

Impacto da ferida crónica

- Caracterização da população de doentes com ferida crónica em tratamento domiciliário da Freguesia de S. Domingos de Benfica

Guilhermina Ribeiro*, Dulce Cabete**

Resumo

Entender o impacto da ferida crónica nos cuidados continuados na área geográfica da Unidade de Saúde de Familiar Tílias (USFT) na freguesia de S. Domingos de Benfica, Lisboa, surgiu da necessidade de aprofundar o conhecimento face a esta população de forma a minorar os vários obstáculos sociais de redes de apoio e com isso poder estabelecer parcerias com outras entidades, com o objectivo de reduzir o possível isolamento do portador de uma ferida crónica, maioritariamente recorrente e com elevada morbilidade. Este trabalho tem como objectivo avaliar o impacto da ferida crónica na população de doentes tratados no contexto de cuidados continuados/ visitação domiciliária, inscritos na USFT. Trata-se de um estudo descritivo baseado nos pressupostos do método qualitativo de investigação, com abordagem metodológica, o estudo caso de um pequeno grupo de uma comunidade, neste caso colectivo. Desenvolvido no período de Fevereiro a Julho de 2008. Para a recolha dos dados, utilizei o questionário. Os passos metodológicos prosperaram o conhecimento mais profundo do impacto que tem uma ferida crónica, nesta amostra. Os vários itens do questionário abordam questões que nos ajudaram a aprofundar conhecimentos sobre os seus dados biográficos e de saúde em geral, permitiram avaliar a autonomia do doente com ferida crónica assim como o impacto da doença e por último, efectuar uma avaliação social da população do estudo.

Palavras-Chave: Idoso. Ferida crónica. Impacto da doença. Avaliação global da autonomia. Caracterização Social.

Trabalhar nos cuidados de saúde primários começou com grande expectativa e vontade de desempenhar um bom trabalho, um desafio. Sabia que a população de S. Domingos de Benfica era maioritariamente idosa e conhecer esta população, os seus antecedentes pessoais, familiares e sociais. Tornou-se numa finalidade com o desígnio de melhorar a nossa intervenção (USF Tílias) e a minha, como enfermeira recentemente chegada aos cuidados de saúde primários. A Unidade de Saúde Familiar já a funcionar desde Janeiro de 2007, projectou a organização de uma equipa que intervisse junto das famílias nas suas habita-

ções, a criação de um grupo de trabalho para assistência comunitária. Inicialmente abrangente apenas à área do Bairro das furnas e posteriormente alargada a toda a população da área de intervenção da USF Tílias, S. Domingos de Benfica, Lisboa. A formação deste grupo foi cautelosa, necessária e exigente, aspirando a criação de redes de apoio eficazes de ajuda, atendendo à situação da actual rede de apoio comunitário. Foi compreendendo esta problemática que achei pertinente desenvolver um projecto em que ambiciono contribuir para a caracterização da população dos cuidados continuados da área de S. Domingos de Benfica, especificamente a população com ferida crónica. Surgem as perguntas: Até que ponto a existência maioritariamente recorrente de uma ferida crónica tem um impacto importante na vida das pessoas?

*Enfermeira a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar Tílias, Agrupamento I, Lisboa.

guisintra@hotmail.com

**Professora adjunta da ESS-IPS

dcabete@ess.ips.pt

Ao respondermos a esta questão poderemos contribuir para a melhoria das redes de suporte existentes de forma a minorar o seu isolamento? Será apenas um ponto de partida para aprofundar o conhecimento desta população e criar redes de apoio social na freguesia de forma a colmatar as várias lacunas existentes da actual rede de cuidados continuados.

“O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas”¹.

Os progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tiveram um papel fulcral no aumento da esperança de vida e a realidade é que o nosso País não tem redes

de suporte social que apoie com eficácia a população mais idosa. É necessário mudar comportamentos e atitudes da população em geral, formar os profissionais de saúde e criar outros campos de intervenção social enquadrando-os nas novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e ajustando-as às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada². De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, ao serem criadas redes de suporte social em articulação com a rede de cuidados continuados, podemos atingir uma melhoria da qualidade de vida dos mais idosos, através da manutenção da autonomia e da recuperação global das pessoas idosas, no seu domicílio³.

