

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Ana Cristina Geiss Casaroli

**MANUTENÇÃO DA AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA: O CUIDADO
DE SI DE IDOSOS COM ÚLCERA VENOSA**

Santa Maria, RS, Brasil
2016

Ana Cristina Geiss Casaroli

**MANUTENÇÃO DA AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA: O CUIDADO DE SI DE
IDOSOS COM ÚLCERA VENOSA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Margrid Beuter
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marinês Tambara Leite

Santa Maria, RS, Brasil
2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Casarolli, Ana Cristina Geiss
Manutenção da autonomia e independência: o cuidado de si de idosos com úlcera venosa / Ana Cristina Geiss Casarolli.-2016.
101 p.; 30cm

Orientadora: Margrid Beuter
Coorientadora: Marinês Tambara Leite
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2016

1. Saúde do idoso 2. Envelhecimento 3. Úlcera varicosa
4. Cuidados de enfermagem 5. Autonomia pessoal I.
Beuter, Margrid II. Leite, Marinês Tambara III. Título.

Ana Cristina Geiss Casaroli

**MANUTENÇÃO DA AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA: O CUIDADO DE SI DE
IDOSOS COM ÚLCERA VENOSA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 17 de junho de 2016:

Margrid Beuter, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Marinês Tambara Leite, Dra. (UFSM/CESNORS)
(Coorientadora)

Celmira Lange, Dra. (UFPEL)
(Membro da banca)

Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)
(Membro da banca)

Maria de Lourdes Dernardin Budó, Dra. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, RS, Brasil
2016

AGRADECIMENTOS

*Aos meus pais **Mirna** e **Leomar** por nunca terem medido esforços para me apoiar a alcançar os meus sonhos. Sei que muitas vezes se abdicaram para que eu conquistasse meus objetivos. Essa conquista, com certeza, também é de vocês. Obrigada sempre!*

*Aos meus irmãos **Bruno** e **Leticia**, por se preocuparem sempre comigo, pelo carinho, amizade e incentivo. Amo vocês!*

*Às minhas amigas **Thaís**, **Jaqueline** e **Taís** pela amizade e por estarem do meu lado nos momentos felizes e tristes nesse período. Vocês estarão sempre comigo!*

*À minha orientadora Enf. Dra. **Margrid Beuter**, agradeço pela paciência, oportunidade e compreensão que teve comigo durante essa trajetória. Mas especialmente pela preocupação e amizade! Obrigada por entender meus limites, pelo conhecimento e por me propor desafios.*

*À minha coorientadora Enf. Dra. **Marinês Tambara Leite** pela atenção e disponibilidade. O seu conhecimento e auxílio foram fundamentais para a concretização desse estudo.*

*Às professoras integrantes da banca de defesa, **Celmira Lange**, **Maria Denise Schimith** e **Maria de Lourdes Denardin Budó**.*

Ao Hospital Universitário de Santa Maria por liberar o campo de estágio.

À equipe de enfermagem do ambulatório Ala A pelo auxílio e disponibilidade na realização da coleta de dados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de mestrado.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa, obrigada pela troca de conhecimento e experiências.

*Aos colaboradores de pesquisa, **Fátima** e **Aline** por me auxiliar durante o período de coleta de dados.*

À Universidade Federal de Santa Maria, pela oportunidade de aprimorar meu conhecimento científico.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria por possibilitarem minha qualificação profissional e que esta pesquisa se concretizasse.

Às demais pessoas envolvidas nesse processo, que não foram aqui citadas, mas que de forma indireta me incentivaram e contribuíram para que chegasse até aqui.

Muito Obrigada!

*Nossa idade – velho ou moço – pouco importa.
Importa é nos sentirmos vivos e alvoroçados
mais uma vez, e revestidos de beleza, a exata
beleza que vem dos gestos espontâneos e do
profundo instinto de subsistir enquanto as coisas
em redor se derretem e somem como nuvens
errantes no universo estável.
Prosseguimos. Reinauguramos. Abrimos olhos
gulosos a um sol diferente que nos acorda para
os descobrimentos.
Esta é a magia do tempo.
Esta é a colheita particular que se exprime no
cálido abraço e no beijo comungante, no
acreditar na vida e na doação de vivê-la em
perpétua procura e perpétua criação.
E já não somos apenas finitos e sós.*

Reinauguração-
Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

MANUTENÇÃO DA AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA: O CUIDADO DE SI DE IDOSOS COM ÚLCERA VENOSA

AUTORA: Ana Cristina Geiss Casarolli

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Margrid Beuter

COORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Marinês Tambara Leite

A úlcera venosa é um problema de saúde pública, representa importante agravo crônico à saúde e impacto biopsicossocial negativo na vida da pessoa idosa. O envelhecimento humano é acompanhado de declínio funcional e cognitivo, que pode ser potencializado na presença de situações de adoecimento. A assistência à saúde do idoso deve prezar pela identificação precoce de fatores, que possam intervir na sua independência e autonomia, por meio da avaliação multidimensional, no intuito de planejar ações que contribuam para o cuidado de si. Neste contexto, estão incluídos os idosos que convivem com úlcera venosa. A pergunta desta pesquisa foi: como os idosos com úlcera venosa em acompanhamento ambulatorial têm desenvolvido o cuidado de si? Teve como objetivo geral: compreender o cuidado de si de idosos com úlcera venosa acompanhados no ambulatório de um hospital de ensino, na perspectiva do envelhecimento ativo. Os objetivos específicos foram: identificar a capacidade funcional e cognitiva e o apoio social de idosos com úlcera venosa acompanhados em um ambulatório; e, descrever como idosos que possuem úlcera venosa, com acompanhamento ambulatorial, cuidam de si. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Participaram dez idosos com úlcera venosa que se encontravam em acompanhamento ambulatorial de um Hospital Universitário. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2015 no Hospital Universitário de Santa Maria (UFSM), por meio de entrevista semiestruturada. Para a avaliação funcional foi aplicada a escala de Katz e de Lawton e Brody; para avaliar os aspectos cognitivos utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental; o apoio social foi avaliado por meio do Inventário da Rede de Suporte Social. Os dados da entrevista, depois de transcritos, foram submetidos à análise de conteúdo temática. Ao avaliar a funcionalidade dos idosos, foi possível observar que eles apresentam independência para a maioria de suas atividades cotidianas, entretanto apresentam dependência parcial para algumas. Ao analisar a capacidade cognitiva, obteve-se predomínio de idosos com déficit cognitivo. Quanto ao apoio social, observou-se baixo número de componentes na rede social, porém com boa qualidade nas suas relações. A família foi considerada a principal fonte de apoio aos idosos, auxiliando na realização dos cuidados com a lesão e com a saúde. Entretanto, ocorreram momentos que os idosos precisaram demonstrar sua capacidade de autonomia, rejeitando a ingerência da família. O cuidado de si evidenciou-se nas práticas de cuidado com o corpo, preocupação com a capacidade cognitiva, atividades de lazer e cuidados com a lesão. A úlcera venosa inflige limitações na vida do idoso, dentre elas destacaram-se: a restrição para manter o trabalho e as relações sociais, a dependência para atividades cotidianas, o cuidado com o corpo e as repercussões psicológicas e emocionais destas. O estudo contribui com o cuidado de enfermagem ao reconhecer o cuidado de si como objeto da assistência, o que significa favorecer a independência, a autonomia e a liberdade do idoso, estimulando a sua participação e expressão das necessidades de saúde na tomada de decisão acerca das práticas de cuidado.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Envelhecimento. Úlcera varicosa. Cuidados de enfermagem. Autonomia pessoal.

ABSTRACT

AUTONOMY AND INDEPENDENCE MAINTENANCE: ELDERLY SELF-CARE WITH VENOUS ULCER

AUTHOR: Ana Cristina GeissCasarolli
ADVISOR: Prof^ª Dr^ª Margrid Beuter
CO-ADVISOR: Prof^ª Dr^ª Marinês Tambara Leite

Venous ulcer is a health public problem; it is an important chronic health problem and negative biopsychosocial impact on the lives of the elderly people. Human aging is accompanied by functional and cognitive decline, which can be enhanced in presence of disease situations. The health care for the elderly should appreciate the early identification of factors that may interfere in their independence and autonomy, through multidimensional assessment in order to plan actions that contribute to the self-care. In this context, elderly that living with venous ulcer are include. The question of this research was: how the elderly with venous ulcers in outpatient follow-up have developed the self-care? This had the general aim: to understand the self-care of elderly patients with venous ulcer in outpatient follow-up, from a teaching hospital, in the active aging perspective. The specific objectives were: to identify the functional and cognitive capacity and social support of elderly patients with venous ulcers in outpatient follow-up; and to describe how elderly who have venous ulcers, with outpatient follow-up, take care of themselves. This is a field research, exploratory and descriptive, with a qualitative approach. Ten elderly patients with venous ulcers, who were in outpatient follow-up at a University Hospital, participated. Data collection occurred from February to April 2015 through semi-structured interview. Katz and Lawton's scale and Brody's scale were applied to assess the functional aspects; Mini Mental State Examination was used to assess the cognitive aspects; Inventory of Social Support Network was applied to evaluate social support. The data of the interview, after transcripts, were submitted to thematic content analysis. In assessing the functionality of the elderly, it was observed that they have independence for most of their daily activities, but have partial dependence for some. By analyzing the cognitive capacity, it was obtained predominance of elderly people without cognitive impairment and through social support, low number of components in the social network was observed, but with good quality in their relations. The family was considered the main source of support for the elderly, it helps in achieving the injury and health care, but there were times that the elderly had to demonstrate their capacity to autonomy, rejecting family interference. Self-care is evidenced in the care practice for the body, concern with cognitive capacity, leisure activities and care of venous ulcer. This causes several limitations in their daily routines, among them stood out the restriction to keep work and social relations, dependence for daily activities, body care and the psychological and emotional impact. It considers that this study allows us to support nursing care to recognize the self-care as a care object, which means favoring independence, autonomy and freedom of the individual, encouraging their participation and expression of the health needs and decision making about care practices.

Keywords: Health of the Elderly. Aging. Varicose Ulcer. Nursing Care. Personal Autonomy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Classificação da capacidade funcional segundo a escala de Katz (AVD). Santa Maria/RS, 2015.....	433
Tabela 2 - Tabela 2Classificação da capacidade funcional segundo a escala de Lawton e Brody (AIVD). Santa Maria/RS, 2015.....	433
Tabela 3 - Pontuação e classificação dos idosos segundo as dimensões da escala de Lawton e Brody (AIVD). Santa Maria/RS, 2015.....	444
Tabela 4 - Fontes de apoio relatadas pelos sujeitos da pesquisa por meio do Inventário da Rede de Suporte Social. Santa Maria, 2015	455

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 - Dados sociodemográficos e de escolaridade dos participantes da pesquisa. Santa Maria, 2015.....	40
--	----

LISTA DE SIGLAS

AAVD	Atividades Avançadas da Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
GAP	Gabinete de Projetos de Pesquisa
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IRSS	Inventário da Rede de Suporte Social
IVC	Insuficiência Venosa Crônica
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TVP	Trombose Venosa Profunda
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 O IMPACTO BIOPSISSOCIAL DO INDIVÍDUO IDOSO COM ÚLCERA VENOSA CRÔNICA	19
2.2 O CUIDADO DE SI NA PERSPECTIVA DO IDOSO	23
2.3 A AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO COM ÚLCERA VENOSA	28
3 METODOLOGIA	31
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	31
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	31
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	32
3.4 COLETA DE DADOS	32
3.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	36
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
4. CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS COM ÚLCERA VENOSA - A BUSCA PELA MANUTENÇÃO DA AUTONOMIA E DA INDEPENDÊNCIA	38
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	38
4.2 CAPACIDADE FUNCIONAL E COGNITIVA E APOIO SOCIAL DE IDOSOS COM ÚLCERA VENOSA	43
5. O CUIDADO DE SI DE IDOSOS COM ÚLCERA VENOSA NA PERSPECTIVA DO ENVELHECIMENTO ATIVO	47
5.1 O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA DO IDOSO COM ÚLCERA VENOSA	47
5.2 O IDOSO COM ÚLCERA VENOSA E O VIVER COTIDIANAMENTE COM LIMITAÇÕES	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	83
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO E ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.	84
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86
APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	89
ANEXOS	90
ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DE KATZ.....	91
ANEXO B – ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA DE LAWTON E BRODY	92
ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	93
ANEXO D – INVENTÁRIO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL (IRSS)	95
ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	98

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem caminhado rapidamente para um perfil demográfico populacional mais envelhecido (MENDES, 2011). Estima-se que, em 2025, o País ocupará o sexto lugar no mundo, em relação ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. E, para 2050, as crianças na faixa etária de zero a 14 anos representarão 13,15%, ao passo que o percentual de idosos alcançará 22,71% da população geral (MORAES, 2012).

