

PERSONAS QUE VIVEN CON HERIDAS: UNA REFLEXIÓN TEÓRICA
PESSOAS QUE CONVIVEM COM FERIDAS: UMA REFLEXÃO TEÓRICA
PEOPLE LIVING WITH WOUNDS: A THEORETICAL REFLECTION

Recibido: 24/02/2014
Aprobado: 25/11/2014

Suzel Regina Ribeiro Chavaglia¹
Rosali Isabel Barduchi Ohl²
Divanice Contim³
Mônica Antar Gamba⁴

Los estudios relativos a cuestiones que involucran la experiencia de la persona lesionada pueden proporcionar a los profesionales de la salud apoyo teórico para el desarrollo del cuidado de enfermería con calidad. Por lo tanto, este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre el desarrollo temático del bienestar de las personas con heridas del Consenso Internacional sobre Heridas y Bienestar. Esta reflexión se estructura a partir de las preguntas: ¿Cómo es la vida con la herida? ¿qué dimensiones del ser humano se ven afectadas? Existen pautas que pueden facilitar una mejor comprensión de estas situaciones? ¿Cómo la familia puede ayudar a aliviar el sufrimiento de las personas con lesión crónica de la piel? En este sentido, la familia es vista como un elemento clave en la atención para alcanzar el bienestar. Se entiende que la atención no se determina sólo por un momento de amor y atención, sino más bien, una actitud que abarca el conocimiento del profesional y de la familia.

Descriptor: Heridas y Traumatismos; Atención de Enfermería; Apoyo Social; Personas.

Estudos referentes às questões que envolvem a vivência da pessoa com feridas podem fornecer aos profissionais de saúde subsídios teóricos para o desenvolvimento da assistência de enfermagem com qualidade. Assim, este artigo tem como objetivo refletir sobre o desenvolvimento da temática bem-estar de pessoas que convivem com feridas a partir do Consenso Internacional sobre Feridas e Bem-Estar. Esta reflexão foi estruturada a partir dos questionamentos: Como é viver com ferida? Quais dimensões do ser humano são afetadas? Existem diretrizes que podem facilitar o melhor entendimento dessas situações? Como a família pode contribuir para amenizar o sofrimento das pessoas com lesão crônica de pele? Nesse sentido, a família é vista como elemento fundamental na relação do cuidado para o alcance do bem-estar. Compreende-se que o cuidado não é determinado somente por um momento de dedicação e atenção, mas sim, uma atitude que engloba o saber profissional e o saber familiar.

Descritores: Ferimentos e Lesões; Cuidados de Enfermagem; Apoio Social; Pessoas.

Studies concerning matters that involve the experience of the person injured can provide theoretical support health professionals for the development of nursing care quality. Thus, this article aims to reflect on the development of thematic wellbeing of people living with wounds from the International Consensus on wounds and wellness. This reflection was structured based on questions: How is life with wound? What are the dimensions of the human being are affected? There are guidelines that can facilitate better understanding of these situations? How the family can help to alleviate the suffering of people with chronic skin lesion? In this sense, the family is seen as a key element in the care relation to the achievement of well-being. If understand that the care is not determined only by a moment of love and attention, but rather, an attitude that encompasses professional knowledge and family know.

Descriptors: Wounds and Injuries; Nursing Care; Social Support; Persons.

¹Enfermera. Maestría y Doctorado en Enfermería. Pos-Doctoranda en Enfermería por la Universidad de São Paulo (UNIFESP). Profesora Asociada de la Pos-Graduación Sentido Estricto y de la Graduación en Enfermería de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro (UFTM). suzel.ribeiro@yahoo.com.br

²Enfermera. Maestría y Doctorado en Enfermería. Profesora Adjunta de la UNIFESP. federlrosaliohl@hotmail.com

³Enfermera. Maestría en Enfermería. Doctora en Ciencias. Profesora Adjunta de la UFTM. d.contim@uol.com.br

⁴Enfermera. Especialista en Enfermería Dermatológica. Maestría en Epidemiología. Doctora en Salud Pública. Profesora Asociada de Pos-Graduación Maestría y Doctorado de la UNIFESP. antar.gamba@unifesp.br

INTRODUCCIÓN

Convivir con la condición de tener una herida provoca una serie de cambios biopsicosociales. Así, es importante en esa condición una mirada global y multidisciplinar, que considere a la persona con lesión cutánea en las dimensiones: física, psicológica y socio-espiritual, tornándolo participante en su proceso salud enfermedad^{1,2}.

