



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
Centro de Educação e Saúde
Unidade Acadêmica de Enfermagem
Curso de Bacharelado em Enfermagem

ELAYNE GONÇALVES RODRIGUES DO NASCIMENTO

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM FERIDA CRÔNICA

Cuité – PB
2015

ELAYNE GONÇALVES RODRIGUES DO NASCIMENTO

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM FERIDA CRÔNICA

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. MSc. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

N244q

Nascimento, Elayne Gonçalves Rodrigues do.

Qualidade de vida de idosos com ferida crônica. /
Elayne Gonçalves Rodrigues do Nascimento. – Cuité: CES,
2015.

84 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) –
Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Ferida crônica - idoso. 2. Idoso – ferida – qualidade de
vida. 3. Qualidade de vida - idoso. I. Título.

CDU 616-001.4

ELAYNE GONÇALVES RODRIGUES DO NASCIMENTO

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM FERIDA CRÔNICA

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Banca examinadora:

Prof. MSc. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. MSc. Édija Anália Rodrigues de Lima
Membro – UFCG

Profa. MSc. Bernadete de Lourdes André Gouveia
Membro – UFCG

Cuité – PB, 10 de novembro de 2015.

DEDICATÓRIA

Ao meu Poderoso Deus,

“Tu reinas no trono dos céus, a criação se prostra aos teus pés, Tu reinas vestido de glória, os anjos te adoram aos teus pés.

Pra sempre governarás, Teu reino não passará, Ó Santo Deus fico maravilhado, Tu és muito mais do que eu possa expressar, Ó Santo Deus quebro o vaso de alabastro Sobre o Deus que sabe me maravilhar.

Tu és Totalmente amável, Tesouro desejável que eu procuro, Tu és Um fogo apaixonado, eu sou do meu amado e Tu és meu.

Pra sempre governarás, Teu reino não passará.

Derramo o meu louvor sobre ti, derramo o meu amor sobre ti, derramo o meu louvor sobre ti, derramo o meu amor.”

Ana Paula Valadão Bessa

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a Deus, minha Rocha e Fortaleza, por ter me sustentado e guiado desde sempre, por ter me concedido força e sabedoria quando mais precisei, nenhum texto expressaria toda a minha gratidão. Obrigada Senhor.

Ao querido Orientador, Prof. Matheus Figueiredo Nogueira. Muito obrigada pelos infinitos ensinamentos repassados, pela paciência, pela confiança depositada, pela compreensão, por sua dedicação e disposição, enfim pelo exemplo de competência. A sua confiança em meu projeto foi imprescindível para concretização do mesmo.

À minha família, base da minha educação. Aos meus pais Eudilene Gonçalves e José Ferreira, pelas orações, pelo companheirismo durante toda essa trajetória, sempre estiveram ao meu lado me dando forças, apoio, muito amor e carinho. Obrigada por acreditarem em mim, amo vocês.

Ao meu querido e amado irmão José Júnior (*in memoriam*) que tanto vibrou com minha aprovação no vestibular, neste momento estaria orgulhoso com esta conquista, saudades eternas!

À minha querida e amada irmã Carolina Gonçalves, por seu apoio no momento que mais precisei durante essa jornada, por sua amizade, seu companheirismo, sua disposição e ajuda contribuíram para concretização deste trabalho.

À minha querida e amada irmã Camila Gonçalves, pelas orações, pelo apoio durante minha jornada e por sempre torcer por mim.

À minha avó Marlene Rodrigues e meu avô Euclides Gonçalves, pelas orações, por todo incentivo, carinho, apoio e contribuição neste trabalho.

Às minhas queridas amigas Cíntia Feitosa, Michele Caliane e Izaura de Lourdes, por todo companheirismo, amizade e irmandade. Foram tantos momentos compartilhados, muitos

bons, porém vários difíceis, mas Deus foi muito generoso comigo, separou vocês para estarem comigo quando mais precisei. Muito obrigada amigas.

Às amigas do Curso de Bacharelado em Enfermagem CES/UFCG, Liandra Reis, Heloisa Andrea e Josefa Jéssica pela amizade, apoio, por tantos momentos que partilhamos durante esses cinco anos de jornada.

Aos meus primos Markswennya Gonçalves, Felipe Gonçalves, Débora Gonçalves, Bruna Gonçalves, e minha cunhada Jaqueline Rodrigues, que desde o início dessa trajetória torceram por mim. Muito obrigada pela amizade e apoio.

Aos idosos participantes desta pesquisa pela atenção e sinceridade durante a aplicação dos questionários, sobretudo, por terem aberto as portas de suas casas e compartilhado comigo as particularidades de suas vidas. A realização desse trabalho não seria possível sem a contribuição de vocês.

Às professoras da banca de Monografia, Bernadete de Lourdes Gouveia e Édiya Anália, que participaram de minha formação como enfermeira e se dispuseram a colaborar no engrandecimento desta pesquisa.

A todos os professores do Curso de Enfermagem (CES/UFCG) que contribuíram para minha formação acadêmica.

Aos Secretários de Saúde e Coordenadores da Atenção Básica dos Municípios de Remígio, Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta e Sossego, por acolherem a ideia do projeto, contribuindo para que o mesmo pudesse ser realizado.

*E sabemos que todas as coisas contribuem
juntamente para o bem daqueles que amam a
Deus, daqueles que são chamados por seu
decreto.*

Romanos 8:28

RESUMO

A potencialidade da Ferida Crônica (FC) de provocar múltiplas e complexas alterações na saúde e cotidiano do idoso pode influenciar consideravelmente na Qualidade de Vida (QV). A importância de integrar a temática FC ao contexto do envelhecimento compreende-se pela necessidade de conhecer quais dimensões da QV dos idosos encontram-se afetadas por essa condição crônica. Tendo em vista a subjetividade e magnitude da temática, bem como o déficit de conhecimento acerca da influência global da condição de idoso acometido por FC, objetivou-se com este estudo avaliar a QV de idosos com FC. Consta de um estudo de campo do tipo exploratório-observacional de natureza quantiquantitativa realizado com 20 idosos. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do projeto original em que este foi embasado, os dados foram coletados com a utilização dos questionários Sociodemográfico e WHOQOL-Old, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, além de um roteiro de entrevista estruturada. Os resultados foram analisados descritivamente e apresentados em tabelas e gráfico de modo a sistematizar a discussão e facilitar a compreensão. Os resultados apontam idosos com idade média de 74,25 anos, maioria do sexo feminino (60,0%), casada (60,0%), não alfabetizada (55,0%) e com renda inferior ou igual a dois salários mínimos. Com base no WHOQOL-Old, há uma regular percepção global dos idosos em quase todos os domínios, o que revela uma QV não muito satisfatória. Os menores percentuais relativos à satisfação foram para os domínios: participação social (32,50%) e intimidade (35,31%). Apenas o domínio relacionado às atividades passadas, presentes e futuras obteve maiores pontuações (61,56%). Contudo, embora o resultado do Escore Transformado Total (ETT= 45,94%) tenha revelado uma condição regular da QV global dos idosos, ao analisar os discursos dos participantes, percebeu-se uma condição de QV comprometida. Destarte, é necessário, portanto, a criação e implementação de políticas públicas direcionadas aos idosos, sobretudo àqueles com feridas crônicas, a fim de promover melhores níveis de QV para este segmento populacional. Diante disso, é indispensável um maior empenho da Equipe de Saúde da Família, com destaque ao papel do enfermeiro, no acompanhamento terapêutico efetivo e educação em saúde fortalecida.

Descritores: Idoso. Ferida. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The potential of the Chronic Wound (CW) of provoking multiple and complex changes in elderly health and daily life can influence considerably in the Life Quality (LQ). The importance of integrating CW theme to the aging context, comprises up by the necessity to know what dimensions of the elderly LQ are affected by this chronic condition. Having in view the subjective and magnitude of the thematic, as well as the deficit of knowledge about the global influence of the old condition affected by CW. This study aimed to evaluate the elderly patients LQ with CW. It consists of a field study of exploratory and observational type of quantitative nature realized with 20 elderly. After approval by the Ethics Committee in Research of the original project in which it was grounded, data were collected with the use of sociodemographic questionnaires and WHOQOL-OLD developed by the World Health Organization, as well as a structured interview. The results were descriptively analyzed and present in tables and graphics in order to systematize the discussion and facilitate the understanding. The results elderly people with an average age of 74,25 years old, the mostly female people (60,0%), married (60,0%), illiterate (55,0%) and with a income below or equal to two minimum wages. Based on the WHOQOL-OLD, there is a regular perception of older people in almost all areas, which not reveals a very satisfactory LQ. The lowest percentages relative to satisfaction were for the domain: social participation (32,50%) and intimacy (35,31%). Only the domain related to the past, present and future activities got higher scores (61,56%). However, although the result of the Total Transformed Score (TTS = 45,94%) has revealed a regular condition of the elderly LQ, to analyze the participants speeches, it was perceived a compromised LQ condition. Thus, it is necessary, therefore, the public policies creations for the elderly, specially, those who are with chronic wounds in order to promote better LQ levels for this population segment. Before this, it is indispensable a greater commitment of the Family Health Team, specially to the nurses role in the effective therapeutic accompaniment and education on strengthened health.

Descriptors: Elderly, Wound, Life Quality

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Perfil socioeconômico e demográfico simplificado de idosos com ferida crônica acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=20) 41
- Tabela 2** - Estatística descritiva dos itens das facetas obtida por meio da aplicação do questionário WHOQOL-Old* com idosos com feridas crônicas acompanhados na Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=20) 50
- Tabela 3** - Escore Bruto das Facetas (médio) do questionário WHOQOL-Old* obtido com idosos com feridas crônicas acompanhados na Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=20) 53

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1** -Escore Transformado das Facetas e Escore Transformado Total do questionário WHOQOL-Old obtidos com idosos com feridas crônicas acompanhados na Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=20) 56
- Quadro 1** -Categorização dos níveis de qualidade de vida conforme a equivalência da distribuição percentual associada à escala apresentada nos itens do WHOQOL-Old..... 56

LISTA DE SIGLAS

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CES - Centro de Educação e Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

EBF- Escore Bruto da Faceta

EP - Escore Padronizado

ETT - Escore Transformado Total

GEPISE - Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem

GIEPERS - Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IVC - Insuficiência Venosa Crônica

NEPEQ - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPGenf/UFPB - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba

QV - Qualidade de Vida

SM - Salário Mínimo

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG - Universidade Federal de Campina Grande

UP - Úlcera por Pressão

UVC - Úlcera Venosa Crônica

WHOQOL-Old - *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Objetivos	18
1.1.1	<i>Objetivo Geral</i>	18
1.1.2	<i>Objetivos Específicos</i>	18
2	REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1	Aspectos anatomofisiológicos da pele	20
2.1.1	<i>O envelhecimento e as alterações sistêmicas que predisõem o desenvolvimento de feridas</i>	21
2.2	Feridas crônicas de elevada prevalência em idosos	23
2.3	Considerações gerais sobre qualidade de vida	29
2.3.1	<i>Qualidade de vida do idoso com ferida crônica</i>	30
3	METODOLOGIA	33
3.1	Tipo de estudo	34
3.2	Local do estudo	34
3.3	População e amostra	35
3.4	Instrumento para coleta de dados	36
3.5	Procedimentos para coleta de dados	38
3.6	Análise dos dados	39
3.7	Aspectos éticos	40
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
4.1	Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes	42
4.2	Qualidade de vida de idosos com ferida crônica segundo o WHOQOL-Old	50
4.3	Aspectos subjetivos da qualidade de vida para idosos com ferida crônica	62
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS	74

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Declaração de compromisso do pesquisador responsável

Apêndice C – Roteiro de entrevista estruturada

ANEXOS

Anexo A – Questionário socioeconômico e demográfico

Anexo B – Whoqol-Old

Anexo C – Termos de Autorização Institucional

Anexo D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

A mudança do perfil etário da população brasileira, decorrente da transição do padrão demográfico, levou ao aumento da expectativa de vida e a longevidade do ser humano. Acompanhado à transição demográfica, o país também vem experimentando uma transição epidemiológica com mudanças do perfil de morbimortalidade, destacando-se o aumento da prevalência das condições crônicas, como por exemplo, as feridas crônicas (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

As feridas crônicas representam um problema de saúde pública no Brasil, uma vez que o número de pessoas com estas lesões tem crescido significativamente em todos os serviços de saúde do país. Infelizmente os dados estatísticos ainda são escassos por conta da fragilidade dos registros relativos a estes atendimentos. É óbvia, portanto, a lacuna relacionada à falta desses registros e de políticas públicas voltadas à prevenção e tratamento de feridas crônicas, o que tem dificultado a avaliação da dimensão dessa problemática (BRASIL, 2011; DEALEY, 2008).

Feridas são interrupções da integridade cutaneomucosa resultantes dos desequilíbrios e injúrias relacionados com os agravos da saúde do indivíduo (SMELTZER et al., 2013). Para Dealey (2008), ferida é qualquer lesão que leve à solução de continuidade da pele. Normalmente são classificadas como crônicas quando não cicatrizam no tempo esperado, habitualmente até 30 dias.

Essas lesões possuem etiologias diversas e constituem uma condição complexa multifatorial ainda pouco conhecida. Independentemente da etiologia, são lesões graves da pele e tecidos subjacentes que podem ocasionar repercussões significativas na vida do portador e de seus familiares, como dor permanente, incapacidade, sofrimento, perda da autoestima, isolamento social, gastos financeiros, afastamento do trabalho e alterações psicossociais, favorecendo assim o desenvolvimento de transtornos graves tanto individuais quanto coletivos (BRASIL, 2011; DANTAS; TORRES; DANTAS, 2011; DEALEY, 2008).

No tocante aos dados epidemiológicos, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) revela que as feridas crônicas e agudas afetam no mínimo 1% da população. Sua ocorrência é mais comum em idosos ou pessoas com problemas sistêmicos, tais como os cardiovasculares e o diabetes mellitus. Dentre as feridas crônicas mais prevalentes destacam-se as úlceras de membros inferiores, com etiologias diversas, sendo 70% a 80% dos casos decorrentes de doença vascular periférica (principalmente a insuficiência venosa crônica – IVC), seguidas da insuficiência arterial (8%), do diabetes (3%), do trauma (2%) e outras causas (14%) (DANTAS; TORRES; DANTAS, 2011). Segundo Cafaia et al. (2011), após os 65 anos de

idade, torna-se mais frequente a internação de pacientes com feridas crônicas pelo menos uma vez por ano devido os problemas com os pés.

Dessa forma, Malaquias et al. (2012) relatam que tais lesões caracterizam-se por um processo crônico, doloroso, recorrente, com impacto negativo na qualidade de vida, na mobilidade, no estado emocional e na capacidade funcional das pessoas acometidas. Para Souza e Matos (2010), as condições crônicas constituem problemas de saúde com sintomatologia ou incapacidades relacionadas, que demandam um tratamento de longo prazo. Nesse sentido, qualquer situação crônica implica mudanças no estilo de vida, fazendo com que os portadores necessitem adaptar-se a uma nova condição, onde dependendo de sua compreensão acerca dessa problemática podem desenvolver reações psicológicas e emocionais que desencadeiam vários transtornos. Diante disso, conviver com uma ferida crônica implica várias dificuldades e mudanças para a vida do portador.

É oportuno destacar, nesse sentido, que o bem-estar do idoso é resultante do equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional, sem necessariamente significar ausência de problemas, haja vista que o bem-estar pode ser atingido por qualquer pessoa, independentemente da presença ou não de enfermidades. No entanto, o cotidiano daqueles com lesões crônicas é abarcado por experiências de sofrimento, onde para muitos a ferida pode não ser apenas uma lesão física, mas algo que vai além de estímulos sensoriais, além de uma doença incurável (LUCAS; MARTINS; ROBAZZI, 2008; TORRES et al., 2009).

Nesse contexto, é perceptível o quanto as feridas alteram significativamente o cotidiano da pessoa, sobretudo pela capacidade de provocar dores e imobilidade, o que concorre para o isolamento social; produzem secreções com odores desagradáveis e demandam uma rotina de cuidados diários, curativos, consultas e visitas constantes aos serviços de saúde; e alteram o padrão da imagem do homem no mundo social, afetando seu modo de viver e de relacionar, podendo levar à baixa autoestima, depressão e ansiedade. Ademais, as feridas crônicas também podem interferir negativamente na vida sexual do idoso, pois a presença dessas lesões juntamente com as funções orgânicas diminuídas corroboram para a diminuição da atividade sexual, culminando assim em falta de autoaceitação, bem como a aceitação do parceiro (FREITAS et al., 2013; SILVA et al., 2013).

Dependendo da complexidade de cada ferida, observa-se que ela fragiliza e muitas vezes incapacita o ser humano para diversas atividades, principalmente as laborativas. Sentimentos como medo, desgosto e impotência, são comuns nos pacientes com feridas, pois estas lesões trazem limitações consideráveis para vida da pessoa e geram um maior grau de dependência. Como na velhice a preservação da autonomia e da independência está atrelada a

qualidade de vida, ter que depender dos outros pode trazer ao idoso sentimento de impotência (FREITAS, 2013; LUCAS; MARTINS; ROBAZZI, 2008; SALOMÉ; BLANES; FERREIRA, 2012). Nesta lógica, o conviver com uma ferida crônica pode gerar consequências em várias dimensões da qualidade de vida, uma vez que as lesões trazem repercussões que abarcam mudanças complexas nos aspectos sociais, físicos e psicológicos na vida do idoso.

Estando clarificada, pois, a influência global da condição de idoso acometido por ferida crônica frente à sua qualidade de vida, torna-se relevante realizar um estudo que traga um enfoque abrangente e multidisciplinar acerca da qualidade de vida dessa população, proporcionando-os assim uma assistência humanizada e individualizada, que contemple não apenas os cuidados com a ferida, mas sim um olhar holístico que possa abordar todos os aspectos envolvidos.

De modo mais específico, considerando que a qualidade de vida abrange um conceito multidimensional, que incorpora aspectos físicos, psicológicos e sociais, e está relacionada com a percepção subjetiva do indivíduo sobre sua condição ou doença, é compreensível que as feridas crônicas podem influenciar nas dimensões da qualidade de vida das pessoas acometidas. São diversos os determinantes da qualidade de vida, principalmente na velhice, a exemplo da saúde, satisfação, produtividade, família e o convívio social. Por esta razão é indispensável avaliar quais as dimensões da qualidade de vida de idosos sofrem interferência da vivência com feridas crônicas (FREITAS et al., 2013; STIVAL et al., 2014).

Diante disso, a motivação para o desenvolvimento desta pesquisa parte da identificação dos impactos cada vez mais negativos proporcionados pelo acometimento por feridas na qualidade de vida da população idosa. Junto a isso, destaca-se a afinidade pessoal pelas disciplinas de Saúde do idoso e Tratamento de feridas, bem como a participação no Projeto de Extensão intitulado “Assistência de enfermagem na avaliação e tratamento de feridas”. A partir das práticas vivenciadas no decorrer de tal projeto foi despertado o interesse em conhecer melhor a realidade da pessoa idosa com ferida crônica, uma vez que todos os pacientes acompanhados apresentavam inespecificamente várias dimensões da qualidade de vida afetadas.

Portanto, investigar a qualidade de vida de idoso sem um cenário que evidencie a problemática das feridas crônicas, a exemplo dos municípios do interior paraibano, podem trazer resultados fundamentais para que novas práticas assistenciais sejam planejadas e implementadas por profissionais de saúde e para ampliar a visão dos órgãos competentes acerca dessa problemática, a fim de que sejam estabelecidas estratégias e políticas públicas que produzam resultados efetivos e beneficiem essa população.

Diante do exposto, este estudo buscará alcançar os seguintes objetivos.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

- Avaliar a qualidade de vida de idosos com feridas crônicas.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas dos participantes do estudo;
- Verificar quais dimensões da qualidade de vida de idosos com feridas crônicas estão afetadas ou satisfatórias;
- Identificar os fatores que interferem na qualidade de vida de idosos com feridas crônicas.

2.1 Aspectos anatomofisiológicos da pele

A pele é o maior sistema orgânico do corpo e é irrigada por um terço do volume sanguíneo (MORTON; FONTAINE, 2011; SMELTZER et al., 2013). De acordo com Silverthorn (2010), a pele é uma camada fina que recobre a superfície externa do corpo. É o órgão mais pesado, com aproximadamente 16% do peso total de um adulto. Se ela fosse esticada, cobriria uma área de superfície entre 1,2 e 2,3 m².

Segundo Morton e Fontaine (2011), a pele compõe-se de três camadas: epiderme, derme e hipoderme ou tecido subcutâneo. Estas são capazes de detectar as diferentes sensações corporais, como o sentido do tato, a temperatura e a dor.

