



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ALINE CRISTIANE DE SOUZA AZEVEDO AGUIAR

PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE O VIVER COM ÚLCERA VENOSA

SALVADOR

2013

UFBA

EE

ALINE CRISTIANE DE SOUZA AZEVEDO AGUIAR
PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE O VIVER COM ÚLCERA VENOSA

2013
312

ALINE CRISTIANE DE SOUZA AZEVEDO AGUIAR

PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE O VIVER COM ÚLCERA VENOSA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de pesquisa: O cuidar no processo de desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dora Sadigursky

SALVADOR

2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI - UFBA.

A282 Aguiar, Aline Cristiane de Sousa Azevedo Aguiar
Percepção de idosos sobre o viver com úlcera venosa /
Aline Cristiane de Sousa Azevedo Aguiar. – Salvador, 2013.
103 f.
Orientadora: Prof^a Dr^a Dora Sadigursky.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2013.

1. Úlcera Venosa. 2. Idoso. 3. Cuidados de Enfermagem. I.
Sadigursky, Dora. II. Universidade Federal da Bahia. III.
Titulo.

CDU 616-022.44

ALINE CRISTIANE DE SOUZA AZEVEDO AGUIAR

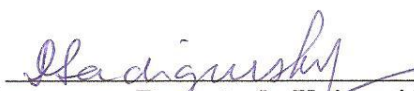
PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE O VIVER COM ÚLCERA VENOSA

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de Pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

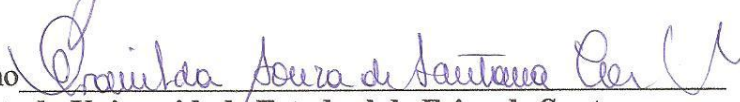
Aprovada em 20 de fevereiro de 2013

BANCA EXAMINADORA

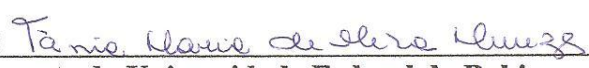
Dora Sadigursky


Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Bahia

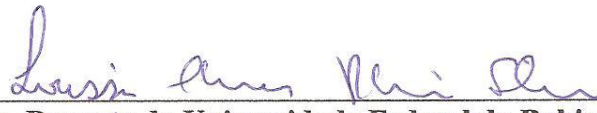
Evanilda Souza de Santana Carvalho


Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana

Tânia Maria de Oliva Menezes


Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Bahia

Larissa Chaves Pedreira


Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

A minha família, por tudo, sempre...

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, pelas graças concedidas, por ter iluminado o meu caminho e permitir-me não apenas sonhar, mas transformar meus sonhos em realidade.

Aos meus pais Gizerlando e Márcia por todo carinho, amor, dedicação, apoio, incentivo e confiança depositada em mim. AMO-OS INFINITAMENTE!

Aos meus irmãos Anamaria e Wagner, pela afetividade e apoio em todos os momentos da minha vida. Amo vocês !

Ao meu noivo Lucas, pelo companheirismo, amizade, paciência e amor a mim dispensado. Muito obrigada amor!

À minha avó Maria Augusta, pelas palavras de conforto, orações, sabedoria e valores que até hoje me transmite. Amo-te vizinha do meu coração!

À tia Nelma, por torcer por mim e acreditar em meu potencial.

À professora e orientadora Dora Sadigursky, pela atenção, paciência, compreensão e sabedoria transmitida para a concretização deste estudo. Agradeço o carinho!

À coordenação e aos professores da pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pelas oportunidades e ensinamentos transmitidos.

À professora Tânia Menezes, pela preocupação, carinho, atenção e compreensão.

Aos membros da banca examinadora, pelas contribuições e conhecimentos compartilhados.

Aos colegas do mestrado, por todos os momentos compartilhados, pelo companheirismo e pela amizade construída, principalmente Tai, Milca, Gil, Luana, Dani, Rosy e Manu.

À Samuel, secretário da pós-graduação, por estar sempre disponível a ajudar.

À Taty e Júnior, por tornarem meus dias em Salvador menos difíceis. Obrigada meus amores pelo companheirismo, atenção e por me abrigarem nos finais de semana com tanto carinho!

Aos idosos, sujeitos da pesquisa, pela cooperação e por disponibilizar informações importantes para a realização deste estudo.

À Clínica Escola de Fisioterapia pelo apoio e colaboração.

À Roberta Azoubel, pela ajuda fornecida durante a coleta dos dados deste estudo.

Às minhas queridas e inesquecíveis professoras de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Obrigada pelo incentivo e por terem acreditado no meu potencial, em especial **Alba Benemerita Alves Vilela e Andréa Sousa**.

Enfim, a todos aqueles que estiveram ao meu lado dando-me apoio e incentivo para concretização dessa etapa. **Muito obrigada!**

AGRADECIMENTO

À CAPES, pela concessão da bolsa. Sem essa ajuda seria difícil realizar a pesquisa.

“Um dia quando olhares para trás verás que os dias
mais belos foram aqueles em que lutaste.”

Sigmund Freud

RESUMO

AGUIAR, Aline Cristiane de Souza Azevedo. **PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE O VIVER COM ÚLCERA VENOSA**. 2013. 106p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, 2013.

Este trabalho teve como objetivo geral analisar a percepção de idosos sobre o viver com úlcera venosa e como objetivos específicos apreender a percepção do idoso sobre o viver com úlcera venosa e caracterizar o idoso que vive com úlcera venosa, através de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado na cidade de Jequié-BA, em uma Clínica Escola de Fisioterapia, com oito idosos, de ambos os sexos, acometidos por úlceras venosas. A coleta de informações aconteceu através de um roteiro de entrevista semi-estruturado contendo uma parte com dados sócios demográficos para a caracterização dos sujeitos e uma específica relativa ao tema, que foram apreciados através da Análise de Conteúdo Temática proposto por Bardin. Os resultados mostraram que houve predominância de idosas, com idade entre 64 e 80 anos, brancas, casadas, católicas, com até o 5º ano de escolaridade e residentes na zona urbana de Jequié-Bahia. Das entrevistas emergiram três categorias: 1ª) Viver com a úlcera venosa é um sofrimento, apoiada em três subcategorias: A úlcera venosa provoca dor, A úlcera venosa provoca recidiva e A úlcera venosa provoca limitações; 2ª) Viver com a úlcera venosa é conviver com o estigma, sustentada por duas subcategorias: Enfrentar os preconceitos e Vivenciar constrangimentos e, por fim, a terceira categoria: 3ª) Viver com a úlcera venosa demanda fé/resignação/ aceitação, ancorada em três subcategorias: A fé no enfrentamento das adversidades provocadas pela úlcera venosa; A insatisfação com os serviços de saúde, e por fim, Aceitar e resignar-se. O estudo mostrou que os idosos com úlcera venosa a percebem como sofrimento marcado pela dor, pela recidiva da ferida e pelas limitações impostas por ela. Vivenciam o estigma causado pelo preconceito e constrangimento por terem no corpo uma marca que os excluem socialmente. Para enfrentarem o sofrimento, e o estigma apegam-se à fé e à religiosidade acreditando que os serviços de saúde possam melhorar o atendimento às pessoas acometidas por essa enfermidade, que resignados com sua vida procuram sobreviver da melhor forma possível.

Palavras-chave: Úlcera venosa. Idoso. Cuidado de enfermagem.

ABSTRACT

AGUIAR, Aline Cristiane de Souza Azevedo. **PERCEPTION OF ELDERLY ABOUT LIVING WITH VENOUS ULCER**. 2013. 106p. Dissertation (Masters in Nursing) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, 2013.

This study had as general objective analyzing the perception of elderly on living with venous ulcers and as specific objectives to apprehend the elderly perception about living with venous ulcer and to characterize the elderly that live with venous ulcer, by an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, carried out in the city of Jequié-BA, at a Physiotherapy Clinic School, with eight elderly of both sexes, stricken with venous ulcers. Data collection occurred through a semi-structured interview script containing a section with sociodemographic data for subjects' characterization and a specific one related to the theme, which were appreciated by Thematic Content Analysis proposed by Bardin. The results have shown that there was a preponderance of women, aged between 64 and 80 years, white, married, Catholic, with 5 years of education and living in the urban area of Jequié-Bahia. From the interviews three categories have emerged: 1st) Living with venous ulcers is suffering, based on three subcategories: Venous ulcers causes pain, Venous ulcers causes recurrence, Venous ulcer imposes limitations; 2nd) Living with venous ulcers is living with stigma, supported by two subcategories: To cope with the prejudice and Living with embarrassments and, finally, the third category: 3rd) Living with venous ulcers demands hope / faith / resignation, anchored into three subcategories: Faith in coping with adversity caused by venous ulcers; Dissatisfaction with health services, and finally, Self acceptance and resignation. The study has shown that elderly with venous ulcers perceive it as suffering marked by pain, recurrence of the wound and the limitations imposed by it. They experience stigma caused by prejudice and embarrassment for having a mark on their body that exclude them socially. To cope with suffering and stigma, they cling to faith and religion, believing that health services could improve care for people affected by such disease, that resigned to their lives try to survive as best as they can.

Key words: Venous ulcers. Elderly. Nursing Care.

RESUMEN

AGUIAR, Cristiane Aline de Souza Azevedo. **PERCEPCIÓN DE ANCIANOS SOBRE EL VIVIR CON ÚLCERA VENOSA** 2013. 106p. Tesis (Maestría en Enfermería) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, 2013.

Este trabajo tuvo como objetivo general analizar la percepción de ancianos sobre el vivir con úlcera venosa y como objetivos específicos aprehender la percepción del anciano sobre el vivir con úlcera venosa y caracterizar el anciano que vive con úlcera venosa, a través de un estudio exploratorio, descriptivo con abordaje cualitativo, realizado en la ciudad de Jequié-BA, en una Clínica Escuela de Fisioterapia, con ocho ancianos, de ambos los sexos, acometidos por úlceras venosas. La recolección de informaciones ocurrió a través de guión de entrevista semiestructurado conteniendo una parte con datos sociodemográficos para la caracterización de los sujetos y una específica referente al tema, que fueron apreciados a través del Análisis de Contenido Temática propuesto por Bardin. Los resultados mostraron que hubo predominancia de ancianas, con edad entre 64 y 80 años, brancas, casadas, católicas, con hasta 5 años de escolaridad y residentes en la zona urbana en Jequié-BA. De las entrevistas emergieron tres categorías: 1ª) Vivir con la úlcera venosa es un sufrimiento, soportada por tres subcategorías: La úlcera venosa provoca dolor, La úlcera venosa provoca recidivas y La úlcera venosa provoca limitaciones; 2ª) Vivir con la úlcera venosa es convivir con el estigma, soportada por dos subcategorías: Enfrentar los prejuicios y Experimentar vergüenza y, al fin, la tercera categoría: 3ª) Vivir con la úlcera venosa demanda fe/resignación/ aceptación, ancorada en tres subcategorías: La fe en el enfrentamiento de las adversidades provocadas por la úlcera venosa; La insatisfacción con los servicios de salud, y por fin, Aceptar y resignarse. El estudio mostró que los ancianos con úlcera venosa la perciben como sufrimiento marcado por el dolor, por la recidiva de la herida y por las limitaciones impuestas por ella. Experimentan el estigma provocado por el prejuicio y vergüenza por tener en el cuerpo una marca que los excluye socialmente. Para enfrentaren el sufrimiento y el estigma, se apegan a la fe y a la religiosidad creyendo que los servicios de salud puedan mejorar el atendimento a las personas acometidas por esa enfermedad, que resignados con su vida buscan supervivir de la mejor manera posible.

Palabras Clave: Úlcera venosa. Anciano. Cuidado de enfermería

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 CONTEXTUALIZANDO O ENVELHECIMENTO E OS SEUS ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS.....	16
2.2 A PESSOA IDOSA COM ÚLCERA VENOSA.....	21
2.3 CUIDAR/ CUIDADO AO IDOSO COM ÚLCERA VENOSA	26
3 METODOLOGIA	34
3.1 NATUREZA DA PESQUISA.....	34
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	35
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	36
3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	37
3.5 TÉCNICA PARA COLETA DAS INFORMAÇÕES.....	38
3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	39
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO	41
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	41
4.2 CATEGORIA 1: VIVER COM A ÚLCERA VENOSA É UM SOFRIMENTO.....	45
4.2.1 Subcategoria 1: A úlcera venosa provoca dor	46
4.2.2 Subcategoria 2: A úlcera venosa provoca recidiva	52
4.2.3 Subcategoria 3: A úlcera venosa provoca limitações	55
4.3 CATEGORIA 2: VIVER COM A ÚLCERA VENOSA É CONVIVER COM O ESTIGMA.....	62
4.3.1 Subcategoria 1: Enfrentar os preconceitos	63
4.3.2 Subcategoria 2: Vivenciar constrangimentos	66
4.4 CATEGORIA 3: ESPERANÇA/ FÉ/RESIGNAÇÃO DE IDOSOS QUE CONVIVEM COM ÚLCERA VENOSA.....	70
4.4.1 Subcategoria 1: A fé no enfrentamento das adversidades provocadas pela úlcera venosa	71
4.4.2 Subcategoria 2: A insatisfação com os serviços de saúde	75

4.4.3 Subcategoria 3: Aceitar e resignar-se.....	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	98
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE INFORMAÇÕES .	100
ANEXO A-PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	101
ANEXO B- AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS.....	103

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno de abrangência mundial. Estudos demográficos sobre essa temática evidenciam um expressivo crescimento da população acima dos 60 anos, e as projeções para o ano de 2050 sugerem que haverá um total de, aproximadamente, dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, sendo que 80% dessas pessoas se encontrarão nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2006).

O Brasil apresenta-se numa conjuntura semelhante ao restante do mundo, apresentando modificações demográficas consideráveis, o que reflete o aumento significativo do número de idosos. Segundo o último relatório de Síntese dos Indicadores Sociais (IBGE), com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), o crescimento da participação relativa, da população brasileira com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passou a 5,9% em 2000 chegando a 7,4% em 2010. Atualmente, o Brasil possui uma população de 190.755.799 habitantes, sendo que 20.590.599 destes, são idosos (IBGE, 2010).

O rápido crescimento da população idosa brasileira justifica-se em decorrência da redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade de todos os grupos etários que, por sua vez, proporciona um aumento da expectativa de vida e caracteriza o acelerado processo de envelhecimento (BRASIL, 2010).

Associada a essa mudança no perfil demográfico da população, há um acréscimo importante na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DNTs). O Ministério da Saúde afirma que as doenças crônicas tendem a se manifestar de forma mais expressiva nas pessoas idosas, podendo comprometer de forma significativa a qualidade de vida dessas, além de ser responsável pelas principais causas de morbimortalidade nessa população (BRASIL, 2006).

Dentre as doenças crônicas, que acometem a pessoa idosa, encontra-se a insuficiência venosa que tem como sua principal manifestação a úlcera venosa, foco deste estudo (OMS, 2005).

A úlcera venosa causa significativo impacto social e econômico na vida das pessoas acometidas, devido a sua natureza recorrente e ao longo tempo decorrido entre seu aparecimento e a cicatrização. Trata-se de feridas que quando não manejadas adequadamente, apresentam altas taxas de falha de cicatrização e recorrência (ABADDE; LASTÓRIA, 2006). A dor, perda da mobilidade e da independência funcional, são consequências dessa úlcera e geram impactos físicos, sociais, econômicos e emocionais, implicando, diretamente, na qualidade de vida das pessoas acometidas (SANTOS; PORFIRIO ; PITTA, 2009).

Ademais, a úlcera venosa causa dependência dos serviços de saúde, constituindo-se em um problema de saúde pública, além de assumir importante magnitude no que tange à repercussão social (YAMADA, 2003).

Santos, Melo e Lopes (2010) ao caracterizar o estado de saúde de pacientes com úlcera venosa evidenciou que a maioria dos pacientes apresentava 60 anos de idade ou mais. Conuei (2009) estima que a prevalência de úlcera venosa seja de 0,10 a 0,30% e a incidência de 3 a 5 casos/1000 pessoas ao ano, sendo duas vezes mais elevado em pessoas acima de 65 anos de idade.

Nunes (2006) ao avaliar a assistência à saúde de pessoas com úlceras venosas, em um programa saúde da família, verificou que 67,6% das pessoas que apresentavam úlcera venosa eram pessoas idosas. Em relação ao gênero, os estudos demonstram maior ocorrência dessas úlceras no sexo feminino (SANTOS; MELO; LOPES, 2010; MACÊDO et al., 2010).

Os idosos vivenciam uma situação de fragilização, peculiar ao processo de envelhecimento, marcado por modificações fisiológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Sendo assim, a úlcera venosa potencializa as vulnerabilidades vivenciadas por esses idosos.

Nesse direcionamento, o despertar para esta temática emergiu, inicialmente, da minha vivência prática como bolsista voluntária do projeto de extensão continuada “Cuidados Fisioterapêuticos nas Ulcerações dos Membros Inferiores”, realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Campus Jequié, onde pude perceber os desafios, as perspectivas, os cuidados e o processo de readaptação que as pessoas idosas acometidas por úlcera venosa enfrentavam.

Nesse mesmo período, participei do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre o Envelhecimento, através do qual tive a oportunidade de realizar pesquisas acerca do processo de envelhecimento, e observar que esta condição, predispõe às morbidades que afetam o viver da pessoa idosa, neste caso, em especial, a úlcera venosa. Ainda, nesse sentido, pude constatar no meu trabalho monográfico intitulado “Úlcera Venosa: desafios, perspectivas e readaptações”, o quão limitante é essa patologia, capaz de afetar não somente o físico, mas também o psicológico e as relações sociais das pessoas acometidas.

As incapacidades e as fragilidades provenientes da úlcera venosa, os desafios e limitações do processo de envelhecimento, e os resultados advindos do meu trabalho monográfico permitiu-me identificar, alterações nos aspectos psicossociais, físicos e financeiros, além de desordens decorrentes do enfrentamento da doença e do processo de adaptação à nova realidade. Tais fatos despertaram a necessidade de aprofundar os meus

estudos acerca da úlcera venosa crônica, em pessoas idosas, uma vez que essa condição tem uma repercussão significativa no estilo de vida das mesmas.

Dessa forma, justifica-se o estudo por compreender que vivenciar o processo de envelhecimento concomitante à ferida crônica exige um remodelamento de condições, reconstrução de sua história, (re) adaptações, adequação e aceitação de suas limitações. Torna-se, então, imprescindível, considerar os aspectos psicológicos, uma vez que os idosos acometidos por úlceras venosas apresentam-se, constantemente, fragilizados além de enfrentarem uma difícil e prolongada recuperação. Assim, cuidar desse idoso transcende aos cuidados gerais ou a simples realização do curativo, cuidar implica em adentrar na sua subjetividade e buscar compreender as suas angústias, percepções, medos, tristezas, aceitação e expectativas frente àquela condição, imposta pela ferida crônica.

Esse estudo justifica-se pela escassez de artigos que abordam a intersubjetividade de idosos que vivem com a úlcera venosa. A literatura se pauta, ainda, no modelo biomédico, ou seja, na ferida em si não levando em consideração o contexto de vida que o idoso está inserido, quiçá suas percepções diante de uma ferida crônica.

Diante do exposto, tem-se como objeto deste estudo, **a percepção dos idosos que vivem com úlcera venosa** e, como questão que norteia o presente estudo: **Qual a percepção dos idosos sobre o viver com úlcera venosa?**

Neste caminho, tem-se como objetivo geral analisar a percepção* dos idosos sobre o viver com úlcera venosa e como objetivos específicos: apreender a percepção do idoso sobre o viver com a úlcera venosa e caracterizar o idoso que vive com úlcera venosa.

Acredita-se que este estudo poderá contribuir para redimensionar as práticas de cuidado dos profissionais enfermeiros, fazendo com que esses possam estabelecer uma aproximação com os idosos que buscam por seus cuidados. Para tanto é necessário que os profissionais conheçam a história de vida desses idosos e apreendam a percepção que esses têm sobre o viver com a úlcera. Espera-se que esse estudo possa suscitar reflexões, críticas e quiçá práticas de cuidado que possibilite garantir o bem estar dos idosos com úlcera venosa. Torna-se necessário motivar os profissionais de saúde a divulgar informações e estratégias ao cuidar desses, minimizando dessa forma o impacto que essa ferida provoca em suas vidas.

* **Percepção:** Intuída como efeito ou faculdade de perceber, ou seja, de entender, compreender, distinguir (XIMENES, 2000). Nesse trabalho é utilizado como a visão e o entendimento do idoso sobre o conviver com a úlcera venosa.

Além disso, será uma maneira de compartilhar saberes e fazeres à comunidade científica, profissionais de saúde e acadêmicos, através dos resultados obtidos, ampliando dessa forma, a produção científica e, conseqüente renovação dos conhecimentos nesta área.

Almeja-se, ainda, sensibilizar os profissionais de saúde quanto à importância e necessidade de abordar o cuidado à pessoa idosa, com úlcera venosa, em todas as suas dimensões, não se limitando, a assistência à ferida, mas proporcionando a estes, maneiras de ressignificar sua condição, estimulando- os ao autocuidado e oferecendo suporte psicossocial

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico apresenta-se constituído por três eixos temáticos intitulados: Contextualizando o envelhecimento e os seus aspectos demográficos e epidemiológicos; A pessoa idosa com úlcera venosa; Cuidar/ cuidado ao idoso com úlcera venosa.

O entrelaçamento entre os três eixos temáticos não ocorre por acaso, e sim, intencionalmente, tendo a percepção dos idosos convivem com a úlcera venosa como direcionamento e objeto de estudo.

2.1 CONTEXTUALIZANDO O ENVELHECIMENTO E OS SEUS ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

O envelhecer é, sem dúvida, uma grande conquista da humanidade. É motivo especial para celebrar o prolongar da vida, vencendo a morte precoce, superando desafios, vencendo a luta contra os infortúnios, e realizando sonhos. Esse é concebido como um processo de crescimento, que ensina, enriquece, conquista, acumula experiências e enobrece o ser humano.

O envelhecimento é compreendido como parte integrante e fundamental no curso de vida de cada ser humano. É nessa fase que surgem experiências e características próprias e peculiares, resultantes da trajetória de vida, na qual umas têm maior dimensão e complexidade que outras, integrando, assim, a formação da pessoa idosa (MENDES et al, 2005).

É o resultado de um processo que começa no momento do nascimento, estendendo-se por toda a vida do ser, configurando-se em um fenômeno normal e universal. Assim, as alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente de pessoa para pessoa e envolvem fatores internos como carga genética e o estado de saúde, bem como fatores externos tais como: estilo de vida, meio ambiente, agressões físicas e psicológicas, radiações, estado nutricional, condições educacionais, medidas higiênicas, socioeconômicas e as relações familiares (SIMONETTI; FERREIRA, 2008; BERGER, 1995).

Papaléo Netto (2007) afirma que o envelhecimento é:

Um processo dinâmico, progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (p.10).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica os idosos de acordo com o grau de desenvolvimento do país, sendo que nos países desenvolvidos a pessoa é considerada idosa quando apresenta idade igual ou superior a 65 anos, já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, esta idade é reduzida para 60 anos (OMS, 2005).

O envelhecimento da população brasileira vem assumindo características peculiares devido ao acelerado crescimento do número de idosos, sendo essa parcela da população a que mais cresceu nas últimas décadas. Na literatura atual observa-se o crescente interesse em estudar o fenômeno do envelhecimento e em revelar as mudanças demográficas e epidemiológicas que vem ocorrendo com esse estrato da população, de modo a direcionar uma maior atenção a esse grupo, bem como lançar estratégias para melhor cuidá-lo.

De acordo com Silva, Galera e Moreno (2007), a OMS considera um país estruturalmente envelhecido quando o número de idosos ultrapassa 7% da população total. Dessa forma, os resultados preliminares, do último censo demográfico brasileiro, revelaram ser o Brasil um país envelhecido, considerando que a população idosa já representa 10,8% da população total do Brasil (IBGE, 2011).

Vale ressaltar que o envelhecimento da população brasileira vem se desenvolvendo de maneira rápida, sem que haja tempo suficiente para uma reorganização social e de saúde, diferentemente do que ocorreu com a maior parte dos países desenvolvidos onde o envelhecimento aconteceu de maneira gradativa, acompanhado de crescimento socioeconômico constante, durante muitas décadas e gerações, ou seja, ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, de trabalho, de nível educacional e de atendimento às necessidades de saúde (BRASIL, 2010).

O Banco Mundial (2011) refere que a França, levou mais de um século para que sua população com idade igual ou superior a 65 anos aumentasse de 7% para 14% da população total, enquanto que no Brasil esse mesmo processo ocorreu em duas décadas.

Veras (2009) comenta que o número de idosos, no Brasil, passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008, correspondendo a um aumento de quase 700% em menos de 50 anos.

Essa transição demográfica que ocorreu de maneira acelerada, no Brasil, é reflexo do aumento da expectativa de vida e de um rápido declínio dos níveis de fecundidade, fato esse que pode ser observado a partir da pirâmide etária nesse país (BRITO, 2008). O processo de envelhecimento populacional resulta do declínio da fecundidade, ou seja, uma população envelhece à medida que aumenta a proporção de indivíduos idosos e reduz a proporção de indivíduos mais jovens (NARSI, 2008; LEBRÃO, 2009).

Tal fato reflete-se na conformação etária populacional que atualmente apresenta-se com base mais estreita e vértice mais largo, característico de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento, diferentemente do formato triangular e com uma base alargada, evidenciada em períodos anteriores (BRASIL, 2010).

Em 2008, enquanto as crianças e jovens correspondiam a 26,47% da população total, o contingente com 65 anos ou mais de idade representava 6,53%. Em 2050, o primeiro grupo representará 13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total (IBGE, 2010).

A Organização Mundial de Saúde afirma que o grupo de idosos, no Brasil, vem aumentando em cerca de 15 %, no período compreendido entre 1950 e 2025, enquanto a população geral, num total de 05%. Dessa forma, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos no mundo (BRASIL, 2010).

Segundo IBGE (2010), com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), o crescimento da participação relativa da população brasileira com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passou a 5,9% em 2000 chegando a 7,4% em 2010.

Na Região Nordeste Brasileira, a proporção de idosos na população passou de 5,8% em 2000, a 7,2% em 2010. A Bahia concentra o maior número de idosos dessa região, correspondendo a 9,9% da sua população. A capital do Estado, Salvador, conta atualmente com um percentual semelhante de idosos, 9,2%. Conforme vem acontecendo com a população brasileira, a Bahia vem apresentando longevidade de sua população (IBGE, 2010).