A transição do perfil demográfico é, concomitantemente, acompanhada por mudanças no perfil epidemiológico, representado pela redução das morbidades infectocontagiosas, de caráter agudo, com aumento na incidência de doenças crônicas e degenerativas (MENDES, 2011). Dentre as enfermidades crônicas, que se manifestam com frequência na população idosa, tem-se a Insuficiência Venosa Crônica (IVC). Esta patologia está relacionada a um conjunto de alterações que acometem a derme e hipoderme, especialmente dos membros inferiores, em decorrência da hipertensão venosa de longa duração, causada pela falha do mecanismo de bombeamento da panturrilha (MAFFEI et al., 2002; IRION, 2012). O quadro clínico é caracterizado por edema, hiperpigmentação ou dermatite ocre, eczema, erisipela, lipodermatoesclerose, dermatoesclerose e a úlcera (MAFFEI et al., 2002).

A úlcera, nas suas mais variadas etiologias, constitui um problema de saúde pública em razão do elevado número de pessoas acometidas, por contribuir para onerar o gasto público e por causar sofrimento às pessoas, interferindo na sua qualidade de vida (BRASIL, 2008). Dentre as úlceras de etiologia vasculogênica, 75% correspondem à úlcera venosa crônica. Esta, geralmente apresenta-se de forma irregular e superficial, pode ser única ou múltipla, em geral está localizada na região dos maléolos e apresenta recidivas frequentes (VALENCIA et al., 2001; PRAKASH et al., 2013). Além das alterações locais e sistêmicas, as úlceras venosas afetam significativamente o estilo de vida do indivíduo, decorrente da dor crônica, desconforto, isolamento social, perda da autoestima, depressão, incapacidade para o trabalho e hospitalizações recorrentes (QUEIROZ et al. 2012).

Vale destacar que a úlcera venosa acomete principalmente a população idosa (ANGÉLICO et al., 2012; SILVA; MOREIRA, 2011; OLIVEIRA et al., 2012). Diante disso, deve-se considerar que os idosos possuem particularidades próprias e hábitos de vida peculiares que abrangem sua alimentação, higiene, lazer, conforto, espiritualidade, objetivos pessoais e o modo como desenvolvem a cultura do cuidado de si. Nessa faixa etária, os

hábitos tornam-se mais evidentes e pode-se dizer que estão enraizados no seu cotidiano como parte significativa da sua própria vida (LENARDT et al. 2008).

No desenvolvimento de estudos que envolvem idosos é imprescindível conhecer algumas características dessa população como os dados sociodemográficos e de escolaridade, os quais podem auxiliar o profissional ao avaliá-los e orientá-los. Estudos brasileiros apontam a prevalência de idosos com baixa renda mensal, aposentados e indivíduos do sexo feminino. Estudo realizado em município do Paraná revelou que, dos 359 idosos entrevistados, 256 tinham renda *per capita* de zero a um salário mínimo, 254 eram aposentados e 231 do sexo feminino (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

A prevalência de mulheres aposentadas e com baixo poder aquisitivo pode estar associada à discriminação de gênero no mercado de trabalho formal, em que as mulheres ganham menos e, conseqüentemente, suas aposentadorias são mais baixas. Verifica-se que a atual geração de mulheres idosas que, em sua maior parte, dedicou sua vida a cuidar do cônjuge e de seus filhos, está mais exposta à pobreza, tem mais problemas de saúde e pouca oportunidade de inserir-se no mercado de trabalho pela falta de uma profissão e de experiência (BRASIL, 2014).

Estas características socioeconômicas apresentadas assemelham-se com as observadas em indivíduos com úlcera venosa. Estudos apontam a prevalência dessa lesão em indivíduos do sexo feminino, com idade superior a 60 anos, aposentados e com baixo poder aquisitivo (MEDEIROS et al. 2013; TORRES et al., 2013; DIAS et al., 2013). Essas características vão ao encontro da dificuldade que os idosos têm em se manter no mercado de trabalho, em desempenhar atividades laborais, em função das limitações físicas e ao déficit cognitivo comumente presentes e decorrentes do processo de envelhecimento. Em consequência, frequentemente passam a ser taxados, pela sociedade, como incapazes, descartáveis e improdutivos. Esse estigma é reforçado quando se trata de um idoso com úlcera venosa, pois a sociedade o referencia a um atributo depreciativo pelo fato de ter uma característica diferente dos outros, a lesão. Então, na sociedade atual, o idoso com úlcera venosa não passa despercebido, muito pelo contrário, ele é visto de forma diferenciada (AGUIAR, 2013). Desse modo, a pessoa idosa pode ser duplamente estigmatizada, por ser velha e por ter uma doença venosa.

Para Aguiar et al. (2012), os indivíduos que vivem com úlcera venosa buscam estratégias de enfrentamento para a condição de saúde atual por meio do apoio espiritual, familiar, profissionais de saúde, de sua rede social e do autocuidado. Tendo em vista que uma parcela significativa de idosos reside com seus familiares, comumente estes se tornam a

principal fonte de ajuda para o idoso. Neste cenário, os familiares tornam-se corresponsáveis diretos ou indiretos diante da situação de adoecimento, auxiliando na realização dos cuidados no domicílio e participando no controle da necessidade de busca por assistência do profissional de saúde (SILVA, et al. 2014; BRASIL, 2014). Além disso, a família favorece a adesão ao tratamento ao oferecer apoio emocional, incentivar as práticas de cuidado e auxiliar nos deslocamentos aos serviços de saúde (SILVA, 2014).

Durante o atendimento nos serviços de saúde, o idoso com úlcera venosa recebe da equipe de enfermagem, orientações sobre os cuidados necessários que devem ser realizados no domicílio. Já no domicílio, o idoso e seu familiar irão se deparar com uma nova situação, necessitando adequações das atividades cotidianas aos cuidados que esse momento da vida requer. Costa et al. (2011) apontam que os indivíduos com úlcera venosa devem se adaptar a uma condição de vida que compromete o bem-estar mental, físico e social. A adaptação do indivíduo com úlcera venosa dependerá do apoio recebido pela rede social, do desempenho de papéis e do conhecimento sobre a doença. O modo como cada indivíduo enfrentará essa nova situação em sua vida influenciará o desempenho do cuidado de si.

É importante que o cuidado de si não seja confundido com autocuidado. A teoria do autocuidado foi proposta por Dorothea Orem e é vista como a prática de cuidados desenvolvidos pelo indivíduo com a finalidade de manutenção da condição vital e de saúde. Caracteriza-se, ainda, como uma prática desenvolvida pela pessoa por vontade própria, norteada por princípios que orientam a ação (ASCARI, 2010). O autocuidado está alicerçado no paradigma da totalidade, o que pressupõe que o indivíduo é constituído pela soma de suas partes biológica, psicológica, social e espiritual. Nesta concepção, a saúde é compreendida como o bem-estar e a ausência de doença; passível de ser mensurada e observada, não podendo ser concebida de modo subjetivo. A enfermagem compreende o indivíduo como alguém que não tem controle sobre sua saúde e, por esse motivo, necessita de orientações para manter-se saudável (SILVA et al., 2009).

Por sua vez, o cuidado de si está ligado a uma atitude relacionada ao exercício da política, ao modo de encarar as coisas, de estar no mundo, consigo e com o outro, de agir, transformar-se e transfigurar-se. Esta forma de cuidar-se remete o indivíduo à reflexão sobre sua maneira de ser e agir. O cuidado de si pauta-se no paradigma da simultaneidade, considerando que a pessoa é um ser somativo, a totalidade de suas partes é maior que suas partes fragmentadas. Assim, a saúde é entendida pelo que a pessoa vivencia e essa situação tem significado apenas para quem a viveu, ou seja, o cuidado de si valoriza o aspecto subjetivo da pessoa (SILVA et al., 2009).

Nessa perspectiva, a enfermagem tem o papel de auxiliar a pessoa, respeitando a sua vivência, nos cuidados a sua saúde, tendo como objetivo a melhor qualidade de vida (SILVA et al., 2009). Entretanto, ainda tem-se na relação enfermeiro-paciente, o sujeito como um ser passivo e a enfermeira como a responsável pela sua saúde, configurando uma relação de poder (BENERI; SANTOS; LUNARDI, 2001), não sendo possível identificar os aspectos relativos ao autocuidado ou do cuidado de si.

Com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos idosos e aumentar a expectativa de vida saudável, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs, em 2005, uma nova política de saúde, o “Envelhecimento Ativo”. Nesse documento, o envelhecimento ativo é definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p. 13).

A política do envelhecimento ativo traz aspectos relacionados com o cuidado de si. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos da pessoa idosa e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização. Assim, a abordagem ao idoso deixa de ter enfoque nas necessidades, que considera os idosos como alvos passivos, e passa a percebê-los como pessoas com igualdade de direitos e oportunidades, participantes ativos na sociedade e no cuidado da sua própria saúde. Os programas e políticas de envelhecimento ativo reconhecem a necessidade de incentivar a responsabilidade pessoal, ou seja, o cuidado consigo, cabendo ao indivíduo adotar opções saudáveis em todas as fases da vida (OMS, 2005).

Manter a autonomia e independência dos idosos durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental dessa política. O cuidado de si da pessoa com úlcera venosa, adotada nesta pesquisa, vai ao encontro dessas metas, ou seja, da autonomia e da independência do sujeito. Vale destacar que neste estudo adotou-se o conceito de autonomia como a habilidade de controlar e tomar decisões pessoais sobre aspectos da vida diária, de acordo com suas próprias regras e preferências (OMS, 2005). Concomitante à autonomia, a cognição é um importante indicador da capacidade do sujeito compreender e resolver os problemas do cotidiano (MORAES, 2012).

A independência é definida como a habilidade de executar as tarefas cotidianas e de viver independente na comunidade (OMS, 2005). Na avaliação da capacidade de independência e autonomia do idoso, o apoio social, em especial da família, representa um elemento fundamental para o bem-estar biopsicossocial. Sua ausência é capaz de desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e independência do idoso (MORAES, 2012).

Neste estudo remete-se ao idoso como sujeito ativo, com potencial para o bem-estar biopsicossocial e capaz de tomar decisões a respeito da sua condição de saúde e das práticas do cuidado de si. Considera-se que a incapacidade de tomar decisões habituais para realizar o seu próprio cuidado, o exercício das atividades diárias de forma dependente de outros e o declínio cognitivo aquém daquele que ocorre no processo natural de envelhecimento, interferem na capacidade do idoso em desempenhar atividades relacionadas ao cuidado de si. Assim, evidencia-se a importância da avaliação multidimensional pelo profissional enfermeiro, por meio do uso de escalas que auxiliam na identificação de incapacidades. No cuidado de si é importante que o profissional enfermeiro compreenda, por meio do diálogo aberto e produtivo com o idoso e sua família, as limitações e possibilidades do cuidado, considerando as especificidades da condição de ser uma pessoa idosa com úlcera venosa e as repercussões desta na sua vida.