A epiderme é a camada mais externa, não possui vascularização e é formada de células epiteliais estratificadas, composta predominantemente por queratinócitos. Sua espessura pode variar de acordo com as diferentes áreas do corpo, desde aproximadamente 0,1mm, nas pálpebras, até cerca de 1 mm, nas palmas das mãos e plantas dos pés. Existem ainda quatro camadas distintas que compõem a epiderme: estrato germinativo, estrato granuloso, estrato lúcido e estrato córneo. A epiderme é substituída a cada 3 a 4 semanas, onde o estrato basal, camada mais profunda, produz constantemente novas células pela divisão celular. As células mortas contêm grandes quantidades de queratina, uma proteína fibrosa insolúvel que forma uma barreira externa na pele capaz de repelir os patógenos e evitar a perda excessiva de fluídos e eletrólitos. Na epiderme ainda são encontrados os melanócitos, células responsáveis pela produção de melanina, que determinam a cor da pele e dos pêlos. Outros dois tipos celulares comuns na epiderme são as células de Merkel e as células de Langerhans, que atuam respectivamente como receptores transmitindo os estímulos até o axônio por meio de sinapse química, e desempenham um papel fundamental nas reações cutâneas do sistema imune (DEALEY, 2008; SMELTZER et al., 2013).

De acordo com Dealey (2008), a derme é a camada intermediária, constituída por denso tecido fibroso, além de fibras de colágeno, reticulares e elásticas. Ela constitui a maior porção da pele e proporciona força e estrutura. Nela são encontrados vasos sanguíneos, vasos linfáticos, terminações nervosas sensoriais e anexos cutâneos (glândulas sebáceas, sudoríparas e folículos pilosos). A base dos folículos pilosos situa-se na porção profunda da derme, alinhados com as células epiteliais, podendo participar da cicatrização das feridas com perda parcial de tecido.

Associadas aos folículos pilosos estão as glândulas sebáceas, as quais possuem ductos que liberam sebo no espaço entre os folículos pilosos e diáfise do pêlo. Com relação às

glândulas sudoríparas, estas se concentram nas regiões palmares das mãos e plantares dos pés, são subclassificadas em écrinas, encontradas em todas as áreas da pele; e apócrinas, localizadas nas axilas, região anal, bolsa escrotal e grandes lábios (SMELTZER et al., 2013).

Segundo a referência anteriormente mencionada, a hipoderme é a camada mais profunda da pele, podendo ser também chamada de tecido subcutâneo. Essa camada é composta principalmente por tecido adiposo, o qual ajuda a promover um acolchoamento entre as camadas da pele, os músculos e os ossos. Atua como isolante térmico, proporciona proteção mecânica e facilita a mobilidade da pele em relação às estruturas subjacentes, diminuindo os impactos da pressão e do trauma externo.

Diante dos aspectos da estrutura tegumentar, pode-se afirmar que esta forma uma barreira protetora que atua contra a ação de agentes físicos, químicos ou bacterianos sobre os tecidos mais profundos do organismo, sendo responsável por diversas funções orgânicas vitais como: proteção; sensibilidade, onde as terminações nervosas receptoras na pele permitem que o corpo monitore constantemente as condições do ambiente; equilíbrio hídrico; regulação da temperatura e a produção de vitamina D. A pele, portanto, é conhecida como protetora, sensível, reparadora e capaz de manter a homeostase de um indivíduo (BRASIL, 2012; MORTON; FONTAINE, 2011; SMELTZER et al., 2013).

É oportuno enfatizar, portanto, que o sistema tegumentar exerce funções indispensáveis para a vida humana. Em contrapartida, com a idade avançada, ocorre um declínio dessas funções que são manifestadas a partir da fragilidade aumentada e responsividade imunológica diminuída (FREITAS et al., 2013). Essas alterações serão discutidas em seguida.

2.1.1 O envelhecimento e as alterações sistêmicas que predisõem o desenvolvimento de feridas

Com o envelhecimento ocorre um aumento da desordem molecular nas células dos órgãos vitais. Sabe-se que essa progressão acontece tanto por fatores genéticos quanto ambientais, contudo as alterações geradas diferem de indivíduo para indivíduo. O sistema tegumentar é o que mais sofre significativas alterações fisiológicas relacionadas à senescência. Tais alterações acarretam mudanças inevitáveis na pele do idoso tornando-o mais vulnerável ao aparecimento de lesões que comprometem seu estado físico e psicológico, haja vista que estas afetam a aparência externa e a qualidade de vida da pessoa (BRANDÃO; BRANDÃO, 2013; ROACH, 2009; SMELTZER et al., 2013).

As alterações celulares do tegumento associadas ao envelhecimento intrínseco, incluem um adelgaçamento na junção dermoepidérmica, o que resulta em menos sítios de fixação entre as duas camadas cutâneas, assim a epiderme pode desprender-se da derme através de uma pequena lesão ou estresse. À medida que as camadas dérmicas adedalgam, a pele torna-se frágil e transparente. Esse fenômeno pode contribuir para vulnerabilidade aumentada da pele idosa à pressão e ao trauma, predispondo assim uma maior possibilidade de formação de lesões, como por exemplo, a úlcera por pressão (PEREIRA, 2013; SMELTZER et al., 2013).

De acordo com Smeltzer et al. (2013), o suprimento sanguíneo para a pele também se modifica com a idade. Vasos, principalmente as alças capilares, diminuem em número e tamanho. Essas alterações vasculares contribuem para o retardo do processo de cicatrização de feridas comumente observadas no paciente idoso.

Nesta linha de raciocínio, assim como as do sistema tegumentar, as alterações cardiovasculares também predis põem o desenvolvimento de feridas. Resende, Bachion e Araújo (2006) relatam que a circulação alterada pode trazer complicações como a insuficiência venosa crônica e levar o idoso a desenvolver úlcera venosa de estase, que é a principal consequência desse distúrbio venoso. Segundo Dealey (2008), a insuficiência venosa crônica é decorrente da incompetência valvular nas veias dos membros inferiores, onde o sangue que deveria fluir das veias superficiais para as veias profundas por meio de vasos perfurados, passa a fluir em qualquer direção, fazendo com que o sangue retorne para o leito capilar e desencadeie a hipertensão venosa.

Algumas doenças sistêmicas também podem causar distúrbios cutâneos, como é o caso do diabetes mellitus, que provoca alterações na circulação e na nutrição celular, trazendo impactos sobre a funcionalidade do tegumento. Além disso, o diabetes pode causar neuropatias que atingem os nervos periféricos, autônomos e espinhais. Devido às alterações nos nervos periféricos sensoriomotores, as sensações de dor e temperatura diminuem. Por esta razão os pacientes com neuropatia têm risco aumentado para a lesão e para infecções despercebidas nos pés, uma vez que estes ficam dormentes à medida que a neuropatia progride. Na maioria das vezes, surge uma pequena lesão e estas acabam evoluindo para grandes ulcerações que levam mais adiante à amputação de pé e perna em diabéticos (FREITAS et al., 2013; SMELTEZER et al., 2013).

Resende, Bachion e Araújo (2006) reforçam, nesse contexto, que o envelhecimento contribui para redução dos fatores de proteção fisiológicos da pele e dificulta a percepção aos estímulos traumáticos e agressivos, tornando-os cada vez mais lesivos. Tais justificativas

permitem a compreensão da vulnerabilidade de idosos à ocorrência de feridas de variadas etiologias.

2.2 Feridas crônicas de elevada prevalência em idosos

Entre os diversos eventos crônicos que alteram a condição de saúde do indivíduo idoso destacam-se as feridas crônicas, atualmente chamadas feridas complexas. São lesões de difícil cicatrização sem resposta ao cuidado habitual por mais de três meses, necessitando por vezes, procedimentos cirúrgicos para fechamento. Caracterizam-se por um longo processo de reparação tissular e reincidência frequente, principalmente com o avanço da idade, haja vista que a resposta inflamatória diminui, reduzindo o metabolismo do colágeno, a angiogênese e a epitelização, dificultando assim o reparo tecidual. Por constituírem um processo complexo e patológico, as feridas crônicas acarretam ao idoso, alterações não apenas de ordem biológica, mas também emocional, física, social, impondo limitações e necessidades peculiares à vida do mesmo (BRASIL, 2011; DEALEY, 2008; SOUZA; MATOS, 2010).

Diante dessa compreensão, é pertinente destacar as feridas crônicas que mais acometem a população idosa. Assim, serão abordadas as seguintes lesões: úlceras vasculares crônicas, úlceras por pressão e feridas em extremidades inferiores de diabéticos (“pé diabético”).

I) Úlcera Venosa Crônica

A úlcera venosa crônica (UVC) é considerada um problema de saúde pública no Brasil com significativo índice de prevalência e impacto socioeconômico. Corresponde a 70% a 90% das úlceras de perna, com características extremamente incapacitantes e afetam de modo considerável a produtividade e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Pessoas de diferentes faixas etárias podem desenvolvê-la, porém sua ocorrência aumenta com a idade, sendo superior em pessoas com mais de 65 anos de idade (BERGONSE; RIVITT, 2006; MACÊDO et al., 2010; SALOME; BLANE; FERREIRA, 2012).

No que concerne a caracterização sócio-demográfica, Brito et al. (2013) percebem que há uma tendência de surgimento de UVC no sexo feminino, com condições sócio-econômicas desfavoráveis e com baixo nível de escolaridade. Nesse sentido, Dias et al. (2013) afirmam que a situação econômica deficitária é um dos principais fatores que interfere negativamente no tratamento dessa lesão, tendo em vista que estas são uma fonte adicional de despesas,

essencialmente pelo tratamento farmacológico e materiais para os curativos que são muito caros.

A úlcera venosa é uma doença crônica, caracterizada por períodos de exacerbação e recorrência. No que diz respeito à etiologia, está associada a diversos fatores, como doença venosa crônica, doença arterial periférica, neuropatias, hipertensão arterial, trauma físico, anemia falciforme, infecções cutâneas, doenças inflamatórias, neoplasias e alterações nutricionais, contudo, provém basicamente de problemas vasculares profundos, como a insuficiência venosa crônica (SALOMÉ; BLANES; FERREIRA, 2012; SILVA et al., 2009).

Segundo Silva et al. (2009) a insuficiência venosa crônica leva ao aumento crônico da pressão sanguínea intraluminal nos membros inferiores, tornando o retorno venoso ineficaz devido a incompetência das microvalvas presentes no interior desses vasos, ocasionando estase e edema persistente. Essa pressão constante e retorno venoso dificultado comprometem as funções celulares, causando necrose tecidual e ulceração da pele com áreas de coloração enegrecida adjacentes ao leito da ferida. Complementando este raciocínio, Smeltzer et al. (2013) relatam que quando ocorre a obstrução venosa profunda, podem surgir as veias varicosas. Estas levam o paciente a desenvolver os sinais e sintomas da insuficiência venosa crônica como: edema, dor, pigmentação e ulcerações.

Em se tratando dos aspectos clínicos da lesão, Brito et al. (2013) ressaltam que elas se caracterizam por dor disseminada, com presença de edema no pé e tornozelos, localizam-se nos membros inferiores, geralmente no terço distal da face medial da perna, com bordas bem definidas, apresentam leito com tecido necrosado ou de granulação, exsudato variável de cor amarelada, podendo torna-se profunda.

De acordo com Reis et al. (2013) a UVC é uma lesão que interfere no cotidiano do portador, modificando-lhe expressivamente os hábitos de vida. Dessa forma, Sellmer et al. (2013) compreendem, que entre os diversos fatores que prejudicam a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, estão: o mau cheiro, a exsudação abundante, a dor, a mobilidade reduzida, a diminuição do sono, o isolamento social, o longo tempo para a cicatrização da úlcera e as trocas frequentes de curativos.

É pertinente levar em consideração, que dentre esses fatores, a dor apresenta-se como o de maior impacto na qualidade de vida do indivíduo com UVC, uma vez que além de causar limitações, interfere negativamente na cicatrização da ferida, pois o estímulo doloroso está associado à liberação de mediadores inflamatórios, que potencialmente reduzem a reparação tecidual e a regeneração (DIAS et al., 2013; SALVETTI et al., 2014).

As técnicas empregadas para promover a cicatrização da UVC envolvem: terapia compressiva, com a aplicação de pressão externa ou contrapressão no membro inferior para facilitar o retorno venoso para o coração; tratamento tópico, onde são utilizadas coberturas que proporcionam a manutenção de meio úmido, a absorção de excesso de umidade e a remoção de tecidos desvitalizados no leito da úlcera; terapia farmacológica através da antibioticoterapia, quando a úlcera está infectada; tratamento cirúrgico; medidas comportamentais e uma assistência holística por toda a equipe multidisciplinar. Além disso, há diversos tratamentos tecnológicos disponíveis para o cuidado local como: o uso de ultrassom, laser, estimulação elétrica, oxigenioterapia hiperbárica e pressão negativa local (BRITO et al. 2013; SELLMER et al. 2013; SMELTZER et al. 2013).

Diante da complexidade da lesão e suas consequências na vida do paciente, percebe-se que uma assistência de qualidade pode ter impacto positivo na funcionalidade e na percepção de dor dos pacientes com UVC. Sendo assim, o enfermeiro tem sido o profissional responsável pelo cuidado e orientações a estes pacientes, bem como pela terapia tópica da ferida. O conhecimento técnico e científico do enfermeiro quanto ao tratamento da UVC é fundamental, tendo em vista que a deficiência do conhecimento específico influencia na escolha equivocada da conduta, prolongando assim o tempo de cicatrização e aumentando as chances de recidiva (DIAS et al., 2013; REIS et al., 2013; Sellmer et al., 2013).

II) Úlcera por pressão

As úlceras por pressão (UPs) também são denominadas feridas por pressão e úlcera de decúbito. Constituem um problema complexo que afeta aproximadamente 9% de todos os pacientes hospitalizados, principalmente os idosos, 23% dos pacientes acamados com cuidados domiciliares e 18,8% dos pacientes institucionalizados. No entanto, no Brasil ainda são escassos estudos sobre os índices de incidência e prevalência dessas lesões (BLANES et al., 2004; DEALEY, 2008; FREITAS et al., 2011).

A UP pode ser descrita como uma lesão localizada da pele, com áreas de necrose tissular, causada pela interrupção do suprimento sanguíneo para a área, geralmente provocada por pressão, cisalhamento ou fricção, as quais tendem a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido, entre uma proeminência óssea e uma superfície externa, por um longo período de tempo. É classificada conforme o grau de dano observado nos tecidos (pele, subcutâneo, músculos, articulações, ossos) (BLANES et al., 2004; DEALEY, 2008; FREITAS et al., 2011).

No tocante a etiologia, sabe-se que a UP é causada por uma combinação multifatorial, incluindo: fatores intrínsecos, relacionados à idade, comorbidades, estado nutricional, hidratação, condições de mobilidade e nível de consciência; e os fatores extrínsecos, relacionados ao mecanismo da lesão, como: pressão, cisalhamento, fricção e umidade. Contudo é válido ressaltar que a idade é apontada como um dos fatores mais relevantes envolvidos na fisiopatogênese da UP, principalmente quando associada à imobilidade, que por vezes, é sequelar à doença neurológica ou ortopédica. Condições como incontinência urinária ou fecal, alterações do nível de consciência e deficiência nutricional, instabilidade cardiovascular, insuficiência arterial periférica, também são fatores relevantes para o desenvolvimento da UP (DEALEY, 2008; FREITAS et al., 2013; ROGENSK; SANTOS, 2005; SMELTZER et al., 2013).

Pode-se inferir, portanto, que o desenvolvimento dessas lesões é facilmente observável nos indivíduos após os 60 anos, devido às fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento da pele e das condições peculiares de cada idoso cuidado. É inquestionável que com o avanço da idade, numerosas mudanças são observadas na pele e nas estruturas de suporte. Sendo assim, o idoso apresenta redução na elasticidade e textura da pele, na frequência de reposição celular, na atividade e mobilidade. Além disso, ocorre significativa diminuição da massa corporal, o que leva a exposição das proeminências ósseas e diminuição da capacidade do tecido de distribuir a pressão (ALVES et al., 2008; BLANES et al., 2004; FREITAS et al., 2011; FREITAS et al., 2013).

No que diz respeito à fisiopatologia da UP, infere-se que o principal fator para formação das úlceras é a pressão extrínseca sobre determinada área da pele, que se concentra em regiões de proeminências ósseas, como: região sacral, tuberosidade isquiática, grande trocanter, calcanhares, maléolos, hálux, joelhos, cotovelos e região escapular. Ocorre privação circulatória nos tecidos até a proximidade do osso, por isso são áreas que sofrem maior compressão. Normalmente os tecidos toleram a hipoperfusão por pequenos períodos de tempo, todavia, se for prolongada, ocorre comprometimento da área com morte celular e necrose tecidual. A lesão isquêmica da UP se desenvolve quando a pressão extrínseca sobre a pele excede a pressão média de enchimento capilar, que é de 32 mmHg. Sendo assim, quando a pressão cutânea externa torna-se maior que essa média, ocasiona-se a redução do fluxo sanguíneo e da oxigenação tecidual no local, além de gerar oclusão da circulação linfática local e formação de edema (FREITAS et al., 2013; SANTOS et al., 2014).

Dada a complexidade dessa lesão, Freitas et al. (2013) ressaltam que as complicações mais frequentes estão relacionadas com problemas infecciosos, tanto em nível local quanto

sistêmico. As infecções podem complicar com bacteremia e sepse, o que contribui para os índices de mortalidade aumentada em pacientes com UP. Outras complicações possíveis são: infestação larvária da úlcera (miíase), formação de carcinoma sobre úlceras crônicas, amiloidose, além de reações de hipersensibilidade ou toxicidade sistêmica decorrentes de tratamentos tópicos.

Entende-se, nesse contexto, que proporcionar uma assistência adequada ao paciente com UP, é essencial para diminuir os impactos causados por essa problemática. É importante enfatizar que a enfermagem possui papel fundamental no planejamento do cuidado ao paciente com UP, uma vez que o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem acurados constitui a melhor alternativa para a eficácia do cuidado e proporciona a implementação de práticas que podem reduzir a sua incidência e favorecer o sucesso do tratamento. No planejamento do cuidado é essencial que as seguintes intervenções sejam implementadas: controle da umidade, cuidado com a pele, banho, supervisão do estado nutricional, hidratação, controle da pressão, cuidados na incontinência urinária e adequação das superfícies de suporte (LUCENA et al., 2011).

III) Pé diabético

Pé Diabético é o termo empregado para nomear as diversas alterações e complicações ocorridas nos pés e nos membros inferiores dos diabéticos, podendo levar à incapacidade e possível amputação do membro afetado (CAFAIA et al., 2011; DEALEY, 2008). Dessa maneira, Silva et al. (2012) apontam que os diabéticos que não controlam os índices glicêmicos adequadamente podem apresentar alterações na sensibilidade, deformidades, bolhas, rachaduras e outros diversos problemas nas extremidades, especialmente nos pés. O risco de uma pessoa com diabetes desenvolver uma úlcera é cerca de 15% ao longo da vida. Estima-se que 40 a 60% das amputações não traumáticas de membros inferiores são realizadas em pacientes com diabetes. De acordo com Barrili et al. (2013), essas lesões ulcerativas constituem 85% dos casos graves de internações hospitalares. Segundo Cubas et al. (2013), o pé diabético é mais frequente em pacientes do sexo masculino devido ao mau controle das complicações crônicas.

No que tange aos impactos socioeconômicos do pé diabético, percebe-se que há inúmeros fatores envolvidos, incluindo os gastos com tratamentos, internações prolongadas e recorrentes, incapacitações físicas e sociais, que por vezes acarretam perda de emprego e produtividade (ALMEIDA et al., 2013).

O pé diabético é resultante da combinação de vários fatores, como: neuropatia sensitivo-motora e autonômica periférica crônica, doença vascular periférica e alterações biomecânicas, que levam a pressão plantar anormal. A neuropatia periférica afeta os nervos periféricos sensoriais, motores e autônomos da perna levando a uma insensibilidade, ou seja, à perda da sensação térmica e dolorosa, contribuindo assim para a ocorrência de traumas, ulcerações, comprometimento da biomecânica do pé e deformidades, como por exemplo, os dedos em garra ou pé de Charcot. Já a doença vascular periférica afeta basicamente as menores arteríolas do pé, sendo pouco provável a presença da claudicação intermitente (ALMEIDA et al., 2013; DEALEY, 2008; SILVA et al., 2012).

Nesse contexto, Smeltzer et al. (2013) relatam que a patogenia da neuropatia pode ser decorrente de um mecanismo vascular e/ou metabólico, em que ocorre o espessamento da membrana basal capilar e o fechamento capilar. Além disso, pode haver a desmielinização dos nervos, possivelmente relacionado com a hiperglicemia. O rompimento da condução nervosa acontece devido às alterações nas bainhas de mielina. Essas alterações acarretam manifestações como parestesias (alfinetadas, formigamento ou sensação de peso) e sensações de queimação, frequentemente à noite. Junto a isso, a diminuição na propriocepção e a sensação diminuída do toque leve podem levar à marcha inconstante. Tais alterações neuropáticas constituem um importante fator de risco para o desenvolvimento da lesão ulcerativa nos pés.