O efeito conjunto da diminuição da mortalidade e da diminuição da natalidade traduz-se no progressivo envelhecimento da população portuguesa (projeções demográficas da Eurostat, Portugal 2005- 2050) o que aumenta o grau incapacidade e por conseguinte de dependência da população muito idosa. Por outro lado em Portugal o rácio de enfermeiro comunitário por habitante é bai-

xo, em 2002 de 403,7% por 100.000 habitantes. Contudo os cuidados domiciliários são uma alternativa na assistência de saúde. À base da experiência Mundial conclui-se que essa actividade pode, com o tratamento no domicílio, diminuir o risco de infecção hospitalar, evitar a perda do contacto com a família, reinternamentos e reduzir os custos gastos no internamento⁴. Das demais vantagens refiro uma, o enfermeiro comunitário ao entrar no ambiente do doente, no seu domicílio, proporciona um maior grau de satisfação e harmonia do doente/família.

Como está subentendido, os cuidados continuados estão ao encargo dos enfermeiros. Ao trabalhar directamente na comunidade podemos identificar outros problemas que vão além da resolução da doença aguda.

Em suma, se não podemos melhorar o rácio enfermeiro/doente nos cuidados domiciliários mas, podemos tentar melhorar a nossa prestação proporcionando um serviço diferenciado e abrangente prefigurando um plano assistencial ao doente e suas famílias, eficaz.

A nossa população em tratamento domiciliário, idosa, apresenta maioritariamente uma ou mais ferida (s) crónica (s). Feridas de várias etiologias com elevada recorrência na maioria dos casos. Antes de efectuar o estudo o grupo de cuidados continuados/visitação domiciliária tinha a noção que esta população alvo, apresentava-se menos autónoma mas, até que ponto a nossa suspeita seria real, o estudo permitirá compreender melhor essa questão com exactidão.

Entende-se por ferida crónica, “qualquer lesão que dê origem a uma quebra da continuidade da pele”, pode ter várias origens, traumática, intencional, isquémica e de pressão⁵, por outro lado, “Fower (1990), definiu uma ferida crónica como aquela em que há défice de tecido em resultado de um dano ou lesão de longa duração ou de frequente recorrência. Apesar dos cuidados

médicos e de enfermagem, elas não cicatrizam facilmente, é mais provável que ocorra nos idosos e naqueles com problemas multisistémicos”⁶. “A cicatrização da ferida pode ser definida como o processo fisiológico através do qual o organismo restaura e restabelece as funções dos tecidos lesionados. Isto envolve uma série de eventos complexos que estão interligados e dependentes uns dos outros”⁷. É do conhecimento científico que o estado geral de saúde pode condicionar a vulnerabilidade do indivíduo para aumentar o tempo de cicatrização. A idade é um desses factores que pode contribuir para incrementar esta vulnerabilidade, como se verificou num estudo desenvolvido em 1996 durante quatro semanas por Bergstrom e colaboradores, em que estudaram a incidência das úlceras de pressão numa amostra de 843 doentes de uma diversidade de serviços de saúde e descobriram que quem desenvolvia com maior facilidade úlceras de pressão eram significativamente mais velhos do que aqueles que não as desenvolviam⁸. Com a idade ocorre uma diminuição dos processos metabólicos, da vascularização, da elasticidade da pele e da formação de colagénio o que prolonga o tempo de cicatrização. Por outro lado, a diminuição da espessura da pele do idoso proporciona o aparecimento de lesões de continuidade, assim como a susceptibilidade aos factores mecânicos. Inúmeros estudos constataam que os doentes com mais de 65 anos têm uma probabilidade seis vezes maior de desenvolver infecção numa ferida cirúrgica limpa, do que uma criança de idade inferior a 14 anos. Constatou-se também, uma maior incidência de doentes com idade superior a 55 anos com feridas infectadas⁹. A importância de compreendermos os antecedentes pessoais ajuda-nos a perceber melhor a cicatrização possível da ferida crónica em causa. É frequente nestes doentes existirem problemas multifactoriais que lhes afectam a capacidade de cicatrização. Alterações resultantes da diminuição da perfusão tecidual, doenças circulatórias como a