Nesse direcionamento, o despertar pela prevenção e tratamento de lesões emergiram, inicialmente, da vivência em estágio supervisionado na unidade de neurologia e ortopedia durante a graduação, na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), campus Cascavel-PR, onde se encontrava elevado número de pacientes com lesões traumáticas. Após minha formação, realizei pós-graduação, em nível de especialização, na modalidade residência, nesta mesma universidade, quando tive a oportunidade de participar da Comissão de Feridas do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), do desenvolvimento do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Lesões e atuar no ambulatório de feridas, onde realizava o atendimento e acompanhamento dos pacientes com lesões de pele.

O interesse pela temática úlcera venosa ocorreu mediante minha aproximação com profissionais e com pacientes afetados por esse tipo de lesão, acompanhados no ambulatório do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Durante o atendimento de enfermagem, percebi que os profissionais realizavam as orientações para o cuidado domiciliar ao idoso com úlcera venosa desconsiderando, muitas vezes, sua condição para o alcance do tratamento e cura da lesão. Também, com desconhecimento das mudanças naturais do processo de envelhecimento e suas consequências, o que pode afetar o idoso no cuidado de si.

Assim, em vista do exposto, tem-se como objeto deste estudo, o cuidado de si de idosos com úlcera venosa em acompanhamento ambulatorial. A pergunta de pesquisa deste estudo é: como os idosos com úlcera venosa em acompanhamento ambulatorial têm desenvolvido o cuidado de si? Com a finalidade de responder esta questão elencaram-se os seguintes objetivos.

Objetivo geral:

- Compreender o cuidado de si de idosos com úlcera venosa acompanhados no ambulatório de um hospital de ensino, na perspectiva do envelhecimento ativo.

Objetivos específicos:

- Identificar a capacidade funcional e cognitiva e o apoio social de idosos com úlcera venosa acompanhados em um ambulatório.

- Descrever como idosos que possuem úlcera venosa, em acompanhamento ambulatorial, cuidam de si.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este tópico aborda os principais referenciais teóricos que fundamentam esta pesquisa, os quais compreendem o indivíduo idoso com úlcera venosa, o envelhecimento ativo, o cuidado de si na perspectiva do idoso e a avaliação multidimensional do idoso.

2.1 O IMPACTO BIOPSIKOSSOCIAL DO INDIVÍDUO IDOSO COM ÚLCERA VENOSA CRÔNICA

A expectativa de vida dos seres humanos aumentou significativamente nos últimos anos. Se, por um lado, esse fato constitui-se um avanço, por outro, torna-se um desafio diante das repercussões de conviver com um elevado contingente de idosos. Essa perspectiva de longevidade traz consigo a premissa de que se faz necessário discutir questões sobre o envelhecimento sob a ótica do cuidado ao ser humano no processo de viver e envelhecer (PORTELLA; DIAS; DIAS, 2012).

O envelhecimento provoca no organismo alterações biológicas, psicológicas e sociais, porém, é na velhice que esse processo fica mais evidente. As alterações biológicas, que são as morfológicas, expressam-se pelo aparecimento de rugas, cabelos brancos, entre outras; as bioquímicas estão diretamente ligadas às reações químicas que ocorrem no organismo. As alterações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o indivíduo precisa adaptar-se as novas situações no seu cotidiano. Já as modificações sociais são evidenciadas quando as relações com a sociedade são alteradas devido à diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico (SANTOS, 2010).

O quadro anteriormente traçado traz consigo o questionamento sobre as repercussões da velhice, período em que se acumulam doenças crônicas e incapacidades funcionais (MENDES, 2011). Tendo em vista que o maior índice de úlceras crônicas, resultantes da insuficiência venosa, está diretamente relacionado com o envelhecimento (IPONEMA; COSTA, 2011), propõem-se a seguir entender como ela se desenvolve e sua relação com o envelhecimento.

A Insuficiência Venosa Crônica (IVC) resulta da obstrução das válvulas venosas dos membros inferiores ou de refluxo do sangue através das válvulas. A resultante hipertensão venosa pode acontecer sempre que há um aumento prolongado na pressão venosa, como acontece com a trombose venosa profunda. Como as paredes das veias são mais finas e

elásticas comparadas às paredes da artéria, elas se distendem prontamente quando a pressão venosa está mais elevada. Nesse estado, os folhetos das válvulas venosas são esticados e impedidos de se fecharem por completo, permitindo o fluxo retrógrado do sangue (SMELTZER; BARE, 2005).

Essa série de eventos não ocorre devido à Trombose Venosa Profunda (TVP) pregressa, varizes primárias ou essenciais de longa duração, disfunção valvar, anomalias da bomba muscular da panturrilha, hipoplasia e displasia das veias ou das válvulas venosas do sistema profundo ou por fístulas arteriovenosas (CHICONE; CARVALHO, 2012). Na tentativa de esclarecer o desenvolvimento da úlcera venosa que decorre em consequência da IVC, são discutidas três teorias: revestimento de fibrina pericapilares, encarceramento de leucócitos e microangiopatia (IPONEMA; COSTA, 2011; CHICONE; CARVALHO, 2012).

Teoria dos revestimentos de fibrina pericapilares (Teoria de Burnand e Browse): a partir da hipertensão venosa e aumento da permeabilidade vascular, há o extravasamento de fibrinogênio para o meio extravascular. Esse fibrinogênio se polimeriza em fibrina, criando uma barreira que impede a troca de nutrientes e oxigênio para as células, promovendo isquemia, morte celular e ulceração (IPONEMA; COSTA, 2011; CHICONE; CARVALHO, 2012).

Encarceramento de leucócitos: a hipertensão venosa, em posição ortostática, ocasiona diminuição da perfusão, reduzindo o fluxo e levando a aderência de leucócitos ao endotélio do vaso. Esses leucócitos liberam mediadores químicos que causam dano capilar, tornando-os mais alargados e permeáveis. Além disso, liberam fator de necrose tumoral α , o qual diminui a atividade fibrinolítica, ocasionando maior depósito de fibrina. Isso resulta em reação inflamatória e bloqueio da passagem de oxigênio e nutrientes provocando danos na parede do endotélio vascular, isquemia e ulceração (IPONEMA; COSTA, 2011).

A microangiopatia refere-se à redução de capilares no interior da úlcera e a presença de capilares danificados na borda, devido a sua distensão, consequência da hipertensão venosa. Essas condições levam à necrose do tecido e a formação da úlcera (IPONEMA; COSTA, 2011).

O fato de a população idosa ser a mais acometida (BRITO et al. 2013; TORRES et al. 2013), pode ser explicado devido as alterações na circulação sanguínea, diminuição da mobilidade e ao declínio do tônus muscular, além das alterações na pele, naturais do processo de envelhecimento (BENEVIDES et al. 2012). Muitas são as consequências da presença de úlcera venosa em idosos. Se olhar pelo prisma biofisiológico, no entanto outros tantos emergem e de igual importância, estão relacionados a problemas ambientais, sociais,

psicológicos, culturais e econômicos que pesam sobre eles (NETTO, 2013). Deste modo, a abordagem ao paciente com úlcera venosa, considerando que se trata de uma doença crônica com impacto multidimensional, requer abordagem holística, atentando para o aspecto social, psicológico, econômico, cultural e espiritual (SOUSA, 2009). Nessa perspectiva, *a priori* é necessário compreender os aspectos que permeiam as mudanças próprias do envelhecimento e que contribuem para o desenvolvimento de úlceras venosas.

É complexo o tema do envelhecimento, assim como o são os processos vitais que permeiam desde o nascimento até a vida adulta. Nessa transição pode-se dizer que o idoso vivencia dificuldades impostas pelas limitações corporais devido alterações nos sistemas orgânicos, da aptidão física, visão, audição, das alterações da sexualidade, perda do papel social com menor motivação, crise de identidade, mudanças psicológicas, solidão, depressão, baixa autoestima e respeito abalado pelo afastamento de suas atividades sociais (SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007).

Porém, é necessário trabalhar a positivação da identidade do idoso que, por um lado reconhece o que há de importante e específico nessa etapa da vida para desfrutá-la e, por outro, compreende, os sofrimentos, as tristezas, as limitações que o envolvem e a família. Embora nunca devam ser encarados os acontecimentos dolorosos e tristes, como sinônimos de velhice (MINAYO; COIMBRA JR, 2002).

Para Paschoal (2013), a longevidade acarreta uma visão ambígua: o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio às incapacidades e à dependência. De fato, o avanço da idade aumenta a chance de vivenciar a ocorrência de doenças. O idoso doente experimenta mudanças que, pelas próprias características do envelhecimento, não são fáceis de serem aceitas e/ou superadas. A pessoa idosa doente vivencia alterações de hábitos, hospitalizações, uso de medicações, perda de hábitos anteriores, perda da desenvoltura física e alterações na sexualidade. Essas modificações levam a instabilidade do bem-estar, socialização abalada e perda da qualidade de vida, a qual está determinada pela capacidade de manter a sua autonomia e independência (SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007; FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2010).

Nessa fase, o que pode causar alterações negativas na vida do idoso é a incapacidade funcional, compreendida pela dificuldade e necessidade de ajuda para execução de tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para a vida independente na comunidade, como por exemplo, as tarefas relacionadas à mobilidade. Os domínios da incapacidade funcional do idoso mais investigados são as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

A incapacidade funcional está intimamente relacionada aos aspectos biopsicossociais do idoso com úlcera venosa. Este fato pode ser observado no estudo de Nottingham et al. (2012) em que os autores avaliaram os aspectos biopsicossociais de adultos e idosos com úlcera venosa e evidenciaram que 70% dos pacientes referiam prejuízos nas atividades do cotidiano e lazer. Assim, a incapacidade funcional pode gerar a necessidade de dependência e ajuda de outras pessoas para a realização de atividades cotidianas. Nessa condição, o idoso pode não sentir-se saudável, não realizar-se como ser humano e não se sentir feliz. Existe, portanto, uma correlação entre saúde e bem-estar com a independência (TENÓRIO et al. 2006).

A capacidade funcional também é influenciada negativamente pelo declínio cognitivo que o idoso sofre ao longo do processo de envelhecimento. O funcionamento cognitivo pode ser dividido em subfunções distintas, como atenção, orientação, memória, raciocínio, função executiva e planejamento. A conceitualização, em geral, ilustra a cognição como a capacidade do indivíduo de obter e utilizar informações, a fim de adaptar-se às demandas do meio ambiente. Desse modo, uma disfunção cognitiva pode afetar a capacidade funcional em todas as esferas da vida, sejam elas, sociais e interpessoais, trabalho, lazer e atividades da vida diária (PY et al., 2013).

A úlcera venosa acarreta não só limitações na dimensão física e psicológica do indivíduo idoso, mas de igual modo repercussões na dimensão social e relacional. A velhice por si só já é marcada por modificações celulares, teciduais e hormonais, capazes de modificar a aparência e imagem corporal desses indivíduos. Somando a essas alterações, a ferida crônica interfere na autoimagem e no autoconceito que a pessoa tem de si, favorecendo possíveis crises psicoemocionais e o isolamento social (AGUIAR, 2013).