É válido ressaltar que essa transição demográfica está associada à melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, às campanhas de vacinação, aos avanços técnico-científicos do setor saúde, ao aumento no número de consultas pré-natal, o incentivo ao aleitamento materno, bem como melhorias na educação, saneamento básico, habitação, acesso aos meios de transporte entre outros. Considera-se que o aumento da esperança de vida, ao nascer, em combinação com a queda do nível geral da fecundidade resulta no aumento absoluto e relativo da população idosa (BRASIL, 2010).

No que tange às questões de gênero, Garrido e Menezes (2006) afirmam que o Brasil não difere de outros países do mundo no que concerne ao elevado número de mulheres idosas. A razão de sexo é de 118 mulheres para cada 100 homens na faixa etária de 65-69 anos e de 141 para cada 100 no grupo de 80 anos ou mais. Similar à expectativa de vida, ao atingir 60 anos, está o sexo, revelando mais 19,3 anos de vida, em média, para as mulheres contra 16,8 anos para os homens.

O Banco Mundial (2011) destaca que a população brasileira viverá uma “feminilização” do envelhecimento, sendo esse fenômeno comum em países que se encontram em estágio avançado de transição demográfica, o que implica, assim, em muito mais mulheres do que homens nas idades longevas.

Esse notável crescimento da população idosa, da feminilização do envelhecimento e de toda conjuntura que envolve essa população, requer investimentos na melhoria da qualidade de vida desses, pois o aumento na longevidade reflete ganhos positivos em termos de desenvolvimento social, contudo, o processo de envelhecimento representa maior vulnerabilidade às condições crônicas de saúde e às suas conseqüentes comorbidades.

Oliveira-Campos; Cerqueira e Rodrigues Neto (2011) comentam que no Brasil, o processo de envelhecimento apresenta-se de forma aguda e que, à medida que há um aumento do número de adultos e idosos, as doenças e agravos não transmissíveis tornam-se mais frequentes.

Assim, há uma estimativa de que 85% dos idosos brasileiros apresentarão, pelo menos, uma doença crônica, e destes, pelo menos 10% apresentarão sobreposição de afecções concomitantes. As doenças crônicas, frequentemente associadas à comorbidades, tendem a se manifestar de forma mais expressiva nas pessoas idosas, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente (GONÇALVES et al 2006; BRASIL,2006).

Ressalta-se que a transição demográfica, com o aumento da população de idosos, vem atrelada a uma transição epidemiológica, observando-se uma mudança no perfil de morbimortalidade da população. Observa-se uma diminuição das doenças transmissíveis e agudas e uma elevação das doenças crônicas e agravos não transmissíveis (OLIVEIRA-CAMPOS; CERQUEIRA; RODRIGUES NETO, 2011; VERAS, 2009).

Confirmando, Veras (2009) salienta que em um período inferior a 40 anos, o Brasil modificou seu cenário de mortalidade apresentando um quadro de doenças complexas e de alto custo, típico das doenças crônicas que perduram por anos e que exigem cuidados contínuos.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio do IBGE realizada entre os anos de 1998 a 2003 revelou que da população, um em cada três indivíduos é portador de doença crônica e, em relação aos idosos, oito em cada dez possuem pelo menos uma doença crônica. Acrescenta-se, ainda, que a cada ano, cerca de 650 mil novos idosos são agregados à população brasileira, sendo que a maior parte deles possui doenças crônicas e alguns apresentam limitações funcionais (VERAS 2009).

Oliveira-Campos; Cerqueira e Rodrigues Neto (2011) acrescentam que as doenças e agravos não transmissíveis são responsáveis por cerca de dois terços das doenças no Brasil, apresentando frequência elevada na população acima de 65 anos. Ressaltam, também, que a progressão dessas doenças crônicas acontece de forma rápida devido à dificuldade de um diagnóstico precoce e um tratamento incisivo. Estima-se que, até 2025, entre 80 a 90% dos casos ocorrerão em parcelas de média e baixa renda familiar da população despertando, preocupações sociais, econômicas e relacionadas ao setor saúde.

Esses autores trazem, ainda, que as doenças crônicas podem se revelar como um fator determinante, e capaz de acentuar o baixo nível socioeconômico da família, uma vez que, a maioria se torna, de início, incapaz de desenvolver atividades laborais, e com o tempo pode chegar à situações de invalidez e aposentadorias precoces.

Assim, segundo a OMS (2005), as doenças vasculares estão entre as principais doenças crônicas que afetam a população idosa. Destaco aqui, com relevância pontual, a úlcera venosa, sendo essa (co) morbidade o principal foco deste estudo, devido à frequência com que ocorre, ao elevado número de recidivas, e por suas repercussões na qualidade de vida dos idosos afetados.

O Banco Mundial (2011) afirma que o ritmo rápido de envelhecimento afetará todos os aspectos da sociedade, perpassando desde a seguridade social e assistência à saúde até o planejamento urbano, oportunidades educacionais e ao mercado de trabalho.

No que concerne às demandas de saúde do país, nota-se que os idosos procuram por serviços de saúde com mais frequência, o número de consultas se amplia, as internações hospitalares se tornam mais recorrentes e o tempo de ocupação do leito é relativamente maior quando comparada as demais faixas etárias (VERAS 2009).

O envelhecimento da população por um lado é um dos maiores triunfos da humanidade, por outro traz grandes desafios, pois, o expressivo aumento do número de idosos impõe mudanças profundas no modo de pensar e viver a velhice na sociedade, e a maioria dos países não se encontra preparados para essa mudança no panorama sócio mundial. O Ministério da Saúde afirma ser a saúde da pessoa idosa e o envelhecimento populacional umas das preocupações mais relevantes da atual conjuntura populacional (BRASIL, 2010).

Veras (2009) pontua a urgência de mudanças no cuidado à população idosa e à implementação de políticas públicas. A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica, vivido pelo Brasil, nas últimas décadas, levanta uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde. É necessária estrutura criativa e

inovadora, com propostas diferenciadas, de modo que o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência.

Assim, faz-se necessário compreender o processo multifacetado do envelhecimento e suas repercussões, bem como refletir sobre o cuidado prestado à pessoa idosa para se proceder de forma a proporcionar um envelhecer ativo e encorajador às pessoas que vivenciam a terceira idade.

2.2 A PESSOA IDOSA COM ÚLCERA VENOSA

Historicamente, os indivíduos que sofreram com feridas e injúrias, foram excluídos da sociedade e marcados pelo resto de suas vidas. A exclusão social, do ferido crônico, está presente nas narrativas históricas, na literatura e no cinema. Nos escritos bíblicos, os indivíduos feridos simbolizavam sofrimento, angústia, pecado, dor, isolamento e morte. Os indivíduos feridos eram considerados um risco aos demais indivíduos (CARVALHO, 2010).

Assim, a ferida sempre esteve vinculada a um processo de sofrimento e desequilíbrio humano. Ainda, nos dias atuais, estes indivíduos são discriminados socialmente e vivem sob a marca do estigma das feridas. Não se pode deixar de considerar que, muitas das situações enfrentadas por esses indivíduos, devem-se ao comportamento da sociedade contemporânea, na qual o corpo perfeito é cultuado a todo custo, e estabelece-se, assim, um padrão de beleza e, qualquer desvio desse padrão é suficiente para que o indivíduo seja marginalizado.

Neste sentido, Figueredo; Silva e Silva (2007) afirmam que para a sociedade, os corpos dos indivíduos acometidos por feridas crônicas, são corpos que não agradam, não encantam, não incitam admiração e contemplação. São tratados como aberrações.

No entanto, é importante ressaltar, que o indivíduo acometido por uma ferida crônica deve ser visto como um ser que se emociona, sente, deseja, sofre, e tem necessidades como qualquer outro. Expressões estigmatizantes, atribuídas a esses indivíduos, são capazes de criar outro tipo de ferida cujo tratamento pode se tornar mais árduo do que as próprias feridas que se manifestam no corpo físico. Refere-se, aqui, às “feridas da alma”, feridas essas capazes de causar medo, constrangimento, preconceito e perda da autoimagem (JORGE; DANTAS, 2005).

As feridas remetem às circunstâncias capazes de interferir na subjetividade. O corpo íntegro possui uma identidade fundamental, já o corpo com ferida imprime ao indivíduo uma nova imagem (FIGUEREDO; SILVA; SILVA, 2007).

Ainda neste contexto, esses autores afirmam que:

Privilegiar um corpo com feridas é, portanto, observar e refletir sobre tudo o que acontece com ele, como reage a mudanças, quais sensações são despertadas [...], como encara a sociedade e que limites e possibilidades são impostos pela ferida ao corpo. É necessário considerar o que existe de real e de imaginário sobre esse corpo, a fim de transcender o que está estabelecido como aparência ideal (p.33).

A velhice por si só, já é marcada por diversas modificações celulares, teciduais e hormonais, modificações essas, capazes de interferir na aparência e imagem corporal destes indivíduos. Somado a essas alterações fisiológicas, do envelhecimento, a ferida crônica apresenta-se como algo que debilita, que interfere na autoimagem, no autoconceito que a pessoa idosa tem de si, favorecendo, assim, ao isolamento social e às possíveis crises psicoemocionais.

Estudos sobre feridas, em idosos, se configura como relevante pelo fato de que a proporção de idosos vem crescendo a nível sem precedentes e, atrelado a esse aumento, cresce o número de doenças crônicas. Beitz e Goldberg (2005) registram que diante da incidência das úlceras, e o real crescimento da população idosa, faz-se necessário um maior conhecimento e compreensão ao lidar com esses idosos acometidos por feridas, requerendo embasamento científico e sensibilidades dos cuidadores, enfermeiros e outros profissionais de saúde, a fim de melhor cuidar desses indivíduos com úlcera venosa.

Porto (2005) afirma que o aumento da expectativa de vida, vem se constituindo em um problema a ser enfrentado nas próximas décadas, uma vez que os idosos estão vivendo mais, mas, no entanto, as condições de saúde-doença e a perda da autonomia estão tornando-os mais vulneráveis a adquirir doenças crônicas.

Nesse sentido, Cunha (2006) acrescenta que o processo de envelhecimento não se relaciona, necessariamente, às doenças e incapacidades, no entanto, essas doenças crônico-degenerativas são mais, frequentemente, encontradas entre os idosos. A tendência atual é termos um número crescente de pessoas idosas que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas de saúde.

Sendo assim, as doenças crônicas, não transmissíveis, transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo. Dentre elas as doenças vasculares (OMS, 2005).

No que concerne às doenças vasculares destacamos a insuficiência venosa crônica (IVC) por esta se configurar na principal causa da úlcera venosa, foco deste estudo. Barros Júnior (2003) define IVC como:

Incapacidade de manutenção do equilíbrio entre o fluxo de sangue arterial que chega ao membro inferior e o fluxo venoso que retorna ao átrio direito, decorrente da incompetência do sistema venoso superficial e/ou profundo. (p.01).

Esta incapacidade ocasiona uma hipertensão venosa crônica que, tardiamente, é capaz de causar alterações de pele e tecido subcutâneo. A hipertensão, por sua vez, decorre da incompetência das válvulas venosas superficiais ou profundas ou, ainda, de ambos os sistemas. O fluxo de sangue ocorre do sistema coletor superficial para o profundo e, assim, disfunções, neste sistema, podem sobrecarregar o sistema superficial levando à formação de úlceras venosas (BARROS JÚNIOR, 2003).

A úlcera venosa, é uma ferida que consiste em modificações na estrutura da pele, podendo ter como causa traumas físicos, químicos, mecânicos, processos inflamatórios, degenerativos, circulatórios, distúrbios do metabolismo ou desencadeada por uma afecção clínica (CUNHA, 2006).

Entende-se por ferida toda e qualquer lesão com perda da integridade de tecidos ou órgãos, atingindo desde o tecido epitelial, até mucosas, músculos, tendões, ossos, ou órgãos cavitários, com prejuízo de suas funções básicas (MENEHIN; VATTIMO, 2003).

Na cultura popular são encontradas diversas nomenclaturas para representar a palavra ferida, dentre elas podemos mencionar: pereba, carne podre, creca, pé podre, referindo aos pés com feridas infectadas (CARVALHO, 2005).

As feridas podem ser classificadas de acordo com o tempo de reparação tissular, em agudas e crônicas. As feridas agudas são mais fáceis de serem tratadas, pois apresentam uma sequência ordenada e oportuna para o reparo, favorecendo, assim, a restauração da integridade anatômica e funcional. Sua cicatrização ocorre em tempo relativamente curto, porém essa cicatrização pode ser influenciada por alguns fatores como o estado geral de saúde da pessoa, pelo quadro clínico e pelo ambiente em que o indivíduo acometido se encontra (CUNHA, 2006; NEIL, 2000).

Já as feridas crônicas, segundo esses autores, permanecem por longo período de tempo e não respondem facilmente ao tratamento, pois o processo normal de reparação é interrompido. Além disso, possui como característica, um quadro frequente de recidivas.

As feridas manifestam-se, inicialmente, no corpo biológico, porém estas podem também repercutir nos planos psicoemocional e social (CARVALHO; SADIGURSKY; VIANA, 2006). Nesse sentido, Jorge e Dantas (2005) afirmam que uma ferida pode não ser

apenas uma lesão física, mas algo que dói sem necessariamente precisar de estímulos sensoriais; uma marca, uma perda irreparável ou uma doença incurável.

Ao buscar sinônimos para a ferida, encontra-se a palavra chaga, que por definição significa coisa que penaliza, que desgraça, permanecendo o sinal, a lembrança da dor, da perda e da incapacidade, mesmo após a cicatrização.

Nesse sentido, as úlceras de estase representam as feridas crônicas mais frequentes na população americana, sendo que cerca de 80 a 90% dessas feridas têm como etiologia a estase venosa, seguida da insuficiência arterial (5%), e das neuropatias (2%) (RITTES, 2011).

Ainda, neste contexto, Bergonse e Rivitti (2006) afirmam que as úlceras dos membros inferiores são muito frequentes em todo o mundo, acarretando um grande impacto na qualidade de vida e produtividade do indivíduo, além de alto custo para a saúde pública.

A incidência dessas feridas crônicas tem uma tendência a aumentar em países em que se observa uma maior expectativa de vida associada a pluripatologias e a um cuidado deficiente da pele e da nutrição (CUNHA, 2006).

Em estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde, na cidade de Maceió, com 88 pacientes, foi verificado que, 2,3% das pessoas possuíam úlcera venosa ativa e 15,9% de úlcera cicatrizada, numa incidência de 18,2% (SANTOS; PORFÍRIO; PITTA, 2009).

Nunes (2006) em outra pesquisa feita com pessoas na faixa etária de 25 a 80 anos, evidenciou uma elevada ocorrência de úlcera venosa em cerca de 62,5%, em pessoas a partir de 60 anos de idade. Ainda, nesta perspectiva, Abbade, Lastória, Rollo e Stolf (2005) em estudo com participantes de 24 a 85 anos de idade, obtiveram uma ocorrência de 44,2% de úlcera venosa a partir de 60 anos de idade.

As úlceras venosas (UV) têm uma maior predisposição a se manifestar no terço distal da face medial da perna, próximas ao maléolo medial. Essa se inicia de forma espontânea ou traumática, em tamanho e profundidade variáveis, tendo uma cicatrização lenta e demorada e apresentando um quadro recidivante (FRANÇA; TAVARES, 2003).

A úlcera venosa pode ser responsável pela perda parcial, da capacidade funcional, do membro afetado, acarretando afastamento do emprego ou aposentadoria por invalidez. Concomitantemente, a mesma desencadeia alterações psicoemocionais e sociais na vida do indivíduo, com manifestações de sentimentos de baixa autoestima, inutilidade, além de alterar totalmente seus hábitos de vida, favorecendo ao isolamento social (BORGES; LIMA, 2001).

Essas autoras revelam que, a faixa etária, predominante, de indivíduos acometidos por úlcera venosa varia entre 40 e 60 anos, sendo que a totalidade dos indivíduos acometidos são aposentados ou estão afastados do trabalho. Ratificando estes dados, Martins e Souza (2007)

ao caracterizar o perfil dos clientes com úlceras venosas, cadastrados em programa de saúde pública, observaram que a maior parte dos indivíduos, acometidos por essas feridas crônicas, são pessoas idosas, vivem sozinhas e estão afastadas ou aposentadas devido à úlcera venosa.

Yamada (2003) também confirma que a úlcera venosa é mais frequente em idosos, predominando a faixa etária de 65 a 70 anos. No que tange à relação de gênero, entre mulheres e homens idosos, a autora expõe que essa relação se estabelece na proporção de 3:1, afirmando ser a longevidade o fator de preponderância nas mulheres, pois abaixo dos 40 anos de idade essa relação é homogênea para ambos os sexos.

É válido ressaltar que os idosos têm todas as fases da cicatrização da ferida comprometida, uma vez que a resposta imunológica é reduzida, o tecido colagenoso está pouco maleável e o tecido cicatricial apresenta-se menos elástico (BORGES; LIMA, 2001).

Cunha (2006) aborda sobre os diversos fatores que podem interferir nesse processo de cicatrização, sendo os mais frequentes a idade, estado nutricional e imunológico; oxigenação do local; sono; uso de determinadas drogas; quimioterapia; irradiação; tabagismo; hemorragia e tensão na ferida, dentre outros.

Para Magalhães (2001), os idosos com úlcera venosa crônica tornam-se mais dependentes, perdem a autonomia, necessitando de maior disponibilidade de um familiar para cuidar ou, um cuidador, implicando em aumento nas demandas de trabalho e custos para a família.

Segundo Carvalho; Sadigursky e Vianna (2006), os indivíduos acometidos por uma ferida crônica, enfrentam o distanciamento dos familiares, a perda dos amigos e abandono dos parceiros, como também a perda da liberdade, da autonomia e da atividade profissional. Ao conviver com uma ferida as pessoas não experimentam apenas mudanças no corpo físico, mas também, alterações psicológicas, com repercussões importantes no âmbito das relações interpessoais, sociais e afetivas.

Ao cuidar de uma pessoa com úlcera venosa, em especial a pessoa idosa, deve-se considerar tanto a lesão física como as lesões psicoemocionais e sociais acarretadas pela úlcera. Dessa forma, os profissionais de saúde, os familiares e os cuidadores devem ter um olhar diferenciado e sensibilidade para cuidar desses idosos, a fim de transcender a lesão física.

Neste sentido, faz-se necessário que se apreenda a percepção dos idosos acerca do viver com a úlcera venosa, uma vez que, conhecer a realidade vivenciada, cotidianamente, por esses, contribuirá para que os profissionais ofereçam um cuidado diferenciado, capaz de

perpassar as suas necessidades biopsicoemocionais, econômicas e sociais, e ofertar um cuidado integral e que atenda à intersubjetividade deste ser.

Assim, ao lidar com pessoas acometidas por feridas é importante lembrar que estamos diante de alguém, especialmente fragilizado, com odores e secreções, com dores tanto na esfera física quanto na alma (DANTAS FILHO, 2003).

Orsted (2001) evidenciou em seu estudo que curar as feridas físicas dos indivíduos acometidos foi difícil, mas a "ferida da alma" foi tão difícil quanto, por isso, sugere que os profissionais de saúde explorem os problemas biofísicos, a ferida em si, mas também a experiência da enfermidade dos indivíduos no seu contexto familiar, social, de crenças e experiências de vida.

Para a avaliação de um idoso, com úlcera venosa, o profissional de saúde necessita *olhar e ver* o indivíduo, ou seja, percebê-lo em sua integralidade, de modo a traçar um plano de cuidado que atenda à multidimensionalidade do ser. Para tanto, se torna indispensável considerar as peculiaridades da pessoa idosa, as características da ferida, o estilo de vida, os hábitos nutricionais e de higiene, as condições socioeconômicas e o suporte familiar e social.

Atualmente, o tratamento de feridas tem recebido uma atenção especial dos profissionais da área de saúde, destacando-se a atuação dos enfermeiros, que têm contribuído de forma significativa para o avanço e o sucesso do tratamento de lesões crônicas, uma vez que, os mesmos, primam pela integralidade da assistência, não visando somente à cura ou cicatrização da ferida, mas atentando para a melhora da condição clínica, psicológica e social da pessoa acometida (ANDRADE; OLIVEIRA; ANDRADE, 2006).

Nessa perspectiva, Silva e Morcelin (2007) trazem que os profissionais de saúde devem estar preparados técnico/cientificamente para assumirem o paradigma que determina a integralidade do *ser*, visualizando o indivíduo como único em todas as suas necessidades e especificidades, abrangendo, ainda, a intersubjetividade do ser e desenvolvendo, a sensibilidade para o cuidar .

Sendo assim, torna-se imprescindível descobrir, renovar, (re) criar novas maneiras de cuidar, a fim de atender ao indivíduo idoso, acometido por úlcera venosa, em toda a sua integralidade.

2.3 CUIDAR/ CUIDADO AO IDOSO COM ÚLCERA VENOSA

A prática do cuidado é algo milenar. Desde o princípio da vida, para que houvesse manutenção e perpetuação da espécie humana, foi preciso cuidar.

O cuidado humano sempre esteve presente ao longo da história da humanidade, podendo ser evidentes na forma de proteção das intempéries da natureza, na defesa do território contra os inimigos, no provimento de abrigo, de alimentos, de recursos, da água, no cuidar das crianças, mulheres em trabalho de parto, mortos, vivos, enfermos (COLLIÈRE, 1999).

A autora refere que desde que surgiu a vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer. Os seres humanos, como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta é primeiro, um ato de vida, é permitir a vida continuar, desenvolver-se, e lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie.

Cuidar é, pois, manter a vida garantindo satisfação de um conjunto de necessidades vitais. “Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que têm por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo.” (COLLIÈRE, 1999, p. 29).

Assim, para a autora, cuidar é uma característica do ser humano, a mais antiga das práticas da história, pois surge com a vida e, através dele, a vida continua a se desenvolver. Esse cuidar é um ato individual, quando prestamos a nós mesmos, e um ato de reciprocidade quando somos conduzidos a prestar a outras pessoas que, temporariamente ou definitivamente, necessitam receber cuidados para manter seu ciclo vital.

Para Waldow (2005), o termo cuidado humano diz respeito a todos os seres humanos, em relação uns com os outros, consigo mesmo e, em extensão, ao meio que os cerca, à natureza, enfim, ao universo.

Ao referir-se ao cuidado humano, (WATSON,1988 apud WALDOW, 2010) afirmava que este consiste de esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, auxiliando as pessoas a encontrarem significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. É ainda, ajudar a outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e autocura.

A palavra cuidar se origina do latim *cogitare-cogitatus*, está vinculada à atitude de preservar, zelar, mostrar atitude de desvelo, interesse e responsabilidade (BOFF, 1999).

Esse autor comenta que o cuidado surge quando a existência de alguém ou algo é importante para quem cuida, representado, assim, uma “atitude” de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Aborda, ainda, que o cuidado como modo de ser, perpassa toda a existência humana.

Em consonância com o autor, (MAYEROFF, 1971 apud WALDOW, 2005) enfatiza que cuidar de outra pessoa é ajudá-la a crescer, se realizar, é vê-la como uma extensão de si. Nesse sentido, o cuidado é um processo, um modo de se relacionar com alguém, de estabelecer confiança mútua, provocando, assim, uma profunda e qualitativa transformação no relacionamento.

Ainda, nesse sentido, Mayeroff define alguns elementos que são essenciais para o cuidado, como o conhecimento, o alternar de ritmos, a paciência, a honestidade, a confiança, a humildade, a esperança e a coragem (MAYEROFF, 1971 apud WALDOW 2005).

Outro ponto de vista que merece ser mencionado é o da teórica Leininger, que ao elaborar sua teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural, partiu do pressuposto de que “culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo.” (LEININGER, 1991, p. 48).

Sendo assim, os significados do cuidar envolvem relacionamento entre pessoas e sua forma de viver, bem como o contexto de vida que as cercam. Conhecer esses hábitos, padrões e comportamentos, auxilia na forma de como deve se desenvolver o processo de cuidar.

Collière (1999) afirma que oferecer cuidado significa ouvir os pacientes, ter tempo para unir reflexão e ação, expressar sentimentos, construir e avaliar, juntamente, com os pacientes e suas famílias, projetos de cuidado e cura, de acordo com seus hábitos e crenças.

Na obra *O cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos*, Waldow (2005) faz uma discussão sobre a reciprocidade do cuidado, referindo que alguns autores, defendem que num relacionamento de cuidado, o ser que é cuidado manifesta respostas de receptividade e intimidade em relação ao comportamento do ser que cuida. Enquanto outros afirmam que o cuidado não é, necessariamente, recíproco uma vez que, as pessoas não respondem da mesma forma em que nos comportamos.

Assim, Waldow (2010) parte do princípio de que o cuidado é uma forma de ser e de se relacionar. Inspirada em filósofos como Heidegger e Mayeroff, ela traz que o cuidado é sempre o ser no mundo, é a essência do ser, afirmando que:

O ser-ai-no-mundo se define pelas formas ou maneiras de experienciar cuidado e pelas relações (de cuidado) que estabelece consigo mesmo, com os outros e com o meio que o cerca. Isso o distingue como ser humano e lhe confere humanidade. (p. 37).

Relacionar-se, por sua vez, implica em respeitar o semelhante com suas limitações, preocupar-se com ele, envolver-se, responsabilizar-se, inquietar-se com a dificuldade do outro. Cuidar é humanizar as relações (WALDOW, 2005).

Ainda, nesta perspectiva, a autora destaca alguns elementos que se relacionam com o cuidado, sendo eles, o respeito e a consideração, englobando a ética, o interesse que determina o grau de envolvimento e o estar com, representados pela presença e pela disponibilidade (WALDOW, 2010).

O cuidar se dá na relação com os outros, sendo essencial compreender a realidade do outro, envolver-se, sentir o outro. Pode-se dizer, ainda, que o cuidado representa compromisso, responsabilidade, afeto, zelo, carinho, envolvimento. Seria agir no sentido de promover o seu bem estar e do próximo.

Acrescenta-se, ainda, que o cuidado não é algo padronizado, uniformizado, ele deve ser personalizado de acordo com as necessidades de cada pessoa, em determinado momento da vida. Ao contrário do que muitos pensam, o cuidado não se restringe à procedimentos e a patologias; ele é multidimensional, amplo, abrangendo a saúde, a doença, as grandes passagens da vida e é influenciado por fatores sociais, econômicos e culturais. Waldow (2010) afirma ser o cuidado imprescindível, também, na ausência de alguma enfermidade e no cotidiano dos seres humanos.

O cuidar é uma atitude tão complexa que transcende ao plano patológico e abrange, também, ao ser humano sadio. Esse permeia todas as fases do desenvolvimento humano, uma vez que cuidamos antes mesmo do nascimento, e após a morte. Cuidar envolve perpassar o corpo, a mente, o espírito, o social.