El cuidado de salud prestado a las personas con heridas es un problema desafiante a ser enfrentado cotidianamente por aquellos que las asisten, en especial los profesionales del área de la salud³. Las heridas crónicas son consideradas problemas de salud pública y tienen significativo impacto socio económico para pacientes, familiares y sistema de salud como un todo⁴.

En razón del largo tiempo y complejidad de su tratamiento, los cuidados con lesiones crónicas exigen actuación interdisciplinaria, adopción de protocolo de atendimento, conocimiento específico, habilidad técnica, articulación entre los niveles de asistencia del Sistema Único de Salud (SUS) y participación activa de los pacientes y familiares, dentro de una perspectiva integral de la asistencia^{3,5}.

En el abordaje de la persona con herida crónica uno de los aspectos fundamentales es la asistencia sistematizada que posibilite la evaluación de factores relacionados a los aspectos clínicos (características del dolor, tiempo de lesión y característica de la herida), asistenciales (diagnóstico, conductas e intervenciones) y de la calidad de vida de los asistidos, que interfieren en la evolución de la cicatrización de la herida crónica⁶.

Estudios sobre esa temática afirman que una asistencia mal conducida determina que la herida crónica permanezca años sin cicatrizar, acarreando alto costo social y emocional. En inúmeros casos, ella aparta al individuo del trabajo, agravando las condiciones socio económico y la calidad de vida de esa persona y sus familiares, además de agravar los servicios de salud. En diversos estudios en nivel de atención básica, media y

alta complejidad se ha constatado que la asistencia proporcionada por el SUS, no viene contribuyendo para el tratamiento efectivo y prevención de nuevas úlceras, aumentando la demanda de personas con lesiones crónicas, y muchas veces, con complicaciones avanzadas e irreversibles, con agravamiento del estado general y de enfermedades crónicas pre-existentes⁵⁻⁷.

Se resalta además que la preocupación de los profesionales, de las industrias que producen insumos para el tratamiento de heridas y de las organizaciones de salud muchas veces se concentran en la cicatrización de la herida. Los profesionales de salud deben volver a los registros sobre la herida, para la reducción en el tamaño, profundidad y mejoría de la apariencia del lecho de la herida. Ya, los datos de prevalencia e incidencia para diferentes poblaciones y tipos de heridas son importantes como criterios de evaluación para las organizaciones de salud. A la vez, los investigadores de la industria tienen su foco concentrado en las propiedades de una cobertura personalizada, su eficacia antimicrobiana e/o control de exudados^{1,7}.

Las personas con heridas pueden presentar otras prioridades no preconizadas por los profesionales, organizaciones de salud e industrias, que les impiden usar ropas o zapatos, o mismo realizar actividades diarias¹.

Los aspectos físicos de una herida son medidos por medio de varias herramientas ya reconocidas en el medio científico, pero el concepto de "bienestar" es mucho más complejo y difícil de ser incautado. El bienestar de esas personas puede ser afectado en razón del estado de cronicidad, lentitud de la cura y reaparición y, al mismo tiempo, pueden presentar menor calidad de vida en comparación con la población en general^{2,3}.

Así, éste artículo tiene como objetivo reflexionar sobre el desarrollo de la temática bienestar de personas que conviven con heridas a partir del Consenso Internacional sobre Heridas y Bienestar⁸.

MÉTODO

Se trata de un estudio de reflexión sobre las temáticas heridas y las dimensiones de bienestar del ser humano, teniendo como base el Consenso Internacional sobre Heridas y Bienestar⁸.

La reflexión fue conducida a partir de los cuestionamientos: Como es vivir con herida? Cuáles son las dimensiones del ser humano afectadas? Existen pautas que pueden facilitar el mejor entendimiento de esas situaciones? Cómo la familia puede contribuir para amenizar el sufrimiento de las personas con lesión crónica de piel?

RESULTADOS

A partir de los puntos de referencia de ésta reflexión se presentó la temática "*El Bienestar y su Relación con el Cuidado de Heridas*" con cuatro ejes reflexivos, a saber: *Vivir con Herida; Dimensiones Afectadas del Ser Humano; Pautas para Actuación del Enfermero; y, Papel de la Familia.*

DISCUSIÓN***El Bienestar y su Relación con el Cuidado de Heridas******Vivir con herida***

Una lesión crónica puede desencadenar una serie de problemas a lo largo de la vida, sean ellos de carácter físico o psicológico. Del punto de vista físico, genera incapacidades para algunas actividades de vida diaria; bajo el punto de vista psicológico, puede afectar emocionalmente al individuo, influenciando su modo de vivir, de ser y de estar en el mundo^{8,9}.