A diminuição do envolvimento em atividades sociais, organizacionais, educativas, produtivas e de lazer pode estar associada à característica própria do processo de envelhecimento. Nesta direção, inserem-se as formulações da teoria da seletividade socioemocional ajudam a compreender as preferências sociais ao longo da vida. Esta teoria explica que, a diminuição dos contatos sociais que caracterizam a velhice reflete em uma seleção ativa na qual as relações sociais próximas são mantidas porque são consideradas mais importantes para a adaptação do idoso. Na velhice, é comum as pessoas reorganizarem suas metas e relações, priorizar realizações a curto prazo, relações sociais mais vantajosas e descartar tudo aquilo que não cabe nesses critérios (NERI, 2013). Nesse sentido, os idosos tendem a diminuir a rede de relações sociais, porém a qualidade das relações e o engajamento nelas são mantidas pelo processo de otimização e seleção (NERI; VIEIRA, 2013).

Ao referir-se ao indivíduo com lesão de pele, deve-se ater ao isolamento social que ocorre decorrente da condição de estar com uma lesão. Carvalho, Sadigursky e Viana (2006) apontam que o isolamento ocorre de duas formas: pelos familiares, motivados pelo medo de sofrer e pelas dificuldades de enfrentarem uma situação nova sobre a qual perdem o controle e domínio, pois não observam a progressão da ferida; e, pela própria pessoa, que percebe o odor da ferida como algo desagradável para si e acredita que sua presença seja desagradável para os outros.

Além disso, as pessoas com lesão estão mais vulneráveis ao desemprego e abandono, o que leva ao isolamento social, resultando em maiores dificuldades no enfrentamento dessa situação. Essa condição reforça a visão da sociedade capitalista, na qual tem valor quem produz, alimentando nos idosos o sentimento depreciativo por viver uma vida “improdutiva” (CARVALHO; SADIGURSKY; VIANA, 2006).

O processo de envelhecimento caracteriza-se pelo declínio da função cognitiva, pelas limitações físicas e alterações nos aspectos psicológicos e sociais, os quais são normais com o passar dos anos. Entretanto, a velhice também é reconhecida por seus ganhos, como sabedoria, conhecimento e experiências acumuladas. Dentre as alterações que podem ocorrer ao envelhecer, a úlcera venosa é uma lesão que traz repercussões negativas nos aspectos físicos, psicológicos, sociais e econômicos. Considerando as alterações normais do envelhecer, a lesão acaba por potencializar as limitações do idoso, podendo causar a dependência, a perda da autonomia e dificuldade para o cuidado de si.

2.2 O CUIDADO DE SI NA PERSPECTIVA DO IDOSO

Na velhice, período da vida com alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social, o idoso faz sua introspecção e passa a ser seu próprio expectador, e é nesse sentido que se deve olhá-lo como sujeito, participativo e criativo (SÁ, 2004).

É nesse contexto que se remete a autonomia do idoso, a qual é definida como a “habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências” (OMS, 2005, p. 14). Considerar o indivíduo autônomo é olhá-lo como protagonista das decisões sobre si mesmo, sua saúde e seu corpo. Desse modo, o idoso deixa de ser passivo e receptor de informações, e passa a ter direito a fala e é livre para tomar suas decisões. Assim, torna-se sujeito com

possibilidades de determinar acerca dos seus objetivos pessoais para o cuidado de si (SÁ, 2004).

A noção do cuidado de si deriva do grego *epimeléia heautoû*, que se refere a ocupar-se, preocupar-se consigo (FOUCAULT, 2005). O cuidado de si designa um conjunto preciso de práticas e exercícios, ou melhor, um conjunto de técnicas (tecnologias do eu) que se exerce sobre si mesmo com o fim de transformar, modificar, transfigurar a si, ou seja, a partir dos quais o indivíduo se constrói como sujeito (MARCELLO; FISCHER, 2014).

O cuidado de si apresenta-se como o ponto de conexão entre a subjetividade e as formas de governabilidade. Foucault quisera identificar por "subjetividade" a forma pela qual o sujeito (eu ético) relaciona-se consigo mesmo, a fim de se construir continuamente, a partir da reflexividade prática (GROSS, 2008; FOUCAULT, 2006; GONÇALVES, 2012).

Na enfermagem, ao cuidar de pessoas, se lida com a subjetividade que se objetiva nas condutas, nas atitudes e no não verbal. A subjetividade é entendida como algo que aparece não somente em nível individual e solitário, mas que surge da própria cultura, na qual se constitui o sujeito individual (SÁ, 2004).

A concepção de subjetividade na velhice é evidenciada, uma vez que cada pessoa vivencia essa fase de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais a eles relacionados (MINAYO; COIMBRA JR, 2002). Mesmo numa visão biológica, as manifestações sobre si são percebidas de modo diferenciado uns dos outros. Os benefícios dessa etapa da vida e o modo de adaptação de cada um as situações novas no seu cotidiano, nem sempre serão os mesmos para o outro (SÁ, 2004; SANTOS, 2001).

Para poder fazer uma aproximação a esse tema, remete-se ao conceito de biopolítica. Observa-se que, a partir do século XVIII, o governo tinha como uma de suas principais finalidades, aumentar o poder e a riqueza da nação e, para isso, era necessário que a população estivesse sob seu controle. Para tanto, a estratégia estava no domínio sobre a saúde da população, visto que um povo doente não é um povo produtivo (FOUCAULT, 2002). Dessa forma, o governo assume como função política, investir na vida, para fazer viver o máximo possível (GIMENES, 2013).

Nesse contexto, surge a noção de população, enquanto conjunto de seres vivos em um determinado território. E é essa população que faz parte das riquezas do Estado. Entretanto, uma população fraca e doente não produz e não fornece riqueza, de maneira que a saúde passa a ser problematizada como questão de governo (GIMENES, 2013).

Ainda, Gonçalves (2012, p. 61) aponta que, para Foucault na biopolítica:

[...] não se trata de modificar um fenômeno ou um indivíduo em especial, mas intervir nas determinações desses fenômenos gerais no que eles têm de globais. Por isso, a biopolítica, de algum modo, questiona o poder individualizador do poder pastoral e do disciplinar. Vai ser preciso baixar a morbidade e alongar a vida da população em geral; estimular a natalidade, entre outros.

Deste modo, é construído o regime disciplinar, descrito por Foucault (2002), em que o governo lança mão de aparatos de vigilância, introjetando normas na vida social dos sujeitos e quantificando a saúde populacional, pela lógica dos anos vividos.

Já no final do século XIX, e ao longo da primeira metade do século XX, houve mudanças na lógica de controle do Estado. As estratégias epidemiológicas de intervenção nas populações não deram conta de solucionar grande parte dos problemas de saúde de foro individual (OSBORNE, 2005), fazendo com que o Estado dividisse ou alterasse o pensamento do regime disciplinar coletivo para um regime de controle individual, sob a lógica do risco (DELEUZE *apud* GIMENES, 2013). A saúde não está mais, então, circunscrita às normas gerais do Estado, mas ao bem-estar e ao estilo de vida de cada sujeito. Nessa perspectiva, os indivíduos tornam-se responsáveis por si e pelo próximo, ou seja, o indivíduo torna-se autônomo.

Remetendo-se a essa nova lógica e ao processo de envelhecimento, em 2002 em Madri, na Espanha, na Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, a OMS propõe uma política para o Envelhecimento Ativo, como prioridade para o século XXI. Essa política tem o objetivo de aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (OMS, 2005).

Nesse documento da OMS, o envelhecimento ativo é compreendido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida na medida em que as pessoas ficam mais velhas”. Uma série de fatores implica o processo de envelhecimento. A OMS definiu os principais fatores do envelhecimento ativo. Estes determinantes são comportamentais, econômicos, sociais e pessoais, ambiente físico e serviços sociais e de saúde (OMS, 2005).

Portanto, o envelhecimento ativo refere-se à participação contínua dessa população às questões sociais, econômicas, espirituais, civis e culturais, e não somente à capacidade de

estar fisicamente ativo (OMS, 2005). Nessa visão, os idosos passam a participar ativamente nos aspectos determinantes da sua saúde, sendo responsáveis por si, cuidando de si.

Na prática da enfermagem é importante reconhecer o cuidado de si como um de seus objetos que favorece a independência do sujeito e sua libertação, estimula sua participação real e efetiva mediante suas necessidades em relação à saúde e na tomada de decisão sobre seu cuidado. Entretanto, observa-se que está presente no cotidiano dos profissionais de enfermagem a responsabilidade pelo paciente, pela sua saúde, por sua vida e por tudo aquilo que lhe diz respeito, desconsiderando-o como sujeito autônomo, capaz de responder por si e refletir sobre a sua situação (LUNARDI, 1997).

Nesse sentido, trata-se de uma relação enfermeira/paciente reconhecida por manifestações do que Foucault denominou de poder pastoral, em que o indivíduo é visto como um ser passivo e a enfermeira como sua responsável (BENERI; SANTOS; LUNARDI, 2001). Sobre essa relação Lunardi aponta que:

Exercer o poder pastoral mediante atitudes paternalistas, de infantilização e menorização dos clientes, negando sua capacidade de cuidar de si, quando esta se encontra presente, representa um desrespeito e um descompromisso com o outro, por não reconhecer nele a sua condição de sujeito da sua existência, mas de objeto que poderia ser desrespeitado e coisificado (LUNARDI, 1997, p. 263).

No cuidado ao idoso, os profissionais, a família e a sociedade, muitas vezes, o infantilizam, quando assumem uma preocupação excessiva com as suas necessidades de saúde, ao fornecer informações superficiais, sem direito a resposta diante do que lhe diz respeito e ao adotar, uma atitude paternalista, desconsiderando o idoso como um ser adulto e autônomo (CUNHA et al., 2012).

Em contraponto, Foucault adverte que o cuidado de si deve ser praticado quando se é jovem e quando se é idoso. Essa evolução do cuidado que passa do jovem para o velho e vice-versa, é acompanhada da ideia de pleno desenvolvimento humano e intelectual do sujeito. É na velhice que o sujeito pode contemplar seus feitos, suas conquistas e, também, os erros praticados. Nesta fase da vida o sujeito tem possibilidade de catalogar todas suas realizações, sejam boas ou ruins. É o momento pleno para a prática do cuidado de si (SANTOS, 2010).

Ora, a partir do momento em que o cuidado de si precisa ser praticado durante a vida, principalmente na idade adulta, e em que assume todas as

suas dimensões e efeitos durante o período da plena idade adulta, compreende-se bem que o coroamento, a mais alta forma do cuidado de si, o momento de sua recompensa, estará precisamente na velhice. (...) A velhice deve ser considerada, ao contrário, como uma meta, e uma meta positiva da existência. Deve-se tender para a velhice e não resignar-se a ter que um dia afrontá-la. É ela, com suas formas próprias e valores próprios, que deve polarizar todo o curso da vida (FOUCAULT, 2006, p. 134/135).

Nesse sentido, cabe aos profissionais assumirem uma atitude ética para com o próximo, entendida por Foucault como “a prática da liberdade, a prática reflexiva da liberdade”, optando por reconhecer, nos indivíduos, seres humanos semelhantes a si, com conhecimento e história sobre sua saúde, a quem lhes cabe expor, ouvir, traduzir e socializar, tornar compreensível e implementar um compartilhar de saberes (LUNARDI, 1997).

Ainda, deve-se considerar a possibilidade de orientar sobre como cuidar de si, quando as pessoas manifestam necessidade de serem ensinadas, não devendo ser considerado um repasse de conhecimentos do enfermeiro ao paciente. Consiste na problematização de um saber possível, de modo que o profissional e o paciente possam refleti-lo, pensá-lo, desenvolvê-lo, ampliando mutuamente a sua compreensão e domínio sobre o mesmo, sem desconsiderá-lo como sujeito autônomo (LUNARDI, 1997).