De acordo com Cafaia et al. (2011) as medidas essenciais no tratamento do pé diabético incluem: o controle metabólico e nutricional adequado, curativos diários; o uso de coberturas especiais apropriadas; repouso; técnicas de alívio da pressão; sandálias de alívio; órteses sob medida e palmilhas adequadas e cirurgias ortopédicas de alívio da pressão. Entretanto, se o paciente não adere ao tratamento, tem probabilidade 50 vezes maior de ulcerar o pé e 20 vezes maior de ser amputado do que aqueles que seguem corretamente as orientações.

Partindo desses pressupostos, Almeida et al. (2013) compreendem que o pé diabético causa grande sofrimento aos pacientes, acarretando mudanças no estilo de vida, em sua capacidade funcional e na qualidade de vida, principalmente quando há amputação. Realizar uma abordagem constantemente do membro inferior do paciente diabético é tão importante quanto os cuidados gerais (controle da glicemia, hipertensão, obesidade, dislipidemia, tabagismo, atividade física, alimentação). Com base nessas assertivas, Silva et al. (2012) pontuam que a atuação do enfermeiro junto à equipe multidisciplinar é essencial, principalmente no sentido de orientar os pacientes diabéticos sobre os cuidados diários com os

pés e a prevenção do aparecimento das úlceras para que as complicações decorrentes destas sejam minimizadas.

É inegável, portanto, que vivenciar enfermidades com alterações corporais visíveis, ocasiona repercussões marcantes no âmbito das relações interpessoais, sociais e afetivas na vida do indivíduo. Essas implicações corroboram consideravelmente para o impacto negativo à qualidade de vida do portador (CARVALHO; PAIVA; APARÍCIO, 2013). Diante desta percepção, realizar uma abordagem referente às mudanças do modo de vida de idosos portadores de ferida crônica e sua relação com a qualidade de vida é fundamental para conhecer a dimensionalidade dessa problemática.

2.3 Considerações gerais sobre qualidade de vida

A expressão “Qualidade de Vida” (QV) é tema de pesquisas indispensáveis na área da saúde e tem sido utilizada sob diversos enfoques, haja vista a subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade que envolve a sua definição (Alencar et al., 2010; FREITAS et al., 2013).

Nessa lógica, Paschoal (2013) reforça que o termo QV possui natureza abstrata devido à multiplicidade de significados concernentes ao que se entende por “boa qualidade”. É relevante pontuar que a percepção de cada pessoa referente a tal expressão varia distintamente de acordo com o tempo, lugar e o contexto ao qual está inserida.

Segundo Vecchia et al. (2005), o conceito de QV é subjetivo e relaciona-se à autoestima e ao bem estar pessoal, envolvendo diversos fatores como: capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego ou atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive. Nesse sentido, Torres et al. (2009) ressaltam que esse caráter subjetivo da QV baseia-se numa realidade individual que converge no subjetivismo, constituindo-se portanto, num conceito complexo e de difícil avaliação.

Diante da dificuldade e multiplicidade de conceitos para definir QV, o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, chegou à definição mais subjetiva e abrangente desse termo, conceituado-o como: “*a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p.1405).

De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000), o termo QV está relacionado à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana, como: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde, lazer, bem-estar e realização individual e coletiva. Complementando esse raciocínio, Paschoal (2000) reforça que a QV e a percepção de bem-estar de um indivíduo resultam não apenas daquilo que o mesmo já vivenciou até então, mas também aquilo que se idealiza para uma boa vida, suas expectativas e perspectivas de construir ou vivenciar um futuro melhor. Cabe ressaltar que alguns valorizam mais a satisfação de suas necessidades e preenchimento de suas expectativas, enquanto outros acreditam ser fundamental o bem-estar psicológico, a sensação de estar satisfeito e a alegria de viver.

Nesse contexto, compreende-se que a noção de QV perpassa um campo amplo, podendo variar de acordo com o modo, condições e estilos de vida de cada indivíduo (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

2.3.1 Qualidade de vida do idoso com ferida crônica

A longevidade é um fenômeno cada vez mais crescente no Brasil, no entanto este processo não tem sido acompanhado por melhora na QV da população. É pertinente pontuar que mais anos vividos podem ser anos marcados por declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. Contudo, se o indivíduo permanece ativo, desempenhando papéis sociais, apresentando boa saúde física, autonomia e independência, a percepção de qualidade de vida por estes pode ser considerada satisfatória (MARTINS et al., 2009; PASCHOAL, 2013).

No que diz respeito à QV na terceira idade, Martins et al. (2009) percebem que esta pode ser compreendida como a manutenção da saúde nos aspectos físico, social, mental e espiritual dessa população. Entende-se, portanto, que a avaliação da qualidade de vida do idoso deve envolver os determinantes ou indicadores do bem-estar na velhice, como: longevidade, saúde biológica e mental, competência social, satisfação, controle cognitivo, produtividade, atividade, renda, continuidade de papéis familiares e de relações de amizade (SANTOS et al., 2002). Diante desta realidade, Torres et al. (2009) afirmam que além de uma sobrevida maior, o idoso também necessita de uma boa QV.

A longevidade tem implicações consideráveis para a QV haja vista que o avanço da idade concorre para o aumento de doenças, principalmente crônicas, e complicações, que repercutem negativamente em várias dimensões da vida humana. Dentre as complicações

crônicas que vulnerabilizam o idoso, destacam-se as feridas crônicas. Nesse sentido, percebe-se que a presença de uma ferida crônica afeta o idoso nos mais diversos aspectos, a nível físico, social, econômico, emocional e espiritual, comprometendo assim a sua QV (PASCHOAL, 2013; TAMAI, 2010).

As feridas crônicas são limitantes corporais, com efeitos à subjetividade das pessoas, por isso elas não se encerram em apenas fatos biológicos. Por vezes, o fato de perder a integridade da pele, traz ao portador a construção de uma nova imagem sobre o seu corpo e sobre si mesmo que divergem daquela anterior ao surgimento da ferida (CARVALHO; PAIVA; APARÍCIO, 2013).

Indiscutivelmente, as feridas produzem os mais variados efeitos a QV do portador. O fato de ter uma ferida altera significativamente o seu modo de vida, principalmente por fatores como: fadiga proveniente dos distúrbios do sono, mobilidade diminuída, presença de dor e odor, repetidas infecções da ferida e os efeitos negativos do tratamento. No entanto, não podem ser esquecidas as manifestações de esfera psíquica, uma vez que, tais complicações trazem ao indivíduo, impactos em sua vida pessoal que afetam sua autoimagem, sua autoestima e seu papel na família e na sociedade, e, quando há limitação física, o indivíduo pode isolar-se socialmente, o que pode provocar depressão, sensação de desvalia e incapacidade (ALMEIDA et al., 2013; FREITAS et al., 2013; TAMAI, 2010).

Seguindo essa linha de raciocínio, a manutenção da capacidade funcional é um fator indispensável para que o idoso possa continuar desempenhando suas atividades de vida diária. No entanto, as limitações provocadas por essas lesões levam o idoso a depender de terceiros, e como a preservação da independência está interligada a QV do idoso, perder a autonomia pode acarretar sentimentos de impotência ao mesmo (FREITAS et al., 2013; GASPARELLO; OLIVEIRA; DUAYER, 2007; LINO, 2013).

É inegável que dentre os fatores que interferem na QV do portador de ferida crônica a dor constitui-se um dos mais prejudiciais à pessoa, pois além de interferir na lesão tecidual, também integra fatores emocionais e culturais. Ela leva à exaustão, afeta a capacidade de realizar as suas atividades de vida diária, desenvolve sentimentos de baixa autoestima e dificulta a cicatrização da ferida. Sendo assim, medidas que proporcionem o alívio ou a ausência da dor, devem ser prioritárias no tratamento da ferida crônica. Além da dor, o odor também pode causar impactos de ordem emocional e psicológica ao paciente. O odor exalado pela ferida retrai a pessoa do convívio social. Por vezes, o portador relata que pode incomodar os outros com o odor que o acompanha (LINO, 2013; SILVA et al., 2009; WAIDMAN et al., 2011).

Sabe-se ainda, que o processo de envelhecimento torna o indivíduo mais vulnerável ao comprometimento das habilidades sociais (CARNEIRO et al., 2007). No entanto, a presença de uma ferida crônica pode desencadear uma retração social ainda maior para o idoso. Silva et al. (2009) reforçam que essas lesões podem levar à perda de liberdade, que implica na restrição da vida social, incluindo a não participação em eventos sociais, viagens, e até mesmo a imposição do uso de determinadas peças do vestuário. Tal impacto reveste-se de grande sentido para o indivíduo, gerando repercussões na esfera psicoemocional que refletem na autoestima do mesmo.

A autoimagem da pessoa com ferida crônica também é alterada, uma vez que a maioria convive com o uso de coberturas, ataduras, meias e outros dispositivos de uso contínuo que destoam da aparência normal de um indivíduo. Levando em consideração a sociedade atual, onde dita-se padrões estéticos e de beleza que valorizam o corpo, qualquer alteração física resulta numa mudança social e sexual com impacto à QV em qualquer etapa da vida, não sendo diferente na terceira idade (SILVA et al., 2009).

Convém ressaltar que a saúde sexual está intimamente relacionada à QV e ao bem-estar pessoal do idoso. Todavia, a condição de saúde afetada pode reduzir ou impedir o interesse pela sexualidade. Sabendo-se que as feridas crônicas afetam substancialmente a saúde do idoso, é perceptível que estas se interpõem como mais um obstáculo nos vínculos afetivo-sexuais na terceira idade (CARVALHO et al., 2013; FREITAS et al., 2013; SOUZA; MATOS, 2010; VASCONCELLOS et al., 2004).

Infere-se, portanto, que a problemática das feridas crônicas é um tema que cresce cada dia mais entre a população idosa. Apesar disso, continua sendo uma área na qual ainda permanece uma grande falta de informação, principalmente, no que diz respeito à assistência a ser prestada, contribuindo muitas vezes para o insucesso do tratamento. Para tanto, percebe-se que é fundamental o desenvolvimento de pesquisas científicas concernentes a essa área, pois possibilita ampliar os conhecimentos acerca da problemática, além disso, investiga a real percepção de cada indivíduo com relação a sua qualidade de vida. Ademais, ressalta-se a importância de uma assistência holística ao idoso acometido, pois para além da ferida, encontra-se uma pessoa com limitações e necessidades de cuidados que não se resumem apenas à cicatrização da lesão (LINO, 2013).

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório-observacional de natureza quantiqualitativa. De acordo com Gil (2010), o estudo exploratório visa proporcionar maior familiaridade com o problema e tem como finalidade principal desenvolver, esclarecer ou modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores. Dessa forma, um trabalho é caracterizado como de natureza exploratória quando envolver: o levantamento bibliográfico; entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Enquanto o de natureza observacional consiste em uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Ajuda o pesquisador a identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os participantes do estudo não têm consciência, sendo o ponto de partida da investigação social.

O método quantitativo considera amostras amplas e de informações numéricas, onde se utiliza na coleta e análise dos dados, recursos e técnicas estatísticas como percentagem, média, mediana, moda, desvio-padrão, análise de regressão ou de correlação, enquanto que na abordagem qualitativa as amostras são reduzidas, os dados são analisados em seu conteúdo psicossocial e os instrumentos de coletas não são estruturados (LAKATOS; MARCONI, 2010). O estudo qualitativo é um método que implica na compreensão e interpretação, além disso, há uma explicação de uma escolha consciente e resolvida, perceber o que é necessário na compreensão e interpretação nas ciências sociais e sentimentais (GOMES; MARTIN; SILVEIRA, 2014).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na microrregião do Curimataú Ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB). As cidades componentes da referida microrregião são: Algodão de Jandaíra, Arara, Barra de Santa Rosa, Cuité, Damião, Nova Floresta, Olivedos, Pocinhos, Remígio, Soledade e Sossego. Com vistas à otimização e viabilização do desenvolvimento da pesquisa foram selecionados cinco destes municípios: Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego, haja vista a aproximação geográfica com o município sede do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (Campus Cuité). Foram utilizadas como referência as Unidades de Saúde da Família (USF's) vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), todas localizadas na

zona urbana. O cadastro na Estratégia Saúde da Família norteou o encontro dos possíveis participantes do estudo.

3.3 População e Amostra

Conforme dados censitários do IBGE publicados no ano de 2010, os cinco municípios possuem um total de 9.606 habitantes com idade igual ou superior a 60 anos, distribuídos da seguinte forma: Barra de Santa Rosa (2001), Cuité (3.040), Nova Floresta (1.576), Remígio (2.614) e Sossego (375). Este número consiste no universo populacional para este estudo. A amostra probabilística do tipo aleatória simples, calculada com base em uma prevalência estimada de qualidade de vida satisfatória de 50% e considerando o erro amostral de 5%, nível de confiabilidade de 95% e acréscimo de 20% para possíveis perdas, foi composta por 444 idosos, sendo 92 de Barra de Santa Rosa, 140 de Cuité, 73 de Nova Floresta, 122 de Remígio e 17 de Sossego. Gil (2008) conceitua amostra como sendo um subconjunto da população, a partir da qual são estabelecidas características referentes à população.

Sendo este estudo norteado pelo projeto universal intitulado “Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental paraibano”, que estuda idosos sem distinção de agravos à saúde, capacidade funcional ou *status* social, apenas 20 participantes referiram a presença de ferida crônica. Este quantitativo, portanto, emerge como a amostra específica desta pesquisa.

Após a identificação do número de USF's que fariam parte do estudo, foi feita uma divisão igualitária do número de participantes para cada área de abrangência das USFs, de modo a permitir o equilíbrio amostral entre os diferentes cenários selecionados para o desenvolvimento da pesquisa. Frente a esta distribuição, os participantes foram selecionados conforme o critério da acessibilidade, o qual “*constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso é destituído de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma representar o universo*” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 147).

Critérios de inclusão e exclusão

Para a inclusão dos sujeitos na amostra da pesquisa foram respeitados os seguintes critérios:

- ✓ Ter idade igual ou superior a 60 anos;

- ✓ Apresentar um quadro de ferida crônica (para participação específica da entrevista);
- ✓ Ser devidamente cadastrado e acompanhado na Estratégia Saúde da Família;
- ✓ Não possuir deficiência cognitiva;
- ✓ Aceitar livremente em participar da pesquisa;
- ✓ Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Seriam excluídos os usuários que manifestassem a qualquer momento o desejo de não mais participar do estudo ou que não estivessem em condições de participar da pesquisa. Todavia, não houveram perdas amostrais.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Para operacionalizar a coleta de dados foram utilizados: a) Questionário de Coleta de Dados, validado no Projeto “Situação de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais” do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais – GIEPERS do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGEnf/UFPB) vinculado ao Ministério da Saúde do Brasil, assim como no projeto “Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano” vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ) do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CES/UFCG); e b) Questionário WHOQOL-Old, instrumento de mensuração e avaliação da qualidade de vida elaborado pela Organização Mundial de Saúde validado no Brasil em 2006 (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). Os instrumentos serão detalhados a seguir.

Questionário para Coleta de Dados (Anexo A)

Trata-se de um instrumento de coleta de dados composto por 02 seções, sendo estas descritas como A e B.

Seção A: *Informações Pessoais*: para contemplar esta seção serão coletadas as seguintes informações pessoais: idade; sexo; cor da pele; estado civil; local de moradia; número de moradores na casa; vínculo de moradia; responsável pelo domicílio; arranjo familiar, filhos próprios e adotivos vivos; presença ou ausência de cuidador; cuidador; religião; e tipo de serviço de saúde utilizado; e Seção B: *Perfil Social*: a averiguação do perfil

social é composta pelos seguintes itens: escolaridade; renda mensal do idoso e da família que mora com o idoso; origem de renda; autoavaliação da situação econômica; autoavaliação da memória; atividades anterior e atualmente desenvolvidas; e caracterização da moradia.

Questionário Whoqol-Old (Anexo B)

No segundo momento foi avaliada a Qualidade de Vida com a utilização do instrumento WHOQOL-Old, a ser preenchido pelos idosos selecionados para compor a amostra com a co-participação do pesquisador, caso houvesse necessidade. O questionário WHOQOL-Old é composto por 24 itens registrados em uma escala do tipo Likert variando de um a cinco pontos. Escores mais altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida. Os itens são organizados em seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Para cada faceta são dispostos quatro itens. Com isso, todas as facetas formam um escore dos valores possíveis que pode oscilar de 4 a 20. A pontuação dessas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-Old pode ser combinada para produzir um escore geral para a qualidade de vida em adultos idosos (CHACHAMOVICH, 2005).

A faceta “Funcionamento do Sensório” avalia a função sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida. A faceta “Autonomia” refere-se à independência no idoso, descrevendo até que ponto é capaz de viver de maneira autônoma e tomar suas próprias decisões. A faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve o grau de satisfação sobre conquistas vividas e o que anseia. A faceta “Participação Social” verifica a participação em atividades do cotidiano, especialmente as que são desenvolvidas em comunidade. A faceta “Morte e Morrer” descreve as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer. E a faceta “Intimidade” avalia as relações pessoais e íntimas (CHACHAMOVICH, 2005).

Roteiro de entrevista (Apêndice C)

Foi utilizado no terceiro momento um roteiro com três questionamentos, solidificando assim o segmento qualitativo desta investigação. Utilizou-se o padrão de entrevista estruturada. O motivo da padronização foi obter dos entrevistados respostas às mesmas perguntas, permitindo assim que todas sejam comparadas e que as diferenças devam refletir

divergências entre os respondentes e não nas perguntas. Nesse tipo de entrevista o pesquisador não é livre para adaptar suas perguntas à determinada situação, de alterar a ordem dos tópicos ou de fazer outras perguntas (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Os questionamentos realizados foram: 1) O que significa Qualidade de Vida para o senhor? 2) O que mais interfere na sua Qualidade de Vida como um portador de ferida crônica? 3) Como o senhor avalia a sua Qualidade de Vida com a ferida crônica? Em seguida os depoimentos foram gravados e transcritos integralmente e, posteriormente, tratados a partir da análise de conteúdo temática e de enunciação. Na análise dos dados, os participantes foram identificados pela letra G seguidos de código numérico, a exemplo, G1, G2..., que correspondeu à ordem de sequência das entrevistas, preservando assim a identidade dos mesmos.

3.5 Procedimento de coleta de dados

Considerando que o projeto original em que este foi embasado já obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados foi realizada a partir da aplicação dos instrumentos (questionário, WHOQOL-Old e entrevista) entre os meses de novembro de 2014 a março de 2015. Após a identificação das Unidades de Saúde da Família e o contato com a equipe multiprofissional, em particular o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde, foram elencados os possíveis idosos participantes e estes foram selecionados conforme a acessibilidade e interesse em participar do estudo. Quando o idoso aceitava participar do estudo, estando em acordo com os critérios de inclusão, a equipe de pesquisadores procediam à coleta das informações, seja no domicílio ou na Unidade de Saúde da Família. Anteriormente ao preenchimento do questionário, os pesquisadores apresentaram o TCLE e informaram os objetivos da pesquisa, sendo este assinado em duas vias (ficando uma via com o participante e a outra arquivada com o pesquisador).

A equipe de pesquisadores foi composta pelo pesquisador responsável (Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN), cinco enfermeiros egressos do Centro de Educação e Saúde e 13 alunos regularmente matriculados no Curso de Bacharelado em Enfermagem, todos membros efetivos/colaboradores do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ) vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e

Enfermagem (GEPISE) cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

3.6 Análise dos dados

Para a análise dos dados quantitativos do estudo, inicialmente foi realizada a digitação das informações no programa *Excel* versão 2010, codificando todas as variáveis contidas nos instrumentos. Em seguida os dados foram importados para o aplicativo IBM SPSS *Statistics* 20.0 para a análise univariada, calculando-se frequências simples, para as variáveis nominais e ordinais; e medidas de posição (mínimo, máximo e média) e variabilidade (desvio padrão) para as variáveis quantitativas.

O *software* IBM SPSS *Statistics* também subsidiou a análise dos resultados para avaliação da qualidade de vida adotada pelo WHOQOL-Old através de cálculos para o Escore Bruto das Facetas (EBF), Escore Médio Padronizado da Faceta (EPF), com valores entre 1 a 5 e o Escore Transformado da Faceta (ETF) variando de 0 a 100.

Para a análise dos dados qualitativos, o aporte teórico da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), na modalidade categorial temática, subsidiou o agrupamento dos depoimentos e a respectiva discussão. A análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações com a finalidade de obter indicadores que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens e enriqueçam a leitura dos dados coletados. O conteúdo de uma comunicação apresenta uma rica visão polissêmica, que notadamente permite ao pesquisador qualitativo uma variedade de interpretações.