Cuando surge la herida, la persona comienza a tener dificultades de locomoción y dolor. La lesión presenta exudado y olor, habiendo cambios del estilo de vida, con sentimientos de repugnancia, aversión y baja autoestima, condiciones esas que interfieren en la autoimagen del individuo. Eso puede implicar en modificaciones en su estilo de vida, llevando en la mayoría de las veces, a la ruptura de las relaciones sociales por el distanciamiento establecido entre los individuos ocasionado por su auto percepción como una persona fragilizada. Esa auto percepción, muchas

veces puede ser debido al control ineficaz del exudado de la herida, inmovilidad, depresión, perturbación del sueño y fatiga por causa del dolor^{1,3,6,8-11}.

De esa forma se evidencia que vivir con una herida es una situación compleja y multifactorial. Los profesionales y organizaciones de salud, así como las industrias farmacéuticas tienen su foco muchas veces en la cicatrización de la herida como el criterio principal de evaluación de los resultados. Los profesionales de salud evalúan los datos sobre la herida, como por ejemplo, la reducción del tamaño y de la profundidad y el aspecto del lecho de la herida; las organizaciones de salud pueden levantar el perfil epidemiológico de los enfermos y tipos de heridas; y los investigadores de la industria se concentran muchas veces en las propiedades y eficacia de una determinada cobertura^{1,8}.

Aunque todos estos elementos sean importantes, muchas personas que conviven con una herida pueden tener prioridades diferentes y deben ser valorizadas. Existen actualmente fuertes evidencias de que cuando el enfermo está activamente involucrado en su tratamiento, los resultados son mejores¹². Tal adhesión requiere que esas personas se capaciten para garantizar la obtención de su autonomía, haciendo con que así se hagan responsables por su autocuidado.

Dimensiones afectadas del ser humano

El Bienestar es una condición dinámica determinada por factores físicos, sociales, psicológicos y espirituales. Su concepto es inherentemente individual, variando con el tiempo, cultura y contexto en que el individuo se encuentra inserido, e independe del tipo de herida, de la duración o del ambiente de cuidados. En la cicatrización de heridas, el alcance del bienestar de una persona con herida será el resultado de la cooperación e interacción establecida entre clínicos, enfermos, sus familias y cuidadores, sistema de salud y la industria¹.

Así, para perfeccionar la condición de bienestar se hace necesario ofrecer condiciones propicias para la mejoría o cura de la herida, aliviar/controlar los síntomas y

asegurar que todos los involucrados en ese proceso participen activamente en la promoción de mejores condiciones de salud para esa población.

El concepto de salud y consecuentemente el cuidado con heridas debe estar asociado a cuatro dominios interrelacionados de bienestar: Físico, Mental, Social y Espiritual/cultural¹.

El dominio del bienestar físico está relacionado a los parámetros físicos de una herida que incluyen factores específicos como su tamaño, localización, profundidad y duración. Otros parámetros físicos asociados con la herida incluyen olor, dolor/irritación y extravasamiento de fluidos causados por niveles excesivos de exsudado³.

El dolor es considerado uno de los síntomas más aflictivos para las personas con heridas crónicas. Las manifestaciones causadas por el dolor agudo o crónico pueden llevar al individuo a manifestar síntomas como alteraciones en el sueño, apetito, energía y libido, irritabilidad, disminución de la capacidad de concentración, restricciones en la capacidad para las actividades familiares, profesionales y sociales¹³.

Las personas que tienen una herida crónica muchas veces poseen otras comorbilidades que determinan mayor dependencia de otras personas, de asistencia médica o internación hospitalaria no planeada, lo que determina la necesidad de adaptación a esas nuevas condiciones de vida¹.

El individuo que posee enfermedades crónicas se recupera de una lesión, pero puede ser acometido por una nueva lesión o lesión reincidente. Como ya vivenció una lesión anterior conoce los aspectos negativos y las dificultades del tratamiento, constituyéndose así en un evento estresante para él mismo².