Historicamente, o cuidar não pertencia especificamente a uma profissão, dizia respeito a qualquer pessoa que ajudava outra pessoa a garantir o que lhe era necessário para manter a vida (COLLIÈRE, 1999). No entanto, Florence Nightingale, considerada a fundadora da Enfermagem Moderna, delineou a atividade de enfermagem centrada no cuidar das pessoas enfermas. Nesse sentido, Nightingale (1989) delineou a Enfermagem como uma profissão vocacional, direcionada à doação e cuidado solidário ao outro. Para ela, a essência de ser enfermeira envolvia, uma relação tão profunda ao ponto de permitir a esta profissional, a capacidade de ler cada mudança na fisionomia do paciente, antes mesmo de causar-lhe o esforço de dizer o que estivesse sentindo, num relacionamento empático, de interesse e segurança que deveria permear o cuidado eficiente. Destaca-se a premissa da sensibilidade como principal valor a ser cultivado, mobilizando o ser enfermeira para cuidar de modo a satisfazer a si mesma e ao outro.

Para tanto, a cuidadora enfermeira deve adotar uma postura que compreenda o crescimento e o desenvolvimento deste cuidado (MARCON; ELSEN, 1999), de forma, a ampliar seu olhar na perspectiva de enxergar o ser que está sendo cuidado, procurando oferecer um cuidado numa abordagem multidimensional e intersubjetiva.

Neste contexto, em sua trajetória, a enfermagem, tem sido associada ao termo cuidado, compreendendo que o cuidado de enfermagem é imprescindível em diferentes momentos da vida do ser humano. Ao referir-se a diferentes momentos da vida, chama-se atenção aqui para a última fase do ciclo de vida, a velhice.

Essa fase merece destaque por ser marcada por grande fragilidade, pelo aparecimento de modificações fisiológicas, psicológicas e sociais. Para cuidar de um indivíduo que vivencia o processo de envelhecer é necessário ter sensibilidade, ter um olhar ampliado, sensível, enraizado no princípio da inteireza e que atinja a transpessoalidade do ser, na tentativa de se aproximar e/ou atender à complexidade que envolve essa etapa da vida.

Nesta perspectiva, deve-se pensar o quão desafiador e minucioso é cuidar de idosos que apresentam uma doença crônica, como a úlcera venosa, os quais necessitam de um olhar diferenciado do profissional de saúde, que cuida, para enxergá-lo além da “ferida” e perceber, que antes dessa, existe um *ser* detentor de sentimentos, sensações, necessidades biopsicosociais e emocionais a serem atendidas.

A ferida não pode ser vista de forma isolada do ser idoso, pois ao pensar dessa forma depararíamos com uma prática reducionista, com a fragmentação do corpo, sendo a representação do idoso o retrato da sua patologia.

Assim, ao cuidar, a enfermagem necessita valorizar a experiência de vida do idoso ferido, e aos aspectos subjetivos que o envolve, centrando-se, no cuidado integral. Dessa forma, é necessário cuidar do idoso com uma ferida crônica, e não simplesmente tratar a ferida.

Atualmente, a enfermagem tem ocupado espaço relevante no tratamento de feridas, configurando-se como uma das profissões de referência nesse processo. Aliado a esse fato, encontra-se um mercado promissor no desenvolvimento de produtos e tecnologias inovadoras, sendo inquestionáveis os seus benefícios. No entanto, pode-se questionar se essas novas tecnologias são suficientes para abranger toda a complexidade que permeia o indivíduo idoso, com uma ferida crônica, ou se essas tecnologias podem simplesmente substituir o cuidado.

Nesta abordagem, Santos (2000) reforça a importância de a enfermagem aliar todas essas inovações tecnológicas aos aspectos humanos do cuidado, uma vez que o processo de

cuidar de indivíduos com feridas, tanto agudas quanto crônicas, é muito mais complexo, amplo, científico e interdisciplinar do que simplesmente cuidar de feridas.

Colliére (1999) complementa que o hiperdesenvolvimento de tecnologias de ponta tem como consequência, a multiplicação de especializações, que, na maioria das vezes, resulta em, fender cada vez mais o corpo do doente, implicando, assim, em relações humanas cada vez mais impessoais, longínquas, fragmentadas. O desenvolvimento da tecnicidade se por um lado traz grandes benefícios, por outro reduz o doente à sua doença.

Ainda, neste contexto, a autora assevera que:

O objetivo da medicina é, então, cada vez mais o corpo do portador de uma doença a identificar e, depois a erradicar, o corpo cuja mecânica deve ser reparada. É a doença que constitui objeto de investigação, de reparação ou erradicação [...] (p.123).

Corroborando essa reflexão, Capra (2006) no seu livro *O Ponto de Mutação*, comenta que a influência do paradigma cartesiano, reproduziu o reducionismo da biologia moderna e, o corpo humano passou a ser uma máquina, que pode ser analisada em termos de suas peças e onde, a doença passa a ser vista como mau funcionamento dos mecanismos biológicos. Tais padrões influenciaram de tal forma a enfermagem que, por estarem, historicamente, atreladas às práticas médica de cura, incorporaram por longos anos este paradigma.

Ratificando este pensamento, Colliére (1999) afirma que o objeto de trabalho de enfermagem ainda é, verdadeiramente, a doença, e é a partir desta que se selecionam e se elaboram a práxis do cuidar em enfermagem. “É a doença que conduz a ação de enfermagem e dá um sentido às tarefas a realizar.” (COLLIÈRE, 1999, p. 125).

No entanto, esta realidade vem se modificando ao longo do tempo, e reveste-se de importância ao abarcar as questões subjetivas que envolvem a complexidade do cuidar do ser idoso, no caso, acometido por úlcera venosa, buscando-se apreender sua percepção sobre o viver com uma úlcera venosa, uma vez que cada indivíduo possui a sua singularidade e a sua maneira particular e individual de reagir à sua patologia.

Para cuidar de outra pessoa, deve-se ser capaz de entendê-la, de ir ao seu mundo como se estivesse dentro dela, para sentir de ‘dentro’ como é a vida para ela, o que se esforça para ser, e do que precisa para crescer (MAYEROFF, 1971 apud CARVALHO, 2005).

Assim, ao se pensar no cuidado multidimensional e sensível, ao idoso com úlcera venosa, não se pode deixar de mencionar a comunicação que se deve estabelecer entre o *ser* que cuida e o *ser* que é cuidado, sendo essa relação compreendida como espaço de construção intersubjetiva.

Nesse sentido, Ferreira (2006) afirma que a relação estabelecida, no encontro entre aquele que cuida e o que é cuidado, é mediada por um espaço intersubjetivo que permite a comunicação, e conduz a interação entre eles, implicando, também, em construção de conhecimento a partir de um sistema de diferenças.

Ainda, este autor, comenta que a comunicação é, portanto, um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz, principalmente, porque é aí que reside a complexidade do cuidar, pois cuidar do outro envolve sentir o seu espírito, o seu olhar, a sua impaciência, a sua dor, a sua revolta, as suas tristezas e, também, as suas alegrias.

Sendo assim, a comunicação é um processo vital que constitui a base das relações, configurando-se como expressão de informações, sentimentos, pensamentos ou ideias entre os indivíduos envolvidos no processo de cuidar.

Ferreira (2006) acrescenta, ainda, que na perspectiva do cuidar em enfermagem não se pode ignorar as emoções, que se estabelecem como fruto do sentir humano e, dessa forma, não se pode desconhecer, também, o significado que é fruto do sentido dado, pelo indivíduo, às suas ações, reações, percepções e experiências de vida.

Quando tocamos o corpo de um idoso com ferida se faz necessário estabelecer o processo comunicacional e relacional, estando atento para todos os sinais, gestos e sensações apresentadas pelo ser que está recebendo cuidado. O complexo ato de comunicar-se não se exprime apenas por palavras, mas, também, através do toque, pois esse transmite uma mensagem que será interpretada individualmente, pois cada *ser* possui sua singularidade.

Na prática, os enfermeiros estão tão acostumados com o cuidar de feridas que não “percebem” o indivíduo idoso. O não se sentir visto, a falta de diálogo, a comunicação estritamente técnica marca, negativamente, o cuidado sob a perspectiva do ser cuidado, uma vez que essa situação bloqueia a possibilidade de relação entre o ser que cuida e ser que é cuidado.

Assim, ouvir o idoso acometido é também permitir que esse participe do seu processo de cuidar, não reduzindo a sua existência a um mero receptor de técnicas, procedimentos e cuidados. A compreensão do cuidar em enfermagem permite que esse idoso seja sujeito ativo e corresponsável pelo seu cuidado, se sentindo valorizado, responsável e comprometido com sua recuperação.

Nesta perspectiva Waldow (1998) afirma:

O outro, ser cuidado passa a ser colaborador no processo e com responsabilidades no resultado de cuidar/cuidado. Sua história de vida, sua experiência e cultura são consideradas, bem como sua individualidade e

desejos. O ser cuidado passa a ter uma identidade, deixa de ser objeto, sendo assim, passa a ser amado, tocado e compreendido (WALDOW, 1998, p.25).

De acordo com Ferreira (2006) o encontro estabelecido entre quem cuida e quem é cuidado é permeado pela objetividade técnica do cuidado, pelo conhecimento e pela subjetividade dos sujeitos envolvidos na relação.

A partir da discussão reflexiva discorrida considera-se como fundamental a necessidade de se resgatar o cuidado. O cuidar em enfermagem não pode ser pensado como uma atitude que envolva somente as técnicas, procedimentos, tecnologias, mas como um ato que envolve a complexidade do lidar com o outro. É preciso conhecer a história de vida, as crenças, as emoções, os desejos e as percepções das pessoas envolvidas aqui, particularmente, os idosos com uma úlcera venosa.

Nesse sentido, Aguiar (2010) traz que indivíduos acometidos por úlcera venosa percebem a ferida como um desafio no seu viver cotidiano uma vez que, essa possui caráter crônico e recidivante. Esses indivíduos manifestam diversos sentimentos e sensações negativas, pois o conviver com essa lesão acarreta instabilidade de humor, angústias, sofrimento, transtorno psíquico, medo, incapacidade, solidão, rejeição, repúdio, isolamento, vergonha e preconceito. Concomitantemente, repercutem nas suas atividades cotidianas, de lazer; esportivas; laborais; domésticas e de interação social; dificultam a sua locomoção e gera dependência de terceiros.

A autora complementa que esses indivíduos que vivenciam, cotidianamente, a úlcera venosa buscam estratégias de enfrentamento para dar significado e sentido a sua vida, através do apoio espiritual, familiar e de sua rede social, além de desenvolver o autocuidado para enfrentar a doença.

Neste direcionamento, necessita-se de um olhar diferenciado do profissional que cuida do idoso, com úlcera venosa, a fim de que as suas necessidades biopsicoemocionais e intersubjetivas sejam atendidas.

3 METODOLOGIA

3.1 NATUREZA DA PESQUISA

Para atingirmos os objetivos propostos, optamos por um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado num referencial teórico capaz de contemplar o conjunto de elementos que envolveram a temática estudada: a percepção de idosos que vivem com úlcera venosa.

A pesquisa exploratória tem como finalidades desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos, sendo esta desenvolvida com o objetivo de proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo. O produto final deste processo passa a ser um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimento mais sistematizado (GIL, 2008).

De acordo com esse autor, o estudo descritivo tem como finalidade descrever as características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relação entre variáveis. Estuda as características de um grupo, levanta opiniões, atitudes e crenças de uma população.

O estudo qualitativo em geral é descritivo, uma vez que preocupa-se com os indivíduos em seu ambiente natural em toda a sua complexidade, e baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e definida por seus atores (POLIT; HUNGLER, 2004).

A abordagem qualitativa é considerada apropriada ao objeto deste estudo, pois constitui um método que se preocupa em observar aspectos mais profundos da complexidade humana permitindo a interface mais detalhada sobre hábitos, atitudes e tendências de comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2004).

Segundo Minayo et al (2010), a abordagem de natureza qualitativa deve ser empregada em casos onde há pesquisas com maior aproximação e aprofundamento da realidade dos fatos, pois caminham para o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Neste sentido, tal abordagem possibilitou apreender a percepção de idosos que vivem com a úlcera venosa e apresentar, através dos resultados obtidos, contribuições ao processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinados grupos e permitir, ainda, um maior grau de profundidade à interpretação das particularidades, dos comportamentos e atitudes desses idosos.

Este tipo de estudo preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, entende que na sua homogeneidade fundamental, relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças (MINAYO et al, 2010).

Deste modo, a autora afirma que envolver a natureza qualitativa denota o interesse do (a) pesquisador (a) em conhecer as “qualidades” do objeto, preocupando-se com uma realidade que não pode ser quantificada, mas sim compreendida, a partir de seus significados, aspirações e valores.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido na cidade de Jequié- BA, na Clínica Escola de Fisioterapia José Maximiliano Henriquez Sandoval (CEF), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Inaugurada em 2004, essa clínica tem como objetivo atender a população carente do município e região circunvizinha, oferecendo gratuitamente diversos serviços de saúde, em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde, e em parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS), atingindo uma cota de atendimento de até 1.600 pacientes por mês.

A implantação dessa unidade foi possível graças ao esforço conjunto de alunos, professores e funcionários da Universidade e da sociedade civil organizada de Jequié, além da parceria com a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), o que reforça o compromisso social da Universidade com a comunidade.

A clínica tem uma cota, junto ao SUS, de 2.070 procedimentos fisioterapêuticos por mês, atendendo pessoas de todas as idades. Para que o paciente seja atendido na clínica, é necessário que ele seja atendido por um médico, em um posto de saúde ou hospital, que solicitará o serviço fisioterapêutico. Posteriormente, o paciente deve marcar data e horário no Centro de Marcação de Consultas de Jequié (CERAJE). Na clínica, ele será encaminhado para realizar procedimentos nas áreas de sua necessidade, que englobam: geriatria, pediatria, neurologia, reumatologia e traumatologia/ortopedia.

A clínica baseia-se nos três pilares básicos de sustentação da Universidade: ensino, pesquisa e extensão. Ela é utilizada pelos alunos do curso de fisioterapia e de enfermagem

como laboratório de estágio prático, funcionando de segunda a sexta-feira, das 7h30 às 12 horas.

Na clínica são desenvolvidos projetos de extensão continuada, orientados por professores da UESB, dentre eles o projeto de extensão Cuidados Fisioterapêuticos nas Ulcerações dos Membros Inferiores, cenário do nosso estudo. Esse projeto utiliza técnicas modernas com laser, ultrassom, corrente galvânica de alta voltagem, terapia física complexa além de realizar curativos dos pacientes com feridas crônicas, proporcionando um serviço especializado na promoção da saúde e cicatrização de feridas.

Neste caso, especificamente, o projeto cuida de pessoas adultas e idosas com ulcerações dos membros inferiores, numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo acadêmicos dos cursos de fisioterapia e enfermagem, além de médicos da cidade. Ele conta com a participação de 5 discentes voluntários do curso de Enfermagem e 7 discentes voluntários do curso de fisioterapia, 1 bolsista do curso de enfermagem, além de contar com o apoio de 2 docentes coordenadores. Esse funciona às segundas e sextas-feiras no período matutino, às terças, quartas e quintas-feiras, no período vespertino. Os pacientes são atendidos por ordem de chegada e sob supervisão dos coordenadores do projeto.

A escolha da clínica escola como local para este estudo esteve vinculado a aspectos como: possuir um quantitativo considerável de idosos acometidos por feridas crônicas, dentre elas a úlcera venosa, pelo fato da pesquisadora já ter atuado como bolsista e já ter desenvolvido pesquisas no projeto o que facilitou o acesso aos idosos. Aliado a isso, o campo de estudo atua como campo de ensino, pesquisa e extensão para estudantes de graduação e pós-graduação da UESB.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos desse estudo foram pessoas idosas, de ambos os sexos, acometidos por úlceras venosas. Os critérios de inclusão foram idosos vinculados ao Projeto de Extensão Cuidados Fisioterapêuticos nas Ulcerações dos Membros Inferiores, da Clínica de Fisioterapia, que tivessem condições de responder aos questionamentos e que aceitassem participar da pesquisa após a apresentação dos objetivos, e, da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Partiu-se do pressuposto de que as entrevistas seriam realizadas até que elas se tornassem repetitivas e/ou atendessem aos objetivos da pesquisa, o que totalizou oito entrevistas.

Os idosos foram abordados e entrevistados na Clínica após atendimento inicial no projeto. Foram escolhidos de modo aleatório, porém só participaram do estudo os que atenderem aos critérios de inclusão. Vale salientar que três entrevistas aconteceram em domicílio, uma vez que os idosos não puderam comparecer na data agendada à clínica.

Para que a entrevista fosse realizada no domicílio foi feito um contato prévio, por telefone, com esses idosos. Após concordância a pesquisadora se dirigiu ao domicílio desses, na hora e data agendada, para que a entrevista fosse realizada.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida com base nas normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa com seres humanos usando o protocolo de consentimento livre e esclarecido dos sujeitos. A Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

Inicialmente, foi encaminhado ofício à coordenação da Clínica Escola de Fisioterapia, solicitando autorização para utilizar o campo para a pesquisa. Posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que avaliou sua viabilidade e forneceu um parecer favorável à sua realização. Após a aprovação do Comitê, sob parecer nº 102.257, a Clínica Escola de Fisioterapia foi novamente contactada para que autorizasse o início da coleta dos dados, em todos os dias da semana, em virtude do funcionamento diário do projeto.

Aos sujeitos que se enquadravam nos critérios do estudo foi feito o convite e esclarecimento sobre a pesquisa, explicando a estes, os objetivos e a sua relevância, deixando-os livres para aceitar ou rejeitar a participação no estudo. Foi explicada a importância do consentimento por escrito (APÊNDICE A), garantindo-lhes a confidencialidade, sigilo e privacidade.

Os sujeitos também foram orientados para o fato de que não haveria benefícios financeiros para nenhuma das partes e que as informações fornecidas seriam confidenciais, de modo que as falas não permitiriam identificar os sujeitos envolvidos, que seriam identificados com nome de pássaros. A escolha por pássaros representa o ideal de vida daqueles idosos acometidos por úlcera venosa, onde esses evidenciam em todos os momentos a vontade de serem livres da ferida para viver melhor.

Cabe ressaltar que o estudo não ofereceu riscos para os envolvidos, exceto o desconforto para relatar suas percepções em conviver com uma úlcera venosa. Apenas uma idosa demonstrou-se desconfortável, durante a entrevista, que foi imediatamente interrompida. A pesquisadora, como enfermeira, ofereceu todo o apoio necessário, prosseguindo a coleta somente após o reestabelecimento e o consentimento da idosa.

Os sujeitos envolvidos foram informados que caso decidissem desistir de participar da pesquisa poderiam entrar em contato com a pesquisadora através do telefone ou email disponibilizado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informou-se, ainda, que os resultados obtidos no estudo seriam divulgados em meio acadêmico e científico através de apresentações em eventos e publicações de artigos científicos, além da divulgação na própria clínica.

Assim, as entrevistas ocorreram em local privativo disponibilizado pela clínica, a fim de garantir um ambiente livre de interferências para a realização das entrevistas.

3.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA PARA COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta de informações ocorreu através de um roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B) que foram gravadas com auxílio de um gravador de voz. Esse roteiro continha uma parte com dados sócios demográficos para a caracterização dos sujeitos e uma específica relativa ao tema em apreço. Almejou-se com o mesmo, obter informações acerca do que as pessoas sabem, crêm, esperam, sentem, desejam, bem como suas explicações ou razões (GIL, 2008).

Esse autor afirma que a entrevista semi-estruturada possibilita a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano; os dados obtidos são suscetíveis de classificação e de quantificação; oferecem flexibilidade, uma vez que se é permitido esclarecer o significado das perguntas e adaptá-las, mais facilmente, aos sujeitos e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista; possibilita captar a expressão corporal do entrevistado, bem como a tonalidade de voz e ênfase das respostas, modalidade que facilitou a aproximação e comunicação com as pessoas idosas.

Ainda, nesse sentido, Bell (2008) afirma que são várias as vantagens da entrevista: aprofundar respostas, acompanhar ideias e investigar motivos e sentimentos. O tom de voz, a hesitação, a expressão facial externada após uma pergunta pode proporcionar informações talvez inatingíveis numa resposta escrita.

A entrevista semi-estruturada foi ideal para alcançar os objetivos propostos, uma vez que essa possibilitou maior liberdade para explorar a temática em estudo, e adentrar o universo singular do idoso que convive com uma úlcera venosa.

Os sujeitos mostraram-se receptivos à pesquisadora e ao estudo que estava sendo realizado, o que favoreceu a coleta das informações. Vale ressaltar que alguns dos idosos entrevistados, ao narrarem os fatos sobre o viver com a úlcera venosa demonstraram emoções de choro, tremor, tristeza e mudança na expressão facial. Alguns choraram durante as entrevistas, outros demonstraram dificuldades em falar do assunto, já outros, sorriram, demonstrando estar superando as dificuldades impostas pela úlcera venosa.

Ressalta-se que a realização das entrevistas foi encerrada no momento em que houve a saturação teórica, ou seja, quando nenhum dado novo ou relevante foi encontrado ou quando eles começaram a ser recorrentes nas entrevistas (LACERDA; OLINISK; 2003).

3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DE INFORMAÇÕES

Para sistematizar e analisar os dados obtidos nas entrevistas foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática proposto por Bardin (2009), definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p. 42).

Ainda, neste sentido, a análise temática se refere ao tema, ou seja, é a unidade de significado que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (BARDIN, 2009). Desta forma, a análise de conteúdo temática permitiu captar a percepção dos idosos que vivem com a úlcera venosa.

Essas foram minuciosamente transcritas pela pesquisadora e seguiu o Plano de Análise, de acordo com a proposta da autora, em três fases: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados e a interpretação.

A pré-análise tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, a partir de escolhas de documentos, formulação de hipóteses, objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação final. A segunda fase, exploração do material, consiste nas operações de codificação em função das regras previamente estabelecidas. No

tratamento dos resultados e interpretação, a terceira e última fase, o objetivo é obter resultados válidos e significativos (BARDIN, 2009).

As informações dessa pesquisa advêm de 08 entrevistas com idosos acometidos por úlcera venosa. A análise foi iniciada por meio da sistematização das características sócio-demográficas dos sujeitos. Após a caracterização dos sujeitos, as entrevistas transcritas foram submetidas à leitura flutuante para que fosse possível apreender seu conteúdo geral.

Posteriormente, uma segunda leitura, mais aprofundada, permitiu submeter às entrevistas a “recortes” e agrupar de acordo com a relação entre o seu conteúdo e as características definidoras das categorias e subcategorias. Dessa forma extraiu-se o tema: ***ter e conviver no dia-a-dia com a úlcera venosa*** que foi categorizada pela similitude das respostas.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Após o seguimento das etapas previstas para o desenvolvimento desse estudo e com o intuito de alcançar os objetivos propostos, apresentam-se os resultados com a análise e a discussão atinente à percepção dos idosos que vivem com úlcera venosa.

Contudo, antes de se adentrar ao universo dos discursos, faz-se necessária uma apresentação dos idosos entrevistados, uma vez que um fato só pode ser compreendido quando se conhece, inicialmente, os sujeitos que o protagonizam.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A princípio, para atender ao preceito ético do anonimato, os sujeitos desse estudo foram denominados por nome de pássaros. A análise das informações obtidas das entrevistas permitiu identificar o perfil dos indivíduos investigados. Inicialmente buscou-se obter informações relativas ao sexo, idade, cor, estado civil, religião, nível de escolaridade, número de filhos, renda mensal, local em que reside, ocupação, situação trabalhista, localização da ferida, tempo de ferida e co-morbidades, conforme apresentado a seguir.

Entrevistado Beija-flor: Idosa do sexo feminino; 72 anos; cor branca (autodeclarada); residente na zona urbana de Jequié-Bahia. É casada; católica; tem de um a quatro anos de escolaridade; costureira; aposentada; renda mensal de até 2 salários mínimos, não reside sozinho. Beija-flor possui uma ferida localizada no pé direito e outra no pé esquerdo há 44 anos e apresenta hipertensão arterial como co-morbidade. Essa idosa apresenta dificuldades ao realizar atividades de vida diária, porém conta com a ajuda do marido e dos filhos.

Entrevistado Andorinha: Idosa do sexo feminino; 64 anos; cor branca (autodeclarada); residente na zona urbana de Jequié-Bahia. É viúva; evangélica; tem de cinco a oito anos de escolaridade; pensionista (aposentada); renda mensal não relatada, não reside sozinha. Andorinha possui uma ferida localizada na perna direita e outra no pé esquerdo há 05 anos e apresenta hipertensão e diabetes como co-morbidade.

Entrevistado Bem-te-vi: Idoso do sexo masculino; 61 anos; cor parda (autodeclarada); residente na zona urbana de Jequié-Bahia. É separado; evangélico; tem de nove a onze anos de escolaridade; costureiro; ainda em atividade; renda mensal de até um salário mínimo e reside sozinho. Bem-te-vi possui uma ferida localizada na perna esquerda há 20 anos e relatou não apresentar nenhuma co-morbidade. Esse idoso tem o apoio dos amigos e vizinhos para ajudá-lo no desempenho de muitas das atividades diárias.

Entrevistado Canário: Idosa do sexo feminino; 61 anos; cor preta (autodeclarada); residente na zona urbana de Jequié-Bahia. É casada; católica; tem de nove a onze anos de escolaridade; autônoma, ainda em atividade; renda mensal inferior a um salário mínimo reside com a filha. Canário possui uma ferida localizada na perna direita há 35 anos e apresenta hipertensão como co-morbidade. Essa idosa apresenta algumas dificuldades para exercer suas atividades laborais, apesar de ter o apoio da filha.

Entrevistado Gaivota: Idosa do sexo feminino; 84 anos; cor branca (autodeclarada); residente na zona urbana de Jequié-Bahia. É separada; católica; tem de cinco a oito anos de escolaridade; costureira; aposentada; renda mensal de até dois salários mínimos; reside com uma cuidadora. Gaivota possui uma ferida localizada na perna esquerda há 06 anos e apresenta hipertensão como co-morbidade. Essa idosa possui condições financeiras de contratar uma cuidadora para auxiliá-la nas atividades de vida diária, pois relata não conseguir realizá-las sozinha.