As etapas da técnica foram executadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise organizou-se o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais para produzir-se um plano de análise. A exploração do material que constituiu a segunda fase, consistiu essencialmente em examinar, investigar e analisar os documentos primários. Esta etapa foi muito importante, porque possibilitou a riqueza das interpretações e inferências. Na terceira fase, os dados brutos foram tratados a um modo válido e significativo (BARDIN, 2009).

3.7 Aspectos Éticos

Para a realização deste estudo, a priori, solicitou-se a autorização da direção do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande bem como das Secretarias de Saúde dos cinco municípios envolvidos na pesquisa. Após a assinatura dos termos de autorização o projeto original foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da UFCG, obtendo a aprovação sob parecer nº 844.702 em 28 de outubro de 2014. Logo, de modo a cumprir as exigências éticas em pesquisas, todos os procedimentos para o desenvolvimento desta investigação tiveram como base as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Baseando-se nessa Resolução, foi garantido o anonimato dos participantes da pesquisa, bem como o sigilo das informações por estas prestadas. A autonomia de desistir do estudo em qualquer etapa também foi um direito dos participantes, sem que nenhum prejuízo a estes fosse acarretado. Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice), para que os participantes pudessem se familiarizar com a proposta evidenciada na pesquisa e consentir que estiveram participando, sem riscos previsíveis, de um estudo com finalidade de engrandecimento do conhecimento científico.

4 Análise e Discussão dos Resultados

O capítulo intitulado por *Análise e Discussão dos Resultados* apresenta informações relativas à qualidade de vida de idosos com ferida crônica residentes no Curimataú Paraibano, de acordo com os 05 (cinco) municípios selecionados para a pesquisa: Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego. Diante da amostra total do estudo composta por 444 idosos, apenas 20 idosos são acometidos por algum tipo de ferida crônica, sendo esta a amostra final obtida conforme os critérios de inclusão delimitados.

As informações foram coletadas diretamente desses idosos no âmbito das Unidades de Saúde da Família ou nos seus próprios domicílios, por meio da aplicação do questionário de Coleta de Dados (Anexo A) do projeto “Qualidade de vida do idoso e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental Paraibano” bem como do questionário WHOQOL-Old (Anexo B) e o roteiro de entrevista (Apêndice A).

Para uma melhor sistemática de apresentação e compreensão dos resultados, foram estruturados os seguinte sub-tópicos: I) Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes; II) Qualidade de vida de idosos com ferida crônica segundo o WHOQOL-Old; e III) Aspectos subjetivos da qualidade de vida para idosos com ferida crônica.

4.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes

A amostra do estudo contemplou 20 (vinte) idosos, todos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, sendo 12 (doze) do sexo feminino e 8 (oito) do sexo masculino. As características socioeconômicas e demográficas coletadas dos participantes envolveram as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, arranjo familiar, responsabilidade pelo domicílio, presença de cuidador, identificação do cuidador, religião, serviço de atenção à saúde de primeira escolha, alfabetização funcional, escolaridade, renda familiar e avaliação das necessidades básicas.

O resultado pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil socioeconômico e demográfico simplificado de idosos com ferida crônica acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=20).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		f	%
<i>Faixa etária</i>	60 a 74	11	55,0%
	75 a 89	07	35,0%
	Acima de 90	02	10,0%
<i>Medidas descritivas</i>	<i>Média = 74,25</i>	<i>Mínima = 60</i>	<i>Máxima = 93</i>
	<i>Desvio padrão = 11,187</i>		
<i>Sexo</i>	Feminino	12	60,0%
	Masculino	08	40,0%

Estado civil	Solteiro	01	5,0%
	Casado	12	60,0%
	Viúvo	07	35,0%
Arranjo familiar	Sozinho	03	15,0%
	Somente com o cônjuge	04	20,0%
	Cônjuge e filhos	04	20,0%
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	01	5,0%
	Somente com os filhos	01	5,0%
	Arranjos trigeracionais	07	35,0%
Responsabilidade pelo domicílio	Próprio idoso	15	75,0%
	Cônjuge	02	10,0%
	Filho(s)	01	5,0%
	Outro familiar	02	10,0%
Presença de cuidador	Sim	11	55,0%
	Não	09	45,0%
Identificação do cuidador	Cônjuge	01	5,0%
	Somente os filhos	06	30,0%
	Outro idoso	01	5,0%
	Cuidador particular	03	15,0%
	Não tem cuidador	09	45,0%
Religião	Católica	17	85,0%
	Evangélica	03	15,0%
Serviço de atenção à saúde de primeira escolha	Sistema Único de Saúde	14	70,0%
	Convênios de saúde	01	5,0%
	Serviços privados	05	25,0%
Alfabetização funcional	Sim	09	45,0%
	Não	11	55,0%
Escolaridade	Não alfabetizado	11	55,0%
	01 a 04 anos estudados	04	20,0%
	05 a 08 anos estudados	05	25,0%
Medidas descritivas	<i>Média = 2,05</i>		
	<i>Desvio padrão = 2,481</i>	<i>Mínima = 0</i>	<i>Máxima = 6</i>
Renda Familiar	<i>Média = 1.377,35</i>		
	<i>Desvio padrão = 271,546</i>	<i>Mínima = 788,00</i>	<i>Máxima = 1.576,00</i>
Avaliação das necessidades básicas	Muito boa	02	10,0%
	Boa	06	30,0%
	Regular	05	25,0%
	Ruim	04	20,0%
	Péssima	03	15,0%
	Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Conforme mostra a Tabela 1, no que concerne à variável *faixa etária*, a média da idade dos idosos foi de 74,25 anos, variando de 60 a 93 anos. A faixa etária com maior representatividade foi a de idosos jovens com idade de 60 a 74 anos, correspondendo a 55% da amostra, seguido de 75 a 89 anos com 35% e acima de 90 anos com 10%. Esse resultado é corroborado pelos estudos de Oliveira, Castro e Granjeiro (2013) e Blanes et al. (2004) que apontam a idade como um dos mais relevantes fatores envolvidos no desenvolvimento de feridas crônicas, sendo facilmente observáveis nos indivíduos após os 60 anos de idade. O considerável percentual de idosos jovens acometidos pode evidenciar o impacto nas repercussões de aspectos socioeconômicos para a pessoa com ferida crônica, haja vista que

estes tendem a afastar-se do seu trabalho e de suas atividades habituais, necessitando por vezes de aposentadoria precoce, quando ainda deveriam estar ativos na sociedade.

Considerando que a projeção para os próximos anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2012), revela um aumento da expectativa de vida do brasileiro, é importante destacar que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição a essa problemática, tendo em vista que a maior suscetibilidade ao desenvolvimento das lesões crônicas está associada ao envelhecimento (OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013). Nessa perspectiva, Blanes et al. (2004) relatam que o avanço da idade está relacionado à numerosas mudanças observadas no tegumento, entre elas a diminuição da camada dérmica, da sua vascularização, da proliferação epidérmica e de suas propriedades como a percepção da dor, a resposta inflamatória e a função de barreira, tornando-a mais vulnerável à injúria.

Quanto à variável *sexo*, observou-se que 12 (60%) são do sexo feminino e 8 (40%) são do sexo masculino. A diferença percentual entre sexo feminino e masculino de indivíduos acometidos por feridas vem diminuindo ao longo dos anos. O resultado do estudo de Barrili (2013) quanto a esta variável coincide com o resultado desse estudo, verificando-se que a predominância de feridas crônicas no sexo feminino era de 61,76%. Esse percentual segue a tendência de “feminização do envelhecimento”, justificado pela maior expectativa de vida desse grupo. É pertinente destacar que a maioria da população idosa é composta por mulheres (61,4%) devido aos efeitos da mortalidade diferencial por sexo (BRASIL, 2012). Cabe salientar que as mulheres tendem a recorrer aos serviços de saúde com mais frequência do que os homens. Sendo assim, isso pode considerar-se como um viés para que mais mulheres tenham sido pesquisadas.

Todavia, reforçam-se os resultados de vários estudos que apontam maior ocorrência de úlcera sem mulheres, principalmente as de origem venosa. Este fato é decorrente dos hormônios femininos, pois o estrogênio relaciona-se ao aumento da capacitância venosa e a progesterona com o enfraquecimento da parede vascular (BRITO et al., 2013). Respalando o que anteriormente foi mencionado, o estudo de Macedo et al. (2010) constatou que o sexo predominante entre os pesquisados com úlcera venosa foi o feminino com 88,9%.

No que se refere à variável *estado civil*, 60,0% (n=12) dos idosos são casados, seguidos de 35,0% viúvos e 5,0% solteiro, revelando que a união civil ainda ocorre em maior proporção na atualidade. De acordo com o Censo Demográfico do ano de 2010, os resultados preliminares sobre a caracterização das pessoas e domicílios, a proporção de pessoas de 10

anos ou mais de idade casadas no Brasil era de 54,8% no ano de 2000 e subiu para 55,4% no ano de 2010 (BRASIL, 2010).

De acordo com Carvalho et al. (2013), o cônjuge assume um papel fundamental nos cuidados à saúde do seu companheiro. Contudo vale ressaltar, que o somatório dos que não tem companheiro (solteiros e viúvos) apresenta um total de 40% da amostra, um valor considerável, uma vez que a ausência de um companheiro diante da enfermidade crônica pode dificultar não apenas a terapêutica, mas também gerar complicações de esfera física, social e psíquica, como isolamento social, o declínio da autoestima, ansiedade e depressão devido à complexidade que envolve o enfrentamento dessa problemática. No estudo de Salome, Blanes e Ferreira (2012), 91,66% dos participantes acometidos por feridas crônicas apresentavam algum nível de depressão. Dessa forma, o vínculo conjugal pode proporcionar melhor aceitação e ajudar o indivíduo a encarar com mais êxito essa condição crônica, que na maioria das vezes o incapacita.

Os idosos também foram questionados quanto ao *arranjo familiar* e a Tabela 1 mostra que parte significativa destes (35,0%) convive em arranjos trigeracionais. Observa-se, nesse sentido, que o modelo tradicional de família está desaparecendo, dando lugar a novos arranjos familiares, que nem sempre são favoráveis à acomodação do idoso. O arranjo trigeracional (avós, filhos e netos) é uma composição familiar contemporânea, que pode ser evidenciada pela necessidade dos idosos em ter filhos em casa, mesmo após o casamento destes, por dificuldades principalmente financeiras dos filhos em constituir seu próprio lar, tendo que ficar com os pais (idosos) mesmo quando na presença de seus filhos (netos). Assim, o idoso passa a assumir o papel de chefe de família e com novos encargos que até então não eram expressivos. Esse novo arranjo também pode ser evidenciado quando a necessidade do idoso é maior, como no caso da piora do estado de saúde ou do falecimento do cônjuge. A coresidência beneficia tanto os idosos quanto as gerações mais jovens. Contudo, a tendência é que as demandas dos idosos sejam preteridas em benefício dos mais jovens (PEDRAZZI et al., 2010).

No que diz respeito à variável *responsabilidade pelo domicílio*, 75% dos idosos são os próprios responsáveis pelo domicílio. Corroborando este resultado, Coklell (2014) verificou em seu estudo que em 53,0% dos domicílios com idosos a contribuição financeira destes representa mais da metade do total da renda domiciliar. Essa situação é ainda mais expressiva no Nordeste, chegando ao percentual de 63,5% dos domicílios. O domicílio dos idosos vem se transformando em suporte socioeconômico e afetivo, tanto para filhos como netos. Os idosos

aposentados representam um dos segmentos sociais com maior estabilidade, e cresce o número de casos em que estes se responsabilizam pela manutenção de suas famílias.

Com relação à variável *presença de cuidador*, verificou-se que 55% (n=11) dos idosos possuem cuidadores em seus domicílios. Essa variável pode demonstrar que o idoso acometido por algum tipo de lesão crônica apresenta menos riscos de agravo e recidiva por falta de cuidados específicos com a ferida. Em contraponto, 45% (n=9) mencionaram não ter cuidador, o que aumenta a probabilidade de insucesso ao tratamento quando se trata de um idoso dependente. Segundo Waidman et al. (2011), a ausência de um cuidador deve-se ao fato de ser esta uma condição crônica e que por perdurar vários anos, faz com que os indivíduos desenvolvam habilidades práticas e assumam seus próprios cuidados. No entanto, o idoso que assume o autocuidado pode apresentar um desgaste físico e emocional maior, principalmente devido à rotina exaustiva que demandam os cuidados com a ferida.

O cuidado às pessoas com feridas crônicas envolve a compreensão de todos os aspectos que cercam essa problemática, representando um desafio a ser enfrentado cotidianamente, tanto pelo paciente quanto por seus cuidadores. Sendo assim, cuidar do indivíduo significa estar atenta a toda a sua dimensão enquanto ser humano (SALOME; BLANES; FERREIRA, 2012; WAIDMAN et al., 2011). Para Kuchemann (2012) cuidar também significa aproximar-se, estar presente e valorizar o outro com a devida atenção à sua individualidade. É, portanto, uma atividade que possibilita um encontro dialógico entre o ser que cuida e o ser que é cuidado.

Dos idosos que referiram ter cuidador, em se tratando da variável *identificação do cuidador*, 30,0% mencionaram ser os filhos, 15,0% cuidador particular, 5,0% o cônjuge e 5,0% outro idoso. De acordo com o Estatuto do Idoso aprovado em 1º de outubro de 2003 pela Lei nº 10.741, (Art.3º), a obrigação de cuidar do bem-estar da pessoa idosa e assegurar seus direitos é da família, da comunidade, da sociedade e do poder público. A maior parte da responsabilidade com o idoso ainda recai sobre a família, normalmente sobre um membro do gênero feminino, que se torna cuidador informal do idoso (FREITAS, 2011; MIRANDA et al., 2015).

Nessa perspectiva, é inegável que a família foi e continua sendo uma relevante fonte de base para os idosos. O cuidado familiar tem importância ímpar nas condições de saúde da família com destaque naquelas que convivem com doentes crônicos, as quais têm assumido uma parcela cada vez maior de responsabilidade no cuidado à saúde de seus membros. Os componentes da família idealizam as formas de cuidado de acordo com a compreensão que se

tem da situação e esse processo interpretativo conduz a uma ação conjunta dentro do contexto familiar (WAIDMAN et al., 2011).

Para Freitas (2013), quando ocorrem as necessidades de dependência, o cônjuge frequentemente assume o papel de cuidador primário. Quando há ausência do mesmo, um filho assume as responsabilidades de cuidador e pode mais adiante necessitar de ajuda no provimento ou arranjos para os cuidados e apoio. Embora os filhos não sejam financeiramente responsáveis por seus pais idosos, as atitudes sociais e os valores culturais habitualmente determinam que os filhos devam fornecer os serviços e assumir os cuidados quando seus pais idosos não podem mais cuidar de si mesmo.

Quanto à variável *religião*, a Tabela 1 mostra um resultado bastante expressivo, com 85% (n=17) dos participantes pertencentes à religião Católica Apostólica Romana, dado esse coerente com os resultados em nível de Paraíba (75,1%) e Brasil (64,6%) (BRASIL, 2010). Embora a religiosidade seja um componente reconhecidamente importante na cultura brasileira, existem relativamente poucos estudos voltados para o seu impacto na qualidade de vida e suas relações com a saúde (PANZINI et al., 2007).

Para o idoso, as questões relacionadas à religiosidade têm um relevante significado, especialmente entre aqueles que vivenciam problemas ou alguma situação dolorosa, seja por doença ou pelas consequências deixadas por ela. As mudanças biopsicossociais, que são comuns aos idosos, ocasionam situações de perdas, declínio da saúde, afastamento do mercado de trabalho e eventos não controláveis, cujo enfrentamento de modo efetivo pode ser alcançado através das crenças espirituais e práticas religiosas. No entanto, vários estudos mostram que com o avançar da idade, os idosos tendem a diminuir a frequência a cultos religiosos, templos ou encontros religiosos formais, pois se deparam com limitações físicas, como dificuldade de locomoção decorrente de doenças crônicas, como é o caso das feridas (SANTOS; ABDALA, 2014; FREITAS et al., 2013).

A religiosidade pode constituir-se uma via complementar para o doente e família conviver com a ferida. Diversos estudos têm sido realizados no sentido de provar que a crença, o cultivo de uma fé e a participação em uma comunidade, faz bem e ajuda as pessoas a viverem mais, ressaltando-se a fé como um fator de saúde. Neste sentido, é possível inferir que a fé e a religiosidade são capazes de amenizar a angústia e o sofrimento em relação à doença, sobretudo, quando o indivíduo apresenta algum tipo de agravo crônico. A espiritualidade instiga a esperança, aumentando assim as perspectivas de cura, de um futuro melhor, de viver com maior qualidade de vida (SANTOS; ABDALA, 2014; WAIDMAN et al., 2011).

De acordo com a variável *serviço de atenção à saúde de primeira escolha*, um significativo percentual de participantes (70,0%; n=14) buscam a priori os serviços do Sistema Único de Saúde(SUS), seguido de 25% (n=5) que vão à serviços privados e 5,0% (n=1)que utilizam convênios de saúde. Esse resultado pode ser considerado um viés de seleção da amostra, mas também pode ser evidenciado pela baixa condição econômica da maioria, o que não os possibilitam buscar atendimento em outros serviços de saúde, consistindo esta a única opção. É notório que os idosos, em seu cotidiano, vivenciam angústias com os diversos obstáculos para assegurar alguma assistência por meio dos serviços de saúde pública, além da falta de uma assistência adequada (CARREIRA; RODRIGUES, 2010).

A universalização das ações e serviços, promovida pelo SUS, tem sido caracterizada como excludente e acompanhada de racionalização do financiamento e da inclusão de toda a população na atenção pública à saúde (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012). Contudo, sabe-se que os serviços de saúde pública, principalmente os de atenção primária, que se constituía “porta de entrada”, ainda apresenta grande deficiência quanto o atendimento ao portador de ferida crônica, o que pode ser explicado pela falta de políticas públicas destinadas à tal problemática.

No que concerne à variável *alfabetismo funcional*, verifica-se na Tabela 1 que 55% (n=11) dos idosos são analfabetos, e quanto a variável *escolaridade*, evidencia-se que os participantes apresentaram média de 2,05 anos estudados com desvio padrão de 2,481. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a cultura (UNESCO), considera que uma pessoa é alfabetizada funcional, quando for capaz de utilizar a leitura e a escrita para fazer frente às demandas de seu contexto social e usar essas habilidades para continuar aprendendo e se desenvolvendo ao longo da vida (RIBEIRO; VÓVIO; MOURA, 2002). Em contrapartida, observa-se que a média de anos estudados pelos participantes desse estudo, mostrou um perfil de analfabetismo funcional, ou seja, uma população com menos de quatro séries do ensino fundamental (PERES, 2011).

Tais resultados podem estar relacionados diretamente com as condições sociais dos mesmos, associado ao pouco acesso à escola, uma vez que a realidade da sua época foi marcada pelo início precoce do trabalho. Seguindo esse raciocínio, Peres (2011) relata que o analfabetismo na velhice envolve um problema histórico do acesso à educação, principalmente dos que viviam no meio rural.

O censo do IBGE do ano 2010 apontou que 13.933.173 pessoas não sabem ler ou escrever, sendo que 39,2% desse contingente são idosos (BRASIL, 2010). O problema do

analfabetismo que acomete as populações mais idosas tem relação direta com o fato de ser este um grupo social abandonado pelo Poder Público quanto à realização de políticas educacionais. A inexistência, no Brasil, de políticas educacionais direcionadas à velhice e ao analfabetismo pode ser observada na ausência dessas questões nas leis específicas, como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e o Estatuto do Idoso. Sabe-se que a LDB nem sequer cita a velhice como uma etapa da vida humana que necessita de maior atenção do Estado no que se refere à educação e alfabetização. Levando em consideração o acesso à educação formal como a possibilidade de ter contato com o conhecimento científico, conclui-se que o analfabetismo configura-se como um dos exemplos mais graves de exclusão educacional e social (PERES, 2011).

De modo geral, idosos com menos escolaridade tendem a necessitar mais de cuidadores para realizar as atividades do cotidiano. O baixo nível educacional pode interferir diretamente na compreensão e assimilação dos cuidados relevantes a saúde. Sendo assim, os profissionais de saúde devem considerar a variável escolaridade ao realizar as orientações sobre os cuidados de saúde ao paciente com feridas, considerando que quanto maior a compreensão desses indivíduos quanto à terapêutica, maior será a obtenção de sucesso no tratamento, principalmente porque os pacientes com feridas crônicas normalmente possuem doenças de base que determinam a etiologia da ferida e prejudicam o processo de reparo tecidual, como o diabetes, a hipertensão arterial e a insuficiência venosa (DIAS et al., 2013; (OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013).