En el dominio del bienestar mental se observa el aumento de la ansiedad y la mala calidad de vida. Estudios evidencian una correlación significativa entre ansiedad, depresión y la cicatrización retardada en enfermos con úlceras, revelando que la depresión puede preceder a la herida o ser

una reacción a la herida o al retardo de su cicatrización¹⁴⁻¹⁶.

La depresión puede ser un precursor para la auto negligencia, sueño perturbado y mala nutrición, que impacta negativamente en la cura de la herida. Esas personas pueden perder la confianza y esperanza, e intentan protegerse desarrollando defensas sociales a través del aislamiento del contacto con los otros u ocultan la verdadera extensión de sus problemas¹⁷.

Algunas personas manifiestan negación a los problemas asociados a la herida, mientras que otras pueden expresar sentimientos de rabia sobre la lesión en sí y sobre las terapias que les son prescritas. El hecho de la herida perdurar por varios años acaba colocando al individuo en una situación de apatía, desmotivación y auto indulgencia. Esa rutina hace con que él se asiente y desconfíe de la posibilidad de cura¹⁷.

Directrices para actuación del enfermero

Evidencias destacan la importancia del papel de los profesionales de salud junto a los pacientes con heridas crónicas, una vez que el tratamiento generalmente es complejo, implicando cambios en la vida del paciente y en el autocuidado diario. De esa forma, el enfermero debe estrechar el vínculo con el paciente, proporcionando un cuidado individual y humanizado.

A través de la consulta de enfermería se debe orientar y estimular la adhesión del paciente al tratamiento adecuado. Por medio de la empatía y de la comprensión ese vínculo será fortalecido, posibilitando, así, un conocimiento mayor de su paciente al respecto de sus emociones y sentimientos¹⁸⁻²⁰.

La lesión de piel puede llevar a sentimientos de culpa, frustración y desesperanza relacionados al tratamiento, especialmente si la persona estuviera siguiendo correctamente las orientaciones y el plano terapéutico. Cuando esto ocurre, ella se siente impotente, lo que la lleva a una mayor dependencia de la familia y de los profesionales de salud. Estas personas pueden pensar en poner fin a sus vidas para verse libres del sufrimiento^{12,21}.

En ese contexto se instala un cuadro psico emocional compuesto por preocupación, frustración y desesperanza. La cronicidad de la lesión y sus complicaciones desencadenan agotamiento o desánimo con su manejo^{22,23}.

Estudios nacionales e internacionales sobre el tema apuntan que factores como salud física, situación conyugal, renta, sexo, edad, autoestima, personalidad, convivencia con familiares, amistades, nivel cultural y religiosidad proporcionan comodidad y aliento a la persona con herida, ayudándola a mantener una perspectiva positiva de vida y de apoyo en sus actividades diarias²⁴⁻²⁶.

El dominio bienestar social se refiere a las limitaciones que las personas con heridas crónicas experimentan en relación a la inactividad, al aislamiento social y sentimientos de depresión, pues, en la mayoría de las veces permanecen por largos períodos en cama, siendo segregados de la convivencia social.

De esa forma, esas personas necesitan equilibrar el mundo social con aspectos relacionados a la convivencia con la herida crónica, que son penosos bajo el punto de vista físico y emocional. Investigaciones indican que los individuos que son incapaces de mantener el desempeño de sus funciones profesionales en razón de su herida, muchas veces sienten la pérdida de sus papeles dentro de la familia, teniendo dificultades para lidiar financieramente con esa situación^{27,28}.

Papel de la Familia

Vivir con una herida crónica puede ser extremadamente perturbador y muchas personas tienen dificultades para organizar sus rutinas diarias en torno de su tratamiento, del costo financiero, del impacto en la calidad de vida y de las relaciones interpersonales y familiares. Eso puede llevar a un sentimiento de incapacidad para el enfrentamiento de las situaciones que exigen autocontrol e independencia^{22,29}.

En este escenario la cuestión de la red social aquí entendida como una red de relaciones que une los diversos individuos que poseen vínculos sociales, propiciando

que los recursos de apoyo fluyan a través de esos vínculos, implica en aspectos emocionales e instrumentales que se configuran como de suma importancia^{24,30}.

EL cuidado familiar asume importancia fundamental en las condiciones de salud de la familia que convive con enfermos crónicos, una vez que asumen cada vez más la responsabilidad del cuidado a la salud de sus miembros, y de esa forma la familia se torna una importante aliada para que las personas acometidas por la herida crónica sean asistidas y cuidadas de forma participativa^{17,31}.