Entrevistado Calopsita: Idosa do sexo feminino; 82 anos; cor branca (autodeclarada) residente na zona urbana de Jequié-Bahia. É viúva; católica; analfabeta; trabalhava na zona rural; aposentada; renda mensal de dois salários mínimos; reside com a filha. Calopsita possui uma ferida localizada na perna direita há 15 anos e apresenta hipertensão e diabetes como co-morbidade. A idosa passa a maior parte do tempo em repouso, relatando não ter condições de desempenhar suas atividades cotidianas.

Entrevistado João de Barro: Idoso do sexo masculino; 60 anos; cor parda (autodeclarada); residente na zona urbana de Jequié-Bahia. É casado; evangélico; tem de um a quatro anos de escolaridade, pedreiro; afastado do trabalho; mora sozinho. João de Barro possui uma ferida localizada no pé esquerdo há 05 anos e apresenta hipertensão como co-morbidade. Esse idoso tem sua condição financeira comprometida por não ter condições de realizar suas atividades laborais

Entrevistado Periquito: Idosa do sexo feminino; 64 anos; cor branca (autodeclarada) residente na zona urbana de Jequié-Bahia. É casada; católica; tem de um a quatro anos de escolaridade, doméstica, ainda em atividade; mora com o marido, a filha e a neta. Periquito possui uma ferida localizada na perna direita há 20 anos e apresenta hipertensão como co-morbidade. A idosa relata contribuir com as atividades cotidianas.

A seguir o quadro I apresenta síntese das características dos idosos participantes do estudo.

Quadro 1: CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Nº	Pseudônimo	Sexo	Idade	Cor	Estado Civil	Religião	Escolaridade	Local de moradia	Reside sozinho	Renda familiar	Situação trabalhista	Tempo de ferida (anos)	Local de ferida	Comorbidades
1	Beija-flor	F	72	Branca	Casada	Católica	Até o 5º ano	Zona urbana	Não	Até 2 salários	Aposent / Cost.	44	Pé (D/E)	HA
2	Andorinha	F	64	Branca	Viúva	Evangélica	Fundamental Incompleto	Zona urbana	Não	-	Aposent	05	Perna (D/E)	HA/DM
3	Bem-te-vi	M	61	Parda	Separado	Evangélica	Médio Completo	Zona urbana	Sim	1 salário	Cost.	20	Perna E	-
4	Canário	F	61	Preta	Casada	Católica	Até o 5º ano	Zona urbana	Não	Infeior 1 salário	Aut	35	Perna D	HA
5	Gaiivota	F	84	Branca	Separada	Católica	Fundamental Incompleto	Zona urbana	Não	Até 2 salários	Aposent / Cost.	06	Perna E	HA
6	Calopsita	F	82	Branca	Viúva	Católica	Não frequentou a escola	Zona urbana	Não	2 salários	Aposent /Rural	15	Perna (D/E)	HA/DM
7	João de Barro	M	60	Parda	Casada	Evangélica	Até o 5º ano	Zona urbana	Não	2 salários	Aposent /Pedreiro	05	Pé E	HA
8	Periquito	F	64	Branca	Casada	Católica	Até o 5º ano	Zona urbana	Não	Até 2 salários	Domes.	20	Perna D	HA

FONTE: Pesquisa: “Percepção de idosos sobre o viver com úlcera venosa” Salvador-Bahia, 2013.

Legenda: Aposent.: aposentado/ Cost.: costureira/ Domes.: doméstica/ Aut.: autônomo/ HA: hipertensão arterial/ DM: diabetes mellitus.

A partir da descrição observou-se a predominância de idosos do sexo feminino, com idade variando entre 60 e 84 anos, em sua maioria de cor branca (autodeclarada), casados, católicos, com escolaridade variando de 1 a 8 anos de estudo e residentes na zona urbana de Jequié-Bahia. A renda familiar constatada foi de até dois salários mínimos; a maioria dos sujeitos encontram-se aposentados, porém desenvolvendo atividades laborais no mercado informal.

Além dessas questões de caráter sócio demográfico, apresenta-se ainda, alguns pontos relacionados à saúde desses idosos como o tempo de ferida, que variou de 05 a 44 anos, e em relação às co-morbidades, em sua maioria, apresentaram hipertensão arterial, às vezes associada ao diabetes mellitus.

Fazendo um paralelo com os achados na literatura, observou-se que este estudo está em consonância com o de Conuei (2009) e Salomé; Blanes e Ferreira (2012) que estimou que as úlceras venosas têm incidência duas vezes maior em pessoas acima de 60 anos de idades.

Em relação ao gênero pesquisas revelam que há uma predominância de úlcera venosa em indivíduos do sexo feminino, representando uma relação de 3:1 entre os sexos (SANTOS; MELO; LOPES, 2010; MACÊDO et al, 2010; COSTA et al, 2011; e SALOMÉ; BLANES, FERREIRA, 2012)

As pesquisas apontam que no tocante à escolaridade, estado civil; religião, cor e renda, a maior parte dos indivíduos acometidos, por úlcera venosa, possui baixa escolaridade; em sua maioria são casados; católicos; brancos e possuem renda variando entre um e dois salários mínimos (COSTA et al, 2011; WAIDMAN et al, 2011; SALOMÉ, BLANES, FERREIRA, 2012)

No que tange às questões saúde, Corrêa e Ceolim (2008) vão ao encontro das informações obtidas, neste estudo, no qual revelam que as co-morbidades mais prevalentes nos idosos com patologias vasculares periféricas, são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus.

Segundo França e Tavares (2003), a úlcera venosa se inicia de forma espontânea ou traumática, tem uma cicatrização lenta e apresenta quadro reincidivante. Nesta pesquisa constatou-se que os idosos convivem com a ferida por muito tempo variando de 5 até 44 anos, numa média de aproximadamente 19 anos.

Desta forma, faz-se necessário conhecer o perfil dos idosos acometidos por úlcera venosa, no intuito de apreender suas percepções, necessidades, condições de vida e de saúde de uma forma mais proximal para que seja possível direcionar o planejamento das ações de saúde com vistas a melhoria da qualidade de vida desses idosos.

Dando continuidade a apresentação dos resultados e trazendo as discussões dos autores apresenta-se a seguir as categorias e subcategorias que emergiram deste estudo, extraídas da análise das entrevistas com os idosos, conforme o quadro 2 a seguir:

Quadro 2: As categorias e subcategorias do estudo

Categoria	Subcategoria
1 Viver com a úlcera venosa é um sofrimento	1.1 A úlcera venosa provoca dor 1.2 A úlcera venosa provoca recidiva 1.3 A úlcera venosa provoca limitações
2 Viver com a úlcera venosa é conviver com o estigma	2.1 Enfrentar os preconceitos 2.2 Vivenciar constrangimentos
3 Viver com a úlcera venosa demanda fé/resignação/ aceitação	3.1 A fé no enfrentamento das adversidades provocadas pela úlcera venosa 3.2 A insatisfação com os serviços de saúde. 3.3 Aceitar e resignar-se

FONTE: Pesquisa: “Percepção de idosos sobre o viver com a úlcera venosa”, Salvador-Bahia, 2013.

4.2 CATEGORIA 1: VIVER COM A ÚLCERA VENOSA É UM SOFRIMENTO

Os idosos deste estudo, através dos seus discursos, relataram o sofrimento em ter e conviver com uma úlcera venosa. Esse sofrimento foi marcado pela dor, por limitações cotidianas e pelas frequentes recidivas da ferida. Todos esses fatores manifestam nos idosos sensações e sentimentos de angústia, medo e dificuldades, interferindo diretamente no seu viver cotidiano e afetando, assim, a sua qualidade de vida.

Ximenes (2000) define sofrimento como: ato ou efeito de sofrer; dor; padecimento; amargura; ser afligido; suportar; tolerar; aguentar; ser vítima de. Aprender a percepção do

idoso acometido por úlcera venosa é compreender que esse experimenta sofrimento físico, espiritual, moral e emocional.

Waidman et al (2011) assevera que o sofrimento faz parte do cotidiano das pessoas com feridas e, que esse sofrimento, ocorre devido a dúvidas, aflições em relação ao tempo de tratamento e, à ansiedade pela espera de uma evolução satisfatória da ferida. Dentro dessa perspectiva, percebe-se que uma ferida não se resume apenas a uma lesão física, ela representa uma marca que causa estímulos negativos na vida dos indivíduos.

Perceber o sofrimento físico e psíquico de quem convive com uma ferida crônica, nos faz refletir que esta condição acarreta uma série de mudanças não só em quem a possui, mas, também, em seus familiares, pois estes não estão preparados para compreender toda a problemática que envolve o viver/conviver com uma úlcera venosa. Estendendo esse olhar ao profissional de saúde, que presta assistência à pessoa com ferida, percebe-se que esse parece não dimensionar a interferência que esta lesão pode acarretar à nova condição de vida desse idoso.

A percepção do sofrimento, causada pela úlcera venosa, em idosos, permitiu delinear três subcategorias com vistas a aprofundar essas percepções e os sentimentos vivenciados pelos idosos que convivem com a úlcera venosa. Neste direcionamento, as subcategorias foram assim denominadas: “A úlcera venosa provoca dor”; “A úlcera venosa provoca recidivas”; “A úlcera venosa provoca limitações”.

4.2.1 Subcategoria 1: A úlcera venosa provoca dor

Essa subcategoria retrata o sofrimento que a dor causa na vida cotidiana dos idosos que convivem com a úlcera venosa, despertando nesses, sentimentos e sensações distintas que refletem momentos de desespero, tristeza, incômodo, desânimo, privação do sono, além de dificuldade para executar as suas atividades diárias. Dessa forma, percebe-se que a dor afeta o modo de viver saudável dessas pessoas.

As falas dos idosos entrevistados evidenciam a dor que a úlcera venosa provoca e como essa é percebida em sua vida:

Olha não e fácil não, eu sinto muita dor. Não e fácil, não é uma coisa fácil. Sei dizer na dor que ela causa. Eu sinto muita dor, eu não aguento andar muito [...]. (João de Barro)

Tem dia que dói, dói muito. Fica latejando. A bichinha (a ferida) dói viu, mas dói bastante, tem dia que incha, coça, sai água. Tem dia que fica

inchada, inchada mesmo que chega ter que usar outra faixa. É difícil. Ela dói demais. (Canário)

A dor também é muita, é muita. Incomoda demais. Eu uso sempre analgésico, muito analgésico e a dor incomoda muito, incomoda mais ainda quando eu estou andando. Depois que eu começo a fazer um descanso, repousar aí vai melhorando. (Gaivota)

[...] às vezes eu estou com o pé todo inchado, com a perna toda inchada aí fica difícil para andar, dói muito [...]. (Periquito)

Os depoimentos revelam o quanto é angustiante conviver com a dor provocada por uma úlcera venosa crônica. Os idosos além de sofrerem com a dor queixam-se do inchaço, da coceira, da grande quantidade de secreção, do incômodo, da dependência de medicação, da dificuldade para deambular e da necessidade do descanso, visto que precisam parar as atividades que estão realizando e ficar em repouso por conta da dor.

A dor é algo subjetivo, individual e está relacionada às questões sociais, culturais e religiosas de cada pessoa que a vivencia. Nesse sentido, entender o sofrimento que a dor causa, nesses idosos, é perceber o significado singular atribuído a ela.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais descritas em termos de tais lesões. Sendo ela altamente subjetiva e influenciada por fatores comportamentais, fisiológicos, sensoriais e emocionais (MERSKEY, 1991).

A dor é uma das principais queixas de quem apresenta uma lesão de continuidade na pele. Essa se associa a modificações que ocorrem no organismo, sendo decorrente das variações de condições da ferida e, de vida, do indivíduo durante o tempo de permanência com a lesão (WAIDMAN et al., 2011).

Silva et al (2009) afirmam que as úlceras de membros inferiores causam dor em diferentes níveis, sendo essa dor uma problemática típica das lesões crônicas. A dor não se resume a aspectos físicos, mas repercute também na ruptura do bem estar biológico, psicológico, emocional e social.

Estudos nesta área, como o de Costa et al (2012) tem revelado que a dor provoca impacto negativo na vida dos indivíduos acometidos, uma vez que dificulta a deambulação, diminui a qualidade do sono e diminui sua capacidade de realizar as atividades cotidianas.

Algumas das manifestações decorrentes da dor, nos indivíduos acometidos por úlcera venosa, já são familiares aos idosos, em virtude do processo natural do envelhecimento, por apresentarem padrão de sono comprometido, dificuldade de locomoção e capacidade

funcional reduzida para desempenhar tarefas corriqueiras. No entanto, a úlcera venosa vem potencializar essas dificuldades.

Oliveira et al (2008) referindo-se aos idosos, comentam que a dor, independentemente da natureza, padrão ou causa, quando não tratada adequadamente, apresenta sofrimento e efeitos lesivos na vida dessa população. Dentre as inúmeras consequências os autores destacam depressão, incapacidade para realizar atividades, distúrbio do sono, desnutrição, disfunção cognitiva e reabilitação tardia. Destacam, ainda, que a avaliação da dor em idosos pode se tornar algo difícil em virtude das alterações fisiológicas, psicossociais e cognitivas, próprias da idade.

Johnstone (2007) refere que as doenças vasculares periféricas reduzem, expressivamente, a qualidade de vida das pessoas e que essas afetam, principalmente, as pessoas idosas, causando a dor crônica severa e provocando prejuízo na mobilidade, e perda da independência.

Os idosos, no seu dia a dia, já não desempenham suas atividades com tanta agilidade e de forma ininterrupta, precisando, de fato, em alguns momentos, interromper e realizar períodos de descanso, porém com a dor causada pela úlcera venosa, as limitações e as dificuldades tornam-se mais evidentes.

Conforme foi evidenciado nos discursos, a dor nos membros inferiores vem atrelada a dificuldade de deambulação. Essa dificuldade pode vir a favorecer episódios de quedas, nesses idosos, pois esses apresentam, devido ao próprio processo de envelhecimento, fragilização do sistema musculoesquelético e perda de massa óssea.

Oliveira et al (2008) trazem que os idosos apresentam grande risco de queda e que essa constitui a principal causa de trauma no idoso, se configurando, dessa forma, em uma ameaça à saúde e à qualidade de vida desses.

Costa et al (2011) e Lara et al (2011) dizem que a dor é frequentemente relatada como um fator capaz de dificultar o desenvolvimento de atividades físicas, como deambular e realizar caminhadas diárias.

A enunciação dos sujeitos evidencia, ainda, que a dor predomina no seu dia a dia e que essa é responsável por desconforto físico. Green e Jester (2009) reforçam os achados deste estudo, trazendo que a dor é o primeiro e mais frequente sintoma mencionado pelos indivíduos acometidos por úlcera venosa. Lucas; Martins e Robazi (2008) e Lopes (2011) acrescentam que além da dor outro sintoma referido pelos sujeitos é o incômodo causado pelo edema, pelo odor e pelo exsudato.

A dor muitas vezes é descrita como angustiante, pois essa pode se manifestar em qualquer momento do dia ou da noite, tornando os idosos, acometidos por feridas crônicas, subordinados tanto à ferida quanto ao nível de dor (MUDGE et al, 2008).

Ainda, discorrendo sobre a dor, na vida desses idosos, observa-se que a mesma repercutiu no sono dos idosos, como pode ser visto nas falas que se seguem:

É ruim demais porque a gente tem hora que não pode nem dormir sente muita dor é ruim demais. A gente vive porque é o jeito viver. Para dormir mesmo, tem dia que eu durmo bem, tem dia que não durmo direito por causa dessa dor. (Calopsita)

Até para dormir é difícil porque eu coloco o pé em uma posição, daí não esta boa já coloco em outra. Tudo incomoda, a dor incomoda. E fico assim o tempo todo [...]. (Gaivota)

Os entrevistados Calopsita e Gaivota associam as noites mal dormidas à dor provocada pela úlcera venosa. A intensidade e a severidade da dor dificultam o sono, causando, em alguns momentos, desmotivação para seguir em frente como pode ser visto na fala do entrevistado Calopsita: *A gente vive porque é o jeito viver*. Ainda, nesse sentido, a entrevistada Gaivota deixa claro que a dor e a dificuldade de dormir é uma constante em sua vida: *E fica assim o tempo todo*.

O déficit na qualidade do sono é bastante desagradável e tem reflexos no desempenho, no comportamento e no bem-estar dos idosos.

As pessoas idosas apresentam, no seu processo natural de envelhecimento, uma diminuição na qualidade do sono e, com este agravante, – a dor provocada pela úlcera venosa – esta se torna mais acentuada, podendo inclusive causar desgastes físicos e mentais e repercutir na qualidade de vida destes.

Autores como Smeltzer e Bare (2007) apontam que a maioria dos idosos refere queixas relacionadas ao sono decorrentes de mudanças fisiológicas específicas do processo de envelhecimento ou de doenças que causam distúrbios secundários ao sono. Esses distúrbios afetam a qualidade do sono à noite, levando a necessidade de repouso durante o dia.

Desse modo, a ferida crônica interfere em vários aspectos relacionados à qualidade de vida, dentre ele a qualidade do sono, onde a dor crônica pode se configurar na principal causa desse distúrbio. Então, estudos sugerem que assim como a dor interfere na qualidade do sono, pessoas que dormem pouco, sentem mais dores (SMITH; HAYTHORNTHWAITE, 2004; CORRÊA; CEOLIM, 2007).

A dificuldade para encontrar uma posição confortável para dormir é algo marcante na vida dos indivíduos que vivenciam úlceras crônicas. A sensação de dor leva a noites sem descanso, fator que interfere desfavoravelmente em suas vidas (LARA et al, 2011).

Waldman et al (2011) asseveram que são diversas as manifestações causadas pela dor, ressaltando além das alterações no padrão de sono, irritabilidade e desmotivação; reforça, também, que a persistência da dor pode potencializar estes sintomas.

Além do déficit na qualidade do sono, os idosos desse estudo associaram a dor a sentimentos negativos capazes de causar transtornos emocionais em suas vidas como se apresenta nos discursos a seguir:

Eu sinto dores terríveis. É muita dor. Muita dor mesmo e ai me bate uma tristeza, eu começo a chorar eu já não fico mais a mesma, fico desanimada mesmo. É dor, é horrível, é terrível, é tristeza é um bocado de coisa junta, muita coisa junta [...]Minha filha acha que devo ir ao psicólogo porque eu fico diferente, fico nervosa. Ora eu me tranco no quarto, ora eu me dano a chorar. (Andorinha)

Doí muito. Tem horas que dá um desânimo, uma tristeza [...]. (Periquito)

Tem vez que ela só fica inchada e ai a gente sente muita dor. Eu sinto muita tristeza. Sinto muita tristeza, muita tristeza de viver com essa dor, com esse problema. Mas a gente não pode fazer nada. (Calopsita)

Conforme se verifica nesses depoimentos, a dor, muitas vezes, está atrelada a sentimentos negativos, a desânimo, tristeza, choro e isolamento dos entrevistados. Andorinha na tentativa de enumerar as diversas sensações negativas se desabafa, “*um bocado de coisa junta*”, ou seja, um emaranhado de sentimentos ruins que não é fácil de explicar e ser resumido em poucas palavras. A entrevistada Calopsita se sente tão desmotivada que revela não ter mais o que fazer para conviver com a dor.

Nesse sentido, a percepção da ferida, para os idosos deste estudo, se traduz como fonte de melancolia e de desgaste emocional. Existe grande possibilidade dessa tristeza e, desses momentos de choro, permanecer por longo tempo atrelado à vida desses idosos, pois a úlcera venosa é caracterizada por seu quadro reincidivante e, tal fato, possibilita que as dores e suas repercussões permaneçam por tempo indefinido.

Partindo do pressuposto de que os idosos são parte de grupos vulneráveis e propensos a desenvolverem transtornos emocionais, infere-se que esse sofrimento, acarretado pela dor, e vivenciado pelos idosos, pode vir a desencadear isolamento social e depressão.

Segundo Ferrari (2002), os idosos apresentam características que lhe são peculiares, tais como: tendência ao isolamento e vulnerabilidade a fatores de ordem social e, que tais características podem desencadear sentimentos negativos que culminam na solidão e depressão.

Frank e Rodrigues (2006) reforçam que a depressão merece especial atenção em virtude de tratar-se do transtorno psiquiátrico mais frequente nos idosos, posto que, do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas que poderiam influenciar na produção de uma síndrome depressiva, como por exemplo, a perda da saúde, do companheiro, dos papéis sociais, bem como o abandono, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças e a incapacidade pragmática crescente, motivos suficientes para um expressivo rebaixamento do humor (STELLA et. al 2002).

Ainda, pensando sobre as possibilidades de transtornos psicossociais em idosos que vivenciam a dor, desencadeada pela úlcera venosa, destaca-se a tendência ao isolamento social provocado por esta. Na área das ciências humanas e sociais, o isolamento social é definido como um fenômeno onde grupos ou indivíduos se isolam por vontade própria ou são isolados pela sociedade, banidos do convívio com determinado grupo ou pessoas (SILVA, 2009).

O autor comenta que no que tange ao fenômeno do isolamento social, esse pode acontecer por razões de ordem estrutural e psicológica como traumas pessoais, ou a imposição de rígidos padrões de comportamento fazendo com que muitos se isolem em virtude da frustrante sensação de não se conformar com os paradigmas da sociedade a qual pertencem.

Costa et al (2011) apontam que a dor é capaz de interferir nas relações de humor e de relacionamento, o que torna os indivíduos mais nervosos, irritados, com dificuldade de se relacionar, socialmente, com outras pessoas e ter implicações psicológicas. Andorinha retrata bem essa tendência ao isolamento social: *ora eu me tranco no quarto, ora eu me dano a chorar.*

Ainda falando sobre o impacto da dor nos idosos, com úlcera venosa, Waldman et al (2011) aborda que a dor retrata momentos negativo, de mal-estar, de angústia levando a um esgotamento de sua capacidade como ser humano. A lembrança de um martírio perdura no convívio dos indivíduos com feridas crônicas. Complementando, Townsend (2007) ressalta que a dor é muito mais que um fenômeno sensorial, e se estende a uma experiência emocional complexa, reconhecida e influenciada por comportamentos cognitivos.

Budo et al (2007) ratificando os autores citados afirmam ser a dor uma experiência privada e subjetiva que não resultada unicamente de características de lesão tecidual, mas que além disso, integra questões emocionais e culturais individuais. O idoso com ferida crônica sofre dor, tanto de caráter físico quanto emocional.

A ferida produz um desequilíbrio psíquico, representando uma agressão à integridade emocional dos indivíduos. Essa pode gerar momentos de depressão que dificultam ou impossibilitam as ações de autocuidado e de enfrentamento da situação (PEREIRA; HENRIQUES, 2010).

Desse modo, o tratamento da úlcera venosa, requer dos profissionais de saúde muito além do saber técnico-científico, é necessário, também, promover conforto emocional, pois muitas vezes esses profissionais não dimensionam as repercussões causadas pela úlcera na vida desses idosos. Não se pode deixar de considerar que se está tratando de pessoas idosas, que se encontram em processo natural de fragilização, e que necessitam de um olhar diferenciado e de um cuidado holístico.

Em muitos casos, a dor é subestimada e subtratada por profissionais de saúde. Acredita-se que o controle adequado da dor resultará em uma melhor adesão ao tratamento e ao próprio alívio da dor. Assim, a ferida não deve ser vista de forma isolada, pois ao se pensar dessa forma, depara-se com uma prática reducionista, com a fragmentação do corpo.

Nessa perspectiva, ao cuidar, os profissionais de saúde, e em especial, os enfermeiros, necessitam valorizar a experiência de vida do idoso, e os aspectos subjetivos (a exemplo da dor) que o envolve, centrando-se, no cuidado integral, ou seja, tanto na subjetividade como nas condições clínicas do idoso acometido por úlcera venosa.

Cuidar de idoso acometido por úlcera venosa requer um olhar acurado do profissional que cuida, pois é necessário saber discernir as alterações fisiológicas do envelhecimento das alterações/limitações acarretadas e potencializadas pela ferida crônica. Devido ao seu caráter reincidivante a úlcera venosa agrava ainda mais o viver da pessoa idosa, como discutida e analisada na subcategoria que se segue.

4.2.2 Subcategoria 2: A úlcera venosa provoca recidivas

A recidiva, nesse estudo, se mostrou em uma realidade vivenciada pelos idosos acometidos por úlcera venosa. Essa surge, em alguns momentos, como uma intercorrência estressora capaz de alterar todo o processo de ser saudável como pode ser observado nas falas que se seguem:

Ela fica indo e voltando. Tá com 44 anos de ferida [...]. A gente se sente alegre quando vê que está fechando a ferida [...] ai depois quando olha de

novo ela estoura ai a gente entristece [...]. É muito triste ficar convivendo com essa ida e volta da ferida. (Beija flor)

Não faço ideia de quantas vezes ela veio e voltou, perdi a noção, foram muitas vezes. [...]a gente fica naquela esperança, como agora mesmo uma fechou, a outra está fechando [...]. (Bem-te-vi)

E essa ferida vai e volta, vai e volta. Me sinto alegre e triste, quando ela sai a gente fica bastante alegre, mas ela não aguenta, eu não sei se é pelo esforço da gente, ou pela idade já avançada, ai ela não aguenta e estoura. [...] ai a gente fica triste, ai fica pensando, pensando... Porque na verdade ela atrapalha. (Canário)

Essas idas e vindas como são descritas nos discursos refletem-se em angústia, sofrimento, tristeza e às vezes, até alegria. Essa dualidade de sentimentos se confronta, pois os idosos por alguns instantes pensam ter vencido todo o processo de tratamento, cicatrização, reabilitação, porém em pouco tempo a mesma retorna e se reinicia todo um novo processo. Conviver com uma úlcera venosa e com suas consequentes recidivas é frustrante, desanimador e atrapalha, modifica o estilo de vida das pessoas como declarou a entrevistada *Canário*.

As úlceras venosas têm elevada taxa de recidiva, sendo que cerca de 30% das úlceras cicatrizadas recorrem no primeiro ano e 70% recorrem até o segundo ano após a cicatrização (SILVA et al, 2009; ABBADE; LASTORIA, 2006). A sua natureza recorrente e o longo tempo decorrido entre seu surgimento inicial e cicatrização causam significativo impacto social e econômico na vida desses indivíduos.

A recidiva é percebida, por eles, como algo que os remete à tristeza, decepção, impotência, dificuldade, desânimo e, ao mesmo tempo, retratam esperanças quando a úlcera cicatriza, porém, é uma situação temporária. Torna-se difícil mensurar o quão desgastante é para essas pessoas lidar com essas recidivas. O sujeito desse estudo como é o caso da entrevistada *Beija flor* tem 44 anos de ferida, imagina-se, então, toda uma vida convivendo com esses transtornos, toda a sua vida se desestrutura, ou porque não dizer se estrutura em função das recidivas decorrentes da úlcera venosa.

