O que você acha que é preciso fazer para uma pessoa que tem esta ferida viver melhor e resolver os problemas? O que você faz? É possível viver bem, mesmo tendo este tipo de ferida? Falta alguma coisa para melhorar seu cotidiano que te preocupa? Alguém poderia ajudar para que você possa viver melhor? Quem pode contribuir

e como? Fale um pouco sobre a relação entre o serviço de saúde e a pessoa que tem úlcera.

A coleta dos dados foi finalizada com 30 participantes, pois houve interrupção do funcionamento na unidade estudada no período da pesquisa, pela falta de insumos. Diante disso, procedeu-se à imersão analítica para a avaliação do material coletado, concluindo-se que o mesmo possuía densidade suficiente à compreensão do fenômeno e das dimensões da RS. Ademais, este número atende ao consenso entre estudiosos da abordagem qualitativa sobre a adoção do quantitativo mínimo de 30 participantes para análise com densidade do fenômeno<sup>(19)</sup>.

Os dados do perfil sociodemográfico foram cruzados com a produção discursiva sobre o objeto da pesquisa. Assim, subsidiaram a elaboração de uma linha de identificação do depoente que separava cada entrevista do *corpus*. A partir disso, foi feito o cruzamento pelo *software* Alceste, que processou as entrevistas por meio da análise lexicográfica. Nesta análise, buscou-se apreender a organização estrutural do discurso dos pacientes, tomando por referência os vocabulários empregados por esses, que se constituíram em um traço da intenção de sentido sobre o fenômeno estudado.

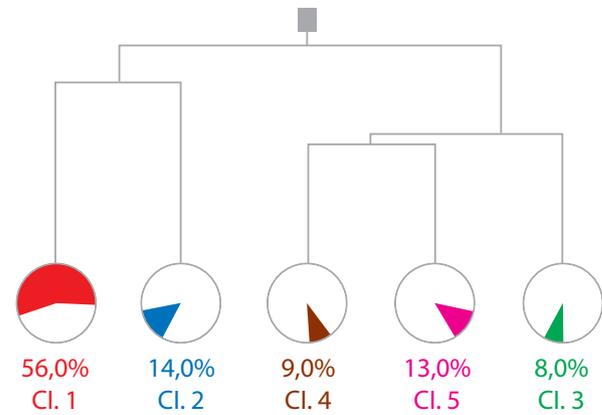
A análise lexical foi feita com a versão 2012 do Alceste, na forma de processamento padrão. Para tanto, organizou-se o banco de dados da pesquisa após a transcrição das 30 entrevistas e do preparo dessas, obedecendo os critérios do programa. Cada entrevista foi considerada uma unidade de contexto inicial (UCI), armazenada em um arquivo único que se constituiu o *corpus* da pesquisa. No processamento executado, o *software* fez o agrupamento das raízes semânticas das palavras utilizadas, analisou a sua função e ocorrência/coocorrência dentro do *corpus*. Nesse processo, o texto foi dividido em fragmentos discursivos, denominados unidade de contexto elementar (UCE), e o Alceste fez o cruzamento dos léxicos nas UCE, definindo classes a partir de léxicos típicos que apresentaram maior associação a essas classes, medida pelo valor do qui-quadrado (Phi).

A interpretação se baseou na Análise Fatorial de Correspondências (AFC) e Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A AFC apresenta a distribuição das classes em um plano fatorial, permitindo uma visão ampla da avaliação das relações de oposição entre elas. Na CHD, interpretam-se as relações dos léxicos intraclasse, interclasses e entre os blocos de classes.

## RESULTADOS

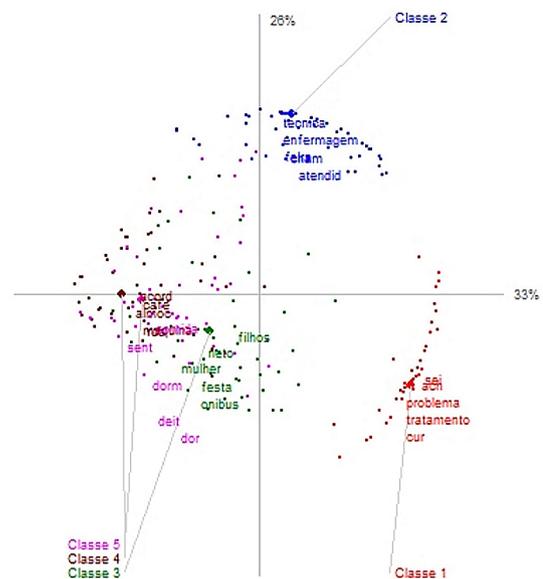
Em relação ao perfil sociodemográfico dos participantes, destacaram-se as características: 60% de mulheres; 50% casados; 50% entre 51 e 70 anos; 57% com renda familiar entre dois e três salários mínimos; 70% com ensino fundamental incompleto; 45% com tempo de lesão entre três e dez anos; 47% evangélicos; 90% sem prática de atividade física; 67% sem atividade profissional.