Es importante para los profesionales de salud identificar la red de apoyo social que esa persona tiene y también proporcionar apoyo y estímulo a la autoconfianza de las personas con heridas crónicas para el auto gerenciamiento en el domicilio.

En cuanto al dominio de bienestar espiritual/cultural se observa la falta de informaciones sobre la manera como esas cuestiones pueden influir en las opciones de cuidado de heridas. La forma como los sujetos perciben sus heridas y crean expectativas en torno de cura pueden estar relacionadas a sus percepciones y su nivel de conocimiento en salud, sus habilidades literarias y de su sistema de creencias.

Las creencias son transmitidas a través de generaciones, pudiendo entrar en conflicto directamente con las orientaciones de salud, llevando la no adhesión a los tratamientos propuestos. En ese contexto cabe a los profesionales de salud reconocer y esforzarse para comprender las creencias, aspectos religiosos y orígenes culturales de las personas con heridas e involucrarlas en las decisiones a ser tomadas, al contrario de tentar imponerlas.

Se resalta a partir de evidencias que, cuando el sujeto está activamente involucrado en sus cuidados, esta participación determina mejoría en el estado de bienestar. Eso demanda fortalecimiento de la persona en cuidar de su salud, en el sentido de proporcionar la independencia y autoconfianza, que pueden promover la autonomía, autoestima y autocuidado^{30,32}.

CONCLUSIÓN

La búsqueda en la literatura científica acerca de la temática señala conceptos sobre el bienestar de personas que conviven con heridas, las pautas internacionales sobre heridas y las dimensiones del bienestar.

Una de las principales limitaciones de este estudio habla respecto al número restringido de publicaciones en el área de enfermería sobre el significado de bienestar de las personas que conviven con heridas, hecho este que permite deducir la importancia de reflexionar y estimular estudios para mejoría de las acciones de asistencia en salud y de enfermería para esa población específica.

La familia es vista como elemento fundamental en la relación de soporte a la persona con lesión. Se comprende que el soporte no es determinado solamente por un momento de dedicación y atención, sino, por una actitud que engloba el saber familiar y profesional. En esa dirección, los cuatro dominios de bienestar para la persona con herida crónica son componentes a ser incluidos en la evaluación de la calidad de vida y en la asistencia a ser prestada a estas personas.

Conquistar y mantener la calidad a las personas con heridas es un desafío a ser enfrentado por los profesionales de enfermería, especialmente por el enfermero. El profesional enfermero debe atacar no solo para la lesión en sí, sino tener la sensibilidad para planificar el cuidado globalmente.

Es fundamental investigar la amplitud de las necesidades de las personas que conviven con herida, enfatizando la importancia de la responsabilidad compartida para la mejoría del bienestar en el sentido de identificar y resolver sus preocupaciones y dificultades, promoviendo adhesión al tratamiento a través del fortalecimiento y de la toma de decisiones, lo que resultará en la autonomía.

REFERÊNCIAS

1. Gray D, Boyd J, Carville K. Effective wound management and wellbeing for clinicians, organizations and industry. Wounds International. [Internet] 2011. [Acesso em 20

Jan 2014] Disponível em: <http://www.woundsinternational.com/practice-development/effective-woundmanagement-and-wellbeing-for-clinicians-organisations-and-industry>

2. Rocha IC, Amaral KVA, Bernardes LS, Barboza MCN, Almeida OAE. Pessoas com feridas e as características de sua lesão cutaneomucosa. J Nurs Health. 2013; 3(1):3-15.

3. Cardozo GM, Bermudes JPS, Araújo LO, Moreira ACMG, Ulbrich EM, Balduino AFA, et al. Contribuições da enfermagem para avaliação da qualidade de vida de pessoas com úlceras de perna. Rev Estima. 2012; 10(2):19-27.

4. Rahman GA, Adigun IA. Epidemiology, etiology, and treatment of chronic leg ulcer: experience with sixty patients. Ann Afr Med. 2010; 9(1):1-4.

5. Dantas DV, Torres GV, Nóbrega WG, Macedo EAB, Costa IKF, Melo GSM et al. Assistance to patients with venous ulcers based on protocols: literature review in electronic databases. Rev Enferm UFPE [Internet] 2010 [Acesso em 08 Fev 2014] 4(esp): 2001-7. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1481>

6. Morais GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. Texto e Contexto Enferm. 2008; 17(1):98-105.

7. Dantas DV, Torres GV, Dantas RAN. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. Cienc Cuid Saude. 2011; 10(2):366-72.