Nesse contexto, o longo tempo de convivência, com uma ferida crônica ocasiona uma série de dificuldades a serem encaradas por eles, e essas dificuldades envolvem diversos aspectos da vida desses indivíduos, dentre eles os emocionais.

Oliveira; Soares e Rocha (2010) abordam que essas lesões, devido a sua cronicidade e a possibilidade de recidiva, podem gerar repercussões psicossociais nos pacientes, na medida

em que provocam mudanças no estilo de vida e prolongam o tempo de afastamento do convívio social.

Waidman et al (2011) acrescentam que um dos principais problemas evidenciados pelas úlceras é que essas podem perdurar por anos, causando déficit na qualidade de vida dos indivíduos afetados.

A entrevistada Calopsita revela em seu discurso estar cansada com essas idas e vindas da úlcera venosa:

Já estou cansada da ferida ir e voltar, já foi e voltou cerca de 15 anos. Ai eu penso que quando eu estou boa [...] com pouco qualquer coisinha, qualquer coisinha acha de repetir e ficar sofrendo com ela de novo. (Calopsita)

O caráter permanente, ou mesmo recorrente, e a longa duração das feridas crônicas causam nos indivíduos constantes desgastes psicológicos e emocionais (WAIDMAN et al, 2011). A entrevistada mostra-se estar em um estado de exaustão, pois convive com essa ferida há 15 anos e, pelo seu quadro reincidivante, traz muito sofrimento.

Ao contrário dos demais depoentes, a entrevistada Gaivota talvez, por já ter vivenciado esse processo por mais tempo, em decorrência também da idade avançada, encara as recidivas da úlcera venosa como uma condição naturalizada, embora reconheça que o fato gera incômodo para quem a vivencia.

E a gente fica um pouco triste, porque pensa que ela foi embora e quando menos espera ela volta [...] Assim já fui criança, já fui jovem e agora chegou a minha fase, mais madura e procuro não me desesperar. [...] eu sei que é porque a circulação ficou ruim e a úlcera venosa é muito difícil de ser curada, para sempre ela vai ser assim [...] indo e voltando. Isso gera um incômodo. (Gaivota)

Esse discurso expressa a capacidade do indivíduo em se adaptar à sua nova condição de vida. Gaivota demonstra ter consciência da sua patologia e, dessa forma, encara os fatos de uma forma mais madura, porém, a tristeza, o sofrimento, o incômodo das recidivas se faz presentes em sua vida, assim como foi descrito no depoimento dos demais sujeitos.

Pode-se inferir que com o avanço da idade, nas pessoas idosas, e as comorbidades a ela associada, as recidivas podem vir a ser mais frequentes, e as feridas permanecerem por mais tempo, devido à fragilidade do sistema imunológico e fisiológico do envelhecimento.

Sendo assim, torna-se imprescindível a sistematização do cuidado com esses indivíduos, não restringindo seu olhar à ferida clínica, propriamente dita, mas levar em

consideração todas as repercussões que essa acarreta à vida dos idosos atrelando-as sempre às mudanças ocorridas com o passar da idade.

Foi notório perceber que uma pessoa que possui uma úlcera venosa carrega consigo, além de uma marca visível, estampada na pele, um sentimento de tristeza marcado por sofrimento que pesa na alma, decorrente da perda da qualidade de vida e do bem-estar no convívio social.

Nas subcategorias até aqui apresentadas, foi percebido como o sofrimento se manifesta na vida da pessoa idosa, que convive com a úlcera venosa, sofrimento repercutido pela dor, sentimentos de impotência e as constantes recidivas, que vem atrelada, também, às limitações cotidianas que afetam, significativamente, a qualidade de vida desses idosos, como veremos a seguir na próxima subcategoria.

4.2.3 Subcategoria 3: A úlcera venosa provoca limitações

As úlceras venosas provocam variadas limitações na vida das pessoas que a possuem. Assim, limitação é definida nas áreas das ciências filosóficas como: ação ou efeito de limitar. Limitar é demarcar, é extremar, é dar limites, é restringir. É um termo negativo em certo sentido, pois a ação de limitar (a limitação) processa-se pela separação, pela ausência do que fica além. É o caráter dos termos negativos, quer empregados como sujeitos, quer como predicados (SANTOS 1963).

Neste sentido, perceber as diversas limitações impostas pela úlcera venosa é compreender o quanto estas são capazes de interferir na qualidade de vida dos idosos acometidos. Nos discursos foi notório o quanto essas restrições limitam o viver desses indivíduos a ponto desses terem que remodelar toda a sua conjuntura de vida em prol da ferida.

Essas limitações repercutem tanto na execução de suas atividades cotidianas, nas suas atividades laborais e de lazer, como também, na questão financeira, que se mostrou em diversos momentos, comprometida. Outra situação bastante enunciada pelos idosos, desse estudo, foi a dependência de terceiros para a realização de tarefas que até então pareciam simples e corriqueiras. Destaca-se o idoso Bem-te-vi, que reside sozinho, esse deve passar por muitas dificuldades ao realizar suas atividades de vida diária, sem ter quem o ajude.

A úlcera venosa causa todas essas limitações, porém, cabe ressaltar que a pessoa idosa, em decorrência do próprio processo fisiológico, já apresenta algumas dificuldades que são

inerentes a essa faixa etária, uma vez que, sua capacidade funcional se encontra comprometida.

Capacidade funcional é definida por Duarte; Andrade e Lebrão (2007); Alencar; Henemann e Rothenbuheler (2008) como um valor ideal para viver de forma independente e autônoma, capaz de realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas.

Esses autores trazem que a avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa de medir os níveis de atividade que uma pessoa é capaz de desempenhar em diferentes áreas, utilizando-se de várias habilidades para o desempenho das tarefas da vida cotidiana, para as interações sociais, atividades de lazer e outros comportamentos requeridos em seu dia a dia.

Lara et al (2011) pontuam que aproximar-se do cotidiano de pessoas com feridas crônicas possibilita conhecer as limitações a que esses indivíduos são expostos. Nesses sentido, as limitações vão desde a realização de simples tarefas à dependência e incapacidade de locomoção.

Os idosos demonstram o quão é limitante conviver com uma úlcera venosa:

Se eu não tivesse essa ferida eu era outra pessoa. Eu ia fazer tudo que eu gosto de fazer. Eu gostava de fazer meus artesanatos, inventar minhas colchas de retalho e ultimamente eu não posso fazer [...] Eu não arrumo mais minha casa [...] Minha vida mudou, mudou muito, mesmo que eu quisesse fazer as coisas eu não tinha mais condições. (Beija-flor)

É uma vida triste. Eu gostava de fazer minhas coisas, quando eu vejo a minha casa e vejo que não está do gosto que eu quero isso me bate uma tristeza, eu olho e tenho que ficar quieta, porque eu não tenho condições de fazer. Quando eu não tinha a ferida eu fazia tudo. (Andorinha)

Antes eu fazia no caso tudo e agora não posso fazer mais o que eu fazia. Eu não faço mais comida, não lavo roupa, não faço mais nada. (Calopsita)

Eu adorava dar faxina, arrumar minha casa toda, lavar tudo, deixar tudo limpinho, esse tipo de coisa eu gostava de fazer. Eu mesma gostava de fazer minha feira e não consigo mais, ultimamente eu não faço mais nada. (Periquito)

Os idosos percebem que estão impossibilitados de desempenhar muitas das atividades que gostavam tais como lavar roupas, fazer comida, arrumar a casa, costurar, ir à feira dentre outras, por conta da úlcera venosa. O sentimento de incapacidade e inutilidade, também, se fez presente nas falas dos idosos. Assim, percebe-se, que esses sentimentos se tornam marcantes na vida dessas pessoas.

Observa-se, ainda, que a ferida diminui a confiança desses indivíduos, na realização das tarefas diárias, e comprometem o seu bem estar. Nesse sentido, além das limitações físicas as úlceras venosas causam, também, sofrimento emocional. Vivenciar e conviver com uma ferida crônica é, no mínimo, desafiador.

Waidman et al (2011) apontam que a ferida crônica ocasiona desordens tanto física quanto emocional nos indivíduos acometidos. No âmbito físico porque incapacita para as atividades cotidianas e no âmbito emocional porque afeta psicologicamente os indivíduos.

O interessante é que os idosos, em seus discursos, não associam algumas das suas limitações ao processo natural do envelhecimento. Percebe-se que a única relação feita é com a úlcera, ou seja, essa se mostra como a única causadora, “culpada” pela sua deterioração.

Ao analisar-se o caso da entrevistada Beija flor, vê-se que ela tem 72 anos de idade e 44 anos de ferida, ou seja, ela apresentou a ferida quando tinha apenas 28 anos. Então, Beija-flor associa todas as suas limitações unicamente à úlcera venosa, ela não consegue compreender que muitas das suas incapacidades podem ser decorrentes, também, do seu processo natural de envelhecimento. Não se deve reduzir a repercussão que a úlcera tem no processo de viver desses indivíduos, porém essas considerações devem ser pontuadas.

Acredita-se que, mesmo na ausência da úlcera venosa, uma idosa de 82 anos, como é o caso da entrevistada Calopsita, não teria o mesmo desempenho para lavar suas roupas, ou mesmo Periquito não teria a mesma desenvoltura para faxinar, lavar e fazer a feira como fazia antes. Ressaltando que o envelhecimento não está, necessariamente, associado só a período de perdas e incapacidades, pois muitos idosos têm a sua capacidade funcional preservada.

Lacourt e Marini (2006) trazem que dentre as principais alterações, que acometem as pessoas com o avanço da idade, encontra-se o decréscimo da função muscular que afeta, diretamente, a capacidade de realizar tarefas do dia a dia, diminuindo, desse modo, a independência funcional da pessoa idosa.

Desse modo, pode-se dizer que a pessoa idosa, acometida pela úlcera venosa, apresenta significativa alteração ao desempenhar suas atividades cotidianas, visto que possui fatores predisponentes para causar limitação funcional.

Melo et al (2011) afirmam que a ferida favorece a redução das atividades dos indivíduos, anteriormente ativos, tanto no que diz respeito à suas tarefas cotidianas como em relação ao seu trabalho. Apontam, ainda, que as dificuldades para a realização de atividades cotidianas e, sobretudo, incapacidade para manter-se no mercado de trabalho é uma das principais consequências, da ferida crônica, na vida cotidiana desses indivíduos.

Lucas; Martins e Robazzi (2008); Waidman et al (2011) trazem que as feridas crônicas fragilizam e, muitas vezes, incapacitam o indivíduo para distintas atividades, dentre elas as laborativas.

São esses fatos que as falas a seguir revelam:

A gente tem muitas dificuldades porque a gente quer trabalhar de uma maneira mais dinâmica e a gente não pode devido à ferida. Ela não deixa você se desenvolver da forma como gostaria. Antes eu trabalhava como professor [...] eu também vendia bronzeador, picolé, coisas de prestações, eu podia andar sem problemas, aí depois da úlcera minha condição física ficou limitada. Eu trabalhava também como ajudante de pedreiro. Hoje já tem a dificuldade que nem a minha própria casa eu posso fazer [...]. (Bem-te-vi)

[...] hoje eu não posso mais trabalhar eu acho que hoje eu dou mais trabalho aos outros. (Calopsita)

Eu gostava de trabalhar com alimentos, com festa, doces, negócio de festa essas coisas assim, agora eu não faço isso mais por conta da ferida. Agora eu não posso pegar encomendas, não tenho condições de fazer doces, salgados [...]. (Andorinha)

A úlcera venosa, além das atividades diárias, impede os indivíduos de desempenharem suas atividades laborais. O entrevistado Bem-te-vi mostra-se insatisfeito com a forma que desempenha suas atividades, ou seja, demonstra não ter mais agilidade para realizá-las, mas mesmo assim, precisa realizá-la, porém com dificuldades. As entrevistadas Andorinha e Calopsita relatam gostar de trabalhar, porém sentem-se impossibilitadas. Já Calopsita revela ser um fardo a mais na vida das pessoas: *hoje eu dou mais trabalho aos outros*.

A entrevistada atribui somente à úlcera venosa a redução da sua desenvoltura, da sua dinamicidade e da sua destreza no desempenho das atividades laborais, porém a idade avançada e o consequente desgaste físico vêm também, potencializar essas limitações.

As falas demonstram que o trabalho é visto como algo necessário e prazeroso, que os remete ao bem estar e à satisfação. O fato dos idosos se sentirem impossibilitados de realizá-los causam transtornos, frustrações em suas vidas, e compromete sua qualidade de vida. Logo, observa-se a importância atribuída ao trabalho e aos esforços para manter a rotina diária como faziam anterior à ferida.

Lucas; Martins e Robazzi (2008) afirmam que o trabalho é um elemento fundamental para a saúde das pessoas e, através dele, o indivíduo busca o equilíbrio físico, mental, social e como consequência a satisfação com a vida. Assim, não se pode deixar de correlacionar à qualidade de vida com o trabalho.

O trabalho é entendido como força, tempo e habilidade que se vende para obter condições de lazer, morar, vestir, comer e, também, tem o papel de situar o homem na hierarquia social dos valores (CODD; SAMPAIO, 1995).

O afastamento dos idosos de suas atividades laborais reflete-se em momentos de ociosidade e pode, neste caso, vir a desencadear sentimentos de inutilidade, incapacidade, improdutividade e solidão. O fato dos idosos ficarem afastados das suas atividades laborais repercute nas questões sociais, pois o trabalho também possibilita interagir socialmente, estabelecer vínculos de amizade, compartilhar problemas, frustrações e alegrias além ser uma forma de distração.

A rede de suporte social que os idosos podem estabelecer a partir do trabalho é de extrema importância para o seu bem estar e para a sua qualidade de vida. Sem essa rede, os idosos têm uma maior predisposição a se isolar socialmente e a desenvolver depressão.

Outra questão que pode se inferir, a partir dos discursos, diz respeito ao risco dos idosos se demenciarem mais precocemente, pois o afastamento do trabalho significa, também, um distanciamento de atividades que exigem estimulação cerebral, podendo prejudicar, dessa forma, as funções cognitivas desses indivíduos. Com o avançar da idade é importantes que os idosos desenvolvam exercícios e atividades voltadas para a memória e para as funções cognitivas a fim de retardar as possíveis manifestações da demência.

O fato dos idosos não desempenharem atividades no mercado de trabalho repercute, também, nas questões financeiras como se observa nas falas que se seguem:

Minha vida financeira afetou porque eu podia trabalhar em outras coisas, inclusive em um trabalho mais rendoso, que eu pudesse assim ganhar mais dinheiro [...]. (Bem-te-vi)

Agora mesmo eu não pego pedido, porque tem dia que eu não dou conta de fazer sozinha, limpar tudo. Não dá para saber o dia que eu aguento. Eu mesmo tenho que pagar uma menina [...] para lavar roupa para mim. [...] A gente está parada e não consegue fazer as coisas, limpar a casa. Aí é ruim. (Canário)

Eu poderia trabalhar mais, bem mais se eu não tivesse essa ferida [...]. Eu sou pedreiro [...] há mais de 20 anos. Já cheguei a fazer um salário por semana. E hoje eu sou assalariado, só recebo um salário no mês... Sou afastado tem três anos, a nova tendência é que eu fique afastado até 2014. (João de Barro)

Esses depoimentos levam ao entendimento de que a questão financeira fica comprometida devido à impossibilidade dos indivíduos realizarem suas atividades no

mercado de trabalho. Assim, esses relatos apontam para o sentimento de incapacidade, de inutilidade e impotência. O entrevistado Canário se sente incomodado por ter que ficar de repouso e não conseguir desempenhar suas atividades. Ele revela que é algo *ruim*.

Ainda, no que tangencia as questões financeiras, o entrevistado João de Barro mostra-se perplexo com a sua renda financeira que diminuiu substancialmente e ao fato de se encontrar, no momento, afastado do trabalho.

Nesta perspectiva, Melo et al (2011) referem que os indivíduos acometidos por feridas crônicas geralmente estão aposentados ou afastados do trabalho.

As úlceras venosas favorecem ao aumento de aposentadorias precoces, fazendo com que haja déficit de mão de obra ativa. Sendo assim, essa impede os indivíduos de trabalharem causando problemas socioeconômicos tanto para as pessoas com úlcera venosa quanto para as organizações de saúde e a sociedade, configurando-se, então, em um problema de saúde pública (SILVA et al, 2009; MARTINS; SOUZA, 2007).

Lucas; Martins e Robazzi (2008) fazem um adendo quanto a importância de se avaliar o trabalho somente pela questão financeira. Eles chamam atenção para a problemática que está por trás dessas questões, como ociosidade, o sentimento de inutilidade e a desvalorização que podem estar gerando sensação de ter se tornado um peso, um fardo para os familiares.

Ainda, sobre limitações, alguns entrevistados relataram ter deixado de fazer muitas coisas que gostavam como passear, ir à rua, jogar bola, correr, viajar, dançar, ir à igreja dentre outras. Nota-se pelos discursos, que as questões de relacionamento interpessoal ficam restritas, pois esses revelam não ter mais uma vida social, dificultando a interação e a troca de experiência com outras pessoas. Acredita-se que essa troca é relevante para o bem estar do ser humano, pois ao contrario ele passará a restringir-se a seu próprio mundo, isolando-se socialmente.

Uma coisa que eu gostava muito de fazer e deixei depois da ferida foi ir à rua, passear. (Gaivota)

Eu gostava de andar, correr, jogar bola esse tipo de coisa assim e hoje eu não consigo por causa da ferida. É difícil. (Bem-te-vi)

Eu não tenho mais lazer, eu não saio, até a igreja que eu ia aos domingos e terças feiras eu não estou mais indo porque eu dependo de ficar numa cadeira, a menina bota essa cadeira para eu ficar com as pernas para cima. (Andorinha)

É difícil, ficou difícil dançar, as meninas corriam de mim porque eu pisava nos pés delas, não sabia dançar direito, mas eu sempre ia, ficava tocando

seresta, cantava [...] e hoje eu ouço mais em casa, não danço mais. (Bem-te-vi)

Passear para mim, viajar, essas coisas assim eu nem falo, não dá mais. Até na igreja mesmo eu não vou mais. Eu tenho vontade de ir, mas fica difícil. (Calopsita)

Os discursos apontam, ainda, que o fato de não poderem se relacionar, de não terem momentos de lazer se torna algo frustrante, difícil de lidar. A entrevistada Calopsita retrata bem: “*Até na igreja mesmo eu não vou mais. Eu tenho vontade de ir, mas fica difícil*”. É válido ressaltar que os idosos, muitas vezes, fazem da igreja, seu momento de lazer, distração, esse estrato da população tende a buscar mais o religioso, o divino. A igreja ajuda os idosos a viverem melhor e a se relacionarem com as outras pessoas que também frequentam esse ambiente.

Lucas; Martins e Robazzi (2008) através dos resultados de seus estudos referem que o lazer desses indivíduos é extremamente prejudicado por causa da ferida. Destacam, ainda, que o trabalho e o lazer são os que mais afetam o dia a dia dessas pessoas.

Além de todas essas limitações os discursos revelam, ainda, outra questão referente ao desconforto e ao incômodo que os idosos sentem, ao depender de outras pessoas para a realização de tarefas que até então eram simples de serem feitas, e por eles mesmos.

É um pouco difícil porque você deixa de fazer muita coisa, eu não vou à rua sozinha, eu sempre tenho que ir acompanhada. Quando eu vou ao médico e tudo mais eu vou acompanhada. (Gaivota)

O problema maior é que eu tenho dependência para tudo, tudo mesmo. Ai fico um pouco constrangida. Tudo que eu vou fazer eu peço, principalmente fora de casa. Mas até dentro de casa eu tenho que pedir ajuda aos outros. Tudo que eu fazia as compras, ir a lojas, isso eu não faço mais. (Calopsita)

Lá na UESB não está dando mais pra mim, vou pouco, por que para eu ir tenho que depender de outras pessoas, eu não tenho uma pessoa, um filho aqui que tem carro para me levar. Ai quando eu pago pra ir lá eu gasto uns cem reais de passagens [...]. (João de Barro)

As falas relatam a dependência que os sujeitos têm de outras pessoas para realizar atividades como ir à rua, as lojas, as compras, ao médico, realizar atividades do lar, se deslocar para a universidade, local onde é realizado o curativo da ferida. Alguns dos entrevistados se mostraram incomodados e impotentes com a situação. Não somente a ferida crônica traz essa dependência, como também, o próprio avançar da idade contribui para essa situação.

Os informantes relataram, ainda, depender de transporte para se deslocar ao local onde se realiza seu tratamento, onerando, dessa forma, o seu orçamento financeiro.

Lara et al (2011) evidenciam que a ferida crônica traz dependência excessiva para realizar diversas atividades, de forma satisfatória, como por exemplo a dependência de outras pessoas e também de meio de transporte para realizar o tratamento.

Para Melo et al(2011), as mudanças de cunho estrutural ocorrem no cotidiano dos indivíduos que possuem lesões crônicas, pois esses deixam de exercer suas atividades de forma regular e independente, e passam a depender de terceiros .

Apreendendo e analisando todas as limitações percebidas pelos idosos nota-se como é desafiador associar a úlcera venosa com qualidade de vida. Além de todas essas implicações físicas, sociais, econômicas, sensoriais, emocionais a úlcera venosa, também, está atrelada a questões como estigma, preconceito, constrangimento, que será discutida na categoria que se segue.

4.3 CATEGORIA 2: VIVER COM A ÚLCERA VENOSA É CONVIVER COM O ESTIGMA

Esta categoria destaca que idosos, com úlcera venosa, se percebem estigmatizados. O estigma vivenciado por esses idosos contribui para seu isolamento social, pois esses se sentem inferiorizados e constrangidos por possuir algo que o expõe aos olhos e concepções dos outros. Além de se sentirem estigmatizados por possuir uma ferida, a sociedade também os segrega e os excluem do convívio social, ou seja, além de todo sofrimento físico e emocional, a úlcera também, causa transtornos de cunho social.

Vive-se em uma sociedade em que o corpo e a beleza são cultuados a todo o momento. A sociedade estabelece padrões de beleza e de normalidade que permeiam o dia a dia, ou seja, ela dita regras de como as pessoas devem ser, de como comportar-se e, qualquer desvio nesses padrões é motivo suficiente para tornar o indivíduo diferente, estigmatizado e, até mesmo, excluído da sociedade.

Estigma é definido como uma situação no qual o indivíduo que possui alguma diferença tem dificultada a sua aceitação social plena. Goffman acrescenta ainda que:

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável- num caso extremo uma pessoa completamente má, perigosa ou

fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída (GOFFMAN, 2008, p. 12).

O termo estigma, portanto, faz referência a um atributo depreciativo, neste caso, em especial, o idoso com uma característica que o difere dos outros, a úlcera venosa. Então, um idoso com uma ferida crônica, na sociedade atual não passa despercebido, muito pelo contrário, ele é notado de forma diferenciada, justamente, pela sua diferença.

Goffman (2008) relata existir dois tipos de portadores de estigma: o indivíduo que possui um estigma não visível, o qual pode manifestar ou não a sua situação; e o indivíduo visivelmente estigmatizado que, frequentemente, está exposto às tensões geradas durante os encontros sociais, se configurando como algo angustiante, não só para o portador do estigma, como também para os indivíduos considerados normais.

Nesse sentido, o idoso já possui uma tendência natural ao isolamento, em virtude da sua dificuldade de se manter no mercado de trabalho, de desempenhar atividades em decorrência de suas limitações físicas, do déficit cognitivo peculiar ao processo de envelhecimento, da alta prevalência de quadros depressivos e da própria sociedade que o taxa como incapaz e improdutivo.

Areosa; Benitez e Wichmann (2012) consideram que a fase da velhice é marcada por sentimentos de inutilidade produtiva e por dificuldade para se estabelecer novas relações sociais, pois o convívio social, os relacionamentos interpessoais, e as trocas de experiência, antes possibilitadas pelo trabalho, agora, muitas vezes, são substituídas pelo isolamento e pela ociosidade.

Diante da estigmatização que o idoso que convive com a úlcera venosa sofre, emergiu duas subcategorias assim denominadas: “Enfrentar os preconceitos”; “Vivenciar constrangimentos” as quais serão abordadas acerca do preconceito e do constrangimento sofrido pelos idosos desse estudo, sendo estes fatores mais um propulsor para o isolamento social destes.

4.3.1 Subcategoria 1: Enfrentar os preconceitos

Preconceito é definido por Ximenes (2000) como ideia preconcebida, em geral sem fundamento. Intolerância a outras raças e religiões.

Do ponto de vista sociológico, preconceito pode ser definido como: “um julgamento prévio, rígido e negativo sobre um indivíduo ou grupo, o conceito deriva do latim

prejudicium, que designa um julgamento ou decisão anterior, um precedente ou um prejuízo.” (OUTHWAITE; BOTTMORE, 1993, p.602).

A fala dos idosos retrata claramente que o preconceito é algo marcante nas suas vidas. O fato de eles apresentarem uma ferida causa repúdio e afastamento de outras pessoas, pois essas concebem a ferida como algo contagioso, capaz de fazer mal e até prejudicar quem está próximo. Neste sentido, esses idosos tornam-se vítimas de preconceito, como pode ser evidenciado nas falas que se seguem:

Quando eu passo na rua muitas pessoas vem de lá pra cá olhando na minha cara e quando olha pra meus pés vira a cara [...] Sinto que muitas pessoas têm preconceito [...]. Às vezes parece que quando você esta com o pé ferido você está contaminado e sai contaminando tudo, apesar de que a gente sabe que isso não acontece. Eu sei que muita gente tem preconceito, olha diferente. (Beija flor)

Tinha lugares que eu chegava, assim pela manhã, para fazer o curativo, que quando passava assim duas horas eu mesmo sentia o mau cheiro [...] tem gente que fica olhando, se afasta, fica só falando. A gente fica muito triste porque a gente sabe que não é nossa culpa, pode acontecer com qualquer um. Tem gente, que não quer nem ficar próximo, nem olhar [...] Às vezes chega gente e pergunta essa ferida não fecha mais não?. (João de Barro)

[...] as pessoas reparam, mas não me fala. Se alguém acha ruim não fala, mas também fica sem querer encostar. (Calopsita)

Lara et al (2011) afirmam que a presença de úlceras crônicas é capaz de afetar a aparência das pessoas acometidas, e de provocar diferentes reações e sensações em si mesmo, nos amigos e familiares.

Os idosos relatam sofrer, sentirem-se tristes com os olhares, os comentários, o afastamento e principalmente por ser alvo de preconceito e de segregação social.