anemia, doença vascular periférica e arteriosclerose; doenças do foro respiratório, como a doença pulmonar crónica obstrutiva a bronquite e a pneumonia; doenças metabólicas, tais como a diabetes mellitus, a insuficiência hepática e renal; doenças de má absorção, com é o caso da doença de Crohn; doenças que alterem a mobilidade, como a paraplegia, hemiplegia e neuropatia e por fim as doenças do foro imunológico, como o síndrome de imunodeficiência adquirida, carcinoma ou a artrite reumatóide¹⁰.

Após percebermos a nossa dúvida, estabelecemos o objectivo geral de contribuir para a caracterização da população da freguesia de S. Domingos de Benfica, no âmbito dos cuidados continuados, traçamos outros objectivos parcelares, que são respectivamente, conhecer a prevalência de doenças concomitantes dos doentes com ferida crónica, conhecer o grau de dependência do doente portador de ferida crónica em tratamento domiciliário, contextualizar as famílias da freguesia de S. Domingos de Benfica, quanto ao suporte social e económico e futuramente, calcular a taxa de prevalência de úlceras no domicílio, monitorizar o tratamento e eficácia do mesmo em doentes com ferida crónica em tratamento domiciliário e com este conhecimento mais profundo da população em tratamento domiciliário da freguesia de Lisboa em questão, estabelecer parcerias estratégicas na Comunidade, com a finalidade de dar apoio às famílias mais carenciadas ou aos idosos sem rede de suporte familiar.

Como já foi referido a população alvo determinada neste estudo são todos os doentes com ferida crónica em tratamento domiciliário da área de S. Domingos de

¹Direcção - Geral da Saúde. (07/2004).

²idem

³ibidem

⁴Jorge, Sílvia. & Dantas, Sónia. (2003)

⁵Dealey, Carol. (2006).

⁶idem

⁷Coelho, Catarina., Cunha., Dinis, Ana. & Rocha, Marília. (2006).

⁸Dealey, Carol. (2006).

⁹Coelho, Catarina., Cunha., Dinis, Ana. & Rocha, Marília. (2006).

¹⁰Coelho, Catarina., Cunha., Dinis, Ana. & Rocha, Marília. (2006).

Benfica, Lisboa, utentes da USF Tílias. O estudo como já foi supramencionado tem a finalidade de perceber qual o impacto da ferida crónica nas vidas destes utentes. Durante o mês de Março de 2008, mês em que estava destacada para a visita domiciliária, a população em tratamento domiciliário com ferida crónica perfazia um total de 7 doentes e apenas um destes apresentava uma úlcera por pressão, por esse motivo não desenvolvi o objectivo inicialmente proposto de cálculo da taxa de prevalência de úlceras no domicílio. Para a recolha e tratamento de dados, utilizei como instrumento um inquérito da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, onde recolhi informação sobre os seus antecedentes pessoais, familiares e situação social de cada utente/ doente portador de ferida crónica. Foram preenchidos 7 inquéritos respeitando a confidencialidade dos intervenientes no estudo, através do preenchimento de um formulário de consentimento pelos próprios ou pelo cuidador nas situações em que o próprio não apresentava condições físicas e ou psicológicas para o fazer. A população alvo, maioritariamente feminina, integra um conjunto de 6 elementos e a completar o grupo, 1 elemento do sexo masculino, todos portadores de ferida crónica.