8. International Consensus. Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review. London: Wounds International. [Internet] 2012. [Acesso em 12 Jan 2014] Disponível em: http://www.woundsinternational.com/pdf/content_10946.pdf

9. Waidman MAP, Rocha SC, Correa JL, Brischiliari A, Marcon SS. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. Texto e Contexto Enferm. 2011; 20(4):691-9.

10. Salomé GM. Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. Saúde Coletiva 2010; 07 (46):300-4

11. Salomé GM, Pellegrino DMS, Blanes L, Ferreira LM. Self-esteem in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *J Tissue Viability*. 2011; 20(3):100-6.
12. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciência e Saúde Coletiva* 2010; 15(1):151-60.
13. Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(4):509-13.
14. Walburn J, Vedhera K, Hankins M, et al. Psychological stress and wound healing in humans: a systematic review and meta analysis. *J Psychosom R*. 2009; 67(3):253-71.
15. Vileikyte L. Stress and wound healing. *Clin Dermatol*. 2007; 25(1):49-55.
16. Lindahl E, Norberg A, Söderberg A. The meaning of caring for people with malodorous exuding ulcers. *J Adv Nurs*. 2008; 62(2):163-71.
17. Waidman MAP, Rocha SC, Correa JL, Brischiliari A, Marcon SS. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. *Texto e Contexto Enferm*. 2011; 20(4):691-9.
18. Videres ARN, Vasconcelos TC, Oliveira DCL, Pimenta EF, Sampaio TC, Simpson CA Fatores estressores e estratégias de coping de pacientes hospitalizados em tratamento de feridas. *Rev Rene*. 2013; 14(3):481-92.
19. Silva ES. Feridas crônicas: conhecimento e importância do tratamento sob a ótica do paciente. Monografia. Especialização em Saúde Pública. Faculdade Adventista da Bahia, 2011. 64p.
20. Melo EM, Teles MS, Teles RS, Barbosa IV, Studart RMB, Oliveira MM. Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. *Rev Enf Ref*. 2011; 3(5):37-44.
21. Carvalho ESS, Paiva MS, Aparício EC. Corpos estranhos, mas não esquecidos: representações de mulheres e homens sobre seus corpos feridos. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(1):90-6.
22. Polonsky WH, Fisher L, Schikman CH, Hinnen DA, Parkin CG et al. Structured self-monitoring of blood glucose significantly reduces a1c levels in poorly controlled, noninsulin-treated type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2011; 34(2):262-7.
23. Gonzales JS, Fisher L, Polonsky WH. Depression in diabetes: have we been missing something important? *Diabetes Care* 2011; 34(1):236-9.
24. Evangelista DG, Magalhães ERM, Moretão DIC, Stival MM, Lima LR. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de Saúde da Família. *R. Enferm Cent O Min*. 2012; 2(2):254-63.
25. Neri AL. Palavras-chave em Gerontologia. 3ª ed. Campinas: Alínea, 2008.
26. Friedman EM, Ryff CD. Living well with medical comorbidities: a biopsychosocial perspective. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012; 67(5):535-44.
27. Franks P, Moffatt C, Doherty D, et al. Longer-term changes in quality of life in chronic leg ulceration. *Wound Repair Regen*. 2006; 14(5):536-41.
28. Gorecki CL, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, Defloor T, Nixon J. European Quality of Life Pressure Ulcer Project group. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *JAGS*. 2009; 57(7):1175-83.
29. Lindahl E, Norberg A, Söderberg A. The meaning of living with malodorous exuding ulcers. *J Clin Nurs*. 2007; 16(3):68-75.
30. Aujoulat I, D'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. 2007; 66(1):13-20.
31. Pedro ICS, Rocha SMM, Nascimento LC. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. *Rev Latinoam Enferm*. 2008; 16(2):324-7.
32. Soares RSA, Silva RM, Farão EMD, Décimo E, Silva DC. O enfermeiro cuidando de paciente com lesão de pele pós-traumática por acidente de trânsito. *Revista Contexto e Saúde*. 2011; 11(20):1115-8.

CONTRIBUCIONES

Suzel Regina Ribeiro Chavaglia, Rosali Isabel Barduchi Ohl, Divanice Contim y Mônica Antar Gamba tuvieron iguales contribuciones en la concepción, análisis y redacción final del artículo.