O entrevistado João de Barro revela que as pessoas se incomodam a tal ponto de questionarem se a ferida não fecha mais. Como se dissessem até quando você ficará com isso? Essa indiferença das pessoas inquieta tanto João de Barro que ele tenta justificar a presença da úlcera quando diz “*sabe que não é nossa culpa, pode acontecer com qualquer um*”. Ele não está com a ferida por que quer, ele é uma vítima, aconteceu com ele e pode acontecer com outras pessoas.

Assim, o sofrimento referido pelos idosos parece estar muito mais associado ao preconceito e, conseqüente afastamento das pessoas de seu convívio social, do que pela própria existência da ferida.

Ainda hoje, as pessoas adotam medidas para esconder as feridas, pois a sociedade as denuncia e discrimina socialmente. Tal fato pode decorrer do desconhecimento sobre as causas da ferida e, por considerar “leproso” todo indivíduo que apresenta lesões de pele, de características duradouras, secretivas ou repugnantes (CARVALHO, 2010). Percebe-se, então, que ainda, nos dias atuais, estes indivíduos vivem e convivem sob a marca do estigma das feridas.

A imagem corporal está diretamente relacionada à beleza, vigor, integridade, saúde e aceitação, portanto, aqueles que não satisfazem a esse padrão conceitual de beleza corporal podem experimentar significativo senso de rejeição (GOFFMAN, 2008).

Ainda, nessa perspectiva, esse autor acrescenta que um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui uma marca que pode se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, extinguindo a possibilidade de evidenciar outros atributos seus.

Para esse autor, a sociedade faz vários tipos de discriminação, através das quais, efetivamente, e muitas vezes, sem pensar, reduz as chances de vida dos indivíduos “marcados”. Assim, formula uma teoria do estigma para explicar a sua incompetência em aceitar o diferente, representando-os como perigosos para a si (sociedade).

Ao contrário de como se sentem, em relação às pessoas na sociedade, os idosos parecem sentir-se confortáveis na presença de familiares, como pode ser evidenciado na fala da idosa Andorinha:

Na minha família as pessoas não me olham diferente não, ela cuida de mim, mas quem esta de fora, quem não esta acostumada não deixa de comentar, de se afastar [...]. (Andorinha)

A família aparece como fonte de apoio e conforto para esses idosos, perto dos familiares eles se sentem acolhidos, não sendo a ferida motivo de afastamento.

Acredita-se que com a colaboração da família, tanto no quesito afetividade, compreensão, quanto na questão cuidado, torna mais fácil o conviver e enfrentar a condição de ser idoso portador de uma ferida crônica.

Areosa; Benitez e Wichmann (2012) consideram a família como a principal fonte de apoio informal e diz que os idosos que recebem esse apoio possuem melhor saúde física e mental. Acrescentam, ainda, que as relações familiares, assim como as de amizade são muito importantes para os sentimentos de enfrentamento das situações do dia a dia, como também, do sentimento de solidão que surge na velhice.

Souza; Skubs e Bretas (2007) acrescentam que a concepção de família quase sempre se relaciona com aspectos como a afetividade, companheirismo e solidariedade.

Sendo assim, é imprescindível que a família sirva de alicerce para que esses idosos possam construir um caminho menos árduo, menos sofrido, uma vez que as atitudes e o comportamento da família repercutem na maneira, como os idosos vão encarar a cronicidade e o preconceito decorrente da ferida.

Refletindo acerca deste preconceito e das atitudes que favorecem ao isolamento social, e a baixa de autoestima desses idosos, faz-se necessário que os profissionais de saúde direcionem seu olhar para essa população que necessita de uma atenção especial, buscando, dessa forma, atividades que o incluam em grupos sociais a fim de encorajá-los no enfrentamento de sua situação de cronicidade.

4.3.2 Subcategoria 2: Vivenciar constrangimentos

Essa subcategoria evidencia que os idosos percebem-se como pessoas com constrangimento, que acabam por refletir em momentos de vergonha, baixa autoestima, sentimento de inferioridade, de identidade deteriorada e, também, como reflexo do preconceito vivenciado. Os idosos se percebem constrangidos por acreditarem que podem incomodar outras pessoas.

As entrevistadas Andorinha e Gaivota evidenciam a partir dos depoimentos o constrangimento que vivenciam no seu dia-a-dia:

Na minha casa eu tenho o meu sofá separado eu não deixo nenhum dos meninos sentarem, porque aquilo ali é só pra mim. Isso aí é horrível eu não quero que eles sentem no meu e nem eu no deles[...]. (Andorinha)

Agora assim eu sinto uma dificuldade, um constrangimento [...] eu não me acho digamos assim confortável de estar com um ferimento em outro lugar, eu só gosto de estar em casa. Então isso me constrange um pouco [...] embora eu saiba que isso não contamina ninguém. (Gaivota)

A entrevistada Andorinha, revela estar tão incomodada e constrangida com a ferida, que se recusa a compartilhar o mesmo sofá com as outras pessoas da casa. Acredita que a família não precisa sofrer pelo seu problema: “*aquilo ali é só para mim*”. É interessante pontuar que não são as outras pessoas que determinam a condição de não utilizar o mesmo sofá e sim a própria idosa que se sente mal, ao pensar na possibilidade de dividir o mesmo local com os outros, situação que a deixaria mais constrangida.

Nesse sentido, Ximenes (2000) define constrangimento como ação ou efeito de constranger (tolher a liberdade, limitar); acanhamento; embaraço e coerção.

Lara et al (2011) atribuem esse tipo de comportamento à deterioração da autoimagem. As autoras trazem que os portadores de feridas crônicas podem vivenciar situações de conflito, angústia, receio, pois a integralidade da pele está diretamente relacionada à autoestima e à autoimagem.

Goffman (2008) aborda que o indivíduo, visivelmente estigmatizado, tem motivos especiais para sentir que as situações sociais provocam uma interação angustiante. Esse indivíduo, em alguns momentos, mostra-se tímido, em outros, agressivo e em ambos os casos, está pronto a ler significados não intencionais em nossas ações.

Assim como a entrevistada Andorinha, Gaivota também se sente desconfortável com a presença da úlcera. O constrangimento relatado por ela, a faz sentir-se desconfortável em outro lugar que não em sua casa, fazendo com que fique segregada dentro de seu lar, o que dificulta suas relações sociais.

Ainda sobre constrangimento, a entrevistada Canário mostra-se receosa em estar em determinados lugares, pois a ferida a constrange e limita sua interação social. A idosa teme contagiar alguém, e revela ainda que se as pessoas apresentarem algum problema de saúde lhe será atribuída alguma responsabilidade em função da úlcera, como se observa no depoimento que se segue:

Fico com medo, me acanho de abrir o curativo na casa das pessoas [...]. Você não sabe se o povo da casa gosta ou não gosta [...] Ai a gente fica assim... só pensando se depois de fazer aquele curativo tiver qualquer coisa naquela casa as pessoas vão falar [...] Ai a gente se recata mais e fica sem ir na casa. (Canário)

Quando indivíduos normais e estigmatizados, se encontram na presença uns dos outros, especialmente quando tentam manter uma conversação, ocorrerão momentos em que ambos os lados enfrentarão diretamente as causas e efeitos do estigma. O indivíduo estigmatizado pode sentir-se inseguro em relação à maneira como os normais o identificarão e o receberão. O estigmatizado percebe cada fonte potencial de mal estar na interação e sabe que os normais também percebem e, inclusive, que não ignoram que ele a percebe (GOFFMAN, 2008).

A dificuldade de interação social e a tendência ao isolamento social se fez presente, como reflexo do preconceito e do constrangimento provocado pela úlcera. Goffman (2008) assevera que quando há falta do feedback saudável no intercâmbio social, com os outros, a

pessoa estigmatizada se auto isola tornando-se desconfiada, deprimida, ansiosa, hostil e confusa.

Souza e Matos (2010) trazem que qualquer modificação que venha a alterar a imagem do corpo, tornando-o diferente do corpo do outro, traz repercussões diversas para o indivíduo, assim, a ferida como uma marca corporal consiste em um fator limitante para as relações interpessoais. Acrescentam, ainda, que o constrangimento e a vergonha tornam-se sentimentos presentes na vida de idosos acometidos por úlcera venosa e, que tais sentimentos, podem, por sua vez, determinar o isolamento social.

Além do constrangimento, a vergonha em possuir uma úlcera venosa também se fez presente na vida desses idosos. Eles percebem que viver com a úlcera venosa os fazem sentir/experimentar vergonha de si mesmos, de sua aparência.

Eu só ando de calça. Até dentro de casa eu não uso outra coisa, só calça. Eu tenho vergonha, muita vergonha. Vergonha porque tá manchado fica com manchas da secreção e ainda fico o tempo todo amarrada [...] Me sinto tão triste. Isso é terrível, eu me sinto pequenininha. Eu me sinto mal porque eu queria ser assim como eu era, e agora ultimamente eu não estou sendo, me sinto outra pessoa e não é legal pra mim [...]. (Andorinha)

O fato de possuir uma ferida crônica faz com que a entrevistada Andorinha sinta-se envergonhada, tenha a sua autoestima comprometida, sua identidade deteriorada, além de despertar, na mesma, o sentimento de menos valia, de inferioridade. O constrangimento e a vergonha instiga a idosa a usar somente calça, pois assim consegue esconder o que lhe faz mal. Tal atitude parece confortá-la, momentaneamente, preservando a sua imagem corporal e fazendo-a esquecer, mesmo que por alguns momentos, que a úlcera faz parte da sua história de vida. Por instantes ela consegue evitar o preconceito que, posteriormente, se traduziria em constrangimento.

Conviver com uma ferida crônica acarreta diversas dificuldades e mudanças para a vida do idoso acometido, dentre elas, perda importante na autoestima e a alteração da imagem corporal. Assim, a presença da ferida crônica determina mudanças no estilo de vestimentas, principalmente de mulheres, no intuito de esconder a ferida (SOUZA, MATOS; OLIVEIRA; SOARES; ROCHA, 2010; WAIDMAN et al, 2011).

Essa alteração da imagem corporal e que repercute na autoestima desses idosos está diretamente relacionada ao uso de ataduras, meias e alguns dispositivos de uso contínuo, que destoam da aparência normal do indivíduo, além disso, tem-se o odor exalado, a secreção que

retrai o indivíduo do convívio social, pois muitos sentem vergonha e temem a rejeição (SILVA, 2009).

No que tange ao quesito vergonha Goffman (2008) refere que essa se torna, um fato central, que pode surgir quando o indivíduo percebe que um de seus próprios atributos é impuro e pode imaginar-se como um não portador dele. A presença próxima de indivíduos normais reforçará a reflexão entre auto exigência e ego, mas na verdade, o auto-ódio e a auto-depreciação pode ocorrer quando estiver sozinho.

Outra questão a ser refletida na fala de Andorinha é quando a mesma relata “*eu queria ser como eu era [...] me sinto outra pessoa*”. A idosa gostaria de preservar a sua identidade anterior, de voltar a ser uma pessoa como antes da ferida, feliz, sem marcas, satisfeita com sua autoimagem e com seu corpo.

Goffman (2008) comenta que o indivíduo procura formas de não se perder daquela identidade anterior, negando a existência de uma nova identidade, nesse caso, agora, uma identidade deteriorada, que não é reconhecida dentro da autoimagem construída e desejada.

Ao contrário dos outros idosos, a idosa Beija-flor diz não ter vergonha, não se sentir discriminada com a sua ferida:

Assim eu olho no espelho e digo assim como o ditado: quem foi naninha? Eu não sinto vergonha, eu sou uma pessoa que não tenho complexo comigo porque não sou eu sozinha que tenho os pés feridos, varias pessoas tem. Muitos usam calça comprida para esconder, eu não, não gosto de calça comprida, só uso bermuda e vestido. Eu não me sinto discriminada, isso não me abala o que vem de baixo não me atinge. (Beija-flor)

O entrevistado Beija-flor demonstra não se sentir inferior, discriminada, envergonhada com a úlcera. Além disso, relata não se incomodar com o que as pessoas pensam e verbalizam, porém parece sentir falta da sua identidade anterior, quando se olha no espelho e diz quem foi naninha, hoje ela se sente outra pessoa. Na verdade a idosa apresenta uma atitude reativa por experimentar olhares curiosos e depreciativos.

Goffman (2008) traz uma reflexão sobre isto quando afirma:

Parece possível que um indivíduo não consiga viver de acordo com o que foi efetivamente exigido dele e, ainda assim, permanecer relativamente indiferente ao seu fracasso; isolado por sua alienação, protegido por crenças de identidades próprias, ele sente que é um ser humano completamente normal e que nós é que não somos suficientemente humanos. Ele carrega um estigma, mas não parece impressionado ou arrependido... (GOFFMAN, 2008, p.16).

Esse autor acrescenta que não importa o que os outros admitam sobre os estigmatizados, pois na verdade, não aceitam e não estão dispostos a manter com eles um contato de bases iguais.

O discurso fez emergir algumas inquietações: Será que o fato da entrevistada Beija flor não se sentir envergonhado, de usar bermudas e vestidos, de não se sentir complexada significa que a mesma não se sinta constrangida por possuir uma úlcera venosa?

Na verdade, ao que parece, ela se sente confortável por saber que tem outras pessoas com o mesmo problema que ela e, esse fato, se torna a válvula de escape para enfrentar o constrangimento e o preconceito da sociedade. A reação de luto ou estresse, os mecanismos de comparação são formas de lidar/ superar as perdas.

A sociedade reconhece mas não aceita o diferente e tal fato repercute na vida dos idosos com úlcera venosa, pois esses se sentem constrangidos, vergonhosos, desconfortáveis e, a todo o momento, são vítimas de preconceito e discriminação.

Diante de todos os transtornos emocionais e sociais vivenciados por esses idosos, esses buscam a religiosidade e almejam as melhorias do serviço de saúde para ajudá-los a enfrentar a cronicidade da úlcera venosa, como ver-se-á na categoria que se segue.

4.4 CATEGORIA 3: VIVER COM A ÚLCERA VENOSA DEMANDA FÉ/RESIGNAÇÃO/ACEITAÇÃO

Os idosos percebem que para viver com a úlcera venosa é necessária uma aproximação com o divino, com Deus, nutrindo-se de fé e esperança para enfrentar a dor, as constantes recidivas e as diversas limitações provocadas pela ferida. Além disso, muitos idosos mostram-se esperançosos, almejando a melhoria dos serviços de saúde; enquanto outros se percebem conformados, resignados com a situação.

Três subcategorias sintetizam o conteúdo temático dessa categoria: “A fé no enfrentamento das adversidades provocadas pela úlcera venosa”; “A insatisfação com os serviços de saúde”; “ Aceitar e resignar-se”.

4.4.1 Subcategoria 1: A fé no enfrentamento das adversidades provocadas pela úlcera venosa

A úlcera venosa interfere de maneira significativa na qualidade de vida dos idosos, pois essa causa dor, limitações, isolamento, estigma social e constrangimento como já foi

discutido em categorias anteriores. Essa subcategoria emergiu dos discursos e ressalta como a espiritualidade/ religiosidade, manifestada pela fé em Deus, se faz presente na vida dos idosos, deste estudo, que imbuídos por essa fé enfrentam as diversas dificuldades impostas pela ferida.

Neste sentido, a espiritualidade/ religiosidade desses idosos, ou seja, a fé em Deus, que todos manifestaram, independe de qualquer religião.

Trentini et al (2007) entendem que as ações de saúde dirigidas aos idosos precisam incluir reforços para manter e/ou desenvolver a espiritualidade, independe de qualquer credo ou convicção religiosa.

Assim, a espiritualidade pode ser definida como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas, sendo reconhecida como um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida dessas. É expressa como uma busca individual mediante a participação em grupos religiosos, que possuem algo em comum, a fé em Deus (PERES et al, 2007).

Em consonância, Fleck et al (2003) ressaltam que a espiritualidade pode ajudar a pessoa a enfrentar as dificuldades da vida proporcionando estrutura para experimentar, atribuir significado às questões pessoais e espirituais e, mais genericamente, fornecer à pessoa um senso de bem-estar. Para muitas pessoas, a religião e as crenças pessoais e espirituais representam uma fonte de conforto, bem-estar, segurança, significado, senso de pertença, ideal e força.

Religião significa o estabelecimento de ligação entre Deus e o homem, sendo que sua proposta dá significado à vida. Essa fornece subsídios para que o indivíduo transcenda ao sofrimento e às perdas. A religião é uma forma de expressar a espiritualidade (GOLDSTEIN; SOMMERHALDER, 2002).

Os enunciados evidenciam a presença de Deus na vida dos idosos:

É triste demais porque a gente faz tudo para ela ficar boa, para poder fazer aquilo que a gente gosta. Então isso traz um pouco de decepção na vida da gente. Tenho muita fé em Deus, só Deus para ajudar e aí a gente bota o barco para navegar e não deixa afundar. (Beija flor)

Quando eu fiz o desbridamento eu pensei que eu estava ótima [...]ô meu Deus agora eu estou livre, aí apareceu essas bolhas. Logo me bate um desespero, mas depois volto e penso que Deus vai me dar forças, vai me ajudar a começar tudo de novo. Quando a gente tem fé a gente consegue. (Andorinha)

Eu me entrego nas mãos de Deus e não tenho medo. Tenho muita fé em Deus [...]. (Periquito)

É difícil viver com essa ferida. A gente se apega muito com Deus e pede para ele ajudar a viver sem dor [...] Só Deus mesmo, falta de tratamento não foi e ela fica no vai e volta. Só Deus. (Calopsita)

Não é fácil conviver com essa úlcera, é muita dor, mas Deus está no controle. Eu só tenho a agradecer a Deus. O pastor da igreja me pega todo dia de quinta. Ele vai a minha casa me pega e eu não perco um culto da igreja, já tem três, quatro anos. (João de Barro)

A partir dos relatos observa-se que os idosos recorrem em diversos momentos, à Deus acreditando que a fé seja capaz de ajudá-los, confortá-los e fortalecê-los para enfrentar as diversas repercussões da úlcera venosa, em suas vidas. Esses idosos, muitas vezes, mostram-se decepcionados, frustrados, desesperados e por vezes desmotivados, pois a úlcera venosa além de causar dor possui uma característica peculiar que é seu quadro reincidivante.

Então, por mais que os idosos façam o tratamento de forma adequada e sigam todas as orientações dos profissionais de saúde sempre existirá a possibilidade de se viver com essa ferida. A fala da entrevistada Andorinha exemplifica bem: “A gente faz tudo para ela ficar boa, para poder fazer aquilo que a gente gosta. Então isso traz um pouco de decepção na vida da gente”.

Percebe-se, através dos depoimentos, que a espiritualidade/religiosidade influencia a saúde e o bem-estar dos idosos. A fé em Deus é percebida, pelos idosos, como uma forma de apoio e incentivo, que promove uma sensação de controle sobre sua condição de saúde, capaz de encorajá-los a recomeçar e a ter força de vontade para aceitar as mudanças, impostas pela úlcera. Os idosos entregam, muitas vezes, à Deus, o sofrimento e o desespero, com a esperança de que essas feridas cicatrizem e, sua vida cotidiana volte ao normal. Rocha (2011) diz ser a fé religiosa fonte de fortalecimento, esperança e equilíbrio.

O fato dos idosos encararem a ferida e o respectivo tratamento como um processo em que podem participar, ativamente, adotando uma atitude positiva, com esperança e fé na cura, constitui-se em uma importante ajuda para que possam superar com maior facilidade, as adversidades do mesmo.

Cada indivíduo possui uma maneira singular de lidar com a doença crônica, com o tratamento, bem como com o impacto que essa representa na sua vida, no entanto, Terra e Costa (2007) asseveram que muitos apoiam-se na fé em Deus como uma maneira de seguir em frente.

Segundo Martins (2008), a espiritualidade ajuda a encarar a doença crônica, manter a independência, enfrentar melhor a dor e aceitar o aumento da dependência quando as intervenções chegam ao limite.

A vivência da espiritualidade, seja por via da prática da religião e pela relação estabelecida com o divino, seja pelo relacionamento com outras entidades transcendentais, representa uma importante fonte de conforto e apoio para as pessoas que possuem feridas crônicas. É, especificamente, durante os períodos de sofrimento e incertezas pelos quais atravessam, no decorrer do tratamento, que a espiritualidade traz serenidade e força para suportar as repercussões da ferida (SOUSA, 2009).

Souza e Matos (2010) referem que a maioria das pessoas acometidas por feridas crônicas encontram, na fé e na devoção à Deus, o suporte necessário para enfrentar as dificuldades impostas pela ferida, sendo essas, uma espécie de estratégia para lidar com as alterações da ferida, em suas vidas.

A fé religiosa/espiritualidade tem facilitado a aceitação de resultados negativos decorrente da cronicidade de doenças, fazendo com que muitos encontrem um significado para aquela situação, ou até mesmo, interpretem como sendo um plano maior de Deus. A espiritualidade como mecanismo de enfrentamento, é capaz de aliviar a dor, o estresse psicológico e, muitas vezes, a sensação de desistência (ROCHA, 2011).

Assim, para o entrevistado João de Barro, a presença da úlcera venosa foi um plano de Deus, pois durante sua entrevista, relatou ser muito boêmio e sem muitas perspectivas de vida. Acredita que a ferida veio frear seu estilo de vida e que, por incrível que pareça, depois da úlcera seus hábitos mudaram para melhor, pois começou a frequentar a igreja e a ter um novo sentido na vida. Apesar das dores e de todas as limitações, decorrentes da úlcera, agradece a Deus por tudo que Ele lhe proporcionou.

Sousa (2009) entende que uma das formas das pessoas viverem a espiritualidade é através da religião e, eventualmente, do seu envolvimento na comunidade religiosa onde podem depositar a sua fé numa entidade divina. O rezar, o ir à missa, o pedir e o agradecer a Deus são manifestações expressas que levam os indivíduos a depositarem, nessas entidades, a sua fé e as suas expectativas de cura.

Penha e Silva (2012) abordam que nos momentos de doença, as pessoas recorrem às crenças religiosas e às práticas ritualísticas. Acrescentam, ainda, que essa ligação religiosa é intensificada quando se aumenta a gravidade do problema, e que a própria tomada de decisão sobre o direcionamento do tratamento, também, é influenciada pelo contexto religioso ao qual o indivíduo está inserido.

Nesse sentido, torna-se imprescindível que os enfermeiros e os profissionais de saúde, como um todo, fiquem atentos às necessidades relacionadas à religiosidade/espiritualidade dos idosos, avaliando o quão influente é a fé na vida desses, a fim de usá-la como aliada na

conduta terapêutica. Rocha (2011) traz que a sensibilidade à fé e à religião está mais acentuada na velhice.

Trentini et al (2007) trazem que:

A fé em Deus é um sentimento arraigado na nossa cultura e é tão necessária quanto são outros modos de enfrentamento; a dimensão espiritual ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas e mostra também que é imprescindível conhecer a espiritualidade dos usuários ao planejar o cuidado de enfermagem.(p.42)

Segundo Penha e Silva (2012), atualmente tem ocorrido uma significativa aproximação da ciência com os temas religiosos, almejando-se, assim, retomar os valores humanos, tornando os aspectos religiosos, inerentes ao processo de cura/reabilitação.

É interessante perceber, que em meio a era de grandes avanços tecnológicos, emerge uma crescente necessidade pela busca espiritual. Sendo assim, torna-se um desafio para os profissionais de saúde, responder às questões sobre o equilíbrio entre saúde e espiritualidade. O construto espiritualidade tem um valor intrínseco para avaliação em saúde, ao oferecer um referencial de significados para o enfrentamento da condição de doença (FLECK et al, 2003; PERES et al, 2007).

A enfermagem deve direcionar seus esforços para o desenvolvimento de atitudes de cuidado, pautado no sentido espiritual, contudo, os autores fazem uma ressalva, no sentido de se ter cautela ao lidar com temas religiosos, pois sobrepor uma crença como mediadora da prática do cuidado incorreria em danos éticos irreparáveis ao profissional de saúde (FLECK et al, 2003; PERES et al, 2007)..

Neste estudo, os idosos acometidos por úlcera venosa, além de relatarem ter fé em Deus para superar as dificuldades, decorrentes da ferida, clamam por melhoria nos serviços de saúde que se mostram ineficientes para suprir suas necessidades, como será explanado na subcategoria que se segue.

4.4.2 Subcategoria 2: A insatisfação com os serviços de saúde

Os idosos percebem que viver com a úlcera venosa é estar sujeito a serviços de saúde ineficientes e de baixa qualidade. Esta subcategoria mostra a insatisfação dos idosos com o tratamento e com os serviços de saúde, disponíveis, para cuidar de sua ferida. Ao mesmo tempo em que se sentem descontentes, esses idosos tem esperança que a sua realidade de saúde melhore.

Cuidar de um idoso com ferida crônica é um processo dinâmico, complexo e requer uma atenção especial, por parte dos profissionais de saúde, além de uma efetiva articulação das redes de saúde. Apesar da saúde ser um direito de todos e dever do Estado, conforme assegura a Constituição Federal, os idosos enfrentam dificuldades, diariamente, para realizar seu tratamento, como pode ser observado nos discursos:

Eu queria minha filha que os serviços de saúde cuidassem mais da gente, é uma coisa que eu queria, eu queria que o governo abrisse um espaço maior pra cuidar dos idosos e, principalmente, para quem tem esse problema. Porque muitos têm problema cardíaco, mas, outros têm problema de úlcera. Eu mesma tenho, então é isso que a gente quer. O tratamento da saúde tá péssimo. (Beija flor)

Ali tem um posto, mas lá nem curativo está tendo. Nunca tem nada. Eu compro de tudo, é atadura, é gaze, é esparadrapo, é soro, é sabão, é pomada que precisa usar, tudo eu preciso comprar. (Calopsita)

O posto você vai, tem vez que tem vaga, tem vez que não tem. Lá nunca tem nada para dar, nem gaze às vezes nem profissional. Uma coisa que a gente queria era que isso melhorasse. (Periquito)

Os idosos referem não possuir uma rede de serviço de saúde capaz de atender às suas necessidades. A entrevistada Beija-flor relata a sensação da falta de uma política pública voltada especificamente para idosos com feridas crônicas. Essa idosa percebe que seu problema é encarado pelas políticas de saúde como menos importante do que os outros, exemplifica e compara sua situação com a atenção dada aos problemas cardíacos. Essa idosa sente-se desamparada e clama por melhorias nos serviços públicos de saúde.

Os entrevistados Periquito e Calopsita reclamam do atendimento deficiente que recebem no posto de saúde, ou seja, está havendo falha na atenção básica, na porta de entrada do sistema de saúde. Essa que deveria ser eficiente, efetiva e capaz de dar resolutividade aos problemas colocados, pelos idosos, não tem atuado conforme preconizado. Observa-se que a deficiência perpassa pela falta de material, até a falta de profissional e de vagas para atendimento.