METODOLOGIA

Como já referi a USF Tílias a funcionar desde Janeiro de 2007 tinha em mente a criação de um grupo funcional que assistisse a população da área de S. Domingos de Benfica, Lisboa. Na primeira fase do projecto limitada ao Bairro das Furnas dessa mesma freguesia mas alargada posteriormente após ultrapassadas questões do foro logístico, a toda a freguesia, contudo o nosso plano assistencial apenas apresenta critérios de assistência e que em função dos mesmos os doentes podem ser tratados pelo grupo da USF Tílias ou pelo grupo de cuidados continuados do Centro de Saúde de Sete Rios. Depois de torneadas algumas ques-

tões preambulares de recursos para o desempenho dessa nova actividade; surge a necessidade de se aprofundar conhecimentos sobre a mesma população de forma a melhorar a prestação dos nossos cuidados assistenciais. Constatamos que a rede de apoio na Freguesia é insuficiente para as necessidades de uma população envelhecida e em algumas situações, com frágil apoio familiar, muitas vezes ausente ou com fracos recursos económicos. Para que se pudesse prestar um serviço visando colmatar as necessidades desta população seria necessário caracterizar através de um estudo mais científico a mesma. O estudo é qualitativo, experimental porque o mesmo se baseia em fontes múltiplas de dados, é descritivo, de investigação por meio de procedimentos e metodologias de natureza científica com vista a entender como as pessoas equacionam e agem, constituindo-se, portanto numa tarefa científica e não filosófica¹¹. Com abordagem metodológica, o estudo caso. Este método pode ser aplicado no domínio da saúde porque com alguma facilidade podemos elaborar estudos descritivos, usando como objecto de estudo casos colectivos, quando necessitamos de obter um conhecimento da comunidade, como é o caso. É um método generalista e colectivo que neste caso complementará uma história ou poderá mesmo ilustrar um contexto social. Depois de efectuado um diagnóstico da situação e de despertado o problema debruçamo-nos na fase seguinte do projecto, a recolha de dados. Podia ter recolhido os dados através de diversificados métodos de recolha, mas optei por utilizar um questionário elaborado pela professora Dulce Cabete da Escola Superior de Saúde de Setúbal (em apêndice I). O instrumento utilizado é um questionário temporal, dividido por indicadores que aprofundam conhecimento sobre a população alvo, respectivamente, dados biográficos e de saúde em geral, que permite estudar a média das variáveis da idade, peso, altura e índice de

¹¹Zoboli, Elma. & Fortes, Paulo. (2004)

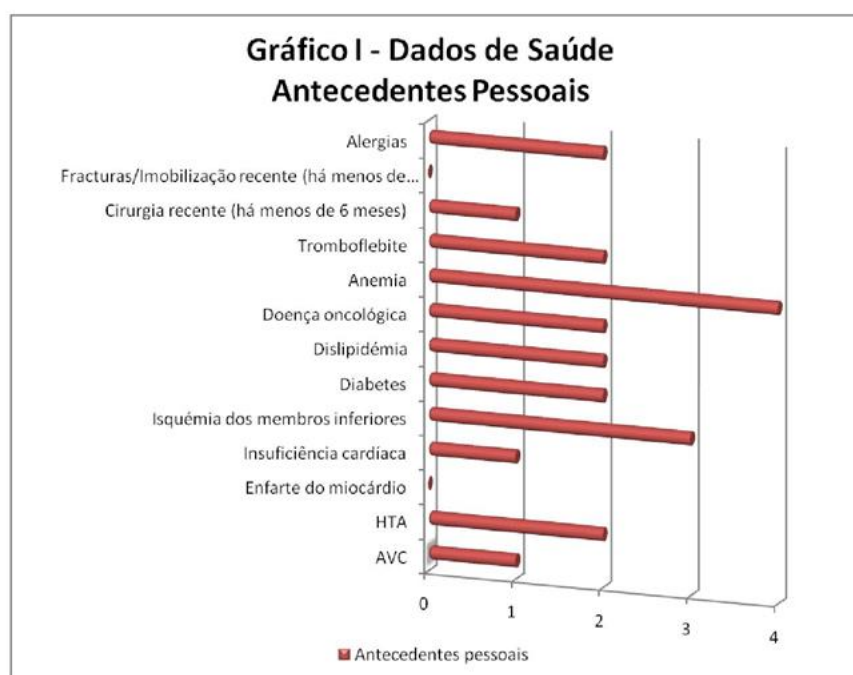
massa corporal, permite-nos também saber a prevalência de outras doenças coexistentes (antecedentes pessoais), avaliação dos problemas de saúde actuais e de consumo; avaliação do desempenho global da autonomia, com variáveis que nos possibilitam avaliar o desempenho nas actividades de vida diária e que nos facultam a avaliação do impacto da dor na autonomia e ainda neste item a avaliação do estado de consciência; avaliação do impacto da doença e por fim avaliação social do grupo alvo. Com o estudo destas variáveis podemos cumprir os objectivos propostos de saber a prevalência das doenças concomitantes dos doentes com ferida crónica, conhecer o grau de dependência do doente/ utente portador de ferida crónica, relativamente com as actividades de vida diárias e contextualizar as famílias da freguesia de S. Domingos de Benfica, quanto ao suporte social e económico.