O *corpus* foi dividido em 679 UCE, e, em duas classificações hierárquicas descendentes, manteve a mesma subdivisão em dois blocos de classes, com um total de cinco classes lexicais e 63% de aproveitamento, conforme se visualiza na Figura 1. Nessa figura, observa-se que o bloco que reuniu as Classes 1 e 2 foi o primeiro a ser formado, representando 70% do *corpus*. Esse bloco se distanciou do bloco de Classes 3, 4 e 5, responsável por uma parcela menor do *corpus*, e que teve a Classe 5 como a de maior representatividade deste bloco.



Fonte: relatório Alceste.

Figura 1 - Processo de partição do *corpus*, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 2018



Fonte: relatório Alceste.

Figura 2 - Análise Fatorial de Correspondências Alceste, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 2018

Na Figura 2, observa-se a distribuição das classes no plano fatorial em dois eixos, o Eixo 1, na linha horizontal, que revelou as maiores cargas fatoriais (33%), e o Eixo 2, na linha vertical, que respondeu por 26%. Juntos, os dois eixos explicaram 59% da variância das UCE. Visualiza-se, ainda, a distribuição dos campos semânticos opostos nos dois eixos a partir das palavras com as maiores cargas fatoriais. Assim, no Eixo 1, no polo negativo à esquerda, estão os léxicos das Classes 4 e 5, que expressaram o cotidiano desses pacientes (acordo, café, almoço, máquina), e as repercussões físicas oriundas do impacto da doença (dor, deitado, sentado, dormir). Do lado positivo, estão os léxicos presentes na classe 1 (problema, tratamento, cura), que revelaram os desafios para acesso ao tratamento. No Eixo 2, no plano superior, os léxicos refletiram a atuação da enfermagem na aplicação das técnicas e tecnologias de cuidado (técnica, enfermagem, atendida - Classe 2), e no inferior, os impactos sociais (festa, ônibus, filhos - Classe 3), enfrentados pelos pacientes com úlceras.

Desta feita, o bloco das Classes 3, 4 e 5 mais próximo retratou a discussão acerca da QV de pacientes com úlceras vasculogênicas a partir do impacto da doença no cotidiano desses pacientes, das dificuldades enfrentadas e dos efeitos da doença na sua vida. Por sua vez, o bloco que reuniu as Classes 1 e 2 abordou a inserção do paciente no serviço de saúde em busca do tratamento da sua lesão, sendo os conteúdos dessas duas classes o foco deste artigo, em face do objetivo proposto.

No Quadro 1, estão os léxicos que integraram as Classes 1 e 2 na CHD, acompanhados do valor de Phi, seguido do número total em que foram mencionados nos *corpus* e sua porcentagem na classe.

A Classe 1 foi formada por 243 UCE e respondeu por 56% do *corpus* textual. Abarcou o discurso dos pacientes sobre a necessidade de se obter uma vida melhor através da cicatrização de suas feridas, estabelecendo a avaliação do serviço de saúde a partir da busca por um atendimento especializado. Na análise do Quadro 1, os léxicos tratamento e problema evidenciaram a necessidade que os pacientes referiram de cicatrizar sua ferida (problema) através do alcance de um tratamento diferenciado, algo que não estava disponível no serviço onde faziam seus curativos.

*O que eu queria era ficar boa, queria que houvesse um tratamento, uma solução, porque a gente não tem como pagar, você é obrigada a ficar dependendo do SUS, então eu gostaria muito de ter uma solução para isso. (UCE n° 455, Ind 21)*

*[...] mas se eu pudesse ter um tratamento melhor do que esse que eu tenho. Não que seja ruim, mas aqui é só por cima, melhora um pouco. (UCE n° 485, Ind 22)*

O paciente 22 definiu o atendimento como “superficial” quando usou o termo “só por cima”, visto que, na unidade, ele apenas realizava o curativo da ferida, sem conseguir outro tratamento específico. Essa análise se complementa pelos léxicos viver/ferida, demora/fechar. Percebe-se que as limitações impostas pela ferida impediram que os pacientes definissem suas vidas como algo bom; logo, para viverem melhor, precisam achar um tratamento que os levem a cura.