Ao analisar a variável *renda familiar*, observou-se que a média é de R\$ 1.377,35, praticamente equivalente a 02 salários mínimos (SM), o que demonstra um valor consideravelmente insuficiente para atender as necessidades humanas básicas. A renda advinda da aposentadoria constitui a principal fonte de rendimentos de grande parte dos participantes deste estudo.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2010), 42,1% e 40,9% da renda familiar nas regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente, eram provenientes das aposentadorias. É notório, portanto, que a aposentadoria possibilitou ao idoso uma segurança maior de renda, garantindo-os condições financeiras melhores do que os mais jovens. Observa-se que o papel de “provedor” construído pelos aposentados possibilita desconstruir a representação dos idosos como um encargo para a família e para a sociedade.

Segundo Silva et al. (2009), o tratamento das feridas crônicas é bastante oneroso tanto para as instituições de saúde quanto para os pacientes e famílias. A presença de feridas crônicas é uma considerável fonte adicional de despesas, essencialmente pelo tratamento

farmacológico e materiais para os curativos. Dessa forma, uma renda mensal de 1 a 2 SM pode ser insuficiente, principalmente frente às demandas da terapêutica das feridas, sendo este um fator capaz de desestabilizar o equilíbrio financeiro da família, afetando assim a qualidade de vida desses indivíduos (DIAS et al., 2013).

Ao analisar a avaliação das necessidades básicas, observou-se que mesmo com renda relativamente insuficiente, 30,0% (n=06) dos participantes a consideram 'boa'. Isso pode demonstrar que a satisfação frente à situação econômica pode estar relacionada a uma concepção subjetiva que não se resume apenas a questão financeira, mas também a fatores relacionados ao modo de vida de cada indivíduo. Respalhando esse raciocínio, Martins et al. (2009) relatam em seu estudo que a forma como avaliamos nosso modo de viver e a nossa satisfação com a vida está relacionada a questões subjetivas, a critérios definidos individualmente, que se entrelaçam com as condições existentes (moradia, saúde, relações) e as expectativas individuais.

Contudo, percebe-se que os resultados para a situação econômica regular (25,0%) e ruim (20,0%) se mostraram equivalentes. Esse resultado pode ser corroborado por diversos estudos que avaliam a qualidade de vida de idosos que convivem com ferida crônica, onde a maioria considera a sua situação econômica insuficiente para suprir as suas necessidades básicas, principalmente às de saúde, devido os gastos no tratamento que essas lesões demandam. Nessa perspectiva, o estudo de Lucas, Martins e Robazzi (2008) mostrou que 100% dos entrevistados de sua pesquisa consideraram que uma boa condição socioeconômica é indispensável para suprir as suas necessidades básicas e assim garantir uma melhor qualidade de vida.

4.2 Qualidade de vida de idosos com ferida crônica segundo o WHOQOL-Old

Para a análise dos resultados do módulo WHOQOL-Old foram seguidas todas as diretrizes analíticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde. O questionário consiste em 24 itens, atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT), e os resultados estão apresentados nas tabelas a seguir. É importante salientar que em concordância com o modelo de pontuação dos outros instrumentos WHOQOL, os escores mais altos representam melhor a qualidade de vida.

A Tabela 2 expõe o cálculo das medidas descritivas dos itens de cada faceta.

Tabela 2. Estatística descritiva dos itens das facetas obtida por meio da aplicação do questionário WHOQOL-Old* com idosos com feridas crônicas acompanhados na Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=20).

Faceta/Questão	m (EP)	dp	cv (%)
Funcionamento Sensorio (FS)			
Old_01 - Intensidade da perda dos sentidos na vida diária **	2,90	1,21	41,71
Old_02 - Intensidade da perda dos sentidos na participação em atividades **	3,05	1,19	39,05
Old_10 - Efeito de funcionamento dos sentidos na capacidade de interação **	2,95	1,10	37,26
Old_20 - Avaliação do funcionamento dos sentidos	2,80	0,95	33,98
Autonomia (AUT)			
Old_03 - Liberdade para tomar as próprias decisões	3,40	1,31	38,64
Old_04 - Intensidade em que controla o próprio futuro	1,95	1,15	58,77
Old_05 - Intensidade em que as pessoas respeitam a sua liberdade	3,80	0,89	23,54
Old_11 - Capacidade de fazer as coisas que gostaria	2,30	1,26	54,81
Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF)			
Old_12 - Capacidade de satisfação com oportunidades para realizações na vida	3,00	1,08	35,87
Old_13 - Capacidade de sentir que recebeu o merecido reconhecimento na vida	3,80	0,77	20,20
Old_15 - Avaliação da satisfação com o que alcançou na vida	4,00	0,92	22,94
Old_19 - Avaliação da felicidade em coisas a esperar no futuro	3,05	0,89	29,08
Participação Social (PSO)			
Old_14 - Capacidade de ter o suficiente para fazer em cada dia	2,00	1,12	56,20
Old_16 - Avaliação da satisfação com a maneira com a qual usa o tempo	2,80	1,20	42,73
Old_17 - Avaliação da satisfação com o nível de atividades	2,20	0,95	43,25
Old_18 - Avaliação da satisfação em participar de atividades na comunidade	2,20	1,06	48,01
Morte e morrer (MEM)			
Old_06 - Intensidade da preocupação com a maneira pela qual irá morrer **	2,95	1,47	49,77
Old_07 - Intensidade do medo de não poder controlar a morte **	2,95	1,36	45,98
Old_08 - Intensidade do medo de morrer **	3,15	1,60	50,75
Old_09 - Intensidade do temor em sofrer dor antes de morrer **	2,90	1,41	48,64
Intimidade (INT)			
Old_21 - Intensidade do sentimento de companheirismo na vida	2,80	1,79	64,10
Old_22 - Intensidade do sentimento de amor em sua vida	2,70	1,78	65,93
Old_23 - Intensidade das oportunidades para amar	2,10	1,59	75,53
Old_24 - Intensidade das oportunidades para ser amado	2,05	1,50	73,34

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

* WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life for Older Adults*): instrumento de mensuração da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde para idosos.

** Itens com escores reversos, já recodificados.

Legenda: m = média; EP = Escore Padronizado; dp = desvio padrão; cv = Coeficiente de variação.

As médias descritas na Tabela 2 (resultado variante entre 1 e 5) referem-se ao Escore Padronizado (EP), calculado por meio do somatório das respostas apontadas pelos idosos participantes do estudo para cada questão do WHOQOL-Old e dividido pelo número de respondentes (n=20). Ressalta-se que inicialmente foi atribuída a pontuação referente ao escore disposto no questionário WHOQOL-Old conforme a normatização estabelecida (PEDROSO et al., 2011). De modo genérico, escores elevados representam uma qualidade de vida satisfatória e os escores baixos uma qualidade de vida pouco satisfatória.

Como se observa na Tabela 2, dentre os 24 itens contidos no WHOQOL-Old, o melhor escore médio (ou escore padronizado) refere-se ao item 15 da faceta “*Atividades Passadas, Presentes e Futuras*” que trata da avaliação da satisfação dos idosos participantes do estudo com o que alcançaram na vida ($m=4,00$), influenciando positivamente na qualidade de vida. Em contrapartida, o pior escore foi identificado no item 04 da faceta “*Autonomia*”, que diz

respeito à intensidade em que os idosos controlam o próprio futuro ($m=1,95$), influenciando negativamente na qualidade de vida. A ausência ou o baixo controle sobre o próprio futuro indica uma baixa qualidade de vida.

O resultado concernente à faceta “autonomia” refere-se à capacidade de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. Observa-se que o baixo escore para a intensidade em que os idosos controlam o próprio futuro, é um indicador negativo à QV, uma vez que os projetos futuros também se constituem como importante condição para a melhoria da QV, principalmente na velhice, pois é uma forma de dar sentido à existência. Através dessa idealização o indivíduo é capaz de projetar e concretizar seus desejos. Se o idoso acredita que possui controle de sua vida, isso o leva a fazer projeções futuras, o que o torna mais satisfeito, esperançoso e feliz, trazendo-o assim, uma melhor QV (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

Segundo Martins et al. (2009), os indivíduos envelhecem com autonomia e independência quando a saúde física é preservada, e estes continuam desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando de senso de significado pessoal. Diante disso, Celich et al. (2010) entendem que a autonomia, constitui-se uma condição fundamental para um processo de envelhecimento mais prazeroso e significativo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005, p. 14) “*autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas regras e preferências*”. Em contraponto, é inegável, que a longevidade desencadeia no indivíduo uma situação ambígua, ou seja, o desejo de viver cada vez mais, e, ao mesmo tempo, o temor de viver com incapacidades e dependência. No entanto, o indivíduo que permanece com maior autonomia possui mais sentimentos de controle sob sua vida, e isso gera a possibilidade de fazer planos para seu futuro, o que o torna mais esperançoso, melhorando assim sua QV (MELO et al., 2013).

Seguindo esse raciocínio, o estudo de Evangelista et al. (2012) revelou que quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor a sua QV. Todavia, no estudo de Martins et al. (2009), observou-se que os indivíduos com ferida crônica ao serem avaliados quanto aos aspectos referentes à execução de atividades da vida diária, 42,9% afirmaram incomodar-se com o fato de não conseguirem fazer coisas simples, sendo notório, o impacto negativo à autonomia desses. Este resultado é, portanto, comparável ao escore de 46,56% para a satisfação quanto à autonomia definida como dimensão da QV, conforme pode ser observado no Gráfico 1. Nesse sentido, considerando que a autonomia do idoso está relacionada à sua QV, é indiscutível que uma pessoa com ferida crônica tenha sua QV prejudicada, pois a ferida constitui-se uma condição além de crônica, incapacitante.

Com relação ao resultado para faceta atividades passadas, presentes e futuras, observou-se que os idosos desta pesquisa estão satisfeitos com as conquistas que alcançaram ao longo da vida e com as perspectivas para o futuro. O percentual expressivo para essa faceta pode ratificar que a satisfação é um fenômeno complexo e de difícil mensuração, referindo, portanto, uma condição subjetiva (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007). O melhor desempenho para essa faceta também foi revelado no estudo de Nicolazzi et al. (2009), onde 70,0% dos participantes referiram estar felizes ou muito felizes com as coisas a esperar daqui para frente e 56,6% diziam-se satisfeitos com o que alcançaram na vida.

A satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida. Constitui-se um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007). De acordo com Serbim e Figueiredo (2011), a QV e a satisfação na velhice têm sido muitas vezes associadas a questões de dependência-autonomia. A satisfação compreende o bem-estar subjetivo individual; o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva. O bem-estar proporcionado pela elaboração e/ou concretização de projetos é demonstrado, inegavelmente, com um aumento da autoestima e, conseqüentemente, na melhoria da QV.

Mais adiante, no Gráfico 1, também é possível observar que os resultados encontrados quanto a esse domínio demonstram o maior percentual de escores (61,56%), confirmando assim o melhor percentual para QV dos participantes. Em contrapartida, quando comparado ao estudo de Serbim e Figueiredo (2011), o resultado para essa faceta foi o de pior desempenho entre os idosos pesquisados, apresentando média de 12,8%.

Divergindo desse estudo, quando associada a fatores como incapacidade funcional, restrição social, baixa renda, essa faceta é evidenciada por diversos outros estudos por baixos escores. Nesse sentido o estudo de Vitorino, Paskuli e Vianna (2012) revelou que os participantes que apresentaram maiores escores nas facetas atividades passadas, presentes e futuras, foram os envolvidos em atividades de grupo. No que concerne à renda, o estudo de Serbim e Figueiredo (2012), também demonstrou menores escores para os participantes que tinham renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo, o que contribuiu para insatisfação dos idosos quanto ao que já conquistou bem como ao que anseia do futuro. Já o estudo de Oliveira e Poles (2006) mostrou que a perda da autonomia e as limitações impostas pelas feridas crônicas, causam nos portadores desânimo e cristalização de discursos interiorizados que acabam produzindo insatisfação pessoal.

Nesse sentido, é pertinente destacar que a faceta atividades passadas, presentes e futuras é permeada de vários aspectos, que envolve condições subjetivas particulares da vida

de cada idoso. O envelhecimento proporciona ao indivíduo várias aspirações, de forma que, as já alcançadas os fazem sentir-se realizados, enquanto as que ainda serão conquistadas trazem um sentimento de esperança. Nesta etapa da vida a busca pela obtenção de metas tem sido descrita como fenômeno que contribui para a melhor QV e o envelhecer saudável. Todavia, se o indivíduo não apresenta expectativa quanto à vida futura, isso pode levá-lo a viver dia após dia com tristeza e melancolia (TAVARES; DIAS; MUNARI, 2012). Sendo assim, é fundamental trabalhar com o idoso suas potencialidades e sua capacidade de conceber projetos e, principalmente, de poder realizá-los (SERBIM; FIGUEIREDO et al., 2011).

Dada a compreensão acerca desses resultados, é possível destacar que a boa percepção dos participantes acerca da faceta atividades passadas, presentes e futuras, constitui-se um fator essencial para que esses possam continuar mantendo perspectivas positivas quanto ao seu futuro e assim enfrentar a problemática da ferida com mais perspicácia. Já a percepção dos idosos quanto à faceta autonomia, foi negativa, o que implica uma situação preocupante, haja vista que a falta de autonomia os tornam menos ativos e, conseqüentemente mais dependentes. Entende-se, portanto, que sem autonomia é nítido o comprometimento da QV.

Na seqüência, foram calculadas as médias do *Escore Bruto da Faceta (EBF)* que corresponde ao somatório dos itens que pertencem a cada uma das facetas. Sua amplitude situa-se entre o mais baixo valor possível (número de itens (n) x 1) e o mais alto valor possível (número de itens (n) x 5) da respectiva faceta. Como cada uma das seis facetas inclui 04 itens, os valores dos EBFs mais baixos o possível e mais altos o possível são iguais em todas as facetas, desde que todos os itens tenham sido respondidos (amplitude de 4 a 20). Os resultados podem ser verificados na Tabela 3.

Tabela 3. Escore Bruto das Facetas (médio) do questionário WHOQOL-Old obtido com idosos com feridas crônicas acompanhados na Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=20).

Facetas	EBF (m) ± dp
Funcionamento Sensorio (FS)	11,90 ± 3,34
Autonomia (AUT)	11,45 ± 3,32
Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF)	13,85 ± 2,06
Participação Social (PSO)	9,20 ± 3,66
Morte e morrer (MEM)	12,05 ± 4,54
Intimidade (INT)	9,65 ± 5,93

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Legenda: m = média; dp = desvio padrão; EBF = Escore Bruto da Faceta.

De acordo com os resultados observados na Tabela 3, que expõe os EBFs que envolvem a avaliação da qualidade de vida segundo o questionário WHOQOL-Old, aquela que obteve o melhor desempenho foi a faceta “*Atividades passadas, presentes e futuras*”

(EBF=13,85), referindo-se à satisfação dos idosos com as realizações na vida e com objetivos a serem alcançados, refletindo um adequado desempenho para uma boa QV dos idosos. Em contraponto, a faceta de pior desempenho foi “Participação Social” (EBF=9,20), que teve escores significativamente abaixo das demais, revelando uma pequena capacidade de participação em atividades do cotidiano, especialmente àquelas desenvolvidas na comunidade, o que expressa uma pior QV neste aspecto.

O resultado que demonstra a insatisfação dos idosos quanto à participação social, delinea possivelmente a limitada participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade, a insatisfação com o nível de atividade diária e com a utilização do tempo. Corroborando esse resultado, Vitorino, Paskuli e Vianna (2012) revelam em seu estudo um dos piores escores para esse domínio (58,6%). O resultado do estudo de Serbim e Figueiredo (2011) também demonstrou baixo escore para tal domínio (14,4%).

Um aspecto significativamente relevante para melhor percepção da QV dos idosos é o convívio social, em que são estabelecidas ações que promovem a formação de grupos para a realização de atividades físicas, lazer, culturais e de trabalho (VITORINO; PASKULI; VIANNA, 2012). Sob esta mesma perspectiva, Serbim e Figueiredo (2011) relatam que as atividades de lazer e a convivência em grupo contribuem tanto para a manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso, quanto para amenizar possíveis conflitos ambientais e pessoais. A participação em grupos, nos passeios, pescas, danças, são atividades essenciais e ajudam a preservar a QV destes, além disso, os mantêm em contato com outras pessoas e ambientes, fazendo-os desenvolver a percepção de serem integrantes da sociedade.

Sabe-se que para continuar mantendo boas perspectivas, o idoso necessita manter-se ativo, e principalmente socialmente. Seguindo essa lógica, Tavares, Dias e Munari (2012) destacam que a interação social contribui para que o idoso sinta-se valorizado no âmbito em que está inserido, passando a ter a sensação de pertencimento a um grupo para o qual pode contribuir de maneira significativa, utilizando-se de sua experiência e conhecimento. O desenvolvimento de atividades educativas grupais efetivas com idosos pode contribuir para que eles façam escolhas mais saudáveis em sua vida.

Nesse contexto, Miranda e Banhato (2008) referem que a inserção de idosos em grupos de suporte social proporciona uma mudança no protótipo de velhice enquanto limitação e incapacidade, tendo em vista que nesses grupos é possível encontrar idosos ativos e autônomos. Os idosos convivem com as limitações de sua saúde, entretanto elas não os impossibilitam de exercer seu papel de sujeito socialmente ativo. É notório, desse modo, que as limitações físicas que as feridas crônicas geram, trazem grandes empecilhos que interferem

nas relações sociais do idoso, principalmente pela dificuldade dos mesmos em deslocar-se, haja vista que a maioria é acometida por lesões nos membros inferiores.

Assim, Oliveira e Poles (2006) afirmam que o indivíduo com ferida crônica é afligido por limitações físicas que afetam consideravelmente a sua capacidade funcional e o impedem de seguir seu curso normal de vida, como sair de casa, trabalhar, participar de atividades sociais entre outras. Ele olha para si e percebe que, por ter limitações físicas, sua condição torna-se socialmente inadequada, produzindo assim insatisfação pessoal. Martins et al. (2009) ressaltam ainda, que a limitação física contribui para o afastamento social do idoso e consequentemente ao sentimento de solidão, já que o indivíduo torna-se recluso em seu domicílio.

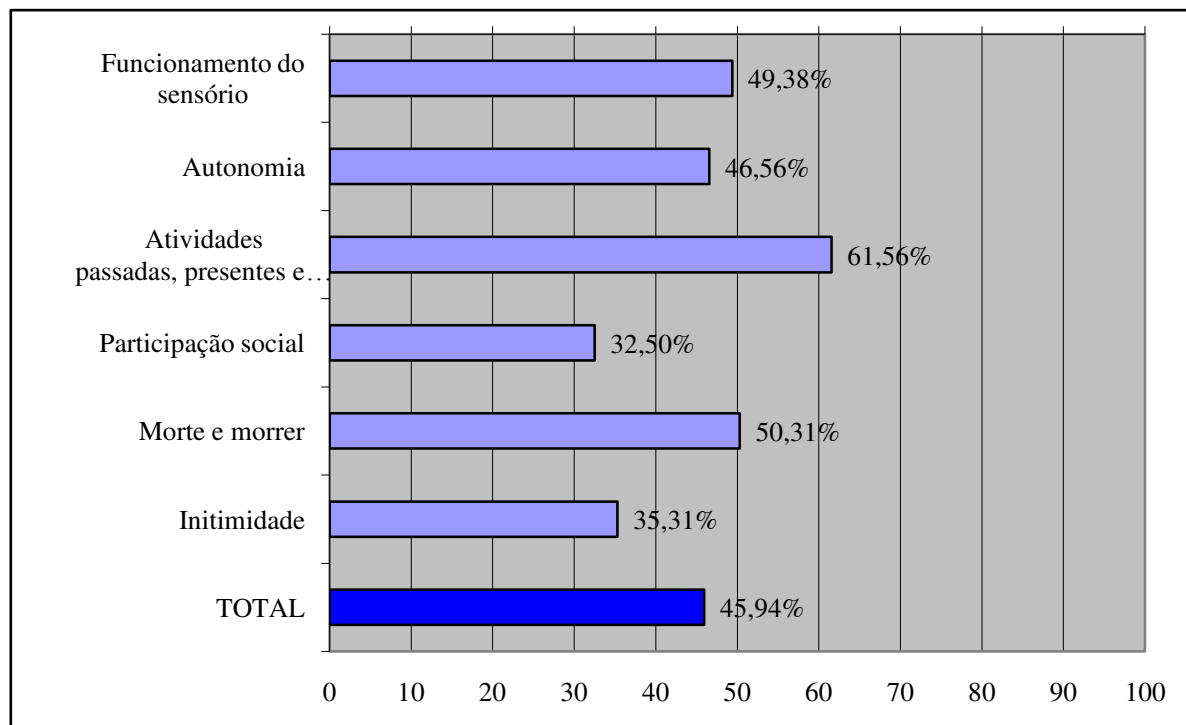
As limitações que a ferida crônica traz ao indivíduo levam à perda de sua liberdade, que implica restrição na vida social, incluindo a não participação em eventos sociais, viagens, e até mesmo a imposição do uso de determinadas peças do vestuário. Todos esses fatores produzem repercussões na esfera psicoemocional, refletindo na autoimagem e autoestima do indivíduo, impactando assim o seu modo de se relacionar com os outros e consequentemente a sua QV (SILVA et al., 2013).