É preciso mudar a ideia de que velhice é doença, substituindo-o por uma visão de um tempo no qual se pode optar por momentos de concretização de desejos e possibilidades de realizações, com menos constrangimentos rumo ao que se quer dar nessa última etapa da vida. Mudar essa concepção também exige que o idoso contraponha-se a própria referência de que “ser velho é colocar o pijama de avô ou o chinelo de avó, contar histórias antigas, parar de ousar e esperar pela morte” (MINAYO; COIMBRA JR, 2002).

O cuidado de si remete as práticas de cuidado realizadas pelos próprios indivíduos, numa perspectiva ética, de ampliação do governo de si, ou seja, ampliando o exercício da autonomia, independência e liberdade e reduzindo os espaços de autoritarismo e sobreposição aos outros. É necessário reconhecer o idoso como um indivíduo responsável e capaz de identificar as suas próprias necessidades. Cabe ao enfermeiro favorecer um espaço de trocas mútuas de conhecimento, oportunizar a livre expressão de temores, sentimentos, dúvidas, desconhecimento e necessidades dos idosos com úlcera venosa.

2.3 A AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO COM ÚLCERA VENOSA

O novo cenário demográfico nacional exige do Estado formulação e implementação de políticas públicas que atendam a população idosa e que essas sejam realmente aplicadas no dia a dia dos profissionais e, mais especificamente, em um sistema de saúde preparado para atender as especificidades dessa demanda. Para isso, deverá contar com profissionais que compreendem o processo de envelhecimento em todas as suas dimensões, respeitando a autonomia que o idoso possui sobre o cuidado de si (CUNHA et al., 2012).

Para que o idoso tenha boas condições de vida, é fundamental que se objetiva a manutenção da autonomia e da independência. A autonomia é entendida como a habilidade de controlar a sua própria vida e, independência é considerada como a “habilidade de executar funções relacionadas à vida diária - isto é, a capacidade de viver independente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros” (OMS, 2005, p. 14).

Ressalta-se que a autonomia e a independência são variáveis que podem ser alteradas no decorrer do tempo. Porém a equipe interdisciplinar deve ter como meta a sua manutenção e, quando alterada, restaurá-la ou chegar o mais próximo possível da capacidade anterior ao agravo à saúde (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011).

Uma forma de avaliar a condição de saúde do idoso consiste na aplicação de instrumentos que permitem a avaliação global, abordando as condições individuais, familiares e sociais e a relação com a capacidade funcional e cognitiva (SANTOS et al., 2010), em especial, como neste estudo dos idosos com úlcera venosa. Como já citado, o processo de envelhecimento normal é caracterizado pela redução da capacidade funcional dos diversos órgãos e tecidos, o que acarreta em maior risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Essas alterações podem gerar limitações funcionais, que favorecem para a ocorrência de incapacidades e, em última instância, dependência de outros para realização das atividades da vida diária (FREITAS, 2013).

A capacidade funcional do idoso refere-se à capacidade em realizar as AVD, determinando assim a autonomia e independência do sujeito. Moraes (2012) sugere que toda avaliação geriátrica tem início com a avaliação das AVD. Vários instrumentos têm sido utilizados para sua averiguação, que compreendem: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (MACÊDO et al., 2012).

As atividades básicas referem-se às tarefas necessárias para o cuidado com o corpo, como, tomar banho, vestir-se, transferência, higiene pessoal, continência esfincteriana e alimentar-se sozinho (MORAES, 2012). As instrumentais são as que refletem a capacidade

dos idosos em se adaptar ao seu meio e incluem atividades como: fazer compras, usar o telefone, lavar e passar roupa e sair de casa sozinho (LAWTON; BRODY, 1969).

Existem vários instrumentos específicos para avaliação de cada AVD, porém, neste estudo utilizou-se a escala descrita por Katz et al. (1963) e Lawton e Brody (1969), as quais são utilizadas para avaliar as ABVD e AIVD, respectivamente.

Para Moraes (2012), para a avaliação das atividades da vida diária deve-se primeiramente realizar a avaliação cognitiva. O déficit cognitivo pode manifestar-se durante o processo de envelhecimento, que ocorre devido a perdas biológicas naturais e inerentes ao tempo e à cultura do indivíduo. Ainda, os níveis social, econômico, instrucional e a idade interferem no desempenho do idoso (SOUZA et al. 2007). Segundo Moraes (2012), a cognição é um conjunto de capacidades mentais que permitem o indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano e pode ser medido por testes objetivos, a exemplo do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e validado no Brasil por Bertolucci et al. (1994).

A utilização desse instrumento nesse estudo justifica-se pelo fato de que o declínio cognitivo pode prejudicar a capacidade dos idosos em cuidar da própria saúde, pois podem apresentar prejuízos em compreender informações sobre a medicação, seguir instruções, responder prontamente situações de alerta concernentes à saúde, acionar recursos à saúde, fazer inferências e reunir o maior número de informações para depois tomar decisões (NERI; NERI, 2013), levando a maior dependência e restringindo a autonomia.

É comum algum declínio cognitivo ao envelhecer, entretanto esse declínio pode ser compensado se o idoso mantiver suas relações sociais ativas, participando na comunidade em que vive, criando vínculos de amizade, redes de apoio e suporte social. Dessa forma, depreende-se que, além dos aspectos biológicos, as competências individuais de interação interpessoal e social são importantes para um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade de vida (VICENTE; SANTOS, 2013).

A política do envelhecimento ativo proposto pela OMS enfatiza a otimização da saúde, da funcionalidade, da atividade e da participação social como requisitos para a boa qualidade de vida na velhice. Segundo a OMS, é importante que os idosos percebam seu potencial de desenvolvimento e que se mantenham participativos em termos físicos, sociais, econômicos, culturais, espirituais e cívicos (OMS, 2005).

Para avaliação do apoio social, dentre os vários instrumentos disponíveis, optou-se por utilizar o Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS), na versão traduzida para a cultura brasileira por Lima, Norman e Lima (2005) do instrumento *The Social Support Network*

Inventory (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983). O IRSS é um instrumento que avalia tanto variáveis da rede social (fonte e tipo de contato) como componentes específicos de apoio social (disponibilidade, reciprocidade, apoio prático, apoio emocional e evento relacionado ao apoio). A rede social representa a estrutura dos relacionamentos sociais, e o apoio social, a interação social que ocorre entre as pessoas e suas respectivas redes sociais (STWART; TILDEN, 1995).

Uma vez identificado as alterações na capacidade do idoso em realizar certas atividades rotineiras, o enfermeiro pode compartilhar por meio do diálogo com o idoso e a família, as práticas e saberes de cuidado com a saúde. Assim, é possível elaborar conjuntamente o planejamento de cuidados, visando a potencialização da capacidade funcional do idoso e a autonomia para o cuidado de si.

Pode-se compreender que a avaliação multidimensional é um processo global e amplo, que envolve o idoso e a família, e tem como principal objetivo a definição do diagnóstico em diferentes esferas e do plano de cuidados (MORAES, 2012). O enfermeiro deve engajar-se e disponibilizar alternativas ou ações que favoreçam a saúde do idoso, o envelhecimento saudável e ativo, com qualidade de vida e autonomia. É importante que o profissional tenha conhecimento de que, conforme apontam Neri e Vieira (2013), todos os aspectos descritos se relacionam entre si, ou seja, há relação entre os aspectos psicossociais e físicos, de modo que o envolvimento em atividades de natureza social traz benefícios para a cognição, a saúde física, a longevidade e a funcionalidade. Além disso, possibilita trocas e favorece para o sentir-se útil do idoso.

3 METODOLOGIA

A seguir são descritas as etapas do percurso metodológico utilizado para o desenvolvimento da pesquisa de campo, são elas: tipo de pesquisa, cenário, participantes da pesquisa, coleta de dados, análise dos dados e considerações éticas.

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa de campo possibilita a interação entre pesquisador e sujeitos de pesquisa, bem como proporciona o contato com o espaço real em que ocorrem diversas manifestações, como a busca de cuidado de saúde (MINAYO, 2013).

A pesquisa descritiva tem objetivo de permitir a descrição das características de determinada população, tais como, sexo, idade, procedência, nível de escolaridade, entre outras e de fenômenos. Incluem nesse tipo de pesquisa aquelas que têm o objetivo de levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2010).

O cuidado de si de pessoas idosas com úlcera venosa é um tema ainda pouco estudado, o que exige o levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiência prática com o problema a ser estudado para que se possa compreender o fenômeno. Dessa forma, o estudo exploratório proporciona maior proximidade do pesquisador acerca do assunto, a fim de que se possa formular problemas mais precisos e hipóteses operacionalizáveis (GIL, 2010).

Optou-se pelo desenvolvimento da pesquisa utilizando a abordagem qualitativa, uma vez que o método qualitativo valoriza a subjetividade das ações, possibilita a compreensão de certos fenômenos sociais e suas especificidades em termos de suas origens e da razão de ser (MINAYO, 2013).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A presente pesquisa foi desenvolvida no ambulatório Ala A do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). O HUSM foi fundado em 1970 e caracteriza-se por ser um hospital-escola onde são desenvolvidas ações voltadas ao ensino, à pesquisa e à assistência a saúde. Trata-se de uma instituição pública, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde

(SUS). É um hospital de referência da região centro do Rio Grande do Sul para atendimento de média e alta complexidade (HUSM, 2014).

O ambulatório Ala A localiza-se no andar térreo, contem 53 salas para atendimentos, nas quais são realizadas consultas, exames diagnósticos e procedimentos de baixa densidade tecnológica. Atuam nesse local, médicos, equipe de enfermagem - composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem -, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogas. O atendimento ao paciente com lesões de pele, em especial pacientes com úlcera venosa ocorre, principalmente, de segunda a quinta-feira, no período da tarde, concomitante às consultas com médicos angiologistas e equipe de enfermagem.

Os participantes da pesquisa foram captados no ambulatório, enquanto aguardavam as consultas de enfermagem e dos médicos angiologistas, por meio de convite. Neste mesmo local e o domicílio ocorreram as entrevistas, conforme a disponibilidade de cada idoso.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram do estudo dez idosos com úlcera venosa em acompanhamento ambulatorial. O número de participantes foi definido levando em consideração o critério de saturação dos dados. Pode-se entender esse critério como sendo o momento em que “novas falas passam a ter acréscimos pouco significativos em vista dos objetivos inicialmente propostos para a pesquisa” (TURATO, 2011, p.363).

Foram incluídos na pesquisa os pacientes com 60 anos ou mais, com diagnóstico de úlcera venosa, que estavam sendo acompanhados pela equipe de enfermagem do ambulatório do HUSM e que residiam na área urbana do município de Santa Maria/RS. Foram excluídos os pacientes que apresentavam dificuldade de compreensão ou comunicação.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2015. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado e instrumento de caracterização (Apêndice A). Além da entrevista, os dados foram obtidos mediante aplicação da escala de Katz (Anexo A), escala de Lawton e Brody (Anexo B), Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo C) e o Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS) (Anexo D).

Para validar o roteiro da entrevista semiestruturada, anterior a coleta efetiva dos dados, este foi aplicado a dois idosos com o objetivo de verificar se havia dificuldade de entendimento nas questões propostas. Como não houve necessidade de readaptar o instrumento, as entrevistas realizadas foram incluídas no estudo. Do mesmo modo, as escalas foram aplicadas a esta amostra para exercício da pesquisadora na utilização dos instrumentos.