*Se alguém diz que vive bem com uma ferida igual a essa, não entendo, porque com essa ferida aqui não tem como, eu não posso fazer nada, eu já até me acostumei. (UCE n° 511, Ind 23)*

*Pouco antes desta ferida abrir, o mercado fechou e eu já estava sem trabalhar, então isso foi ruim, porque não deu nem para entrar pelo INSS porque eu não estava pagando. E quem hoje vai*

**Quadro 1** - Classificação Hierárquica Descendente Classes Alceste, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 2018

Classe 1				Classe 2			
Léxico	Phi	Nº total	Percent (%)	Léxico	Phi	Nº total	Percent(%)
Acha	0,29	87	87	Técnica	0,43	15	93
Problema	0,23	31	100	Enfermagem	0,43	15	93
Tratamento	0,20	33	100	Chama	0,38	9	100
Sei	0,19	56	83	Feira	0,29	12	80
Curar	0,19	25	100	Atendida	0,29	7	88
Dor	0,17	75	73	Perguntou	0,27	8	73
Melhor	0,17	32	83	Cheguei	0,26	5	100
Boa	0,16	21	95	Segunda	0,26	8	100
Viver	0,16	47	87	Sexta	0,24	7	75
Fechar	0,15	38	82	Pomada	0,22	12	53
Pessoa	0,15	45	77	Bota	0,21	12	50
Falta	0,14	25	85	Trocar	0,21	8	71
Ferida	0,14	59	72	Atadura	0,20	4	100
Angiologista	0,13	12	100	Uns	0,20	6	60
Pensar	0,13	16	89	Soro	0,20	4	80
Governo	0,13	12	100	Pai	0,19	8	50
Preocupação	0,10	12	90	Fez	0,17	3	75
Médico	0,12	68	70	Óleo	0,17	3	75
Remédio	0,11	45	71	Senhor	0,16	9	56
Condição	0,12	10	100	Disse	0,16	13	34
Reclamar	0,12	18	85	Vim	0,15	7	39
Dinheiro	0,12	28	79	Enfermeira	0,15	8	39
<b>Variáveis:</b> sexo feminino; estudou até o ensino médio; tem entre 3 e 10 anos de lesão; não solteiro; de 51 a 70 anos de idade.				<b>Variáveis:</b> masculino; solteiro; estudou até o ensino fundamental; tem até dois anos de lesão; mais de 70 anos de idade; possui religião.			

Fonte: relatório Alceste.

*contratar alguém nessa situação, com saúde já está ruim, doente, imagine doente. Para viver bem, viver melhor, não tem como, com isso aqui, não tem como. (UCE n° 529, Ind 24)*

*E é uma coisa atrás da outra, essa ferida abriu rápido, quando eu vi, já estava enorme, agora está fechando, está melhorando, mas demora tanto, então eu acho que, para viver bem, não se deve ter uma ferida como essa. (UCE n° 530, Ind 24)*

*Não, é impossível, não tem como ser feliz assim, porque viver bem e estar feliz, ninguém pode ser feliz estando doente assim, sem poder fazer nada [...] estou há anos com essa ferida e ninguém consegue me ajudar. Interfere, sim, tenho esse problema há quinze anos e só me aposentei há cinco anos, por dez anos, não consegui emprego. (UCE n° 609, 616, Ind 27)*

A recorrência da ferida e o longo tempo de lesão geram, diante das idas e vindas do itinerário terapêutico, a busca por alguém que os ajudem a resolver esse problema. Neste sentido, os léxicos consulta, médico e angiologista se referiram ao desejo do paciente de conseguir uma consulta com o especialista, alguém estudioso que entenda deste assunto.

*Eu precisava de um médico especialista, que aqui não tem angiologista, para saber o tratamento certo, o remédio certo. É difícil, um médico especializado para definir um tratamento melhor, e uma ajuda melhor do governo. (UCE nº 535, lnd 24)*

*Falta muita coisa, o remédio para passar essa dor e eu movimentar meu dia. Tirar a dor seria o mais importante para melhorar minha vida. Encontrar um médico que entenda do assunto, o angiologista, já passei por vários médicos. (UCE nº 432, lnd 20)*

Um dos aspectos que os pacientes pontuaram foi a falta de insumos, que traz prejuízos na cicatrização de suas feridas, como se vê no emprego dos léxicos remédio, recurso e material. Embora muitos pacientes tenham considerado o atendimento muito bom por parte dos profissionais, a falta de insumo compromete a qualidade do serviço de saúde.