Pontua-se que a porta de entrada no sistema de saúde, ou seja, a atenção básica/primária, não tem atendido às necessidades de saúde desses indivíduos. Os idosos precisam conhecer os seus direitos e, juntamente, com a sociedade civil organizada reivindicá-los, cobrá-los. Em 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso para a Saúde, a qual agrega três eixos, e um deles, o Pacto em Defesa da Vida traz como uma

das prioridades a atenção à saúde do idoso. No entanto, até o momento isso não tem contemplado efetivamente.

A maioria da população brasileira é dependente do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema visa modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população tornando obrigatório o atendimento público de qualidade a qualquer cidadão.

Conforme a Constituição Federal (1988) a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos e agravos.

Para tanto, o governo tem como proposta a reorganização da Atenção Básica no Brasil, através da estratégia de Saúde da Família e, baseado nos preceitos do Sistema Único de Saúde, Sousa (2000) comenta que essa estratégia surge como uma possibilidade de reorganização do modelo assistencial propondo uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial.

As instituições de saúde, por meio de seus profissionais, assumem o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, nas unidades de saúde e nos domicílios, sempre, e de acordo, com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta, e neles intervindo de forma apropriada (SOUSA, 2000). Todo o sistema deve ser estruturado, e a continuidade da atenção deve ser garantida, através de um fluxo contínuo, em todos os níveis de complexidade.

Torres et al (2009) ressaltam a importância do serviço de saúde, em qualquer um de seus níveis de assistência à saúde, em apoiar os indivíduos acometidos por úlceras venosas, tendo condições e preparo para assisti-los e ofertar todos os tipos disponíveis de profissionais, produtos e materiais.

Destacam-se, ainda, outros fatores indispensáveis para que se estabeleçam condutas eficazes ao processo de cuidar de indivíduos com feridas crônicas como: o acesso dos profissionais à recursos materiais adequados, a treinamentos específicos, e ao desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Torres et al (2011) enfatizam a necessidade de uma assistência sistematizada, com respaldo na avaliação clínica, diagnóstico precoce, planejamento, implementação de cuidados, evolução e reavaliação das condutas, além de trabalho educativo permanente como necessário e imprescindível.

Os autores consideram que os cuidados com a úlcera venosa exigem adoção de protocolo, conhecimento específico, habilidade técnica, articulação entre os níveis de complexidade de assistência, interdisciplinaridade e, também, participação ativa das pessoas portadoras dessas lesões e seus familiares (TORRES et al, 2011).

Segundo Moraes; Oliveira e Soares (2008), e Dantas et al (2010) a criação e implementação de um protocolo, pela equipe de enfermagem, para o acompanhamento de pacientes acometidos por feridas é essencial, pois representa um instrumento seguro para a prevenção, acompanhamento e controle dos casos. Além disso, facilita a continuidade do cuidado e qualifica a atenção à saúde prestada a esses indivíduos.

Como já foi mencionada em categorias anteriores, a úlcera venosa possui um quadro altamente reincidivante e, essa característica, faz com que esses idosos tornem-se cada vez mais dependentes do serviço de saúde, provocando angústia, insatisfação e ansiedade, em diversos momentos, o que os levam a fazer seu próprio curativo porque não podem contar com a presteza dos serviços de saúde, e, nesse sentido, é até positivo, pois aprendem a desenvolver o autocuidado, como pode ser percebido nos discursos que se seguem:

Eu aprendi como faz direitinho, aí quando não tem aqui (clínica) eu mesmo faço, faço em casa mesmo. É bom que evita até aquela questão de você ir ao posto médico, ficar esperando, naquela dependência, demora. Eu fico nervoso porque tem que esperar e tal. Às vezes fica na fila e não tem material, não tem profissional e é sempre assim, aí eu tive que aprender a fazer e quando não venho aqui faço em casa. (Bem-te-vi)

No dia a dia cuido da minha úlcera, eu mesmo. Eu compro a pomada, eu compro o esparadrapo, eu compro a atadura eu compro tudo para fazer o curativo em casa, quando não estou fazendo aqui na clínica, porque aqui no projeto eles dão tudo, mas em casa eu tenho que comprar. Eu cuido bem para ela ficar boa. (Beija-flor)

Os idosos passam a realizar seu próprio curativo, diariamente, em casa. Este autocuidado é justificado muitas vezes, pela ineficiência dos serviços de saúde, que os forçam a aprender e, portanto, realizar o curativo em casa. Outras vezes, é porque os idosos têm o prazer em se cuidarem na esperança da úlcera cicatrizar.

O Autocuidado é uma atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. A capacidade de autocuidado se traduz na habilidade do indivíduo em executar ações que atendam às suas necessidades, os quais sofrem a influência de alguns fatores condicionantes básicos como a idade, o sexo, experiências de vida, valores, crenças, cultura em que se está inserido, recursos, educação, o estado de desenvolvimento e o

estado de saúde. Nesse contexto, a necessidade do autocuidado terapêutico engloba todas as ações necessárias para manter a vida e promover a saúde e bem estar (GEORGE, 2000).

A teoria do autocuidado pressupõe que o indivíduo seja sujeito ativo do seu próprio processo de decisão, e, na identificação das necessidades, afim de que as ações sejam desenvolvidas para o cuidado à saúde. Esta forma de abordagem enfatiza a participação do indivíduo e/ou familiares no processo de tomada de decisões, acerca do tratamento e dos cuidados necessários, de forma a possibilitar e incentivar a maior independência possível, deste indivíduo, na relação profissional-indivíduo-família (SILVA, 2001). O autocuidado desenvolvido pelos idosos é percebido de forma positiva e deve ser incentivado, porém tal motivo não deve ser usado como justificativa para a ineficiência da máquina governamental em relação à saúde pública.

Aliado a isso, os idosos relataram ter um elevado custo com o tratamento como explicitado abaixo:

Eu tenho que fazer o tratamento. Segunda feira eu tenho um carro da prefeitura. Ai o carro me traz para fazer a terapia três dias. Os outros dois dias eu tenho que pagar a moto ou o carro. É complicado porque eu dependo de andar ou de carro ou de moto porque eu preciso me tratar, e ainda comprar medicamento e às vezes eu não tenho dinheiro. [...] Esses dias fui à farmácia e gastei cento e poucos reais. É luva, é soro é gaze. É muita despesa. (Canário)

[...] eu tenho muito gasto, eu tenho demais no dia a dia com o tratamento. (Calopsita)

Agora toda a medicação, todo o material de curativo sou eu quem compra. A despesa com médico, curativo, remédio é muito grande. Então isso tudo é uma coisa que vai pesando demais. (Gaivota)

Observa-se que o tratamento da úlcera venosa é percebido pelos idosos como algo bastante oneroso e que, muitas vezes, dificulta o transcorrer do processo terapêutico. Estes precisam disponibilizar boa parte dos seus recursos financeiros para estar realizando consultas médicas, adquirirem medicação, comprar gazes, soro e luva para realizarem os curativos, além disso, tem as despesas com transporte para se locomoverem de casa para o local onde vão realizar o curativo. Vale pontuar que a maioria desses idosos possui uma baixa renda econômica familiar e vivem com até dois salários mínimos.

O fato da lesão ter caráter crônico e, na maioria das vezes, recidivante, faz com que esses gastos com o tratamento acompanhem o idoso em toda a sua trajetória de vida. O

tratamento torna-se, então, um ciclo vicioso e o idoso sempre terá que dispor de uma equipe de profissionais de saúde e de recurso financeiro para estar realizando-o de forma efetiva.

O indivíduo acometido por úlcera venosa necessita de terapêutica prolongada, precisando, com frequência, de cuidados médicos e de outros profissionais da saúde (SILVA et al, 2009).

Complementando Lara et al (2011) enfatizam que os custos com o tratamento geralmente são altos e, na maioria das vezes, o cliente não consegue arcá-los.

A dependência dos serviços de saúde também foi algo notificado nas entrevistas como pode ser evidenciado:

É uma doença que a gente tem que ter tempo de tá aqui fazendo terapia, eu faço segunda, quarta e sexta, tenho que está aqui. É um compromisso, às vezes é difícil porque você não pode fazer outras coisas. (João de Barro)

O entrevistado João de Barro deixa claro sua dependência em relação ao serviço de saúde. Essa dependência requer um compromisso, e isso, na maioria das vezes, impossibilita o idoso de desenvolver outras atividades, principalmente a de cunho laboral interferindo nas questões financeiras.

Torres et al (2011) evidenciam em seus estudos, que os indivíduos acometidos por úlcera venosa possui dependência dos serviços de saúde, constituindo um importante problema de saúde pública. Referem-se, ainda, à repercussão social dessa dependência pelo impacto econômico devido às elevadas incidências e prevalências dessas lesões.

É necessária uma reorganização do modelo assistencial vigente e uma reestruturação dos serviços de saúde a fim de que esses idosos tenham suas necessidades de saúde atendidas. Percebe-se, então, a necessidade de implementação e/ou criação de políticas públicas de saúde direcionada para as multiversas necessidades do ser idoso, acometido por úlcera venosa, visando atendê-los de maneira integral e em todos os níveis de complexidade, colocando em prática o que a legislação e as políticas de saúde vêm definindo como prioritárias para às pessoas idosas.

4.4.3 Subcategoria 3: Aceitar e resignar-se

Os idosos percebem que viver com a cronicidade da úlcera venosa exige constantes esforços para se adaptar à situação, o que faz com que esses desenvolvam a capacidade de reagir às diversas repercussões causadas pela ferida. Eles se sentem vencidos porque o tempo

todo estão sendo estimulados a buscar a cura e, como ela não é atingida, sentem-se desanimados, derrotados.

O fato de viverem, frequentemente, com sentimentos de alegria/tristeza e de esperança/desesperança acaba provocando, nesses idosos, sentimentos ambíguos e que refletem em profunda desilusão no que tange às expectativas de cura.

Esses sentimentos, acrescidos da sensação de incerteza, pela evolução do tratamento, permeiam toda a vida do idoso como ser que traz consigo uma úlcera venosa e, com o tempo, esses se mostram saturados, descrentes, desgastados emocionalmente restando-lhe como única alternativa resignar-se e aceitar o que existe.

Resignar-se é ação ou efeito de resignar-se; renunciar; atitude de conformação com o sofrimento e situações adversas da vida (XIEMENES, 2000).

Neste sentido, essa subcategoria vem para retratar a percepção dos idosos em ter que resignar-se e aceitar a presença constante da úlcera venosa em suas vidas, como explicitado nas falas que se seguem:

Eu já tenho 84 anos, agora só me resta conformar, aceitar. Não tenho para onde correr, o que me resta é aceitar. (Gaivota)

[...] dizem que é uma coisa rápida que faz em cinco seis curativos e ela sara, mas não é isso não, você faz dez, vinte curativos e ela tá ali do mesmo jeitinho parece até que você não está cuidando. Se você for pensar muito é capaz de esmorecer então o jeito é conformar e aceitar. Fazer o que?. (Canário)

[...] É encarar, que jeito. Já estou com a ferida agora não posso fazer nada, só conformar. É difícil a pessoa aceitar um ferimento assim que vai e volta, mas fazer o que? Tem que aceitar e esperar. (Calopsita)

Conviver com a úlcera é ter que se conformar. Ela apareceu ai eu acho que Deus nos plano dele tem alguma coisa para mim. (Bem-te-vi)

Os idosos percebem-se conformados com a úlcera venosa. Essa conformação parte do princípio de que eles não têm alternativas senão a de aceitar a ferida. Assim, percebe-se que a aceitação da ferida é vivenciada com sofrimento e tristeza, mas com resignação pois não há outro jeito em se tratando de uma ferida crônica.

A entrevistada Gaivota associa a sua idade com a resignação, como se o fato de ser idosa fosse um empecilho para “lutar” contra a ferida, restando-lhe apenas a opção de conviver com a mesma. Já o entrevistado Canário opta por não pensar que vive com a úlcera, pois “se você for pensar muito é capaz de esmorecer”, ou seja, a tristeza poderia levá-la a

desistir de se cuidar ou mesmo de buscar meios de enfrentar os desafios provocados pela úlcera.

O idoso Bem-te-vi, ao contrário dos outros idosos, acredita que deve resignar-se por que essa ferida deve ser um propósito de Deus em sua vida. Cada um dos idosos procura uma forma de justificar a sua conformação, sendo essa, na verdade, um refúgio para conviver com a cronicidade da úlcera venosa.

Sousa (2009) em seu estudo: “O corpo que não cura: vivências de pessoas com úlcera venosa crônica de perna” salienta que os seus entrevistados deixaram transparecer certa passividade, uma atitude compatível com a ideia de baixar os braços, em relação às experiências sentidas com a dor, mostrando-se sentirem-se vencidos pelo esforço e/ou pelo cansaço de tantas tentativas. O autor refere que os seus discursos revelaram uma resignação perante a situação.

Na verdade, a possibilidade de insucesso da terapia e impossibilidade de se prever um tempo estimado de cicatrização é uma realidade. Jones et al (2006) alertam para o fato de que aproximadamente 20% das úlceras crônicas, de perna, não podem ser curadas de um modo permanente, o que leva as pessoas a entrarem num ciclo constante de “ulceração”, cicatrização e novamente “ulceração”. Acrescenta, ainda, que tal motivo de preocupação pode causar frustração e depressão nos indivíduos acometidos.

Sousa (2009) refere que uma úlcera venosa não possui uma cicatrização semelhante a uma ferida cirúrgica, pois o problema de base que a originou persiste, a insuficiência venosa. Assim, esses indivíduos vivem na incerteza da recorrência, tornando, muitas vezes, o processo de cura inacabado.

Neste contexto, Chase et al (1997) referem que os indivíduos acometidos por úlceras venosas desenvolvem, frequentemente, um sentimento de resignação atribuindo esse sentimento ao processo de cicatrização lento, bem como em relação à forte possibilidade de recorrência das feridas.

A ulceração conduz os indivíduos a adotarem uma postura de conformação, de resignação, quase de submissão, acabando por considerar, em alguns casos, a sua situação não tão penalizadora quando comparada com outras (SOUSA, 2009).

O receio da ferida não cicatrizar, e o aumento de suas dimensões, traduz-se em perda de esperança na cura. Yamada (2003) ressalta que os sentimentos de esperança na cura, expressos pelos participantes, diminuem à medida que o tempo de cronicidade das feridas vai aumentando.

Em alguns momentos, a esperança é recuperada paulatinamente, saindo-se de um período de maior negatividade para outro, em que os indivíduos voltam a acreditar que a cura é possível e que existe possibilidade de recuperação, porém isso não acontece.

Ter esperança no tratamento e assumir um pensamento positivo, frente a todo este processo, é percebido como algo importante para que a melhoria do estado aconteça mas, o sentimento de resignação não deve ser concebido como uma entrega, uma desistência do tratamento.

Em algumas situações, são frequentes as decepções pelo retrocesso da ferida, no entanto, a esperança e a fé devem permanecer, não sendo totalmente perdidas, apesar de o processo ser lento e longo. Desse modo, ao que parece, diante dessa vivência com a úlcera venosa e, na incerteza da sua cura definitiva, a alternativa restante é a resignação para dar sentido ao prosseguimento da vida. Assim, os idosos manterão acesa a vontade, a determinação de seguir em frente, mantendo a confiança, superando as dificuldades e fazendo tudo ao seu alcance para se recuperar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apreender a percepção de idosos que vivem com úlcera venosa é adentrar seu universo singular e compreender que por trás da ferida crônica existe um ser humano que sofre e que tem toda a sua vida remodelada em função da ferida.

O estudo mostrou que a ferida não pode ser vista de forma isolada, fragmentada, muito pelo contrário, é necessário estender o olhar para além da ferida e compreender que o idoso detém sentimentos, sensações e necessidades biopsicossociais e emocionais que precisam ser atendidas.

A partir da percepção, de oito idosos, que vivem com a úlcera venosa, foi possível construir três categorias: **Viver com a úlcera venosa é um sofrimento**, apoiada em três subcategorias: A úlcera venosa provoca dor; A úlcera venosa provoca recidiva; e, A úlcera venosa provoca limitações; **Viver com a úlcera venosa é conviver com o estigma**, sustentada por duas subcategorias: Enfrentar os preconceitos e Vivenciar constrangimentos, e por fim a terceira categoria: **Viver com a úlcera venosa demanda fé/resignação/ aceitação**; ancorada em três subcategorias: A fé no enfrentamento das adversidades provocadas pela úlcera venosa; A insatisfação com os serviços de saúde.; e por fim, Aceitar e resignar-se .

A primeira categoria revelou que os idosos com úlcera venosa percebem o sofrimento como parte do seu cotidiano, e que esse abarca tanto questões físicas como psicológicas, acarretando mudanças na vida não só dos idosos como também, dos seus familiares, que muitas vezes, não se encontram preparados para compreender a extensão do problema em questão. O sofrimento foi percebido através da dor, pelas limitações impostas pela úlcera venosa e, também, pelas frequentes recidivas vivenciadas.

A dor foi uma das principais queixas enunciada pelos idosos, sendo essa capaz de afetar o estado físico e emocional desses. Essa dor esteve relacionada a sentimentos de angústia, tristeza, incômodo, desânimo, além de dificultar a deambulação, a realização de suas atividades cotidianas e alterar seu padrão de sono. Os idosos se mostraram nervosos, irritados e muitas vezes com dificuldade de se relacionar socialmente, isolando-se.

As constantes recidivas foi outra realidade expressa pelos idosos, que vivenciam uma dualidade de sentimentos que permeiam entre a decepção e a esperança. Além dos transtornos emocionais, do desgaste psicológico as recidivas causam significativo impacto social e econômico, interferindo diretamente na qualidade de vida desses idosos.

Observou-se, também, que os idosos ficam limitados no desempenho de atividades cotidianas, de lazer e laborais, comprometendo, inclusive sua renda financeira. Passam a

dependem de outras pessoas para realização de tarefas que até então pareciam simples e corriqueiras, o que desperta nesses, sentimentos de incapacidade e impotência. As limitações, muitas vezes, os impedem de ter uma vida social.

A segunda categoria apontou o estigma vivenciado pelos idosos. Esses se sentem inferiorizados, constrangidos por possuírem algo que os expõem, que os tornam diferentes das outras pessoas. Além de sentirem estigmatizados os idosos foram vítimas de preconceito e constrangimento. O estudo deixou nítido como a sociedade os segregam e os excluem do convívio social, comprometendo, dessa forma, as relações sociais desses idosos.

O preconceito vivenciado pelos idosos se mostrou como algo marcante em suas vidas. A ferida é percebida como algo contagioso, capaz de fazer mal e prejudicar quem está próximo. Evidenciou-se que os idosos sofrem e se entristecem ao perceberem os olhares, os comentários e o afastamento das pessoas, se mostrando confortáveis apenas na presença de familiares, que se configuram como fonte de apoio, compreensão e conforto. Destaca-se a importância da família como corresponsável pelo tratamento e enfrentamento das condições adversas vivenciadas por esses.

O constrangimento enfrentado pelos idosos reflete em momentos de vergonha, baixa autoestima, sentimento de inferioridade, de identidade deteriorada, de alteração da imagem corporal e, também, como reflexo do próprio preconceito vivenciado. O constrangimento restringe os idosos a frequentarem determinados lugares, o que limita a sua interação social.

Na terceira categoria foram levantadas algumas expectativas, estratégias de enfrentamento desenvolvidas pelos idosos frente a cronicidade da ferida. A fé em Deus foi mencionada como forma de enfrentar a dor e de superar as recidivas provocadas pela úlcera. Além disso, demonstraram-se insatisfeitos com os serviços de saúde, mas, mantendo a esperança de que haja futuras melhoras nesses serviços. Muitos idosos afirmaram já ter se conformado com as dificuldades oriundas da ferida.

A espiritualidade/religiosidade, manifestada pela fé em Deus se faz presente na vida dos idosos. Apesar de se mostrarem decepcionados, desanimados com sua situação eles apoiam-se em Deus para ajudá-los a superar as repercussões impostas pela ferida

A insatisfação com os serviços de saúde foi notória, e tem origem, justamente, na atenção básica, ou seja, na porta de entrada do usuário no sistema de saúde. Apesar disso, alguns dos entrevistados mostraram-se esperançosos e almejavam a formulação de políticas públicas de saúde voltadas para atender as necessidades de idosos com úlceras venosas bem como o funcionamento efetivo dos serviços de saúde.

A incerteza da evolução satisfatória do tratamento permeia toda a vida dos idosos, que com o passar dos anos se mostram cansados, desgastados e desacreditados da sua melhora clínica. Assim os idosos acabam conformando-se com sua situação e por vezes acreditam que a ferida esteja vinculada a um plano de Deus.

A percepção dos idosos que convivem com úlcera venosa, nesta pesquisa, foi de desgaste emocional, desgaste esse que perpassa toda a história de vida desses indivíduos. Em cada fala, em cada gesto, em cada lágrima e em cada rosto estava estampado o sofrimento, decepção e a angústia em ter que conviver com a úlcera. Os idosos percebem, claramente, que a ferida transformou suas vidas, pois tudo que fazem e que pensam é em função da ferida.

Ressalta-se que em diversos momentos, durante a realização desse estudo, surgiu a decepção advinda, muitas vezes, do fato de não poder dar solução aos problemas enfrentados por aqueles idosos. Escutar a sua história, compreender a sua percepção em relação a ferida, trouxe angústia porque quando acabava a entrevista ficava a sensação de não poder fazer muita coisa para ajudar aquelas pessoas.

A frustração foi uma constante por perceber que aqueles idosos tinham pouca informação acerca da sua patologia, das suas implicações, do seu quadro recidivantes, do caráter crônico da sua ferida, alimentando, nesses, sentimentos de cura e expectativas que não condiziam com a realidade. Espera-se dos colegas de profissão que ao cuidar desses idosos dispensem um tempo para explicar o seu quadro clínico, escutar suas queixas, esclarecer suas dúvidas e informar sobre sua condição clínica.

Perceber que a ferida era o foco do cuidado causou estranheza, pois as questões psicoemocionais, o contexto de vida, as percepções, as repercussões da ferida na vida dos idosos muitas vezes não eram levadas em consideração. Alguns idosos demonstraram sofrer mais com o preconceito, o estigma social do que com a própria manifestação clínica da dor, o que confirma a importância de se estudar as percepções de indivíduos que vivem com feridas.

Nesse sentido, torna-se imprescindível que os enfermeiros direcionem os cuidados, também, para a intersubjetividade desses indivíduos. O desafio será tornar a escuta terapêutica uma ferramenta para o cuidado sensível de pessoas que, além de ter um corpo ferido também apresentam um “eu” ferido.

Assim, os resultados permitiram alcançar os objetivos propostos e quiçá apreender a complexidade que envolve o viver com a úlcera venosa. Espera-se que esses resultados sirvam de incentivo para que os profissionais de saúde possam prestar um cuidado diferenciado e sensível aos idosos que vivem com feridas crônicas.

Os resultados apontaram, também, para a evidência que a úlcera venosa é um problema de saúde pública e que, portanto, requer implantação/ implementação de Políticas Públicas capazes de amenizar o sofrimento desses idosos, propiciando a esses, serviços de saúde que ofereçam tratamento condizentes com sua situação, com as suas necessidades.

A limitação do estudo se deu pela escassez de materiais, estudos e artigos, que aborda sobre a intersubjetividade dos indivíduos acometidos por feridas crônicas. A maioria dos artigos se pautam, ainda, no modelo biomédico, no tratamento da ferida em si, e não no cuidado ao idoso com uma ferida.

Assim, sugere novos estudos que abordem a intersubjetividade dos sujeitos se voltando para a pessoa com feridas crônicas e não apenas o tratamento da ferida.

RERERÊNCIAS

ABBADE, L. P. F.; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. **An Bras Dermatol**. 2006; 81(6): 509-22. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000600002>.
Acessado: 12 de janeiro de 2012.

ABBADE, L. P. F.; LASTÓRIA, S.; ROLLO, H. A.; STOLF, H. O. A sociodemographic, clinical study .of patients with venous ulcer. **International Journal of Dermatology**. 44: 989-92; 2005.

AGUIAR, A. C. S. A. **Úlcera venosa: desafios, perspectivas e readaptações**. 2010. 87f. Monografia (Graduação)- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia UESB, Jequié, Bahia, 2010.

ALENCAR, M. C. B.; HENEMANN, L.; ROTHENBUHELER, R. A capacidade funcional de pacientes, e a fisioterapia em um programa de assistência domiciliar. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v. 21, n. 1, p. 11-20, 2008. Disponível em
<<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/551/365>> Acesso em 14 de dezembro de 2012

ANDRADE, N. C.; OLIVEIRA, B. G. R. B. de; ANDRADE, I. C. S. de. A importância das atividades de autocuidado no atendimento ao paciente ambulatorial com lesão traumática: um estudo de caso na enfermagem. **Cadernos de Estudos e Pesquisas**, Ano X - Nº 24, 2006. Disponível em:<
<http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=1studospesquisa2&page=article&op=viewArticle&path%5B%5D=74>>. Acessado: 12 de janeiro de 2012.

AREOSA, S. V. C.; BENITEZ, L. B.; WICHMANN, F. M. A. Relações familiares e o convívio social entre idosos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 184 - 192, jan./jul. 2012. Disponível em:<
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/10495>>. Acessado: 20 out. 2012.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais Velho: implicações do envelhecimento populacional sobre o crescimento econômico, redução da pobreza, finanças públicas, prestação de Serviços**. Washington DC: World Bank; 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS JÚNIOR, N. Insuficiência Venosa Crônica. In: PITTA, G. B. B.; CASTRO, A. A.; BURIHAN, E. **Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado**. Maceió: UNCISAL/ECMAL e LAVA; 2003. Disponível em; < <http://www.lava.med.br/livro>>. Acessado em 10 de outubro de 2011.

BEITZ, J. M.; GOLDBERG, E. A experiência vivida de ter uma ferida crônica: um estudo fenomenológico. **Med Surg Nursing**. fev. 2005. Disponível em:
<http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_1_14/ai_n17208306/>. Acessado: 29 de julho de 2011.

BELL, J. **Projeto de Pesquisa:** guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais. Tradução Magda França Lopes. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

BERGER, L. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. M. **Pessoas idosas:** uma abordagem global. Lisboa: Lusodidata, 1995.

BERGONSE, F.N.; RIVITTI E.A. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. **An Bras Dermatologia**. v.81 n.2 Rio de Janeiro mar/abr 2006. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a03.pdf>>. Acessado: 12 de janeiro de 2012.