A coleta de dados ocorreu em dois momentos. O contato inicial junto aos idosos com úlcera venosa ocorreu antes ou após o atendimento realizado pela equipe de enfermagem para renovação do curativo da lesão, ou anterior à consulta com os médicos angiologistas. Nesse momento ocorreu o convite ao idoso com a apresentação da pesquisadora, do projeto, sendo que, dentre os aspectos do projeto, foi explicado, com maior ênfase, como ocorreria a coleta de dados.

O idoso foi convidado para dirigir-se a um consultório do ambulatório, neste local, com privacidade, realizou-se a entrevista utilizando-se os instrumentos – anexos A, B, C e D - para conhecer e avaliar a sua condição em realizar atividades, resolver problemas e tomar decisões no dia a dia. O entrevistado também foi informado que em outro momento seria realizada a entrevista no domicílio, caso ele concordasse. Os participantes que não concordaram em realizar a entrevista no domicílio, ela foi realizada na data agendada para a próxima consulta com a equipe de enfermagem. Do total de participantes, quatro idosos aceitaram realizar a entrevista no domicílio e seis realizaram essa etapa no ambulatório.

Todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa efetuaram o consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), em duas vias, que foi lido para o participante e as dúvidas esclarecidas. Também foi agendada a visita ao domicílio, conforme disponibilidade dele.

A entrevista desenvolvida na residência do participante justifica-se pelo fato de considerar-se que o domicílio proporciona maior tranquilidade e aconchego para o idoso, o que permite discorrer livremente sobre o tema proposto, sem interferências externas. Nesse momento foi aplicado um instrumento de caracterização dos participantes contendo dados sociodemográficos (sexo, idade, etnia, renda mensal, número de pessoas no domicílio, arranjo domiciliar, ocupação), de escolaridade (grau de escolaridade) e de saúde do idoso (doenças e manifestações autorreferidas, hábitos e estilo de vida, tempo de diagnóstico e tratamento e tipo de tratamento); e, posteriormente se deu início à entrevista, em que a pesquisadora seguiu um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A) com questões relacionadas aos objetivos desta pesquisa. As entrevistas foram registradas por meio de gravação de áudio, mediante consentimento do participante.

Optou-se pela entrevista como a técnica de coleta de dados mais eficaz, pois possibilita conhecer a representação da subjetividade de quem vivencia, ou seja, ideias, crenças, maneiras de atuar, sentir e pensar, opiniões, sentimentos, projeções para o futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2013). Acrescenta-se ainda que, dentre as classificações da entrevista, optou-se pela entrevista semiestruturada, uma vez que permite ao entrevistador que seus pressupostos sejam cobertos durante a conversa por meio de questões previamente estabelecidas. Porém, ressalta-se que essa técnica permite flexibilidade, visando outros aprofundamentos conforme a indagação do sujeito entrevistado.

Os instrumentos utilizados para a avaliação das atividades básicas da vida diária e as instrumentais da vida diária, foram descritos por Katz et al. (1963) e Lawton e Brody (1969). Essas escalas foram escolhidas por serem amplamente utilizadas para esta avaliação. A avaliação da capacidade funcional, conforme a Escala de Katz avalia o idoso no desempenho de seis funções: banhar-se, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação. As alternativas de resposta para cada um dos seis itens são: dependente e independente, sendo atribuído a cada resposta zero e um ponto, respectivamente. O resultado final pode ir de zero a seis pontos e os idosos podem ser classificados como: zero a dois pontos – dependência importante; três a quatro pontos – dependência parcial e cinco a seis pontos – independência (LINO et al. 2008).

As atividades de vida diária instrumentais são mais complexas que as básicas e indicam a capacidade do idoso de viver sozinho na comunidade (LAWTON; BRODY, 1969). A escala de Lawton e Brody avalia oito tarefas: usar o telefone, utilizar transporte, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais domésticos, manusear medicamentos e cuidar das finanças. Para cada tarefa, há três possibilidades de resposta com valores de pontuação de zero a três (1 - dependência; 2 - capacidade de realizar a tarefa com ajuda; e 3 - independência). A pontuação final é alcançada pela soma de pontos dos oito domínios e pode variar de oito a 24. Aqueles que obtiverem pontuação igual ou inferior a cinco pontos são classificados como dependentes totais, com cinco a 20 pontos como dependência parcial e 21 pontos em independentes (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008).

Visando a autonomia da pessoa idosa, a avaliação da função cognitiva é fundamental (MORAES, 2012). O uso desse instrumento justifica-se pelo fato de que o declínio cognitivo pode prejudicar a capacidade do idoso em compreender informações, responder questões e tomar decisões (NERI; NERI, 2012). Para avaliação do declínio cognitivo utilizou-se o Mini Mental do Estado Mental (MEEM), que foi desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh

(1975) e validado no Brasil por Bertolucci et al. (1994). Esse instrumento é composto por questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas formulada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação, memória imediata, atenção e cálculo, evocação e linguagem (BERTOLUCCI et al., 1994). Os escores do exame variam de 0 a 30. Tem-se como ponto de corte, o escore 19 para analfabetos, 23 para aqueles com escolaridade entre um e três anos, 24 para indivíduos entre quatro e sete anos de educação formal, e 28 para pessoas com mais de sete anos de escolaridade (OMS, 2006).

Para avaliação da rede de apoio social foi utilizado o IRSS, na versão traduzida para a cultura brasileira por Lima, Norman e Lima (2005) do instrumento *The Social Support Network Inventory* (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983). Nesse instrumento, o participante elege até dez pessoas ou grupos com os quais possua apoio (rede social global). Desta lista inicial, o participante escolhe cinco ou quatro pessoas e um grupo, dos quais ele recebe maior apoio (rede social parcial). Em cada escala, o participante identifica uma pessoa da sua rede social, indicando também o tipo de relacionamento. A seguir, o participante, ao relacionar cada item da escala com a pessoa escolhida, indicará a alternativa que melhor responder (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983; LIMA; NORMAN; LIMA, 2005).

Dos dez itens que compõem a escala, sete apresentam um padrão de resposta que vai de “nunca” ou “quase nunca” até “sempre”, com escores de um a cinco, respectivamente. Os outros três itens apresentam resposta com padrão diferente, mas segue as mesmas pontuações dos demais (LIMA; NORMAN; LIMA, 2005). O escore de valor cinco indica elevada percepção de apoio social e o de valor um, nenhum apoio percebido (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983).

Para cada escala, somam-se os escores e divide-se o resultado pelo número de itens, ou seja, dez. Este é a média do grau de apoio percebido em cada escala. Para saber o grau de apoio total percebido, ou seja, de todos os membros da rede social parcial, somando-se as médias de cada escala e dividindo pelo número de escalas (cinco) (LIMA; NORMAN; LIMA, 2005).

O uso das escalas justifica-se pela necessidade de complementar as informações das análises qualitativas acerca do cuidado de si, foco deste estudo.

3.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sociodemográficos, de saúde e os referentes à Escala de Katz, de Lawton e Brody, do MEEM e do IRSS dos participantes estão apresentados por frequência absoluta e/ou relativa e analisados qualitativamente.

Os dados subjetivos, obtidos a partir da entrevista, foram transcritos na íntegra e submetidos à análise de conteúdo da proposta operativa de Minayo (2013). A primeira etapa consistiu em dois níveis de interpretação. A fase inicial compreendeu o campo das determinações fundamentais da pesquisa e mapeado na **fase exploratória**. Tratou-se em compreender o contexto socio-histórico do grupo social envolvido. O segundo momento **interpretativo** envolveu o ponto de partida e o ponto de chegada da pesquisa, representando o encontro dos fatos empíricos, tendo sido necessário encontrar nos relatos dos informantes o sentido, a lógica interna, as projeções e interpretações, existindo uma específica significação cultural própria do grupo e uma vinculação muito mais abrangente que junta esse grupo (MINAYO, 2013).

A fase interpretativa constituiu de duas etapas: a ordenação e a classificação de dados. O momento de **ordenação** consistiu na transcrição dos dados, releitura do material, organização dos relatos em determinada ordem e o início da classificação (MINAYO, 2013). A **classificação dos dados** organizou-se pelas seguintes etapas: **leitura horizontal e exaustiva dos textos**, que consistiu no primeiro contato entre o pesquisador e o material de campo e se deu por meio de leituras flutuantes, as quais permitiram apreender as estruturas de relevância e ideias centrais, em que o pesquisador buscou a coerência interna das informações; a **leitura transversal**, nesse momento o pesquisador separou temas, categorias ou unidades de sentido, colocando as partes semelhantes juntas, buscando perceber a conexão entre elas; a **análise final**, quando foram confrontados os dados obtidos com o referencial teórico e o **relatório** que consistiu na apresentação final dos dados da pesquisa, configurando-se como uma síntese, na qual o objeto de estudo reveste todo o texto (MINAYO, 2013).

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Inicialmente o projeto de pesquisa foi encaminhado para o Gabinete de Projetos de Pesquisa (GAP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e apresentado a coordenação de área do Ambulatório Ala II/A do Hospital Universitário de Santa Maria a fim de obter a autorização institucional e o registro na Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) e,

posteriormente foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM. Após a aprovação da GEP do HUSM, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil para apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa e obteve aprovação sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 40248614.2.0000.5346 (Anexo E). Os princípios da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, foram seguidas durante todas as etapas da pesquisa.

Obteve-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) em duas vias, uma cópia foi disponibilizada ao participante da pesquisa e a outra ficou em posse do pesquisador. Para a obtenção do TCLE, foi informado ao participante da pesquisa individualmente, em linguagem clara e acessível, acerca dos objetivos da pesquisa, dos benefícios e riscos e da não obrigatoriedade de sua participação. Também, que em qualquer momento da pesquisa poderia solicitar sua exclusão, visto que isso não implicaria em danos para o idoso.

Os benefícios obtidos pelos idosos decorrentes da participação neste estudo traduzem-se em uma oportunidade de reflexão acerca da própria vida, saúde e cuidado. Nesse sentido, julga-se que a participação foi potencialmente positiva para as pessoas, na medida em que proporcionou momentos de acolhimento, escuta, reflexão e valorização.

Quanto aos riscos, foram mínimos como aqueles aos quais estaria exposto em uma conversa informal, pois caso o participante relatasse algum desconforto ou cansaço no momento da aplicação das escalas ou da entrevista, foi possibilitado um momento de intervalo. No entanto, não foi manifestada nenhuma sensação de desconforto ou fadiga pelos participantes para que houvesse necessidade de interromper a aplicação das escalas, ou as entrevistas.

O Termo de Confidencialidade (Apêndice B), no qual os pesquisadores primam pela confidencialidade e pelo respeito aos participantes, além de se responsabilizarem pela ciência dos preceitos éticos que norteiam as pesquisas com seres humanos, foi respeitado. Deste modo, o anonimato dos participantes foi assegurado no decorrer desse estudo, sendo os idosos identificados por códigos (S1, S2, S3...), mantendo a sua identidade preservada.

4. CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS COM ÚLCERA VENOSA - A BUSCA PELA MANUTENÇÃO DA AUTONOMIA E DA INDEPENDÊNCIA

Este capítulo está subdividido nos seguintes tópicos: apresentação e análise dos dados sociodemográficos, de escolaridade e de saúde; e dados referentes à avaliação da capacidade funcional e cognitiva e o apoio social dos participantes.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Fizeram parte da pesquisa dez idosos, sete do sexo masculino e três do sexo feminino, com idade entre 65 a 82 anos. Quanto a etnia, nove eram brancos e um negro. A principal ocupação dos idosos ao longo da vida foi a agricultura. Todos eram aposentados e a renda mensal de nove deles era de até um salário mínimo e um idoso recebia dois salários mínimos. Estes dados e demais como o número de pessoas no domicílio, arranjo domiciliar, ocupação e escolaridade são apresentados no quadro 1.