*Sei lá, devia ter mais meios aqui, mais material para ajudar a fechar, eu acho que isso falta aqui. (UCE nº 20, lnd 11)*

*Como eu estava falando, falta é insumo, como vocês dizem. Recursos materiais, falta remédio, curativos, exames, estou há mais de um ano para fazer um exame, eu ia lá para o centro da cidade, fechou aquele negócio de exame, eu estou esperando e nisso a gente vai esperando, a vida vai passando e não fico boa nunca. (UCE nº 556, lnd 25)*

Diante das dificuldades e limitações do serviço de saúde, da demora para a cicatrização da lesão, verificou-se um sentimento de desesperança em alguns pacientes sobre a possibilidade de alguém ajudar, com apego à religião, para conviver com a ferida.

*Você não pode ir à praia, não pode ficar à vontade, não posso ir a uma piscina, muitos convites que você não pode ir, eu não posso. Perder a perna através desta ferida que eu tenho. Só tem uma pessoa que pode me ajudar, Deus. Para curar isso aqui, só um milagre mesmo, não tem ninguém que pode me ajudar. (UCE nº 320, lnd 16)*

Na Classe 2, o aparecimento dos léxicos técnica/enfermagem como os de maior associação a essa classe permitiu afirmar que, na relação que os pacientes estabelecem com o serviço de saúde para o tratamento da sua lesão, os profissionais de enfermagem foram considerados referência. Assim, foram avaliados positivamente pelos pacientes na prestação do atendimento, particularmente pela técnica de enfermagem na realização do curativo.

*Daqui não tenho o que falar, a primeira vez que me internei vim para a clínica, e eles aqui me passaram antibióticos e comecei a fazer os curativos, a técnica que faz os curativos chamou o médico e disse: "Está muito quente!". (UCE nº 66, lnd 03)*

*O serviço é bom, sempre sou atendida, até na greve vim para buscar o que eu tinha aqui e me deram, sempre a técnica de enfermagem*

*que me passa as coisas, muda o curativo para cá, muda para lá, usa essa pomada, usa outra [...]. (UCE nº 657, lnd 29)*

Evidenciou-se, ainda, que o emprego dos léxicos segunda/ sexta/feira retratou a rotina de ida diária dos pacientes à Clínica da Família para a realização de seus curativos. Aos finais de semana, os próprios pacientes executam seus curativos com o material fornecido pelos profissionais.

*E de segunda a sexta, aqui, sábado, domingo e nos feriados, eu tenho que fazer o curativo em casa. Eu mesmo que faço, passo só o óleo, aqui elas colocam pomada, segunda-feira tem que voltar aqui de novo, de segunda a sexta-feira. (UCE nº 7, lnd 01)*

*Quando eu venho, eu tiro e, em casa, eu faço sábado e domingo, mas quando eu fazia na minha casa antes de vir para o posto, estava tudo inflamado, tudo ruim o pé, eu não sei o porquê, eu comprava luva estéril, gaze, atadura [...]. (UCE nº 169, lnd 10)*

Houve um reconhecimento da importância do atendimento feito pela equipe de enfermagem e dos efeitos clínicos positivos alcançados a partir do emprego das técnicas e tecnologias para o restabelecimento da integridade da pele pelos profissionais, como se visualiza na utilização dos léxicos pomada, bota, óleo, soro, atadura, trocar. Assim, a melhoria dos sintomas e a regressão da evolução da ferida refletiram a atuação deste profissional no auxílio à cicatrização da lesão.

*O vizinho disse: "Vai, que agora você faz curativo lá!". Eu senti melhora, isso que ela bota, a dor já melhorou. Doía muito, fazia em casa, a pomada dela tira um pouco a dor, melhorou bem. Em casa, gastava muito, comprava aquele pacote de gaze, até o óleo comprava na casa dos médicos, pomada que é cara [...]. (UCE nº 91, lnd 04)*

*A pomada que eu usei, ela disse: "Daqui a uns dois dias, você para de usar e começa a usar o óleo de girassol e acabou.". É muito importante, todo dia estou aqui de manhã, minha filha fala todos os dias: "Pai, você já foi lá? Não, eu estou indo agora!". Ela diz: "Senão vou te buscar se o senhor não for!". (UCE nº 346, lnd 17)*

*A ferida fechou, está ótimo, só isso. Na área médica, as enfermeiras, psicóloga não é necessária para mim, entendeu, só na área mesmo das meninas que cuidam do curativo, as enfermeiras ótimas daqui, que me ajudam muito. (UCE nº 398, lnd 19)*

Por outro lado, os léxicos atendida/atendeu também se aproximaram dos léxicos enfermeira/hospital presentes nessa classe, e se relacionaram aos momentos em que houve alguma complicação decorrente da ferida que levou o paciente a buscar atendimento hospitalar. Os discursos denotaram insatisfação com o atendimento em tais unidades.