Este tipo de investigação é útil para o conhecimento das experiências de cada indivíduo e está assegurado o cumprimento dos princípios éticos. O grupo foi tratado com equidade, estabelecida uma relação de confiança foram esclarecidos e informados sobre o estudo e consentiram livremente a sua inclusão e a divulgação dos resultados do estudo. Reserva-se o direito à confidencialidade dos dados, ou seja os resultados

do estudo serão apresentados globalizando todos os participantes do estudo e não a fracção do todo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como enunciei anteriormente o questionário aborda vários itens, começando pelo primeiro, os dados biográficos e de saúde em geral, na população de 7 doentes, todos portadores de ferida crónica, apresentam uma média de todas as variáveis de 78 anos de idade, 57kg de média de peso, 1.56 cm de altura e com um índice de massa corporal médio de 23.7kg/m² (em apêndice II). Relativamente aos antecedentes pessoais o questionário comporta 13 variáveis nesse item, tenta-se saber através dos mesmos a prevalências das doenças coexistentes desta população alvo, as variáveis/ doenças são, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), Hipertensão arterial (HTA), enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca, isquémia dos membros inferiores, diabetes, dislipidémia, doença oncológica, anemia, tromboflebite, cirurgia recente (há menos de 6 meses), fracturas/imobilização recente (há menos de 6 meses) e por fim o item alergias. Conclui-se que as doenças mais comuns desta amostra com maior ou igual a 3 doentes com a mesma patologia são, a isquémia dos membros inferiores e a anemia (ilustrado os resultados no gráfico I e



apêndice II). Relativamente aos problemas de saúde actuais o questionário comporta três variáveis apenas, a referir o Acidente Vascular Cerebral (AVC) a hipertensão arterial (HTA) e a diabetes. Neste caso da população alvo 2 referiram ter HTA e 2 diabetes e apenas 1 AVC (ver apêndice II). Face aos hábitos de consumo foram avaliadas as variáveis, tabagismo, alcoolismo e medicação. Nestes casos colectivos, 0 doentes com hábitos tabágicos, 1 doente com antecedentes de alcoolismo, contudo, toda a população medicada.

Na segunda parte do questionário o objectivo é avaliar a autonomia destes doentes. Apresenta três itens, o desempenho nas actividades de vida diária, a dor e a avaliação do estado de consciência. No primeiro item as variáveis estudadas são: mobilidade na cama; transferência; mover-se em casa; andar; vestir-se; alimentar-se; casa de banho; higiene quotidiana; banho e duche e função urinária. Os resultados resultam da média de todas as variáveis, isto é, realizou-se um somatório de cada uma das variáveis referidas e dividiu-se pelo total da amostra, assim sendo quanto maior for o resultado de cada item menos autónomo é o doente. Explicitarei posteriormente para complementar a informação no gráfico 2. Os resultados permitiram concluir neste item que as variáveis às quais os doentes são menos autónomos e portanto necessitam de ajuda mais presente de terceiros são nas actividades de vida diária de banho e duche, andar e higiene quotidiana. As actividades em que apresentaram mais autonomia com uma média de 1.4 foram a mobilidade na cama e função urinária (ver apêndice III).