O baixo escore para esse domínio também pode estar relacionado aos padrões culturalmente concebidos pela sociedade no que diz respeito ao padrão estético. Sabe-se que a sociedade dita padrões que certamente desvincula a pessoa com ferida crônica desse meio, pois a maioria convive com o uso de coberturas que o destoam da aparência entendida como normal de um indivíduo, retraindo-o ainda mais do convívio social e da participação em grupos (SILVA et al., 2009).

Diante disso, o desenvolvimento das atividades educativas grupais deve estar direcionado à ampliação do convívio social, estabelecendo laços entre seus membros, com capilaridade até aos familiares. O aumento da expectativa e a QV das pessoas idosas podem estar associados à vivência destas em grupos (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011; TAVARES; DIAS; MUNARI, 2012).

Para corroborar os escores já identificados, ainda foi calculado o Escore Transformado da Faceta (ETF), em que o EBF é convertido para uma escala percentual, possibilitando expressar a relação entre o valor mais baixo possível (0%) e o mais alto possível (100%). Para a obtenção do ETF (0-100) aplicou-se a seguinte regra de transformação: $ETF = 6,25 \times (EBF - 4)$, conforme normatização do WHOQOL-Old. O Gráfico 1 apresenta os ETFs bem como o Escore Transformado Total (ETT), que expressa a média percentual da qualidade de vida dos idosos considerando todas as facetas do questionário (*overall*).

Gráfico 1. Escore Transformado das Facetas e Escore Transformado Total do questionário WHOQOL-Old obtidos com idosos com feridas crônicas acompanhados na Estratégia Saúde da Família do Curimataú Ocidental Paraibano (n=20).



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A partir dos resultados das médias de cada faceta, os ETF ratificam que a faceta que obteve o melhor desempenho foi “Atividades passadas, presentes e futuras” (ETF=61,56%). Do mesmo modo, a faceta de pior desempenho foi “Participação Social” (ETF=32,50%). O resultado demonstra ainda, a partir do ETT, que numa variação de 0 a 100%, a qualidade de vida global dos idosos foi avaliada em 45,94%. Considerando que escores elevados representam uma alta qualidade de vida e menores escores uma baixa qualidade de vida, é possível afirmar que os participantes apresentam-se em uma condição regular de qualidade de vida, conforme a distribuição intervalar exposta no Quadro 1.

Quadro 1. Categorização dos níveis de qualidade de vida conforme a equivalência da distribuição percentual associada à escala apresentada nos itens do WHOQOL-Old.

ETT	0 – 20%	20-40%	40-60%	60-80%	80-100%
Qualidade de vida	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Excelente

Considerando que os achados para as facetas autonomia, atividades passadas presentes e futuras e participação social foram anteriormente discutidos, com base nas tabelas 2 e 3, adiante serão abordadas apenas as discussões concernentes as facetas funcionamento sensorio, morte e morrer e intimidade.

Com relação aos dados para a dimensão “funcionamento sensorio” dos idosos pesquisados, avaliou-se o impacto da perda das habilidades sensoriais na QV e o funcionamento sensorial que inclui: audição, visão, paladar, olfato e tato. O percentual para esse domínio (49,38%) revela-se como regular para a QV dos idosos com ferida crônica. Corroborando esse resultado, Nicolazzi et al. (2009) afirmam em seu estudo que 50,0% dos participantes relataram que as perdas sensoriais afetavam sua QV. Em discordância, o estudo de Marchiori, Dias e Tavares (2013) revelou que o maior escore no funcionamento dos sentidos (77,96%) foi um achado positivo para QV dos participantes. O resultado para esse domínio pode ser explicado pela média de idade dos participantes deste estudo (74,25 anos), o que representa um perfil de idosos jovens, por isso apresentam aspectos físicos mais preservados.

É pertinente destacar que os órgãos sensoriais permitem o relacionamento do sujeito com o meio em que vive, seja ele familiar, do trabalho ou outros, sendo por meio desses que o corpo percebe diversas situações que o rodeia, o que contribui para sua integração com o ambiente. Com o envelhecimento, o indivíduo sofre modificações estruturais e funcionais no sistema sensorial, que mediante a sua gravidade, podem limitar a independência na realização das atividades de vida diária e participação social, desencadeando complicações multidimensionais que afetam a QV (LAMAS; PAÚL, 2013; SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

De acordo com Nicolazzi et al. (2009), o idoso pode desencadear as seguintes modificações no sistema sensorial: diminuição ou atrofia das papilas gustativas bem como a redução da produção de saliva, afetando o paladar; a visão pode ser acometida por doenças relacionadas as alterações nas pupilas, como a catarata e o glaucoma, podendo ocasionar um comprometimento maior da autonomia destes; o sentido da audição por sua vez, pode comprometer a comunicação, a realização de atividades e a interação social. Assim, Vitorino, Paskulin e Vianna (2012) mencionam que a QV da população idosa envolve a manutenção da capacidade funcional e da autonomia, contudo o idoso que apresenta comprometimento dos sentidos poderá sofrer redução tanto da capacidade funcional quanto da autonomia, gerando danos à QV destes.

O resultado deste domínio evidencia a regular percepção do funcionamento sensorio por parte dos participantes da pesquisa, o que implica uma maior atenção para essa dimensão, haja vista que se alterada, pode gerar complicações que limitam o idoso a desempenhar suas atividades diárias, além de prejudicar o convívio social, já abalado pelas repercussões que a

ferida ocasiona. É preciso, portanto, aprender a valorizar todos os aspectos que envolvem essa população, inclusive, o funcionamento sensorial.

Com relação à faceta morte e morrer, que trata das preocupações, inquietações e temores sobre a morte e o morrer, as respostas para esse domínio obtiveram um escore regular (50,31%), o qual é diretamente proporcional ao nível regular de QV global dos participantes (45,94%). Em contraponto o resultado do estudo de Dalsenter e Matos (2009) verificou que a faceta morte e morrer obteve a maior média entre todos os escores 83,5%. O estudo de Serbim e Figueiredo (2011) corrobora o estudo anteriormente mencionado, onde a faceta morte e morrer foi uma das que mais contribuiu na qualidade de vida dos idosos estudados. Nicolazzi et al. (2009) puderam observar em seu estudo que a maioria dos idosos entrevistados não considera a morte em si um tema muito preocupante, mas sim, o sofrimento que possa acompanhar o processo de morrer.

A morte não costuma ser vista como algo espontâneo e natural pelas pessoas. Contudo o morrer, além de ser um processo biológico, apresenta-se como uma construção social. Acredita-se ainda que a morte seja vivida simbolicamente nas perdas vivenciadas na velhice. Sendo assim, o idoso se percebe na sucessão de perdas de capacidades e confronta a sua atualidade psicossocial de ser idoso, onde ao se deparar com tais perdas, inevitavelmente vivencia o processo de luto (MENEZES; LOPES, 2014).

A compreensão acerca da finitude na perspectiva do idoso, o qual vive a fase da velhice e está na iminência da morte, é um passo fundamental para promover a reflexão destes sobre as questões envelhecimento e morte de forma positiva. À medida que as pessoas tomam consciência de sua finitude, passam a compreender a vida em sua complexidade e tendem a rever seus valores (FRUMI; CELICH, 2006; SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

Sabe-se que o homem admite a morte como um fato, contudo, apresenta grande dificuldade em assumi-la como um modo de ser da natureza humana (MENEZES; LOPES, 2014). Na compreensão de Dalsenter e Matos (2009), o medo da morte pode interferir de forma negativa na QV do idoso, sendo gerador de ansiedade e impedindo-o de executar determinadas tarefas, que anteriormente, lhe conferiam satisfação. Menezes e Lopes (2014) entendem que é a partir do temor que surge o medo. O medo é uma disposição na nossa existência pelo fato de que ela manifesta o mundo no ato de fuga de si mesmo. Enquanto o temor é um existente fundamental, pelo o qual o homem descobre-se no mundo.

Dada a compreensão desses termos, entende-se que a maioria dos estudos não verifica que o indivíduo com ferida crônica convive com inquietações e temores sobre a morte. Entretanto, é comum verificar na literatura o temor destes indivíduos quanto à discriminação

social e rejeição pelos familiares e amigos. Soares et al. (2013) referem que a situação mais temível entre os portadores de lesões crônicas em membros inferiores é a amputação. Percebe-se que a cronicidade das lesões provoca sentimentos de medo, tristeza e desânimo, além de emoções ainda mais complexas como angústia, depressão e a vontade de morrer. Tais sentimentos apresentam similaridade com as etapas de luto de pessoas em processos de finitude. Em condições extremas o indivíduo que convive com essa problemática pode expressar em algum momento de sua vida vontade de por um fim em si mesmo para acabar com o sofrimento (CARVALHO; PAIVA; APARÍCIO, 2013). Diante disso, o estudo de Salome, Blanes e Ferreira (2012) constatou que 88,4% dos participantes com ferida crônica apresentaram sintomas depressivos no nível leve a grave. A experiência da dor física obriga a pessoa a concentrar todas as suas atenções ao corpo e a identificar-se com ele, ainda que a reação mais imediata seja a de abandonar o corpo para não mais sofrer. Pode-se inferir que tais sentimentos aproximam o indivíduo para uma experiência de luto do próprio corpo.

O indivíduo com ferida experimenta vivenciar simbolicamente a morte de sua identidade à medida que é convocado a assumir uma nova “identidade deteriorada”, um novo corpo, um corpo resignado socialmente, mas principalmente autorrejeitado (CARVALHO; PAIVA; APARÍCIO, 2013). Para amenizar os temores, muitos indivíduos com ferida crônica buscam a religião e a espiritualidade como ponto de apoio e suavização da desesperança (OLIVEIRA; POLES, 2006). Complementando esse raciocínio, Frumi e Celich (2006) mencionam que a fé e a espiritualidade tornam-se algo que nutre e supre o ser, além disso, ajuda indivíduo a prosseguir mais confiante em sua caminhada. Para Celich et al. (2010) a espiritualidade é uma característica exclusiva dos seres humanos, e por serem criaturas espirituais, criam símbolos e sonhos, e, nesse processo de transcendência, buscam um sentido para a vida, algo maior que a torne uma experiência ilimitada.

O Gráfico 1 evidencia ainda os resultados relacionados à faceta intimidade, que avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas, assim como o sentimento de companheirismo e a capacidade de amar e ser amado. Como se pode observar, apesar de 60,0% da amostra dos participantes dessa pesquisa ser casados, esse resultado demonstrou um baixo percentual quanto às relações pessoais e íntimas dos participantes (35,31%). Esse resultado corrobora o estudo de Serbim e Figueiredo (2011), onde a faceta intimidade apresentou uma das menores pontuações atingidas, contudo esse percentual esteve associado ao se constatar que 53,3% da amostra eram de idosos viúvos e de outros 26,7% divorciados. De modo divergente, o estudo de Melo et al. (2013) revelou que os idosos casados apresentaram maiores pontuações na faceta Intimidade e na QV geral.

A manutenção de relacionamentos significativos, amizades e companheirismo, bem como a presença da família, são construtos que promovem a felicidade e o bem-estar aos idosos. Diante disso, o tema sexualidade reveste-se de grande relevância para a manutenção da QV na velhice, embora seja um dos aspectos relacionados ao idoso que mais sofre preconceitos. Entretanto, todo ser humano em idade madura ou já envelhecido precisa desenvolver expressões da sua sexualidade, pois esta é uma necessidade humana básica e pode ser sentida, vivida e satisfeita por todos (CASTRO et al., 2013; MARTINS et al., 2009).

Nada há para justificar a crença de que a velhice embote a capacidade ou a presença do desejo pelo outro, pois os sentimentos não envelhecem (MARTINS et al., 2009). Até pouco tempo, acreditava-se que por volta dos cinquenta anos o declínio da função sexual era inevitável face à menopausa feminina e à instalação progressiva das disfunções da ereção masculina. Contudo é importante salientar, que se a saúde do idoso estiver em boas condições, nada impedirá que ele seja ativo. As limitações decorrentes do adoecimento, bem como do próprio processo fisiológico do envelhecimento podem desencadear novo aprendizado sobre a carícia, a cumplicidade, a sexualidade (LARA et al., 2011; SALOME; BLANES; FERREIRA, 2012). Em seus estudos, Davim et al. (2004) puderam observar que 100% dos idosos participantes acreditavam na existência de outras formas de expressar carinho e demonstrar sentimentos que não fossem apenas sexuais.

Diante dessa compreensão, Martins et al. (2009) referem que a sexualidade na velhice, assim como nas demais faixas etárias, não se remete apenas ao ato sexual em si, mas também à troca do afeto, carinho, companheirismo e ao cuidado corporal. A partir dessa percepção, o idoso pode vivenciá-la de diversas formas, tais como: momento de expressão da afetividade; afirmação do corpo com sua funcionalidade; percepção de si e de sua identidade; proteção da intimidade contra a ansiedade e confirmação da identidade; e manifestação do prazer através do contato físico.

Envolver-se sexualmente significa posicionar-se como objeto de desejo do outro, e esta posição coloca a pessoa em lugar de um sujeito apreciado e querido, ajudando a elevar a autoestima e a estimular uma visão positiva acerca de sua imagem. É oportuno destacar que a busca pelo corpo ideal para corresponder às tais expectativas reforça o sentimento de inadequação na presença de uma ferida crônica, mais marcadamente nas mulheres. Assim a ferida pode ser um obstáculo tanto para a construção de vínculos afetivo-sexuais, quanto para a preservação dos já existentes (CARVALHO et al., 2013).

Infere-se, portanto, que a ferida crônica pode oferecer efeitos deletérios sobre a sexualidade. Contudo, ter uma lesão crônica não constitui restrição para uma vida social e

sexual, mas necessita ser encarada como uma nova condição que requer adaptação (SALOME; BLANES; FERREIRA, 2012). No estudo realizado por Carvalho et al.(2013), a presença da ferida foi representada como disparador de conflitos e separação entre os casais.

Diante dessa realidade, é inegável que aspectos que envolvam a sexualidade das pessoas com feridas necessitam ser explorados durante as consultas com os profissionais da enfermagem, com a perspectiva de ajudá-las a desconstruir ideias negativas sobre o corpo e sobre o sexo, e a de descobrir e elaborar alternativas para o seu exercício sexual. Nesse contexto, a escuta terapêutica mostra-se uma ferramenta essencial para o cuidado e abordagem sobre a sexualidade dessas pessoas (CARVALHO et al., 2013).

Para proporcionar maior robustez ao resultado quantitativo obtido neste estudo, haja vista a limitada amostra identificada na região do Curimataú ocidental paraibano, optou-se pela realização de uma entrevista como forma de complementação dos dados revelados por meio da aplicação do WHOQOL-Old. A contextualização discursiva dos dados qualitativos segue no próximo tópico.

4.3 Aspectos subjetivos da qualidade de vida para idosos com ferida crônica

Com base no roteiro de entrevista elaborado e na utilização da técnica da entrevista estruturada, os depoimentos foram analisados conforme o aporte teórico proposto por Bardin (2009), na modalidade categorial temática da análise de conteúdo, visando descrever os ‘núcleos de sentido’ presentes nos conteúdos dos relatos dos participantes com a finalidade de obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

A partir da exploração dos depoimentos, foram construídas três categorias: 1) A percepção subjetiva da Qualidade de Vida; 2) O impacto físico e emocional da ferida crônica na Qualidade de Vida; e 3) O comprometimento da autonomia e das relações sociais em idosos com ferida crônica. As discussões, categoricamente, estão apresentadas a seguir.

1ª Categoria: A percepção subjetiva da Qualidade de Vida

O conceito de QV é subjetivo e influenciado pelas aspirações pessoais de cada indivíduo. Percebe-se que existe uma diversidade de aspectos característicos e multidimensionais que definem a QV na velhice, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o

autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade. Considerando a polissemia do conceito de QV e sua subjetividade, parece indispensável conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, à qualidade QV nessa faixa etária (VECCHIA et al., 2005).

A princípio os entrevistados mostraram dificuldade em descrever sua percepção sobre QV, talvez pela própria subjetividade que este termo abarca. Verificou-se que os participantes relacionaram o significado de QV, mais especificamente a quatro fatores: saúde; suprimento das necessidades; a presença da família; e a liberdade para sair de casa. A palavra saúde apareceu como sinônimo de QV na maioria dos discursos:

“É a minha saúde [...]” G2

“Só saúde”. G4

“Saúde, união, principalmente a saúde”. G5

“[...] Cuidar da saúde e procurar ajuda logo quando tiver a ferida”. G7

“[...] a saúde, ela sim é boa”. G8

“[...] assim, é ter saúde, vida boa”. G10

Os determinantes relacionados à saúde têm permeado as mais diversas conceituações do termo QV na velhice. Nesse sentido, acredita-se que as pessoas desfrutam maior QV, quando permanecem sadias à medida que envelhecem (BRASIL, 2005; LUCAS; MARTINS; ROBAZZI, 2008). Sob outra perspectiva, a percepção de QV quando associada ao suprimento das necessidades foi desvelada da seguinte maneira por alguns participantes:

“É a pessoa não passar precisão [...] Ter a alimentação”. G1

“Qualidade de vida é viver bem [...] poder ter a alimentação”. G7

“[...] não faltar nada”. G9

“Se alimentar bem [...] Possuir dinheiro é muito bom, é tudo! [...] mas também nem pra todas as coisas ele é tudo, “né”? G10

Observou-se nesse estudo, que ao analisar a avaliação das necessidades básicas (Tabela 1), os participantes mesmo com renda relativamente insuficiente, a maioria a consideraram ‘boa’. Nos discursos acima, nota-se que os participantes ressaltam a importância do suprimento dessas necessidades, principalmente da alimentação, como um fator determinante para a QV. Muitos trazem à memória um passado difícil, sobretudo pelas dificuldades relacionadas à falta de alimentos. Portanto, na percepção destes, por mais que as condições financeiras não sejam muito satisfatórias, são suficientes para suprir suas necessidades e garantir uma boa QV.

Como mencionado anteriormente, alguns participantes relacionaram o significado do termo QV à presença da família:

“Estar junto com a minha família [...]” G5
“Viver tranquila, com a minha família [...]” G10
“As filhas, netas tudo cuida bem de mim [...]” G6

Para compreender a percepção dos idosos sobre QV, torna-se fundamental conhecer as diferentes situações e realidades nas quais esses indivíduos podem estar inseridos. Sabe-se que quando a pessoa está no seio da família, são enriquecedoras as relações e trocas que ocorrem nesse ambiente em benefício da QV (DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013). A alteração da dinâmica familiar que o contexto das feridas provoca, requer uma reorganização de papéis, tendo em vista a exaustiva demanda em torno do cuidado dispensado ao portador. Diante disso, o apoio dos familiares se reveste de uma influência positiva na QV desses indivíduos, trazendo-os uma melhor perspectiva para o enfrentamento dessa problemática (CARVALHO; PAIVA; APARÍCIO, 2013).

Os discursos que relacionaram a percepção de QV à liberdade para sair de casa, foram exclusivamente, de participantes do sexo masculino:

“Bom é caminhar ‘em riba’ dessas serras [...] é bom sair de casa”. G6
“[...] Eu puder sair novamente”. G2
“[...] dar minhas corridinhas [...] jogar uma bolinha”. G1

Tais enunciações relacionam-se ao fato de que o homem desde a infância foi socializado para viver fora da casa. Sua permanência se dá no trabalho e nas ruas; na casa se encontra o mundo doméstico algo, ao qual não foi habituado a se interessar, e mesmo estando cercado de sua família, se sente solitário e preso. Ao serem remetidos ao espaço entendido como exclusivo das mulheres, podem desenvolver sentimentos de perda e vergonha (CARVALHO; PAIVA; APARÍCIO, 2013). Essa variabilidade de percepções, portanto, ratifica a subjetividade que o conceito de QV abrange.

2ª Categoria: O impacto físico e emocional da ferida crônica na qualidade de vida

A ferida crônica envolve um processo complexo e patológico que causa alterações biológicas, emocionais, físicas e sociais que impõe consideráveis limitações e necessidades peculiares à vida de cada indivíduo (OLIVEIRA; POLES, 2006). Sendo assim, compreender a QV de um idoso com ferida crônica requer a reflexão não apenas de seu sofrimento físico, mas também dos aspectos que envolvem a sua condição psicossocial, pois quando alterada,

traz uma série de repercussões tanto para esse indivíduo quanto para seus familiares que, na maioria das vezes, não compreendem a dimensionalidade que abarca a problemática.