*Fui para o hospital, pensei, eles vão me internar porque não estou aguentando, fui atendida na triagem pela enfermeira e ela falou que meu caso era Clínica da Família, nem para me darem um analgésico [...] eu perguntei para a enfermeira: "Nem vão me dar um remédio para melhorar minha dor?" Ela disse: "Não!" Em março, quando surgiu a erisipela bolhosa, fui lá no hospital, a médica que me atendeu me fez tirar o curativo, eu estava sozinha. (UCE nº 60/61, lnd 03)*

## DISCUSSÃO

Os dados indicaram que a reconfiguração da vida dos pacientes a partir da presença da úlcera orientou a organização das suas RS sobre a QV. Essa reconfiguração se explicou pela presença e intensidade das manifestações clínicas da doença, em especial a dor, que implicou alteração das atividades cotidianas. Com isso, a construção do pensamento pelos pacientes sobre a sua QV foi orientada pelos afetos negativos.

Ao pensar sobre a dimensão dos afetos na elaboração das RS, destaca-se que o cotidiano gera uma grande mobilização afetiva. Os afetos são “a coloração emotiva que impregna a existência humana e em particular a relação com o mundo”<sup>(14)</sup>. Abarcam os sentimentos, que incluem os estados de ânimo (ansiedade, depressão) e as avaliações (positivo/negativo); e as emoções, fenômeno que pode interromper o fluxo normal da cognição e ação (medo/raiva)<sup>(14)</sup>.

Por sua vez, o pensamento cotidiano é construído a partir da tensão das situações diárias, das pessoas que estarão presentes nessas situações, da tarefa a executar, ou seja, das demandas pragmáticas da existência social. Nessas ocasiões, a expressão do pensamento em prescrições e juízos não é indiferente ao outro, ao contrário, parte-se do entendimento de que nossas ações vão nos afetar porque vão atingir os outros. Assim, o cotidiano promove os afetos, “que nos sacode e nos coloca em outro estado de ser, que nos empurra para a ação”<sup>(14)</sup>.

Os afetos se dão, portanto, no cotidiano da relação com o mundo e com o outro<sup>(14)</sup>. Na pesquisa em tela, os pacientes com úlceras vasculogênicas não podiam se expressar plenamente nesse cotidiano, já que não realizavam as atividades com independência, não conseguiam trabalhar e nem participavam de atividades sociais e de lazer.

Logo, partindo do entendimento de que o conceito de QV compreende a percepção da pessoa sobre as diferentes dimensões da sua vida, considerando o contexto em que está inserida, seus interesses e valores<sup>(1)</sup>, a presença da úlcera comprometeu as dimensões do ser, do pertencer e do tornar-se da QV dos pacientes. Isso explicou seus afetos negativos, em face da perda da autonomia do processo de viver advinda da reconfiguração do cotidiano com a úlcera.

Assim, a QV foi objetivada na imagem de “estar feliz”, o que significava independência para executar suas atividades. Por sua vez, pela sua condição, resultou na construção de uma imagem da sua QV, que foi o contraponto da felicidade. A objetivação é um dos processos de formação das RS que atribui uma dimensão imagética ao objeto apresentado à compreensão, de modo que o que era desconhecido se torne algo objetivo, naturalizado, assumindo o contorno de real, com concretude, palpável. A estrutura imagética das RS se torna guia de leitura e, por generalização, teoria de referência para se compreender a realidade<sup>(15)</sup>.

Esses sentimentos negativos que orientaram as RS sobre a QV corroboram os resultados de outros estudos. Um deles objetivou descrever os impactos sociais negativos e os prejuízos à QV dos pacientes com úlceras venosas crônicas nas pernas. Os resultados apontaram que os pacientes experimentaram sentimentos negativos como vergonha, solidão, frustração, com níveis mais altos de depressão e ansiedade<sup>(5)</sup>. Outra investigação avaliou a ansiedade, depressão, autoestima e solidão em 102 pacientes com úlceras de perna. Os pacientes apresentaram escores mais altos na escala

de ansiedade e depressão em relação aos pacientes saudáveis<sup>(6)</sup>.

Além do papel dos afetos na elaboração das RS, para se compreender os elementos e relações contidos em uma representação, uma das questões que é necessária responder é: “quem sabe, e a partir de onde sabe?”, a qual conduz a apreensão das condições de produção das RS, isto é, explicar o sentido que os grupos atribuem ao objeto representado<sup>(15)</sup>.