BOFF, L. **Saber Cuidar Ética do Humano** - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORGES, E. L.; LIMA, E. **Feridas:** como tratar. Belo Horizonte: Coopmed; 2001.

BRASIL, Constituição Federal. Senado Federal - **Normas Jurídicas em Texto**. 1988. Disponível <www.fundabrinq.org.br/_Abrinq/documents/publicacoes/Con1988br.pdf> Acessado: 01 agosto 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. v.04. n. 02. p 15-25. Suplemento - 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde; Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev Bras Estud Popul**. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jun. 2008. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a02.pdf>>. Acessado: 12 de janeiro de 2012.

BUDO, M. L. D.; NICOLINI, D.; RESTA, D. G.; BÜTTENBENDER, E.; PIPPI M. C.; RESSEL, L. B. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 41(1):36-43, Mar, 2007. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000100005&script=sci_arttext>. Acessado: 19 de agosto de 2012.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARVALHO, E. S. de S. **Cuidando de pessoas com feridas infectadas: representações sociais da equipe de enfermagem**. 2005. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da UFBA, Salvador, Bahia, 2005.

CARVALHO, E. S. de S.; SADIGURSKY, D.; VIANNA, R. O significado da ferida para quem a vivencia. **Rev Estima**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 26-32, abr./maio/jun. 2006. Disponível em:<www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=224:artigo-original-2&catid=31:educacao42&Itemid=70>. Acessado: 12 de janeiro de 2012.

CARVALHO, E. S. S. C. **Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações de mulheres e homens**. 2010.255f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da UFBA, Salvador, Bahia, 2010.

CHASE S. K.; MELLONI M.; SAVAGE A. A forever healing: the lived experience of venous ulcer disease. **Journal of Vascular Nursing**, 15 (2), pp. 73-78, 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9238945>>. Acessado: 01 nov. 2012.

CODO, W. ; SAMPAIO, J. J. C. **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Editora Vozes, 1995.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**, da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Traduzido por Maria Leonor Braga Abecasis. Porto. LIDEL – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

CONUEI. **Conferencia Nacional de Consenso sobre úlceras de La Extremidad Inferior**. EdiKaMed, S.L. España, 2009.

CORRÊA, K.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. **Rev Esc Enferm USP**, 2008; 42(1):12-8.

COSTA, I. K. F.; MELO, G. S. M.; FARIAS, T. Y. A.; TOURINHO, F. S. V.; ENDERS, B. C.; TORRES, G. V.; MENDES, F. R. P. Influência da dor na vida diária da pessoa com úlcera venosa: prática baseada em evidências. **Rev Enferm UFPE online**. 5(spe):514-21;mar./abr, 2012. Disponível <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1738>. Acessado: 10 de agosto de 2012.

COSTA, I. K. F.; NÓBREGA, W. G.; COSTA, I. K. F.; TORRES, G. V.; LIRA, A. L. B. C.; TOURINHO, F. S. V.; ENDERS, B. C. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre (RS), 32(3):561-8, set, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300018&script=sci_arttext>. Acessado: 19 de agosto de 2012.

CUNHA, N. A. da. **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas Crônicas**. Olinda, 2006. Disponível em: www.abenpe.com.br. Acessado: 10 de outubro de 2011.

DANTAS FILHO, U. P. Aspectos éticos do tratamento de feridas. In: JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

DANTAS, D. V.; TORRES, G. V.; NÓBREGA, W. G.; MACEDO, E. A. B.; COSTA, I. K. F.; MELO, G. S. M.; DANTAS, R. A. N. Assistance to patients with venous ulcers based on protocols: literature review in electronic databases. **Rev. enferm UFPE online**. Pernambuco, 4(esp):2001-007, nov-dez, 2010. Disponível em <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1481/pdf_257>. Acessado: 01 nov. 2012.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L. A.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem- USP**, v. 41, n. 2, p. 317-25, 2007.

FERRARI, M. A. C. Idosos mais idosos: reflexões e tendências. **Mundo da Saúde**. 26 (4):467-71; 2002.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 59(3): 327-30; 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a14v59n3.pdf>>. Acessado: 05 de janeiro de 2012.

FIGUEREDO, N. M. A.; SILVA, R. C. L. da; SILVA, C. R. L. da. Introdução. In: SILVA, R. C. L. da; FIGUEIREDO, N. M. A. de; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Caetano do Sul, Yendis, 2007.

FLECK, M. P. A.; BORGES, Z. N.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade. **Rev Saúde Pública**. 37(4):446-55, 2003. Disponível em:<www.fsp.usp.br/rsp>. Acessado: 19 de agosto de 2012.

FRANÇA, L. H. G.; TAVARES, V. Insuficiência venosa crônica: uma atualização. **J Vasc Bras**. 2003; 2(4): 318-28. Disponível em:< <http://www.jvascbr.com.br/03-02-04/03-02-04-318/03-02-04-318.pdf>>. Acessado: 05 de janeiro de 2012.

FRANK, M. H.; RODRIGUES, N. L. Depressão, Ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap.35, p.376-394.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, n. 24, Supl I, p. 3-6. 2006. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500002>. Acessado: 05 de janeiro de 2012.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional** [tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell]. 4ª ed. Porto Alegre : ARTMED; 2000.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOLDSTEIN, L. L.; SOMMERHALDER, C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: Freitas e colaboradores: **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GONÇALVES, L. H. T ; ALVAREZ, A. M. ; SENA, E. L. S. ; SANTANA, L. W. S. ; VICENTE, F. R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-7, out./dez. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf>. Acessado: 12 de outubro de 2012.

GREEN, J.; JESTER, R. Health-related quality of life and chronic venous leg ulceration: part 1. **Woundcare**. 12-7; 2009. Disponível em: <http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=45538;article=BJCN_14_12_Suppl_S12_S17>. Acessado: 10 de agosto de 2012.

IBGE. **Projeção da População do Brasil**: População brasileira envelhece em ritmo acelerado. 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia>>. Acessado em: 04 de outubro de 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do censo demográfico 2010**. [online]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1>. Acessado em: 30 de setembro de 2011.

JOHNSTONE, C. Living with peripheral vascular disease: patients and their carers. **Nurs Times**;100(39) 36-9; 2007. Disponível em: <<http://www.nursingtimes.net/living-with-peripheral-vascular-disease-a-review-of-the-literature/199470.article>>. Acessado: 10 de agosto de 2012.

JONES, J.; BARR, W.; ROBINSON, J.; CARLISLE, C. Depression in patients with chronic venous ulceration. **British Journal of Nursing** (Tissue Viability Supplement), 15(11), pp. 17-23, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9238945>>. Acessado: 01 nov. 2012.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo. Atheneu, 2005.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. **Texto e Contexto Enferm**. v. 12 (3), p. 307-13. Jul/set. 2003. Disponível em: <http://www.journaldatabase.org/articles/characterization_socio-demographic.html>. Acessado em: 20 de janeiro de 2012.

LACOURT, M. X.; MARINI, L. L. Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento e a influencia na qualidade de vida do idoso: uma revisão de literatura. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 3, n. 1, p. 114-121, 2006. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/51/44>>. Acessado: 10 de agosto de 2012.

LARA, M. O.; JÚNIOR, A. C. P.; PINTO, J. S. F.; VIEIRA, N. F.; WICHR, P. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. **Cogitare Enferm**, 16(3):471-7. Jul/Set, 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20178/16232>>. Acessado: 19 de agosto de 2012.

LEBRÃO, M.L; Epidemiologia do envelhecimento. **Envelhecimento e Saúde**. Boletim do Instituto de Saúde, p. 23- 26, abril, 2009. Disponível em <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf>> Acessado em 18 de outubro 2012.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1991.

LOPES, F.M.C. **Impacto Sócio- econômico das feridas crônicas**. 2011. 21f. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real, 2011

LUCAS, L. S.; MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores: úlceras de perna. **Cienc Enferm**. 14(1):43-52, 2008;. Disponível em:<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532008000100006&script=sci_arttext>. Acessado: 19 de agosto de 2012.

MACÊDO, E. A. B.; OLIVEIRA, A. K. A.; MELO, G. S. M.; NÓBREGA, W. G.; COSTA, I. K. F.; DANTAS, D. V. Characterization sociodemographic of patients with venous ulcers treated at a university hospital. **Rev enferm UFPE online**. 4(esp):1919-963. 2010. Disponível em:<http://www.journaldatabase.org/articles/characterization_socio-demographic.html>. Acessado em: 18 de março de 2012.

MAGALHÃES, M. B. B. Anatomia topográfica da pele. In: BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar**. Belo Horizonte, MG: Coopmed, 2001. p. 1-15.

MARCON, S. da S.; ELSEN, I. A enfermagem com um novo olhar... A necessidade de enxergar a família. **Fam Saúde Desenv**, Curitiba, V. 1, n. 1.2, p. 21- 26, jan-dez, 1999. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewArticle/4877>>. Acessado em: 18 de março de 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. São Paulo. Atlas, 2004.

MARINHO, B. Qualidade de vida: necessidade ou modismo?. **Rev Insight- Psicoterapia**. 23, 26-28; 1992.

MARTINS, D. A.; SOUZA, A. M. de. O perfil dos clientes portadores de úlcera varicosa cadastrados em programas de saúde pública. **Cogitare Enfermagem**. 12(3): 353-357, jul-set. 2007. Disponível em:< http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362007000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em: 18 de março de 2012.

MARTINS, R. M. A depressão no idoso. **Revista Milenium do ISPV**. v.34, abril de 2008. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/9.pdf>>. Acesso em 20 nov. 2012.

MELO, L. P.; SILVA, N. P.; SILVA, K. C. L.; PONTE, M. P. T. R.; GUALDA, D. M. R. Representações e práticas de cuidado com a ferida crônica de membro inferior: uma perspectiva antropológica. **Cogitare Enfermagem**. 16(2):303-10, Abr/Jun, 2011. Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20804/14215>>. Acessado: 19 de agosto de 2012.

MENDES, M. R. S. S; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C. M.; LEITE, R. C. B. O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v.18, n.4, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>>. Acessado em: 18 de março de 2012.

MENEGHIN, P.; VATTIMO, M. F. F. A fisiopatologia do processo cicatricial. In JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo. Atheneu, 2003.

MERSKEY, H. The definition of Pain. **European Psychiatry**. v. 6, 153-9, 1991.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MORAIS, G. F. C.; OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto contexto-enferm**. Florianópolis, 17(1):98-105, março, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100011&lng=en>. Acessado: 01 nov. 2012.

MUDGE, E. J.; MEAUME, S.; WOO, K.; SIBBALD, R. G.; PRICE, P. E. Patients experience of wound-related pain an international perspective. **EWMA journal**. 8(2):19-28; 2008. Disponível em:<http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/journals/EWMA_Journal_Vol_8_No_2.pdf>. Acessado: 10 de agosto de 2012.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**. v. 6 (Supl 1), p. S4-S6, 2008.

NEIL, J. A. A escala de estigma: Medindo a imagem do corpo e da pele. **Enfermagem Dermatologia**. 12 (1); 32-36. 2000.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. (Notes on nursing: What it is and what it is not). São Paulo (SP): Cortez; 1989.

NUNES, J. P. **Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN**. 2006. 131p. Dissertação (Mestrado) Centro de Ciências da Saúde/UFRN, Natal, Rio Grande do Norte, 2006.

OLIVEIRA, D. N. de; GORREIS, T. F.; CREUTZBERG, M.; SANTOS, B. R. L. dos. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2008. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4194/3650>>. Acessado: 10 de agosto de 2012.

OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O; ROCHA, O. S. Uso de cobertura com colágeno e aloe vera no tratamento de ferida isquêmica: estudo de caso. **Rev Esc Enferm USP**. 44(2):346-51; 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/15.pdf>>. Acessado: 10 de agosto de 2012.

OLIVEIRA-CAMPOS, M.; CERQUEIRA, M. B. R.; RODRIGUES NETO, J. F. Dinâmica populacional e o perfil de mortalidade no município de Montes Claros (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 16(Supl. 1), p.1303-1310, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700064> Acessado em 13 de novembro de 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORSTED, H. L. Cuidar de feridas crônicas: a longa jornada rumo à cura. **Ostomia / Wound Management**, 47 (10), 26-36. 2001.

OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. **Dicionário do Pensamento Social do Século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1993.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2ª edição, 2007.

PENHA, R. M.; SILVA, M. J. P. da. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, jun. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 nov. 2012.

PEREIRA, A. D. C.; HENRIQUES, B. D. The nursing care of the colostomy patient. **Rev enferm UFPE On Line**. 4(n.esp). 2010. Disponível em:<<http://www.doaj.org/doaj?func=abstract&id=637135>>. Acessado: 10 de agosto de 2012.

PERES, M. F. P. ; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, P. S.; CAOUS, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev Psiq Clín**. 34, supl1; 82-87, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000700011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado: 19 de setembro de 2012.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. trad. Regina Machado Garcez. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 5.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.1428p.

RITTES, P. **Úlceras de estase dos membros inferiores**: uma nova abordagem terapêutica. Disponível em: <www.prittes.com.br>. Acessado em: 30 de maio de 2011.

ROCHA, A. C. A. L. **A espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso**. 2011.85f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SALOME, G. M.; BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**. 27(1): 124-9, 2012;. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-51752012000100021&script=sci_arttext>. Acessado: 19 de agosto de 2012.

SANTOS, F. A. A. S.; MELO, R. P.; LOPES, M. V. O. Characterization of health status with regard to tissue integrity and tissue perfusion in patients with venous ulcers according to the nursing outcomes classification. **J VascNurs**. 2010; XXVIII(1):14-20. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20185076>>. Acessado em: 28 de março de 2012.

SANTOS, M. F. **Dicionário de filosofia e Ciências culturais**. Editora Matese. 1963.

SANTOS, R. F. F. N. dos; PORFIRIO, G. J. M.; PITTA, G. B. B. A diferença na qualidade de vida de pacientes com doença venosa crônica leve e grave. **Jornal Vascular Brasileiro**. vol.8, n.2, pp. 143-147, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v8n2/a08v8n2.pdf>>. Acessado em: 20 de março de 2012.

SANTOS, V. L. C. G. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D'E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. 2000. p.265-306.

SILVA, D. M. da; MOCELIN, K. R. O cuidado de enfermagem ao cliente portador de feridas sob a ótica do cuidado transcultural. **Nursing (São Paulo)**; 9(105):81-88, fev. 2007. Disponível em: <http://www.hospitaldecaridade.com.br/informativos/coluna/docs/PortadorDeFeridas.pdf>. Acessado em: 08 de julho de 2012.

SILVA, F. A. A.; FREITAS, C. H. A.; JORGE, M. S. B.; MOREIRA, T. M. M.; ALCÂNTARA, M. C. M. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. **Rev Bras Enferm**. 62(6):889-93; 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado: 10 de agosto de 2012.

SILVA, L; GALERA, S. A. F; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 397-403, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/01.pdf>. Acessos em: 28 de março de 2012.

SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2009. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 28 de março de 2012.

SILVA, L. M. G. Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-Transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 dezembro de 2012.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.1, p.19-25, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 08 julho de 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, G. B. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 10ª ed. V. 11. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2007.

SMITH, M. T.; HAYTHORNTHWAITE, J. A. How do sleep disturbance and chronic pain interrelate? Insights from the longitudinal and cognitive-behavioral clinical trials literature.

Sleep Med Rev.; 8(2):119-32, 2004. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15033151>>. Acessado: 10 de agosto de 2012.

SOUSA, F. A. M. R. **O corpo que não cura: vivência de pessoas com úlcera venosa crônica de perna.** Dissertação (Mestrado)- Universidade do Porto, Porto 2009. 288f.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. especial, p. 25-30, dez. 2000. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=377&indexSearch=ID>>. Acessado: 01 nov. 2012.

SOUZA, M. K. B. de; MATOS, I. A. T. de. Percepção do portador de ferida crônica sobre sua sexualidade. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro; 18(1):19-24; jan/mar 2010. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a04.pdf>>. Acessado: 10 de agosto de 2012.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRETAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 60, n. 3, 2007. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300003>. Acessado: 19 de setembro de 2012.

STELLA, F.; GOBBI, S.; CORAZZA, D. I.; COSTA, J. L. R. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**, 8 (3): 91-8, set/dez 2002. Disponível em:< <http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/08n3/Stela.pdf>>. Acessado: 10 de agosto de 2012.

TERRA, F. S.; COSTA, A. M. D. D. Expectativa de vida de clientes renais crônicos submetidos a hemodiálise. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro; 15:533-37, out-dez, 2007. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a09.pdf>>. Acessado: 09 out. 2012.

TORRES, G. V.; COSTA, I. K. F.; DANTAS, D. V.; FARIAS, T. Y. A.; NUNES, J. P.; DEODATO, O. O. N. Elderly people with venous ulcers treated in primary and tertiary levels: sociodemographics characterization, of health and assistance. **Rev enferm UFPE online**. Pernambuco, 3(4):222-30, abril, 2009. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/112/112>>. Acessado: 20 out 2012.

TORRES, G. V.; MENDES, F. R. P.; MENDES, A. F. R. F.; SILVA, A. O.; TORRES, S. M. S. G. S. O.; VIANA, D. M. O.; et al. Cuidados de saúde primários em Évora, Portugal: conhecimento das pessoas com úlceras venosas e avaliação da assistência. **Rev enferm UFPE online**. Pernambuco, 5(spe):360-70, mar./abr, 2011. Disponível em:< <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1733>>. Acessado: 01 nov. 2012.

TOWNSEND, M. C. Saúde mental e doença mental. In: TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidado**. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2007. p. 12-28.

TRENTINI, M.; SILVA, S. H. da; VALLE, M. L.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas

de saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, Feb. 2007 .
Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100007&lng=en&nrm=iso>. Acessado: 20 Nov. 2012.

VAN RIJSWIJK, L. The language of wounds. In: KRASNER, L. D.; RODEHEAVER, G. T. **Chronic Wound Care: a clinical source book for healthcare professionals**. 3. ed. Wayne, PA: Health Mangement, 2001. p. 19-24.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009005000025&script=sci_arttext >. Acessado: 20 nov. 2012.

WAIMAN, M. A. P.; ROCHA, S. C.; CORREA, J. L.; BRISCHILIARI A. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde Mental. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 20(4): 691-9, out-dez, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/07.pdf>>. Acessado: 19 de agosto de 2012.

WALDOW, V. R. **Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

WALDOW, V. R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica?. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v19, n.1. p.20-32, jan.1998. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4170/2208>>. Acessado em: 20 de janeiro de 2012.

WALDOW, V. R. **O Cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

XIMENES, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2ª edição, São Paulo: Ediouro, 2000.

YAMADA, B. F. A. Úlceras Venosas. In: JORGE, A. S.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem Multiprofissional do tratamento de Feridas**. São Paulo:Atheneu; 2003



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

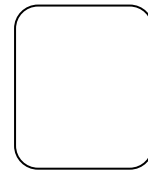
O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada: **PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE O VIVER COM ÚLCERA VENOSA**, sob responsabilidade da mestrandia **Aline Cristiane de Souza Azevedo Aguiar**, do curso de mestrado em Enfermagem da UFBA e orientação da docente **Dr^a Dora Sadigursky**, da Escola de Enfermagem da UFBA, os seguintes aspectos:

- **Objetivo do estudo:** apreender e analisar a percepção dos idosos sobre o viver com úlcera venosa.
- **Participação:** o concordar em participar da pesquisa, os sujeitos estarão à disposição para responder uma entrevista semi-estruturada, constando questões objetivas referentes tanto à sua identificação, quanto questões subjetivas específicas do objeto de estudo.
- **Riscos:** o estudo não oferecerá riscos para os envolvidos, exceto o desconforto em relatar suas percepções em conviver com uma úlcera venosa. Em caso de algum desconforto a entrevista será interrompida e a pesquisadora enfermeira oferecerá todo o apoio necessário.
- **Benefícios:** sensibilizar profissionais de saúde quanto à importância e necessidade de abordar o cuidado à pessoa idosa com úlcera venosa em todas as suas dimensões, não limitando a assistência à ferida, mas proporcionando a estes uma melhor aceitação de sua condição, estimulando o autocuidado e oferecendo suporte psicossocial, além ser um meio de compartilhamento de saberes à comunidade científica, profissionais de saúde e acadêmicos, através de seus resultados e, sobretudo, identificar a percepção de idosos que convivem com úlcera venosa.
- **Confidencialidade do Estudo:** os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo. Serão guardados esses registros e somente os pesquisadores responsáveis terão acesso a essas informações. Se alguma publicação resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada e os resultados serão relatados de forma sumariada preservando o anonimato da pessoa.
- **Dano advindo da pesquisa:** não haverá dano decorrente desse estudo aos seus participantes.
- **Participação voluntária:** toda participação é voluntária, não há penalidades para aqueles que decidam não participar desse estudo. Ninguém será penalizado se decidir desistir de participar do estudo em qualquer época, podendo retirar-se da participação da pesquisa, sem correr riscos e sem prejuízo pessoal.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Eu _____ declaro que estou devidamente informado e esclarecido quanto aos itens acima citados, referentes à pesquisa. Além disso, os pesquisadores responsáveis pela pesquisa me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante o curso desta, por isso estou de acordo com a minha participação voluntária no referido estudo.

Nome do participante



Impressão
dactiloscópica

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

As questões foram apresentadas a cada participante do estudo, e informado a cada indivíduo sobre os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

Assinatura do Pesquisador

Jequié, __/__/____

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Aline Cristiane de Souza Azevedo Aguiar: Fone (77) 91981420
Programa de Pós Graduação da Universidade Federal da Bahia (71)32837631



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE INFORMAÇÕES
PESQUISA: PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE O VIVER COM ÚLCERA VENOSA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

1. Dados sócio-demográficos

Número da entrevista: _____

Abreviatura do nome: _____ Pseudônimo: _____

Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____

Cor: () Branca () Preta () Parda () Vermelha () Amarela

Estado civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado () Outros _____

Religião: () católica () evangélica () espírita () outra (qual) _____

Escolaridade: () analfabeto/sabe assinar o nome () 1 a 4 anos de escolaridade () 5 a 8 anos de escolaridade () 9 a 11 anos de escolaridade () 11 anos de escolaridade ou mais

Número de filhos: _____

Reside sozinho (a): () sim () não

Meio: () urbano () rural

Possui cuidador (a): () sim quem? _____ () não

Renda mensal familiar _____ Benefícios _____

Ocupação: _____

Aposentado: () Sim () Não

Afastado do trabalho: () Sim () Não Porquê? _____

Localização da ferida: () perna direita () perna esquerda () pé D () pé E

Tempo de ferida: _____

Co-morbidades: _____

Há alguma limitação nas atividades de vida diária? Quais? _____

2. Dados relativos ao tema em estudo

a) Como é para o senhor (a) conviver com uma ferida?

b) Como é a sua vida no dia a dia com uma ferida?

c) Como o senhor (a) se vê tendo uma ferida como esta?

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PROJETO DE PESQUISA

Título: Percepção de idosos que convivem com úlcera venosa.

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 01552412.1.0000.5531

Pesquisador: Aline Cristiane de Souza Azevedo Aguiar

Instituição: Universidade Federal da Bahia - UFBA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 102.257

Data da Relatoria: 11/09/2012

Apresentação do Projeto:

Reapresentação do projeto "Percepção de idosos que convivem com úlcera venosa". Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado em andamento no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFBA, com bolsa auxílio da CAPES sob orientação da doutora Dora Sadigursky.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Apreender e analisar a percepção dos idosos que convivem com úlcera venosa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O risco presumido é de desconforto ao falar sobre sua convivência com a úlcera, nesta situação a pesquisadora se coloca como enfermeira oferecendo apoio e providenciando um espaço em que ele se sinta confortável.

Benefícios: Sensibilizar profissionais de saúde quanto à importância e necessidade de abordar o cuidado à pessoa idosa com úlcera venosa em todas as suas dimensões, não limitando a assistência à ferida, mas proporcionando a este, uma melhor aceitação de sua condição, estimulando o autocuidado e oferecendo suporte psicossocial, além ser um meio de compartilhamento de saberes à comunidade científica, profissionais de saúde e acadêmicos, através de seus resultados e, sobretudo, identificar a percepção de idosos que convivem com úlcera venosa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O risco presumido é de desconforto ao falar sobre sua convivência com a úlcera, nesta situação a pesquisadora se coloca como enfermeira oferecendo apoio e providenciando um espaço em que ele se sinta confortável.

Este estudo será realizado na cidade de Jequié- Bahia, em uma clínica escola de fisioterapia, que realiza atendimento de forma gratuita por meio de convênio da Universidade Estadual da Bahia com a Secretaria Municipal de Saúde, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A autora justifica a escolha pela existência de projeto de extensão que atende idosos com ulcerações em membros, projeto esse que a pesquisadora atuou como bolsista e já desenvolveu pesquisas, o que irá facilitar o acesso aos idosos e quiçá o bom desenvolvimento da pesquisa. Os sujeitos serão 10 pessoas idosas, de ambos os sexos, acometidos por feridas crônicas, exclusivamente úlceras venosas.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: S/N

UF: BA

Telefone: (71)3283-7615

CEP: 75.000-000

Município: SALVADOR

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Alteração de CENÁRIO DA PESQUISA com ofício de solicitação e de aceite da nova instituição, declaração de compromisso, TCLE conforme orientação do CEP EEUFBA. Número de sujeitos da pesquisa (10 idosos).

Recomendações:

NSA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do atendimento às pendências anteriormente relatadas, consideramos aprovado SMJ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Plenária Homologou o Parecer de Aprovação emitido pelo relator após atendimento às pendências.

SALVADOR, 19 de Setembro de 2012



Assinado por:

DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Jequié, 29 de junho de 2012.

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, SUMAYA MEDEIROS BOTELHO, coordenadora da Clínica Escola de Fisioterapia José Maximiliano Henriquez Sandoval, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, autorizo mediante o parecer de aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que a mestranda ALINE CRISTIANE DE SOUZA AZEVEDO AGUIAR, aluna do Curso de Pós Graduação da Universidade Federal da Bahia, Mestrado em Enfermagem, realize a coleta de dados na referida clínica dando continuidade ao projeto intitulado: **PERCEPÇÃO DE IDOSOS QUE CONVIVEM COM ÚLCERA VENOSA**, sob orientação da professora Dr.^a Dora Sadigursky.

Atenciosamente,

Sumaya Medeiros Botelho

Sumaya Medeiros Botelho
(Coordenadora da Clínica Escola de Fisioterapia)

Profa. Sumaya Medeiros Botelho
Coordenadora
Clínica Escola de Fisioterapia