Pode-se constatar que a maioria dos idosos possui renda mensal baixa e essa situação é agravada quando se trata de pessoas que tem úlcera venosa. Essa lesão gera custos adicionais ao paciente devido aos cuidados que ela exige no que se refere ao tratamento farmacológico, transporte aos serviços de saúde para realização de consultas, materiais para renovação dos curativos, que muitas vezes não são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros. Isto porque a úlcera venosa é uma lesão crônica, que pode perdurar por um longo período de tempo. Além disso, exige alto custo financeiro, devido aos cuidados necessários nesse período, o que pode desestabilizar o equilíbrio financeiro da família (SANTOS, 2013).

Todos os participantes declararam ter o ensino fundamental incompleto. Tal configuração parece coerente com o que tem sido observado em outros estudos referentes ao ensino formal na população idosa. Segundo esses estudos, as dificuldades de acesso à educação eram bem maiores no passado, quando comparadas com as atuais. Essa observação justifica a incidência de idosos não alfabetizados ou com baixos níveis de escolaridade (FERREIRA et al., 2012). Ainda, a menor escolaridade pode interferir na compreensão e assimilação dos cuidados com a lesão e com a saúde do idoso, bem como a necessidade de mudança do estilo de vida e novos cuidados a serem realizados no domicílio (SANTOS, 2013).

Neste cenário, os enfermeiros possuem papel fundamental, pois podem desenvolver junto à equipe de saúde atividades de ensino/aprendizagem, que considere o perfil de baixa escolaridade da população idosa atendida nos serviços de saúde. É importante orientar os

sujeitos quanto a importância em realizar o controle dos fatores que podem interferir no processo de cicatrização da úlcera venosa, como a alimentação, o controle da pressão arterial e da glicemia, prevenir os fatores externos que podem agredir o tecido, além de outros fatores fisiológicos (SANTOS, 2013).

Quadro 1 - Dados sociodemográficos e de escolaridade dos idosos da pesquisa. Santa Maria, 2015

Identificação do sujeito	Idade	Sexo	Etnia	Ocupação	Renda	Escolaridade	Arranjo domiciliar	Estado Civil	Número de pessoas no domicílio
S1	81	F	B	Empregada doméstica	1 SMN*	EFI	Reside sozinho	Solteira	01
S2	69	M	B	Agricultor	1 SMN	EFI	Reside sozinho	Solteiro	01
S3	66	M	B	Motorista	1 SMN	EFI	Reside com o cônjuge e filho	Casado	03
S4	71	F	B	Agricultora	1 SMN	EFI	Reside somente com o cônjuge	Casada	02
S5	82	F	N	Agricultora	1 SMN	EFI	Reside com cônjuge, filho e neto	Casada	04
S6	72	M	B	Agricultor	1 SMN	EFI	Reside somente com o cônjuge	Casado	02
S7	74	M	B	Agricultor	2 SMN	EFI	Reside somente com o cônjuge e neto	Casado	03
S8	69	M	B	Vigilante	1 SMN	EFI	Reside somente com o cônjuge	Casado	02
S9	70	M	B	Agricultor	1 SMN	EFI	Reside sozinho	Divorciado	01
S10	65	M	B	Serviços gerais	1 SMN	EFI	Reside somente com os filhos	Viúvo	02

Legenda: F - Feminino; M - Masculino; B - Branca; N - Negra; SMN - Salário Mínimo Nacional; EFI - Ensino Fundamental Incompleto.

*Salário Mínimo vigente: R\$788,00

Quanto ao arranjo domiciliar, três idosos moravam sozinhos, três somente com o cônjuge, um com o cônjuge e filhos, um com o filho, um com o cônjuge, o filho e o neto e um idoso com o cônjuge e o neto. Quanto ao número de pessoas no domicílio, em três residências morava uma pessoa, em quatro residiam duas pessoas, em duas conviviam três pessoas e em uma habitavam quatro pessoas. Idosos casados compuseram um total de seis, dois eram solteiros, um divorciado e um viúvo.

Observa-se que dos três idosos que vivem sozinhos, dois deles são do sexo masculino. A idade e o gênero estão significativamente relacionados com os arranjos familiares na fase do envelhecimento. Diferentemente dos dados obtidos, a probabilidade das mulheres viverem sozinhas é maior que os homens. Essa diferença se deve as taxas de mortalidade entre homens e mulheres, especificamente as mulheres têm maior perspectiva de enviudar (RAMOS, 2013) e ao fato de que os homens recasam em maior proporção após separação do que as mulheres (COSTA; MENANDRO, 2014).

Embora não tenha sido possível evidenciar a relação entre o sexo masculino e o arranjo familiar, pode-se supor que o maior número de idosos homens que vive sozinho parece estar relacionado às alterações psicológicas e sociais, especialmente ao isolamento social, as quais podem estar presentes nos indivíduos que vivem com úlcera venosa. A úlcera venosa é uma lesão crônica que produz efeitos negativos para o paciente e família, e durante essa vivência experimenta desequilíbrio em sua capacidade de funcionamento normal, provocando alterações que envolvem as relações sociais, os aspectos psicológicos e físicos. É nesse momento que o familiar surge como parte importante nas ações de manutenção da autonomia, integração, participação na sociedade (PEREIRA et al., 2013) e nas práticas de cuidado com a úlcera venosa.

Em relação aos dados referentes à saúde dos participantes, o tempo de diagnóstico da úlcera venosa variou de dois a 22 anos. Estudos demonstram o predomínio de pacientes com duração da lesão superior a um ano, o que caracteriza sua cronicidade (SANTOS, 2013; BENEVIDES et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013). Pode-se esperar maior permanência da lesão, devido algumas condições mórbidas pré-existentes como diabetes, má circulação sanguínea, estado nutricional precário, imunodeficiência, presença de infecção e idade (OLIVEIRA et al., 2013).

O envelhecimento expõe a uma maior vulnerabilidade a fatores externos e internos e a deficiências funcionais, que podem aparecer gradativamente no decorrer da vida (MORAES; MORAES; LIMA, 2010). Assim, as deficiências que ocorrem de forma natural com o processo de envelhecimento podem ser consideradas como fatores agravantes para

complicações, como o aumento no tempo de duração da lesão e as recidivas. Devido às alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, pacientes idosos estão mais predispostos às incapacidades funcionais com a perda da força muscular ocasionada pela insuficiência venosa e que, somado às comorbidades existentes, podem levar o indivíduo a um grau maior de dependência (SANTOS, 2013).

Em relação às doenças autorreferidas, oito participantes tinham hipertensão arterial, um apresentava dislipidemia, um possuía cardiopatia, um tinha câncer de mama e um possuía isquemia cerebral. Quanto aos hábitos e estilo de vida, um sujeito era tabagista e etilista. Estes dados são relevantes, pois, de algum modo, contribuem para agravar as condições de cicatrização da úlcera venosa.

A hipertensão arterial interfere no processo cicatricial devido a vasoconstrição causada pela inibição da síntese de colágeno e diminuição do aporte de oxigênio tecidual. Além da hipertensão, fatores extrínsecos como o tabagismo também pode interferir no processo cicatricial. O monóxido de carbono produzido durante a combustão do tabaco apresenta maior afinidade pela hemoglobina do que o oxigênio, reduzindo a liberação deste elemento nos tecidos periféricos. A nicotina, constituinte da fumaça do cigarro, causa vasoconstrição, aumenta a pressão arterial e mobiliza ácidos graxos livres, além de diminuir a proliferação de eritrócitos, macrófagos e fibroblastos, células fundamentais na cicatrização (AZOUBEL et al., 2010).

Ainda quanto aos hábitos e estilo de vida, oito idosos não praticavam atividade física regular. Os pacientes com úlcera venosa devem ser estimulados a realizarem breves caminhadas, três a quatro vezes por dia (ABBADÉ; LASTÓRIA, 2006). Além dos benefícios para a cicatrização da lesão, a prática de qualquer atividade física constitui um meio de manter e/ou melhorar a capacidade funcional. Além disso, é capaz de possibilitar uma maior inserção na comunidade, por meio do fortalecimento de vínculos familiares, amizade, lazer e sociais, promovendo mudanças na vida cotidiana, como busca de melhoria da qualidade de vida (FERREIRA, et al., 2012).

Observa-se que a caracterização dos idosos que possuem úlcera venosa não difere da maior parte da população idosa. Ou seja, tem baixa escolaridade, é do sexo masculino e moram com o familiar. Em relação à saúde dos participantes, a maioria dos idosos não pratica qualquer atividade física e apresenta outras comorbidades de caráter crônico.

4.2 CAPACIDADE FUNCIONAL E COGNITIVA E APOIO SOCIAL DE IDOSOS COM ÚLCERA VENOSA

Em relação à avaliação da capacidade funcional dos idosos por meio da escala de atividade básica da vida diária de Katz, verificou-se que todos os idosos foram classificados como independentes para todas as atividades (Tabela 1).

Tabela 1- Classificação da capacidade funcional, segundo a escala de Katz (AVD). Santa Maria/RS, 2015.

Classificação	Pontuação	N
Dependência importante	0 a 2 pontos	0
Dependência parcial	3 a 4 pontos	0
Independência	5 a 6 pontos	10

Os dados da tabela 1 demonstram que os idosos com UV têm capacidade para realizar suas atividades básicas com independência como as tarefas de banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, levantar-se da cama ou cadeira e alimentar-se. Isto remete a capacidade do idoso viver de forma independente na comunidade. Ressalta-se, ainda, a importância desta avaliação ser realizada periodicamente para verificar de forma precoce alterações na capacidade funcional do idoso, o que pode vir a interferir no cuidado de si.

No que se refere às atividades instrumentais da vida diária, pode-se observar, na tabela 2, que nenhum entrevistado foi classificado como dependente total. Oito idosos necessitavam de ajuda para realizar suas tarefas, classificados como dependentes parciais e dois não careciam de nenhuma ajuda, portanto eram independentes.

Tabela 2 - Classificação da capacidade funcional, segundo a escala de Lawton e Brody (AIVD). Santa Maria/RS, 2015.

Classificação	Pontuação	N
Dependência total	≤ 5 pontos	0
Dependência parcial	> 5 e < 21 pontos	8
Independência	21 pontos	2

Em geral, com o passar dos anos, as pessoas idosas vão perdendo gradativamente a força nos membros inferiores, concomitante a presença da úlcera venosa, essa perda de força tende a aumentar. Com isso, há uma tendência de o idoso em diminuir a mobilidade, fazendo com que passe a maior parte do tempo restrito ao próprio domicílio, o que pode reduzir os

movimentos aos limites físicos impostos pela lesão. Fato que prediz a necessidade de auxílio para algumas atividades instrumentais de vida diária (SANTOS, 2013).

A maior dependência de outras pessoas para realizar as atividades rotineiras tem implicado na capacidade do idoso em decidir sobre sua vida. Este assunto necessita ser trabalhado pelos profissionais de saúde com os idosos e familiares, visto que a dependência física não está relacionada à perda da autonomia. Se a capacidade cognitiva estiver preservada, o idoso, ainda que dependente, pode e deve tomar decisões sobre sua vida (TAVARES; DIAS, 2012).

Tabela 2 - Pontuação e classificação dos idosos, segundo as dimensões da escala de Lawton e Brody (AIVD). Santa Maria/RS, 2015.