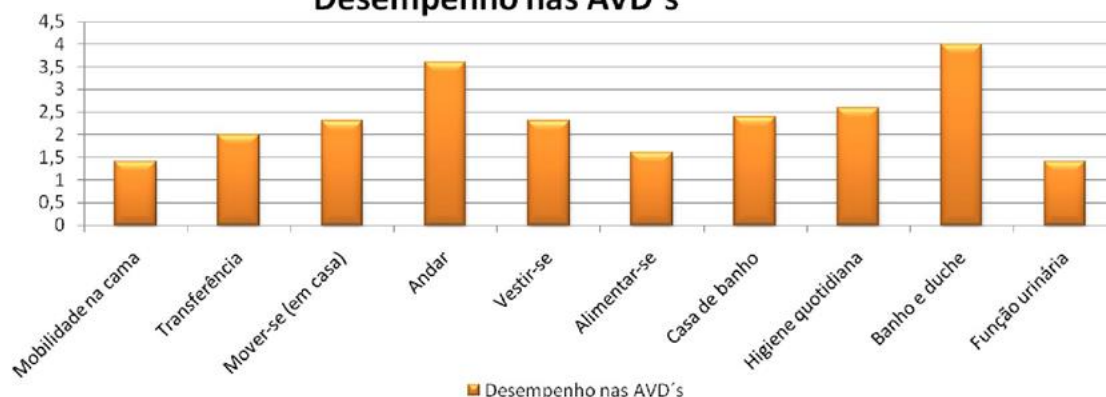
No item, dor o objectivo é tentar perceber até que ponto a dor afecta a autonomia destes casos colectivos, os itens aparecerão em quadro com os resultados para que se compreenda melhor este fenómeno. Conclui-se neste item que a maioria da população apresenta dor todos os dias, que a mesma não tem características ou intensidade diferentes das habituais, que a sua intensidade

perturba as actividades habituais, 3 caracterizaram a dor como sendo num só local e outros 3 caracterizaram-na em vários pontos do corpo, a maioria sente alívio da dor com a toma dos medicamentos e a maioria também descreve que a intensidade da dor é moderada. Conclui-se portanto, que a dor afecta as actividades de vida diária desta população. No último item desta parte do questionário, foi avaliado através da escala de coma (WHO) o estado de consciência do grupo, maioritariamente consciente apenas com um elemento sonolento mas que reage a estímulos verbais.

Na terceira parte do questionário avalia-se o impacto da doença, as variáveis são uma modificação da escala de Rankin (Oxford) e compreendem as seguintes variáveis: sem sintomas; sintomas minor, isto é, sintomas que não interferem com o estilo de vida; dependência minor, que são os sintomas que conduzem a algumas restrições do estilo de vida, mas que não interferem com a capacidade de o doente olhar por si próprio; dependência moderada (sintomas que restringem o estilo de vida do doente e/ou impedem totalmente a sua existência independente); dependência moderada grave, em que os sintomas impedem uma existência independente, no entanto não carece de atenção constante ou tratamento; dependência grave, em que o doente apresenta total dependência requerendo constante atenção/cuidados de dia e de noite e a última variável, a morte. Os resultados deste item enunciam por ordem do grau de dependência que, 3 dos doentes apresentam dependência grave, 1 moderadamente grave, 1 com dependência moderada e 2 com dependência minor (apêndice IV).