Parte-se, assim, do entendimento de que toda representação se origina de um “alguém”, que é um sujeito social, imerso em condições específicas de seu espaço e tempo, referindo-se a um objeto. As condições de produção expressam a cultura, no sentido amplo e restrito, a comunicação e linguagem (intragrupos, entre grupos e massas), e a inserção econômica, institucional, educacional e ideológica. Dessa forma, as condições de produção reafirmam a marca social das RS<sup>(15)</sup>.

Na pesquisa em tela, a análise das condições de produção recai sobre o contexto social de inserção do paciente em relação ao serviço de saúde, com vistas a aprofundar a compreensão psicossocial da QV. Nessa análise, verificaram-se fragilidades no atendimento às demandas de saúde dos pacientes, as quais relacionaram-se às dificuldades de acesso a um médico especialista, principalmente para a indicação da terapêutica adequada para a cicatrização da úlcera.

Tal dificuldade de acesso se aliou às de infraestrutura em relação aos recursos materiais, que resultou em um atendimento que foi classificado pelos participantes como superficial, com trocas de coberturas e escolhas de terapêuticas que nem sempre tinham bons resultados. Com essa falta de resultados clínicos e o longo tempo de ferida, alguns pacientes adotaram comportamentos mais passivos, desmotivados no cuidado consigo, na crença de que só um milagre podia ajudar.

Por outro lado, observou-se a valorização do acompanhamento pela equipe de enfermagem da sala de curativo que, ao empregar as técnicas e tecnologias de cuidado, contribuiu para o alívio dos sintomas, principalmente a dor, a melhora do aspecto da lesão e o estabelecimento de vínculo com o paciente. Em face desse reconhecimento, alguns pacientes agiram proativamente indo à clínica para realizar o curativo e fortaleceram o vínculo com a equipe. Pontua-se, contudo, que a presença do enfermeiro na sala de curativos ocorria apenas quando se identificava alguma alteração específica que demandava a avaliação da lesão por este profissional, o que limitou o potencial deste profissional na realização de intervenções multidisciplinares com vistas à melhoria da QV do paciente.

Pelo exposto, as fragilidades no atendimento do paciente no serviço de saúde onde estavam cadastrados se articularam com a vivência de cunho negativo oriunda das dificuldades do cotidiano com a úlcera, as quais contribuíram para os afetos negativos que orientaram as RS sobre a QV. Para aprofundar a análise desse dado, apresentam-se resultados de pesquisas que ratificam as dificuldades de acesso ao atendimento especializado por esta clientela nos serviços de saúde.

Exemplo é o estudo que analisou a oferta de consultas especializadas pelo SUS em uma região de saúde do Paraná. Uma das especialidades de maior dificuldade de acesso foi a vascular, considerada oferta inexistente/vazio assistencial, situação agravada pela carência de especialistas, dependência do setor privado e redução da participação pública na oferta de serviços<sup>(20)</sup>.

Já na investigação que caracterizou o tratamento de 58 pacientes com úlceras venosas, 56,9% indicaram que recebiam atendimento do técnico ou auxiliar de enfermagem, do enfermeiro e do médico; 24,1% recebiam apenas do técnico/auxiliar de enfermagem, sem a participação do enfermeiro; 8,6% eram atendidos exclusivamente pelo enfermeiro e pelo médico; e 7,0% recebiam atendimento apenas do técnico ou auxiliar, não havendo avaliação do enfermeiro e do médico. Dentre os que dispunham de acompanhamento médico, 67,2% referiram seguimento com o angiologista<sup>(21)</sup>.

Nesse contexto, as pesquisas reiteram a importância da atuação da equipe de enfermagem e, em particular, do enfermeiro, no cuidado a esta clientela. É o caso de investigação do efeito das orientações em saúde pelo enfermeiro na capacidade funcional de 16 pessoas com úlceras venosas acompanhados com realização de curativo no domicílio e orientações sobre o tratamento da lesão. A consulta de reavaliação quanto ao equilíbrio e marcha dos pacientes apontou que dos nove domínios que compõem a avaliação do equilíbrio, houve melhora de oito deles. Na marcha, dos sete domínios avaliados, houve melhora em cinco deles. As orientações proporcionaram melhora na QV dos participantes, potencializando a sua autonomia e inserção social<sup>(22)</sup>.

Isso evidencia a relevância do conhecimento do enfermeiro no manejo desses pacientes, que possui especificidades conforme a tipologia da úlcera. Acerca desse aspecto, destaca-se que as úlceras arteriais resultam de um bloqueio completo ou parcial do fluxo arterial para as pernas ou pés, que provoca isquemia e leva à formação da ferida. As lesões são mais profundas, com base amarelada ou necrose, formato irregular e baixo exsudato, ocasionando dor claudicante, pior à noite e em repouso, além de membros frios e pulso pedioso anormal<sup>(3)</sup>. Nas venosas, o principal fator etiológico é a insuficiência venosa crônica por incompetência valvular, que desencadeia a estase venosa, edema e leva ao desenvolvimento da úlcera. São superficiais, com presença de tecido de granulação e fibrina, exsudato moderado a elevado e dor latejante que melhora com o repouso<sup>(3)</sup>.