É evidente, que as limitações provocadas pelas feridas crônicas variam de intensidade, haja vista que estas geralmente estão relacionadas com o seu tipo e sua localização, tempo de existência, além de outros fatores (LARA et al., 2013). Durante a interação dialógica com os participantes, percebeu-se que as limitações físicas que a lesão crônica provoca, os impedem de continuar desempenhando suas atividades. A enunciação dos discursos confirma essa realidade:

“Falta minha circulação [...] eu mesmo não posso fazer mais nada [...]” G9
“Minhas veias atrapalham muito [...] e pra andar, é ruim, porque nem todo tempo eu ‘tô’ legal”. G10
“Meus ‘quartos’ está muito desgastado [...] G2
“Agora pra mim não “tá bom” mais não “né” [...] não posso nem me virar por cima de uma perna e nem da outra [...] A enfermeira mandava eu dormir de ‘papo pra cima’ pra melhorar a dormida”. G6

Diante dos depoimentos é perceptível que o comprometimento físico leva ao desgaste emocional do indivíduo, podendo ser observado, principalmente, no discurso destes quando questionados sobre a sua QV após a ferida:

“Fiquei mais triste [...] Não saio mais na rua”. G3
“Ah, é meio difícil! [...] não é muito bom não, “né”? G4
“Péssima, muito ruim [...] Tem que ficar bom para poder ter uma qualidade de vida”. G7
“É triste”. G8
“Oh vida aperreada! G9
“[...] felicidade, isso eu não tenho mais”. G5

É notório, portanto, que o portador de ferida crônica apresenta frequente discurso relacionado à perda do sentido de viver, falta de perspectivas para o futuro e desesperança. Isso pode ser explicado pelo sofrimento constante que estes vivenciam que parece ser intensificado pela solidão e baixa autoestima (DIAS et al., 2013).

As falas a seguir expressam tal situação:

“[...] vivo em muita solidão [...] minha vida eu não gosto bem, fico agoniada [...] eu me irrita, me maldigo muito [...]” G10
“Me sinto inútil [...] ah mulher, é tanta coisa [...] vejo tudo errado em minha vida”. G2

Ao perceber que sua ferida não cicatriza, que a evolução do quadro se mantém comprometida e inalterada, sentimentos de revolta são comumente observáveis entre os portadores. Conviver rotineiramente com uma marca que demanda tantos cuidados provoca

reações angustiantes e desesperadoras no indivíduo. Diante dessa situação muitos se questionam: porque comigo? (CARVALHO; PAIVA; APARÍCIO, 2013; WAIDMAN et al., 2011). Um discurso em específico retrata esse estado de raiva e negação:

“[...] é que não era pra mim ter isso sabe [...] tanta gente ruim ‘nesse mei de mundo’ e vive com saúde, e a pessoa que não é do mal só vive doente [...] aí isso eu não gosto, entendeu?” G10

Como se percebe, viver com um corpo ferido provoca sentimentos de tristeza e desânimo que inegavelmente comprometem a QV. Esses sentimentos também podem ser intensificados pelo medo de recidivas ou surgimento de outras lesões, como mostra o discurso a seguir:

“Você tem que ter um repouso pra não piorar [...] A gente não quer, mas de uma hora pra outra, outro ferimento pode acontecer [...] Estando com um ferimento não tem como ter qualidade de vida”. G7

A recomendação de repouso referida pelo entrevistado no discurso acima, é realmente um fator fundamental na terapêutica da maioria das feridas crônicas, entretanto esta indicação pode ser percebida pelo portador como algo limitante e incapacitante, corroborando assim uma maior restrição ao convívio social, conduzindo-o a maior permanência dentro do espaço doméstico, o que se constitui um fator desencadeante para o isolamento social (CARVALHO; PAIVA; APARÍCIO, 2013).

Diante dessa realidade, faz-se necessário compreender todos os aspectos que a ferida crônica envolve, uma vez que a experiência do portador não se restringe à existência de uma lesão cuja cicatrização é demorada, mas também às várias complicações e limitações que essa situação causa (OLIVEIRA; POLES, 2006).

3ª Categoria: O comprometimento da autonomia e das relações sociais em idosos com ferida crônica

A perda da autonomia representa para muitos idosos, uma das maiores preocupações. Para estes, a saúde está relacionada diretamente com independência, capacidade para fazer as coisas, trabalhar, poder ir e vir, mesmo portando algumas doenças crônicas (NICOLAZZI et al., 2009). Sendo assim, para Lara et al. (2011) evidenciar o cotidiano do indivíduo com ferida crônica possibilita abordar as limitações deste indivíduo que vão desde a dependência para realizar simples tarefas do cotidiano até a incapacidade de locomoção.

Seguindo esse raciocínio, o estudo de Melo et al. (2011) revelou que o maior impacto da ferida reflete-se na redução das atividades dos indivíduos, anteriormente ativos, em relação ao seu trabalho e tarefas cotidianas. Nesse contexto, é perceptível que a ferida crônica desencadeou nos participantes desse estudo, limitações físicas consideráveis, impactando principalmente suas atividades de vida diária. Quando questionados sobre a interferência da ferida em sua em QV, os idosos enunciaram os seguintes relatos:

“Ter vontade de fazer as coisas e não poder [...]” G1

“O pior de tudo é que agora eu não posso andar mais [...] não posso tomar conta da minha casa [...] É só isso”. G5

“Ah, o que mais interferiu foi eu não poder mais trabalhar”. G7

Sob outra perspectiva, Lara et al. (2011) relata que a autonomia do indivíduo com ferida crônica também é limitada em consequência da dor. Este se constitui o sintoma predominante na evocação dos participantes desse estudo, os quais atribuem a ela um dos maiores desconfortos físicos e que interfere nas ações cotidianas:

“Muita dor [...] Demora muito pra fechar, era bem grande”. G2

“É muito ruim, dói muito”. G3

“[...] ah, é muita coisa que prejudica [...] Muita dor que eu sinto”. G4

“[...] É muita dor”. G5

“Tenho dor, é dor [...]”. G8

A dor constitui-se uma experiência individual e subjetiva, por isso transcende o conceito de um mero fenômeno sensorial. Ela não resulta apenas de características relacionadas à lesão tecidual, mas também integra uma experiência complexa de caráter emocional e cultural. São diversas as manifestações causadas pela dor aguda ou crônica, como alterações nos padrões de sono, de apetite e libido, irritabilidade, alterações de energia, diminuição da capacidade de concentração, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais. Nesse sentido, observa-se que o paciente com ferida crônica sofre dor de caráter físico e emocional, haja vista que esta traz impactos negativos ao cotidiano deste, que podem provocar depressão, perda da autoestima, isolamento social, inabilidade para o trabalho e, frequentemente, hospitalizações (WAIDMAN et al., 2011).

Ressalta-se, portanto, a importância da intervenção de profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, com relação à dor, tendo em vista que trata-se de uma característica subjetiva, individual, considerada por vários autores como um dos principais fatores que interferem nas atividades cotidianas do portador de ferida crônica, por isso deve ser avaliada, diagnosticada e tratada adequadamente (LARA et al., 2011; SOARES et al., 2013). O enfermeiro pode ainda contribuir para a melhoria da QV desses indivíduos,

identificando os fatores que estão associados à menor autonomia e desenvolver ações conjuntas, tanto com o idoso quanto com seus familiares que promovam além da redução da dor, mais independência nas atividades de vida diária desses pacientes (DIAS et al., 2013).

Diante do exposto, destaca-se que a cronicidade das lesões além de provocar limitações físicas, impacto bem elucidado nos discursos dos participantes dessa pesquisa, também pode gerar repercussões psicossociais aos portadores que os levam ao afastamento do convívio social.

Reafirmando a complexidade deste problema, Dias et al. (2013) relatam que para além das alterações físicas e dos encargos financeiros, as feridas crônicas comportam, igualmente, outras implicações psicológicas e sociais extensíveis às esferas familiar e social, afetando assim diversos aspectos da QV do idoso. O impacto que esta condição crônica gera, ultrapassa largamente os aspectos restritos a uma parte localizada do corpo, estendendo-se às demais dimensões constitutivas da pessoa, que a distancia do meio social. Nesse sentido, Salomé, Blanes e Ferreira (2012) relatam que em decorrência das dificuldades em enfrentar todos esses dissabores, os portadores procuram isolar-se cada vez mais do convívio social, podendo desenvolver ansiedade e depressão, transtornos mentais que afetam o funcionamento tanto físico como psicológico. Os discursos dos participantes deixam explícito que as limitações impostas pela ferida os impedem de estabelecer vínculos sociais:

*“Posso mais nem sair de casa”. G9
 “[...] atrapalha muito ‘deu passear’, andar que eu não posso mais, nem ir para igreja [...] vivo em muita solidão”. G10
 “Não posso mais sair no sol, qualquer sol que eu levar, já fica pior a ferida [...]” G4*

De acordo com Silva et al. (2013), o cotidiano do indivíduo que convive com a ferida crônica também é demarcado por características que exteriorizam a sua condição de saúde. Sua imagem corporal altera-se em decorrência da lesão, afetando a autoimagem e a percepção que o outro tem em relação a ele. Esses fatores trazem reflexos que prejudicam a sua socialização. É pela imagem corporal que o ser humano possui do seu próprio corpo, que ele mantém um equilíbrio interno enquanto interage com o mundo (LARA et al., 2011). Segundo Oliveira e Poles (2006), a ferida perturba a imagem corporal e emocional da pessoa. Habitualmente vários estudos relatam que as lesões são descritas como algo peculiar, um símbolo de vergonha, de feiura, de sujidade, que desperta a curiosidade dos outros, algo repugnante. Em síntese, a fala da participante G3 evidencia um dos meios mais utilizados pelo portador de ferida para evitar tais constrangimentos, o isolamento:

“[...] não saio mais na rua”. G3

Nesse contexto, percebe-se que os serviços de saúde, com destaque à participação do enfermeiro, ocupam o papel de desenvolver atividades assistenciais, educativas e de promoção da saúde que estimulem o indivíduo com ferida crônica a reinserir-se socialmente. Atividades tais como as de conformação de grupos sociais poderiam agregar maior esperança ao tratamento. Além disso, o apoio dos familiares e amigos pode fazer com que os portadores tenham em suas vidas os efeitos psicossociais minimizados (DIAS et al., 2013; MARTINS et al., 2009).

5 Considerações Finais

Tendo em vista a vulnerabilidade biopsicossocial da população idosa acometida por feridas crônicas, realizou-se um estudo exploratório-descritivo com uma abordagem quantitativa e qualitativa cujos objetivos foram: descrever as características socioeconômicas e demográficas dos participantes do estudo; verificar quais dimensões da qualidade de vida de idosos com feridas crônicas estão afetadas ou satisfatórias; e identificar os fatores que interferem na qualidade de vida dos idosos com ferida crônica. A realização deste estudo possibilitou identificar e mensurar a qualidade de vida dos idosos com ferida crônica, cadastrados e acompanhados na Estratégia Saúde da Família dos municípios de Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego, através do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Old da Organização Mundial de Saúde, bem como por meio de um roteiro de entrevista estruturada, os quais apontaram dados de significativa relevância para a compreensão acerca da qualidade de vida dos participantes. Sendo assim, essa investigação torna-se de suma importância para a saúde pública, haja vista o impacto negativo que as feridas crônicas trazem a qualidade de vida dos idosos expostos nos referidos municípios.

Os resultados mais significativos no que concerne a caracterização socioeconômica e demográfica da amostra revelam que grande parte dos participantes (55,0%) são idosos com idade entre 60 e 74 anos, sendo esse percentual maior entre as mulheres (60,0%) do que nos homens (40,0%). Em se tratando do estado civil, houve predominância de idosos casados (60,0%), mas a soma daqueles que não possuem companheiros (solteiros e viúvos) representam 40,0%. Com relação à variável identificação do cuidador, 55,0% dos idosos verbalizaram sua existência no âmbito domiciliar, o que indica que o idoso acometido por algum tipo de lesão crônica apresenta menos riscos de agravo e recidiva por falta de cuidados específicos com a ferida, sendo a maior parte destes representados pelos filhos (30,0%).

No tocante à qualidade de vida dos idosos entrevistados, a investigação demonstrou que eles apresentaram uma qualidade de vida regular em quase todos os domínios do WHOQOL-Old. Todavia, os resultados para as facetas “Participação social” e “Intimidade”, representaram respectivamente 32,50% e 35,31%, apresentando assim, escores expressivos para menor qualidade de vida dos participantes. Enquanto a faceta “Atividades passadas, presentes e futuras” apresentou escore significativo para melhor qualidade de vida (61,56%).

No geral, de acordo com os resultados demonstrados no instrumento WHOQOL-Old, constatou-se que a partir do Escore Transformado Total (ETT), numa variação de 0 a 100%, a qualidade de vida global dos idosos foi avaliada em 45,94%. Diante desse resultado, é notório que os idosos aqui estudados, apresentam-se em uma condição regular de qualidade de vida apesar das complicações impostas pelo agravo crônico. Entretanto, o mesmo resultado não foi

verificado nos discursos enunciados pelos participantes, pois quando questionados sobre a qualidade de vida enquanto portador de uma ferida crônica, a totalidade considerou-a ruim, sobretudo pelas dificuldades impostas, como o impacto negativo no estado físico e emocional, na autonomia e nas relações sociais. Compreende-se, portanto, que os significados que a ferida crônica assume para os idosos perpassa um amplo campo, onde são construídos cotidianamente de forma individual e subjetiva.

O estudo traz significativa contribuição para o campo da saúde, pois ajudou a identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociais, bem como os indicadores de qualidade de vida dos idosos do Curimataú. Diante destes achados, suscita a necessidade da efetivação de políticas públicas voltadas para este segmento populacional que produzam resultados eficazes e contribuam para uma melhor qualidade de vida dos idosos.

Nessa lógica, acredita-se que o foco da atenção deve ser a prevenção, essencialmente por meio de atividades educativas que visem o bem-estar pessoal e social dessa população. É neste contexto que se destacam as competências e habilidades do enfermeiro que atua na Atenção Primária, responsável por auxiliar na prevenção de doenças e na promoção da saúde por meio de práticas educacionais. Entende-se que prevenir o aparecimento de uma ferida crônica significa proporcionar ao idoso um cuidado integral e holístico. Para isso, faz-se necessário atentar para medidas essenciais de prevenção, como: a identificação dos fatores de risco ao qual o idoso está susceptível, o controle das doenças de base que podem influenciar no aparecimento das lesões (a exemplo, a IVC e o Diabetes Mellitus), orientações quanto à higiene, alimentação e hábitos de vida saudáveis. Tais condutas materializam e sistematizam a assistência de Enfermagem de forma objetiva e eficaz frente à prevenção dessa problemática.

Sabe-se que ainda são inúmeras as influências sociais, culturais, sanitárias e individuais que interferem no plano de cuidado ao idoso com ferida crônica, por isso, faz-se necessário a efetivação de um cuidado adequado e direcionado, respaldado por uma avaliação holística, que compreenda todos os aspectos que envolvem esses indivíduos. Evidencia-se, portanto, o conhecimento técnico e científico dos enfermeiros com relação à terapêutica dessas lesões, sem o qual, é impossível proceder a um tratamento com sucesso.

Destarte, a utilização de recursos que viabilizem a educação permanente dos enfermeiros sobre o tratamento de feridas, dará a estes competências para atuar adequadamente na conduta terapêutica, fator imprescindível para a reabilitação do paciente e a prevenção de recidivas da lesão. Para além disso, percebe-se a necessidade de um suporte biopsicossocial adequado para esses indivíduos, considerando que, por trás de uma ferida, existe um ser humano que necessita de cuidados que vão além da terapêutica local da lesão.

Assim, a compreensão da individualidade no enfrentamento desse agravo trará recursos essenciais para que o profissional de Enfermagem preste uma assistência holística e humanizada que atenda as reais necessidades dessa população.

Nessa perspectiva, percebe-se que o compromisso profissional assumido pelo enfermeiro, constitui-se o alicerce nos serviços de saúde, principalmente da Atenção Básica, para o cultivo de novas práticas que amenizem os impactos que a ferida crônica traz à qualidade de vida dos idosos. Outrossim, com a amplitude desse tema, acredita-se que novas pesquisas podem ser desenvolvidas, pois ainda são escassos os estudos sobre essa problemática, possibilitando assim a formulação de estratégias de atenção à saúde que melhorem os parâmetros da qualidade de vida de idosos com ferida crônica.

ALENCAR, N. A. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-109, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232010000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 set. 2014.

ALMEIDA, S. A. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Rev Bras Cir Plást**, v. 28, n. 1, p. 142-146, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/24.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

ALVES, A. R. et al. A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 26, n. 4, p. 397-402, 2008. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/04_out_dez/V26_N4_p397-402.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edição Revista e Actualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARRILI, S. R. et al. Comprometimento sensório-motor dos membros inferiores em diabéticos do tipo 2. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 26, n. 3, p. 537-548, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000300007>. Acesso em: 10 out. 2014.

BERGONSE, F. N.; RIVITT, E. A. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. **An Bras Dermatol**, v. 81, n. 2, p. 131-135, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a03.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BLANES, L. et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 2, p. 182-187, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200036>. Acesso em: 20 dez. 2014.

BRANDÃO, A. R.; BRANDÃO, T. C. R. Envelhecimento Cutâneo. In: FREITAS, E, V.; PY, L. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p.947.

BRASIL. Ministério da saúde. **Estratégia para o cuidado de pessoas com doença crônica: Obesidade**. Brasília, DF: MS, 2014. P. 212. Secretaria de Atenção à Saúde.

BRASIL. Ministério da saúde. **Parecer técnico-científico: Avaliação de múltiplas tecnologias em feridas crônicas e queimaduras**. Brasília, DF: MS, 2011. P. 101. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília - DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 14), (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF. 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

BRITO, C. K. D. et al. Úlcera venosa: avaliação clínica, orientações e cuidados com o curativo. **Rev Rene**, v. 14, n. 3, p. 470-480, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/689/pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

CAFAIA, J. S. et al. Atenção integral ao portador de Pé Diabético. **J Vasc Bras**, v. 10, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492011000600001>. Acesso em: 30 nov. 2014.

CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.229-237, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722007000200008&script=sci_abstract&tlng=t>. Acesso em: 20 out. 2014.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 933-939, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/10.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

CARVALHO, E. S. S. C; PAIVA, M. S; APARÍCIO, E. C. Corpos estranhos, mas não esquecidos: representações de mulheres e homens sobre seus corpos feridos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 1, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100014>.
Acesso em: 10 jan. 2015.

CARVALHO, E. S. S. et al. Trajetórias afetivo-sexuais de pessoas com feridas crônicas nos membros inferiores: aspectos na escuta terapêutica. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 3, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472013000300021&script=sci_arttext>.
Acesso em: 10 set. 2014.

CASTRO, S. F. F. et al. Sexualidade na terceira idade - a percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 7, n.10, p.5907-5914, 2013.

CELICH, K. L. S. et al. Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. **Rev Min Enferm.**, v.14, n. 2, p. 226-232, 2010.

CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-Old e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-Bref em uma amostra de idosos brasileiros**. 2005. 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2005.

COCKELL, F. F. Idosos aposentados no mercado de trabalho informal: trajetórias ocupacionais na construção civil. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n.2, p. 461-471, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a22v26n2.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2015.

CUBAS, R. M. et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioter. Mov**, Curitiba, v. 26, n. 3, p. 647-655, jul./set. 2013. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n3/a19v26n3.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

DALSENTER, C.A.; MATOS, F.M. Percepção da qualidade de vida em idosos institucionalizados da cidade de Blumenau (SC). **Dynanis Revista Tecno Científica**, Blumenau, v. 15, p. 32-37, 2009.

DANTAS, D. V.; TORRES, G. V.; DANTAS, R. A. N. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. **Cienc Cuid Saude**, Paraná, v. 10, n. 2, p.366-372, abr./jun. 2011. Disponível em:
<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612011000200021>.
Acesso em: 15 out. 2014.

DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 518-

524, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300010>. Acesso em: 15 jun. 2015.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

DIAS, D. S. G.; CARVALHO, C. S.; ARAÚJO, C. V. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 127-138, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232013000100013&script=sci_arttext>.

Acesso em: 12 jun. 2015.

DIAS, T. Y. A. F. et al. Influência da assistência e características clínica na qualidade de vida de portadores de úlcera venosa. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 6, p. 529-534, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600004>.

Acesso em: 10 out. 2014.

EVANGELISTA, D. G. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 2, n. 2, p. 254-263, 2012.

Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/15>>.