A última parte do questionário ostenta a avaliação social, utilizando como instrumento a escala de Graffar. São avaliadas as variáveis de: instrução, rendimentos; conforto no alojamento e meio envolvente. O somatório das variáveis distribui os sujeitos por classes, assim sendo da nossa amostra, 4 enquadram-se na classe média baixa e 3 na classe média alta. Podemos concluir que

**Gráfico II - Avaliação Global da Autonomia
Desempenho nas AVD's**



face aos objectivos propostos que conseguimos saber qual a prevalência das doenças concomitantes do grupo alvo, conseguimos saber qual o grau de dependência face à autonomia destes doentes em tratamento domiciliário e conseguimos saber qual a situação social dos mesmos. Para além dos objectivos propostos alcançamos conhecimento sobre até que ponto a dor afecta a autonomia dos indivíduos e o impacto que tem a sua doença, e podemos concluir que todos apresentam um grau de dependência. Dos objectivos propostos iniciais, não calculamos a taxa de prevalência de úlceras no domicílio em virtude de apenas 1 dos doentes da amostra apresentar uma ferida da etiologia em causa. Propusemo-nos monitorizar o tratamento e eficácia do mesmo nos doentes com ferida crónica em tratamento domiciliário mas devido a questões do foro pessoal e de tempo não tivemos oportunidade de efectuar dois momentos de avaliação para corroborar a eficácia dos tratamentos. Este estudo apresenta limitações, ponderando que a amostra é pequena não podemos tirar conclusões generalizadas do universo de utentes da USF Tílias com ferida crónica, isto porque na USF Tílias existem doentes que por apresentar critérios para uma visita domiciliária superior ou igual a 2 vezes por dia estão ao encargo da unidade de cuidados continuados do Centro de Saúde de sete Rios e por isso não fazem ou não fizeram parte do universo de doentes na altura da recolha

de dados, mas contudo assim mesmo foi importante a realização do estudo para o conhecimento mais profundo deste universo de doentes em tratamento domiciliário neste período.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em súmula, podemos considerar como já referi anteriormente que a nossa população alvo apresenta uma autonomia reduzida, precisando de ajuda de terceiros na sua maioria. A dor e a existência de uma ferida crónica têm um significado muito importante na vida destas pessoas condicionando as actividades de vida diárias e sua autonomia. Desde o início do projecto que aspiramos a necessidade de se criarem redes de apoio eficazes projectando futuramente parcerias na comunidade, com vista a prestação de um melhor serviço de saúde. Pensamos que será muito útil monitorizarmos os tratamentos face à sua eficácia e será um projecto de futuro a realizar pela USF Tílias.

AGRADECIMENTOS

Este ano de trabalho duro e de muitas mudanças foi sobretudo um ano de aprendizagem. Agradeço à Escola Superior de Saúde de Setúbal a oportunidade em ingressar para este segundo curso de pós graduação em Tratamento de Feridas e Viabilidade Tecedular. Agradeço à Sr.^a coordenadora da USF Tílias e à equipa de enfermagem, com especial relevo à enfermeira

Dor (nº de doentes)	a) Tem queixas ou manifestação evidente de dor nos últimos dias?	Sem dor	3
		Dor menos de uma vez por dia	0
		Dor todos os dias	4
	b) Se existe dor, as características ou intensidade são diferentes das habituais?	Não (ou não têm dor)	5
		Sim	2
	c) A intensidade da dor perturba as actividades habituais?	Não	4
		Sim	3
	d) Tipo de dor	Sem dor	1
		Dor num só local	3
		Dor em vários pontos do corpo	3
	e) Uso de medicamentos	Sem dor	2
		Os medicamentos aliviam parcial ou completamente a dor	3
		Os medicamentos não aliviam a dor	2
	f) Intensidade da dor: diria que a dor que sente é:	Sem dor	2
		Ligeira	1
		Moderada	3
		Intensa	0
		Insuportável	1