Logo, entende-se que a atuação do enfermeiro nessa área pode influenciar no sucesso terapêutico e na percepção da QV. Por outro lado, a menor participação do enfermeiro na atuação direta junto ao paciente e o preparo insuficiente da equipe comprometem a cicatrização das lesões, contribuindo para o sofrimento biopsicossocial dos pacientes e familiares, com impactos na QV<sup>(23)</sup>.

É o que ressaltou pesquisa sobre as características profissionais de 218 trabalhadores de enfermagem que atendiam pessoas com úlceras vasculares em salas de curativo. Evidenciou-se que, deste quantitativo, 58,3% nunca realizaram atualização em avaliação e tratamento de feridas, 40,7% com pouca experiência na área. A maioria dos enfermeiros (90,6%) participava apenas quando chamado, sendo os cuidados feitos por técnicos de enfermagem<sup>(23)</sup>.

Outra pesquisa sinalizou a importância da formação especializada comparando o uso de informações clínicas para gerenciar as úlceras venosas e os níveis de precisão ao realizar os diagnósticos e julgar a necessidade de tratamento entre enfermeiros especialistas em integridade da pele e generalistas em atenção comunitária no Reino Unido. O uso dos sinais clínicos foi semelhante nos dois grupos, mas os especialistas foram mais precisos ao julgarem o diagnóstico e tratamento<sup>(24)</sup>.

## Contribuições para a área da saúde e da enfermagem

As RS identificadas retrataram a importância dos profissionais de saúde na assistência às demandas subjetivas e objetivas de saúde dos pacientes com úlceras vasculogênicas e os reflexos dessa assistência na construção simbólica sobre a QV. Assim, compreender tais reflexos possibilita delinear ações em vista da melhoria da QV do paciente, de modo que ressignifique esse fenômeno.

Neste sentido, em face do contexto social, sugere-se a ampliação do acesso ao atendimento médico especializado e, principalmente, a ampliação da inserção do enfermeiro estomaterapeuta, cujos conhecimentos científicos aprofundados e uma visão integral do paciente podem contribuir na aplicação de tecnologias no cuidado de enfermagem, com potenciais benefícios à QV do paciente.

## Limitação do estudo

Houve dificuldade na captação dos pacientes, pela interrupção do atendimento na unidade estudada, o que limitou ampliar o quantitativo de participantes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As fragilidades do contexto da assistência à saúde aos pacientes contribuíram para exacerbar a reconfiguração do cotidiano que a ocorrência da úlcera implica pela presença da dor e restrições físicas, influenciando na RS sobre a QV dos pacientes com úlceras vasculogênicas. Assim, a RS foi marcada por afetos que expressaram o contraponto da felicidade e ações que refletiram, de um lado, o desejo por uma vida melhor e, do outro, a desmotivação frente à falta de resultados terapêuticos.

Esses resultados realçam a experiência dos pacientes com úlcera vasculogênica, seus afetos, a dimensão da informação e os sentidos conferidos por eles a partir de sua trajetória de vida, bem como suas perspectivas de ação. Assim, evidenciam que, apesar de estarem em grande número dentro das unidades de saúde, ainda enfrentam a invisibilidade das suas demandas integrais de cuidado. Desta feita, os dados indicam a necessidade de se valorizar as demandas técnico-instrumentais dos pacientes com úlceras vasculogênicas que se reportam à dimensão biológica da terapêutica clínica, mas também de se reconhecer a importância da interação e da escuta no cuidado na apreensão dos sentidos dados à vivência do processo saúde-doença para compreender os seus modos de enfrentamento.

Então, as informações produzidas servem para que tais profissionais qualifiquem a assistência aos pacientes acometidos por úlceras vasculogênicas, partindo da reflexão crítica sobre a adoção de atitudes assistenciais comprometidas com seu o bem-estar. Além disso, fomentam o desenvolvimento e aplicação de tecnologias de cuidado-educação que (re)construam informações, afetos e sentidos alicerçados em estigmas, tabus e estereótipos, trazendo melhorias na QV dessa clientela.

## FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## REFERÊNCIAS

1. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Fis Esporte*. 2012;26(2):241-50. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>
2. Joaquim FL, Silva RMCRA, Garcia-Caro MP, Cruz-Quintana F, Pereira ER. Impact of venous ulcers on patients' quality of life: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):2021-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0516>
3. Agale SV. Chronic leg ulcers: epidemiology, aetiopathogenesis and management. *Ulcers*. 2013;2013:1-9. <http://doi.org/10.1155/2013/413604>
4. Cruz CC, Caliri MHL, Bernardes RM. Epidemiological and clinical characteristics of people with venous ulcers attended at municipal health units. *ESTIMA Braz J Enterostomal Ther*. 2018;16:e1218. <https://doi.org/10.30886/estima.v16.496>
5. Platsidaki E, Kouris A, Christodoulou C. Psychosocial aspects in patients with chronic leg ulcers. *Wounds*. 2017;29(10):306-10. <https://doi.org/10.25270/wnds/2017.10.306310>
6. Kouris A, Armyra K, Christodoulou C, Sgontzou T, Karypidis D, Kontochristopoulos G, et al. Quality of life psychosocial characteristics in Greek patients with leg ulcers: a case control study. *Int Wound J*. 2016;13(5):744-7. <https://doi.org/10.1111/iwj.12363>
7. Peart J. Influence of psychosocial factors on coping and living with a venous leg ulcer. *Br J Community Nurs*. 2015;20(suppl 6):S21. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.Sup6.S21>
8. Lentsck MH, Baratieri T, Trincaus MR, Mattei AP, Miyahara CTS. Quality of life related to clinical aspects in people with chronic wound. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03384. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017004003384>
9. Salomé GM, Almeida SA, Pereira MTJ, Massahud Júnior MR, Moreira CNO, Brito MJA, et al. The impact of venous leg ulcers on body image and self-esteem. *Adv Skin Wound Care*. 2016;29(7):316-21. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000484243.32091.0c>
10. Silva MH, Jesus MCP, Tavares RE, Caldeira EAC, Oliveira DM, Merighi MAB. Experience of adults and older people with adherence to venous ulcer care. *Rev Gaucha Enferm*. 2019;40:e20180024. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180024>
11. Tavares APC, Sá SPC, Oliveira BGRB, Sousa AI. Quality of life of elderly patients with leg ulcers. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20170134. <https://doi.org/10.1590/21779465EAN20170134>
12. Castro A, Giacomozzi AI, Camargo BV. Representações sociais, zona muda e práticas sociais femininas sobre envelhecimento e rejuvenescimento. *Estud Interdiscip Psicol*. 2019;9(2):58-77. <https://doi.org/105433/2236-64072016v9n1p58>
13. Oliveira AC, Rocha DM, Bezerra SMG, Andrade EMLR, Santos AMR, Nogueira LT. Quality of life of people with chronic wounds. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(2):194-201. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900027>
14. Arruda A. Meandros da teoria: a dimensão afetiva das representações sociais. In: Almeida AMO, Jodelet D, organizadores. *Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*. Brasília, DF: Thesaurus; 2009. p 83-102.
15. Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. *Representações sociais: um domínio em expansão*; p.17-44.
16. Wellborn J, Mocerri JT. The lived experiences of persons with chronic venous insufficiency and lower extremity ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014;41(2):122-6. <https://doi.org/10.1097/WON.000000000000010>
17. Monte BKS, Moura ECC, Costa JP, Silva GRF, Lopes VCA. Quality of life of patients with vasculogenic ulcers in outpatient treatment. *Rev Rene*. 2018;19:e3286. <https://doi.org/1015253/217567832018193286>
18. Enhancing the QUALITY and Transparency Of health Research. *Equator-network.org* [Internet]. University of Oxford; 2019[cited 2019 Aug 23]. Available from: <http://www.equator-network.org/>
19. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual* [Internet]. 2017[cited 2018 Jan 31];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
20. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Jr L, Nunes EFPA. Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: a case study. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(4):1109-20. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>
21. Sant'Ana SMSC, Bachion MM, Santos QR, Nunes CAB, Malaquias SGM, Oliveira BGRB. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(4):637-44. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400013>
22. Moraes IM, Joaquim FL, Camacho ACLF. Efeito das orientações em saúde na capacidade funcional de pessoas com úlceras venosas. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2017[cited 2019 Dec 12];33(2):11p. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1082>
23. Santana AC, Bachion MM, Malaquias SG, Vieira F, Carneiro DA, Lima JR. Caracterização de profissionais de enfermagem que atendem pessoas com úlceras vasculares na rede ambulatorial. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(6):821-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600002>
24. Adderley UJ, Thompson C. A comparison of the management of venous leg ulceration by specialist and generalist community nurses: a judgement analysis. *Int J Nurs Stud*. 2016;53:134-43. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.002>