Acesso em: 10 nov. 2014.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Rev Saúde Pública**, v. 40, p. 785-91, 2006.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** – 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

FREITAS, M. C. et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 143-150, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472011000100019&script=sci_arttext>.

Acesso em: 10 nov. 2014.

FRUMI, C.; CELICH, K. L. S. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 3, n. 2, 2006. Disponível em:

<<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/78/74>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

GASPAR, J. C.; OLIVEIRA, M. A. C.; DUAYER, M. F. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. **Rev Esc Enferm**

USP, n. 41, v. 4, p. 619-628, 2007. Disponível em:
<<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/41663/45272>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312012000100007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 jun. 2015.

GIL, A.C. **Como elaborar Projeto de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

_____. **Censo Demográfico 2010: Resultados preliminares da amostra**. Coordenação de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000006460511142011051416506447.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 131-138, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102007000100018&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 mar. 2015.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado**, Brasília, v.27, n.1, p. 165-180, 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010269922012000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jun. 2015.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

LAMAS, M. C.R.; PAUL, C. O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida. In: **Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social**. 2013. Disponível em:
<<http://www.actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/34/39>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

LARA, M. O. et al. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 3, p. 471-477, 2011. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/20178/16232>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

LINO, L. A. V. **Dependência funcional e autoestima na pessoa com ferida crônica**. 2013. 120f. Dissertação (Mestrado em Feridas e viabilidade tissular)- Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. 2013.

LUCAS, L. S.; MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores: úlcera de perna. **Ciencia y Enfermeria**, v. 14, n. 1, p. 43-52, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000100006>. Acesso em: 15 out. 2014.

LUCENA, A. F. et al. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 3, p. 523-530, maio./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_11.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

MACÊDO, E. A. B. et al. Caracterização sócio-demográfica dos pacientes com úlcera venosa atendidos em um hospital universitário. **Rev enferm UFPE** (online), v. 4, n. 1, p. 1863-1867, 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1475/pdf_125>. Acesso em: 26 dez. 2014.

MALAQUIAS, S. G.; et al. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 302-310, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200006&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 nov. 2014.

MARCHIORI, G. F.; DIAS, F. A.; TAVARES, D. M. S. Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 7, n. 4, p.1098-1106, 2013.

MARTINS, J. J. et al . Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, Jun. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000300005&lng=en&nm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2014.

MELO, L. P. et al. Representações e práticas de cuidado com a ferida crônica de membro inferior: uma perspectiva antropológica. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 2, p. 303 310, 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/20804/14215>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MELO, R. L. P. et al. O Efeito do Estresse na Qualidade de Vida de Idosos: O Papel Moderador do Sentido de Vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 2, p. 222-230, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722013000200002&script=sci_arttext>.

Acesso em: 14 jun. 2015.

MENEZES, T. M. O.; LOPES, R. L. M. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3309-3316, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201400080339>.

Acesso em: 16 jun. 2015.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2014.

MIRANDA, L. C.; BANHATO, E. F. C. Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. **Psicologia em Pesquisa**, v. 2, n. 1, p. 69-80, 2008. Disponível em:

<<http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2009/11/v2n1008.pdf>>. Acesso em 10 mar. 2015.

MIRANDA, A. C. C. et al. Avaliação da presença de cuidador familiar de idosos com déficits cognitivo e funcional residentes em Belo Horizonte-MG. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141- 150, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232015000100141&script=sci_abstracts>.

Acesso em: 12 jun. 2015.

MORTON, P. G.; FONTTAINÉ, D. K. **Cuidados críticos de Enfermagem: Uma Abordagem Holística**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

NICOLAZI, et al. Qualidade de vida na terceira idade: um estudo na atenção primária em saúde, **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 428-434, 2009.

OLIVEIRA, B.; CASTRO, J. B. A.; GRANJEIRO, J. M. Panorama Epidemiológico e clínico de pacientes com Feridas Crônicas tratados em Ambulatório. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 612-617, 2013. Disponível

em:<<http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a09.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

OLIVEIRA, E. C. M.; POLES, K. Crenças do paciente com ferida crônica: uma análise discursiva. **REME – Rev. Min Enf**, v. 10, n. 4, p. 354-360, 2006.

PANZINI, R.G. et al. Espiritualidade/Religiosidade e Qualidade de Vida. In: Fleck, M. A **avaliação de qualidade de vida, guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p 178-96.

PASCHOAL, S. M. P. **Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. 2000. 252f. Dissertação (Mestrado em medicina)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2000.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na Velhice. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Grupo Guanabara Koogan, 2011, p.100.

PEDRAZZI, E. C. et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_04.pdf. Acesso em: 10 jun. 2015.

PEDROSO, B. et al. Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. **Conexões: revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, v. 9, n. 1, p.130-156, 2011. Disponível em: <http://fefnet178.fef.unicamp.br/ojs/index.php/fef/article/viewFile/622/391>. Acesso em: 21 mai. 2015

PEREIRA, S. R. M. Fisiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p.1192.

PERES, M. A. C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Revista Sociedade e Estado**, v. 26, n.3. São Paulo, set, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v26n3/11.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2015.

REIS, D. B. et al. Cuidados as pessoas com ulcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Rev Min Enferm**, v. 17, n. 1, p. 101-106, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/582>. Acesso em: 12 nov. 2014.

RESENDE, D. M.; BACHION.; M. M.; ARAÚJO, L. A. O. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 2, p. 168-173, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200008. Acesso em: 30 out. 2014.

RIBEIRO, V. M.; VÓVIO, C. L.; MOURA, M. P. Letramento no Brasil: alguns resultados do indicador nacional de alfabetismo funcional. **Educ. Soc**, Campinas, v. 23, n. 81, p. 49-70, 2002.

ROACH, S. S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ROGENSK, N. M. B.; SANTOS, V. L. C. G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 474-480, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a03.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

SALVETTI, M. G. et al. Prevalência de dor e fatores associados em pacientes com úlcera venosa. **Rev Dor**, São Paulo, v.15, n. 1, p. 17-20, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132014000100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 dez. 2014.

SALOMÉ, G. M.; BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa. **Rev Bras Cir Plást.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 124-129, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-51752012000100021&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 dez. 2014.

SANTOS, C. T. et al. **Desenvolvimento e validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão**. 2014.107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2014.

SANTOS, N. C.; ABDALA. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 795-805, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00795.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

SANTOS, S. R. et al . Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, Dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2014.

SELLMER, D. et al. Sistema especialista para apoiar a decisão na terapia tópica de úlceras venosas . **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 2, p. 154-162, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000200020&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 dez. 2014.

SERBIM, A. K.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 4, p. 166-172, 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/9405/7236>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

SILVA, C. L. et al. Características de lesões de pé diabético e suas complicações. **Rev Rene**, v. 13, n. 2, p. 445-453, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/228>>. Acesso em: 15 out. 2014.

SILVA, F. A. A. et al. Enfermagem em estomatoterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n. 6, p.889-893, nov./dez, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a14v62n6.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

SILVA, M. H. et al. O cotidiano do homem que convive com a úlcera venosa crônica: estudo fenomenológico. **Rev Gaúcha Enferm**, Rio Grande do Sul, v. 34, n. 3, p. 95-101, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472013000300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 set. 2014.

SILVERTHORN, D. U. **Fisiologia humana: Uma abordagem integrada**. 5. ed. Artmed, 2010.

SMELTZER, C. S. et al. Brunner, Suddarth: **Tratamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11. ed. v.3. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2013.

SOARES, P. P. B. et al. Impacto das úlceras arteriais na qualidade de vida sob a percepção dos pacientes. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 7, n. 8, p. 5225-5231, 2013.

SOUZA, M. K. B.; MATOS, I. A. T. Percepção do portador de ferida crônica sobre sua sexualidade. **Rev enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 19-24, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472013000300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 set. 2014.

STIVAL, M. M. et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 395-405, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000200395&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 out. 2014.

TAMAI, S. A. B. **Avaliação de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida e no estado de bem estar em idosos**. 2010. 158f. Tese (Doutorado em ciências)- Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A.; MUNARI, D. B. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. **CEP**, v. 38, p. 440, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/2012nahead/aop2012.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from The World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K>>. Acesso em: 22 set. 2014.

TORRES, G. V. et al . Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **Rev. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 out. 2014.

VASCONCELLOS, D. et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 413-414, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000300003>. Acesso em: 24 nov. 2014.

VECCHIA, R. D. et al . Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev.bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2005000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2014.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000600022&lng=en&nrm=isd>. Acesso em 10 de mar. 2014.

WAIMAN, M. A. P. et al. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 691-699, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 set. 2014.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa “Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no curimataú ocidental paraibano”, que tem dentre seus objetivos: construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do curimataú ocidental paraibano. Trata-se de um estudo exploratório-observacional, sendo coordenado pelo Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG (Campus Cuité) Matheus Figueiredo Nogueira.

O estudo é relevante porque fornecerá subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

A participação é voluntária, o que significa que o (a) Sr (a) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo. Caso decida aceitar o convite irá responder a um questionário e a uma entrevista, com questões abertas e fechadas, apresentados pelo próprio pesquisador. Não haverá pagamento pela participação na pesquisa, mas poderá haver ressarcimento caso haja alguma despesa para sua participação.

Não se espera que haja riscos em consequência da realização da pesquisa, porém esta pode oferecer desconforto devido ao tempo investido para a realização da entrevista e risco de constrangimento diante das questões abordadas e a tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente. Para evitar essas situações adotaremos o cuidado do agendamento prévio das entrevistas de acordo com a sua disponibilidade e a mesma será conduzida no ritmo e tempo mais adequados possível.

Os dados serão guardados no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida, localizado no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e a divulgação dos resultados será feita sem nenhum tipo de identificação dos voluntários.

O (A) Sr (a) ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente aos responsáveis, no endereço: Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Sítio Olho D’água da Bica, Cuité – PB, pelo telefone (83) 3372-1900.

Consentimento Livre e Esclarecido – Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente.

_____ - PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador Responsável

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPICA

Endereço do pesquisador responsável:

Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

Sítio Olho d’água da Bica, Cuité – PB.

Telefone: (83) 3372 1900.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB.

Telefone: (83) 2101-5545.

APÊNDICE B

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que os resultados da pesquisa intitulada “Qualidade de vida de idosos com ferida crônica” serão anexados à Plataforma Brasil, garantindo assim o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Para tanto, asseguramos respeitar as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que garantem os direitos e deveres da comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Cuité – PB, 10 de dezembro de 2014.

Prof. Matheus Figueiredo Nogueira
Universidade Federal de Campina Grande
(Pesquisador responsável)

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA

1. O que significa Qualidade de Vida para o senhor?
2. O que mais interfere na sua Qualidade de Vida como um portador de ferida crônica?
3. Como o senhor avalia a sua Qualidade de Vida com a ferida crônica?

ANEXO A

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Seção A: Informações Pessoais		CODIFICAÇÃO
A1	Idade: _____ (anos completos) Data de nascimento: ____/____/____.	<i>AIDADE:</i> _____ <i>ADATA:</i> _____
A2	Sexo (1) Masculino (2) Feminino	<i>ASEXO:</i> _____
A3	Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR	<i>ACOR:</i> _____
A4	Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a)(5) Viúvo (a) (6) União consensual (99) NS/NR	<i>AESTCIV:</i> _____
A5	Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o (a) Sr (a)? Nº de pessoas: _____.	<i>ANCASA:</i> _____
A6	Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho (s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o (s) filho (s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos) (9) Não familiares (10) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>AMORA:</i> _____
A7	Quem é o (a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho (a)(4) Outro familiar (5) Não familiar(99) NS/NR	<i>ACHEFE:</i> _____
A8	Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? Nº de filhos: _____(99) NS/NR	<i>AFILHOP:</i> _____
A9	O (A) Sr (a) tem cuidador? (1) Sim (2) Não	<i>ACUID:</i> _____
A10	Quem é o seu cuidador? (1) Cônjuge (2) Cônjuge e filho (s) (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora (4) Somente com o(s) filho(s) (5) Outro idoso(6) Cuidador particular (7) Outros (especifique) _____(99) NS/NR	<i>AQCUID:</i> _____
A11	Qual é a sua religião? (0) Nenhuma (1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Judaica (5) Outra (especifique)	<i>ARELIG:</i> _____

	(99) NS/NR	
A12	Quando o (a) Sr (a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o (a) Sr (a) utiliza como primeira opção? (1) Sistema Único de Saúde (2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia(5) Benzedeira (6) Outro (especifique) _____ (88) Não se aplica (99) NS/NR	ASERATS: _____
Seção B: Perfil Social		CODIFICAÇÃO
B1	a) O (A) Sr (a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR b) Escolaridade: Quantos anos o (a) Sr (a) frequentou a escola? Nº de anos: _____ (Se nenhum, colocar "0")	BLERES: _____ BESCOL: _____
B2	Qual é a renda mensal em Reais: Idoso: _____ Família (incluir idoso): _____ (99) NS/NR	BRENDI: _____ BRENF: _____
B3	Qual(is) dessas rendas o (a) Sr(a) tem? (Pode ter mais de uma opção) (1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR B3a) Aposentadoria: _____ B3b) Pensão: _____ B3c) Aluguel: _____ B3d) Trabalho Próprio: _____ B3e) Doações (família, amigos, instituições) : _____ B3f) Outras _____	BAPOS: _____ BPENS: _____ BALUGUEL: _____ BTRAPO: _____ BDOA: _____ BOUTR: _____
B4	No seu entender de acordo com sua situação econômica atual de que forma o(a) Sr (a) avalia suas necessidades básicas (como: alimentação, moradia, saúde, etc). (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (99) NS/NR	BNECBAS: _____
B5	Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	BECONCOMP: _____
B6	Como o (a) Sr (a) avalia sua memória atualmente? (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima (99) NS/NR	BAVEMEM: _____
B7	Comparando com um ano atrás, o (a) Sr (a) diria que agora sua memória está... (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	BMEMPOS: _____
B8	O Sr (a) desenvolvia alguma atividade? (na fase adulta)	BNENHU: _____

	<p>(1) sim (2) não (99) NS/NR</p> <p>B8 a) Nenhuma: _____ B8b) Atividades domésticas: _____</p> <p>B8c) Esporte/dança: _____ B8d) Trabalho voluntário/comunitário: _____</p> <p>B8e) Trabalho remunerado _____</p> <p>B8f) Outros: Quais? _____</p>	<p><i>BATVDOM:</i> _____</p> <p><i>BESPD:</i> _____</p> <p><i>BTRABVOL:</i> _____</p> <p><i>BTRABREM:</i> _____</p> <p><i>BOUTR:</i> _____</p>
B9	<p>Atualmente o Sr (a) desenvolve alguma atividade? (atualmente)</p> <p>(1) sim (2) não (99) NS/NR</p> <p>B9 a) Nenhuma: _____ B9b) Atividades domésticas: _____</p> <p>B9c) Esporte/dança: _____ B9d) Trabalho voluntário/comunitário: _____</p> <p>B9e) Trabalho remunerado: _____</p> <p>B9f) Outros: Quais? _____</p>	<p><i>NENHUM:</i> _____</p> <p><i>BATVDOME:</i> _____</p> <p><i>BESPDAN:</i> _____</p> <p><i>BTRABVOLU:</i> _____</p> <p><i>BTRABREMU:</i> _____</p> <p><i>BOUTR:</i> _____</p>

ANEXO B

Questionário Whoqol-Old

INSTRUÇÕES

Este instrumento não deve ser aplicado individualmente, mas sim em conjunto com o instrumento WHOQOL-BREF.

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas.

Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro.

Por favor, leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado (a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_02	Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_03	Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_04	Até que ponto você sente que controla o seu futuro?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
old_05	O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

old_06	Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_07	O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_08	O quanto você tem medo de morrer?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_09	O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10	Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_11	Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_12	Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_13	O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_14	Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz** ou **bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15	Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
old_16	Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
old_17	Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5

old_18	Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
old_19	Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
old_20	Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito, nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21	Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_22	Até que ponto você sente amor em sua vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_23	Até que ponto você tem oportunidades para amar?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_24	Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO C

TERMOS DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Francisco Tonel, 74 - Centro- Remígio - PB. CEP 58398-000
Tele fax: (83) 3364 – 1566 C.N.P.J. Nº. 11.376.311/0001-76
sms.remigio@bol.com.br



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTUTUCIONAL

Eu, Alane Lima de Freitas Souto, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Remígio, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “ *Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento*: um estudo no Curimataú ocidental paraibano”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as unidades de saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité e Doutorando em saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO


Alane L. de Freitas Souto,
Coord. De Atenção Básica

Alane Lima de Freitas Souto

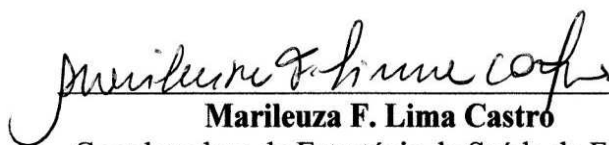
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família

Remígio - PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Marileuza F. Lima Castro, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Nova Floresta, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.




Marileuza F. Lima Castro
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Nova Floresta – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Vanusa da Paz Medeiros, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Sossego, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.



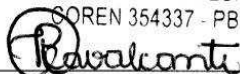
Vanusa da Paz Medeiros
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Sossego – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Joseane da Rocha Dantas Cavalcante, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti
Coordenadora da ESF
COREN 354337 - PB

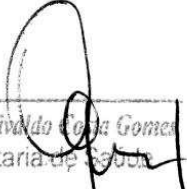


Joseane da Rocha Dantas Cavalcante
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Cuité – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Cícero Erivaldo Costa Gomes, Secretário de Saúde do Município de Barra de Santa Rosa, Estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental Paraibano”**, nos meses de agosto a dezembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 22 de julho de 2014.


Cícero Erivaldo Costa Gomes
Secretaria de Saúde

Cícero Erivaldo Costa Gomes
Secretário Municipal de Saúde
Barra de Santa Rosa – PB

ANEXO D

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS E A DIVERSIDADE DE VIVENCIAR O ENVELHECIMENTO

Pesquisador: MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34715614.5.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 844.702

Data da Relatoria: 28/10/2014

Apresentação do Projeto:

ANÁLISE DA SEGUNDA VERSÃO APÓS SOLICITAÇÃO DE ADEQUAÇÕES PELO RELATOR:

Trata-se de um estudo exploratório-observacional, de natureza quanti-qualitativa, subsidiado pelo aporte estrutural da Teoria das Representações Sociais, que será realizado na microrregião do Curimataú Ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB), especificamente nos seguintes municípios: Cuité, Nova Floresta, Barra de Santa Rosa, Sossego e Remígio, a partir da aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário de Coleta de Dados; Entrevista; Questionários de Whoqol-Old e Whoqol-Bref. Em seguida, os dados serão organizados nos bancos de dados preparados especificamente para cada etapa do instrumento e analisado por meio dos softwares EVOC e IBM-SPSS Statistics 20.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano. E como objetivo secundário: caracterizar o perfil social e de saúde física e mental de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano; conhecer as

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 844.702

Representações; Sociais construídas por idosos acerca da qualidade de vida e do envelhecimento; e explorar a relação entre qualidade de vida, diversidade de vivenciar o envelhecimento e representações sociais de idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação dos questionários ou sentirem-se desconfortáveis devido ao tempo investido. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução 466/12 do CNS

E como benefícios: o estudo poderá fornecer subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

Comentário: Rever no item dos riscos no ponto referente a "tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente" e incluir a forma como será minimizado essa condição. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Além dos comentários já descritos, foram observados também as seguintes inadequações e com suas respectivas sugestões:

O cronograma encontra-se desatualizado e diferente o período de realização do projeto com o apresentado na Plataforma Brasil; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

O projeto se caracteriza como multicêntrico, portanto, sugiro o preenchimento correto na plataforma; DESCONSIDERO SOLICITAÇÃO

Não apresentou a hipótese no projeto; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Não foi apresentado detalhadamente a previsão orçamentária, sendo assim, sugiro que detalhe todos os gastos que terão com a pesquisa. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados na Plataforma Brasil, mas só estava presente no projeto de pesquisa o TCLE e o mesmo não estava devidamente assinada.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 844.702

Comentário: Incluir os termos no projeto de pesquisa e apresentar o TCLE assinado. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Recomendações:

Realizar ou justificar as sugestões feitas nos itens anteriores, a saber:

Rever o item riscos;

Atualizar cronograma na plataforma e no projeto de pesquisa;

Incluir os termos obrigatórios no projeto de pesquisa;

Assinar e Incluir o TCLE;

Rever o orçamento na plataforma.

Comentários: Todas as solicitações acima foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que as solicitações foram atendidas, somos de parecer favorável a execução dessa pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A partir do parecer da relatoria o protocolo foi considerado aprovado ad referendum. Coordenação do CEP/HUAC

CAMPINA GRANDE, 24 de Outubro de 2014

Assinado por:
Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br