Quadro 1- Avaliação Global da Autonomia face à Dor

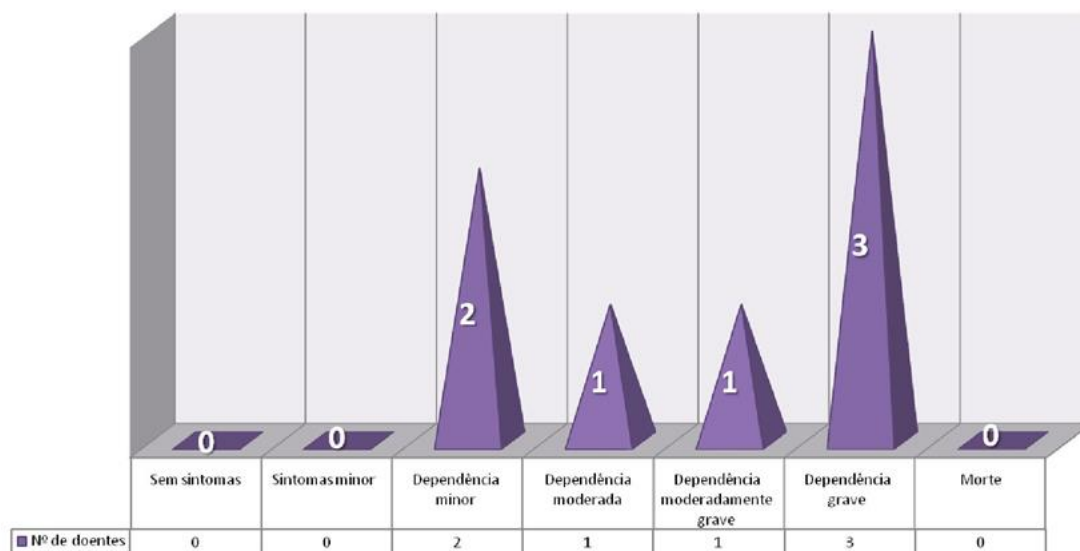
representante do grupo de enfermagem, enfermeira Margarida Leão Serra, por incentivarem e assegurarem o serviço nas minhas ausências durante este ano lectivo. Aos meus pais e familiares mais chegados que me ampararam e compreenderam as privações. Em suma, obrigado a todos que me apoiaram nas dúvidas nas incertezas e

me ajudaram a percorrer este caminho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dealey, Carol. (2006). *Fisiologia da cicatrização de feridas*. In A. Dealey, Carol. (1ª ed.), Tratamento de feridas (pág. 19, 139 e 144). (traduzido por: Andersen, Fátima)

Gráfico III
Escala de Rankin Modificada (Oxford)
Impacto da Doença



Lisboa: Climepsi editores.

Direcção - Geral da Saúde. (07/2004). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. *Circular normativa, nº 13/ DGCG*, pág. 1,2,3. Acedido em dia 9 Novembro 2007,em: <http://www.dgs.pt/>

Direcção - Geral da Saúde. (07/2004). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. *Circular normativa, nº 13/ DGCG*, pág. 10. Acedido em dia 10 Novembro 2007,em: <http://www.dgs.pt/>

Nunes, Lucília. (s.d). *Ética na investigação em enfermagem*. Lisboa: Autor.

Gondim, Sónia. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: *desafios metodológicos*. Acedido em Novembro de 2008,em <http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/24/03.doc>

Coelho, Catarina., Cunha., Dinis, Ana. & Rocha, Marília (2006). Feridas uma arte secular - *Avanços tecnológicos no tratamento de feridas* (pág.138 e 141). Coimbra: Minerva.

Codato, Lucimar. & Nakama, Luiza. Pesquisa em saúde: *metodologia quantitativa ou qualitativa?* Acedido em 27 Julho de 2008,em http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_6_nota.pdf

Estrela, Edite., leitão, Maria. & Soares, Maria. (2006). *Saber escrever uma tese e outros textos*, (5ª ed.), Lisboa: Dom Quixote.

Jorge, Sílvia. & Dantas, Sónia., (2003). Tratamento de feridas no contexto domicili-
liar. In A. Ben, Luísa. (1ª ed.), *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas* (pág.363). Lisboa: Atheneu.

Silvério, Maria. & Patrício, Zuleica. O processo qualitativo de pesquisa mediando a transformação da realidade: *uma contribuição para o trabalho de equipe em educação em saúde*. Acedido em 27 de Julho de

2008,em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n1/23.pdf>

Zoboli, Elma. & Fortes, Paulo. Bioética e atenção básica: *um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos*. Acedido em 20 de Julho de 2008,em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n6/28.pdf>