Dimensões	Classificação		
	Dependência total	Dependência parcial	Independência
Telefone	2	1	7
Viagens	4	3	3
Compras	2	2	6
Preparo das refeições	3	1	6
Trabalho doméstico	3	4	3
Medicações	1	1	8
Dinheiro	1	2	7

Pode-se verificar, por meio da Tabela 3, que houve maior número de idosos com dependência total para a dimensão relacionada a viagens; dependência parcial para as atividades domésticas; e independência em relação ao uso de medicações. Os dados corroboram com a pesquisa de Santos (2013), quando aponta que os idosos são capazes de realizar trabalhos domésticos leves, uma vez que essas atividades não sobrecarregam os membros inferiores dos sujeitos com úlcera venosa. Porém, para atividades mais pesadas, que exigem maior força dos membros, podem requerer assistência de outra pessoa o que os tornam parcialmente dependentes de ajuda para algumas tarefas do seu cotidiano.

Para o processo de assistência a esses idosos, a prevenção da perda da capacidade funcional é fundamental e deve incluir o adequado controle das doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e estímulo à cognição. A manutenção do apoio social protege o idoso da perda funcional. As atividades laborais e de lazer devem ser potencializadas durante toda a vida, especialmente na idade mais avançada, com atenção especial aos fatores sociais, culturais e biológicos que podem interferir na manutenção dessas atividades pelos idosos (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

Em relação ao estado mental, sete idosos apresentavam déficit cognitivo de acordo com o MEEM. Destaca-se que dentre os oito idosos que apresentavam dependência parcial para as atividades instrumentais da vida diária, seis tinham déficit cognitivo.

O comprometimento cognitivo está relacionado com a perda funcional e é considerado um dos principais fatores de risco para o cuidado de si. O comprometimento cognitivo, frequentemente, inicia com a dificuldade em realizar atividades simples como fazer compras e administrar o dinheiro. Essas atividades são chamadas funções executivas e são perdidas precocemente. O idoso que tem dificuldades nessas funções deixa de fazê-las gradativamente, porque os familiares preocupam-se com os erros cometidos e passam a realizá-los, o que agrava o grau de dependência. A capacidade cognitiva e as funções executivas dependem uma da outra: a manutenção da cognição pode compensar a perda funcional (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

Ainda, pode-se observar que os idosos obtiveram menor pontuação para a variável atenção e cálculo. A atenção representa um grupo complexo de comportamentos, em que o indivíduo seleciona informações e pode ignorar outras; passa um período de tempo capaz de sustentar a concentração em uma informação; divide a atenção em dois ou mais aspectos ao mesmo tempo; e pode mudar o foco da atenção quando for necessário. A capacidade do idoso de permanecer atento diante de vários estímulos para apreender uma situação é extremamente prejudicada (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

As principais fontes de apoio dos idosos são: filhos, citados por cinco idosos; cônjuges, por quatro idosos; irmãos/irmãs, por três idosos; amigos por dois idosos; noras, profissionais da saúde, ex-mulher, sobrinhos (as) e grupo para um idoso (Tabela 4).

Tabela 4 - Fontes de apoio relatadas pelos sujeitos da pesquisa por meio do Inventário da Rede de Suporte Social. Santa Maria/RS, 2015.

Sujeito	Apoio social				
S1	Irmã				
S2	Profissional	Profissional	Irmão		
S3	Cônjuge	Filho	Filha		
S4	Cônjuge	Filha			
S5	Nora	Nora	Filho	Filho	
S6	Amigo	Cônjuge			
S7	Cônjuge	Filha	Filha		
S8	Sobrinho	Sobrinha	Sobrinha	Irmã	
S9	Filho	Filho	Filho	Ex-mulher	Grupo da terceira idade
S10	Amigo	Amigo	Amigo	Amigo	

Destaca-se que os filhos foram a principal fonte de apoio relatada pelos idosos e em seguida apareceram os cônjuges. Esse fato pode ser explicado pela existência de uma relação de obrigação e retribuição do filho aos seus pais. Quando os filhos eram crianças, os pais os cuidaram e no momento que os pais estão dependentes, os filhos passam a cuidá-los. Esse sentimento perdura pelas gerações (PEREIRA et al., 2013).

Pode-se verificar que um idoso citou apenas amigos. As relações de amizade são normalmente voluntárias, baseadas em trocas informais, calcadas no interesse mútuo e necessidades sociais. Essas relações geralmente apresentam maior nível de reciprocidade que as relações de parentesco (RAMOS, 2002). Os amigos também são mais propensos a serem capazes de influenciar as práticas de saúde e, às vezes, são fonte de apoio emocional (SERBIM, 2012).

Enfatiza-se que dois profissionais de enfermagem que atuavam em uma Unidade Básica de Saúde foram citados como principais fontes de apoio social para um sujeito da pesquisa, este fato pode estar associado devido à ida frequente aos serviços de saúde que o acompanhamento dos idosos com úlcera venosa exige especialmente para realização de curativos. Para esses pacientes, o vínculo com o profissional de saúde é considerado importante fonte de apoio social e ruptura do isolamento (FIGUEIRA et al., 2012).

A média de apoio social percebido pelos idosos foi de 4,6 em um intervalo possível de um a cinco. Percebe-se que os sujeitos possuíam um bom apoio social. Entretanto, a rede social global e parcial dos participantes foi composta, em média por três pessoas dentro de um intervalo possível de um a dez. Deste modo, pode-se inferir que os idosos possuem uma rede social composta por baixo número de participantes, entretanto tem-se deles um bom apoio social.

A rede social reduzida pode estar atribuída ao processo de seletividade socioemocional, que é uma característica normal do processo de envelhecimento, em que o idoso tende a diminuir a sua rede social, porém mantém a qualidade de suas relações (NERI; VIEIRA, 2013). O idoso debilitado também tende a enfraquecer os contatos afetivos, colocando em risco a rede social recebida. Deste modo, as doenças e incapacidades podem contribuir para o isolamento social por limitar a sua participação na comunidade (GEIB, 2012).

5. O CUIDADO DE SI DE IDOSOS COM ÚLCERA VENOSA NA PERSPECTIVA DO ENVELHECIMENTO ATIVO

A partir da análise das informações contidas nas entrevistas foi possível agrupar seu conteúdo por convergências de ideias em categorias. Identifica-se que os idosos com úlcera venosa vivenciam distintas situações. Parte deles tem condições de manter sua independência e autonomia, enquanto outros necessitam receber cuidados, tanto de profissionais de saúde como de familiares. Assim, as categorias que emergiram foram: o exercício da autonomia do idoso com úlcera venosa; e, o idoso com úlcera venosa e o viver cotidianamente com limitações.

5.1 O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA DO IDOSO COM ÚLCERA VENOSA

A capacidade de tomada de decisões pelo idoso com úlcera venosa é expressa na sua relação com familiares, como pode ser observado no depoimento:

Às vezes minha esposa e filhos dão palpite, mas quem toma a decisão final sou eu. Sou eu que sinto o que está no meu corpo, minha saúde, essas coisas. (S3)

Identifica-se nos depoimentos que os entrevistados recebem orientações e esclarecimentos dos familiares, porém a tomada de decisão, de pensar e agir sobre suas escolhas em relação à vida e seu estado de saúde é resguardada e respeitada pelos familiares, pois o veredito final é da pessoa idosa que tem úlcera venosa. Esta forma de conduzir visa à manutenção da autonomia do idoso.

A participação da família, na tomada de decisões sobre a vida dos idosos, ocorre mediante aconselhamentos, considerações e opiniões, isso permite inferir que há preocupação e desejo da família em apoiá-los e auxiliá-los nas situações importantes de suas vidas.

A família é a principal personagem na rede de suporte ao idoso, corresponde a maior fonte de apoio e, muitas vezes, a mais significativa, especialmente quando o idoso vivencia uma doença crônica (NERI; VIEIRA, 2013; TAVARES; SILVA, 2013). É nesse período que laços de união são reforçados, uma vez que, em geral, há apoio de todos os membros da família. As maiores necessidades e demandas que surgem com a doença crônica, levam ao estreitamento de laços e aproximação familiar (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Habitualmente, os idosos apontam, com maior frequência, que os filhos são os provedores de auxílio na tomada de decisões. Este fato pode estar relacionado ao sentimento que os filhos têm em retribuir o cuidado que seus pais tiveram quando eles eram jovens (OLIVEIRA; NERI; D'ELBOUX, 2013). Vale destacar que a intervenção familiar não deve ferir a autonomia da pessoa idosa.

Nesse sentido, os idosos participantes deste estudo mencionam que não aceitam serem interceptados na tomada de decisão, ou seja, não querem ser conduzidos por uma determinada conduta. Isto demonstra que necessitam e batalham pela sua independência e autonomia, rejeitam a ingerência da família e conduzem sua vida conforme querem.

Quem decide sobre minha vida sou eu mesma, eu sim! Tem gente que quer me mandar, eu não quero que mandem em mim. Se eu tenho direito, se eu tenho alguma coisa, foi porque eu ganhei com meu suor. Por exemplo: se eu tenho uma casa, essa casa é minha. Fui eu que fiz, trabalhei para fazer essa casa, sempre guardando um pouquinho do dinheiro para fazer ela. Agora está feita, está tudo fechadinho, agora é minha. Essa casa é minha! Eu fico aqui dentro e ninguém vai me tirar daqui porque eu paguei essa casa com o meu suor. (S2)

Minha mãe (falecida) era muito mandona, brava, era uma coisa muito séria! Era exigente. Agora ninguém me manda, eu faço o que eu quero. Ninguém me manda! Minha irmã? Quem manda em mim sou eu! Ela não manda em nada aqui. (S1)

A família, sendo considerada a principal fonte de apoio aos idosos, deve olhar para o seu familiar como um indivíduo que, assim como em qualquer fase da vida, necessita ter sua privacidade respeitada, bem como a valorização por todas as suas conquistas no decorrer da vida. Pode-se perceber o quão importante é para a idosa que as pessoas respeitem aquilo que foi conquistado com o trabalho desenvolvido durante toda a sua vida. A capacidade de tomar decisões também é uma característica que esteve presente durante a vida da pessoa idosa e é importante que ela seja preservada também na fase de envelhecimento.

Observa-se no depoimento de S1 que a presença da figura materna no decorrer de sua vida impedia a tomada de decisões e quando se afasta da situação de submissão do comando, passou a assumir o papel de comandante, quer dizer, a ter autonomia sobre sua vida. Essa relação está em consonância com o que Foucault descreve como a presença de inúmeras redes de poder na sociedade, os chamados micro-poderes. Isto implica em assumir que as pessoas, entre si, estão a todo o momento exercendo os micro-poderes, os pais sobre os filhos, os maridos sobre as esposas, os professores sobre os alunos, os patrões sobre os empregados e os jovens sobre os velhos (SANTOS, 2010).

A emancipação do idoso das redes de poder representa uma forma de exercício do cuidado de si, especialmente em termos de consciência e maturidade do indivíduo. O cuidado de si visa objetivar o indivíduo a ter uma postura crítica e questionadora do mundo, fazendo com que ele possa voltar a si para compreender o mundo e viver com maior emancipação em relação a essas redes (SANTOS, 2010).

Viver sem a presença constante da família nem sempre significa abandono e enfraquecimento de vínculos familiares ou sentimentos de isolamento e solidão e de sofrimento psicológico para os idosos. Essa condição pode refletir em uma nova e bem-sucedida realidade de envelhecimento para aqueles que valorizam a independência e privacidade (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011). Ademais, essa relação não impede que o idoso possa receber apoio familiar em situações pontuais. Contudo, essa condição tem sido associada ao decréscimo da qualidade de vida, agravamento de morbidades e é um indicador de risco para a mortalidade (FARIAS; SANTOS, 2012).

Na política do Envelhecimento Ativo, não só os aspectos sociais e de saúde tem destaque. Os fatores psicológicos que envolvem a inteligência e a capacidade cognitiva são também indicadores do envelhecimento ativo e da longevidade (OMS, 2005).

Os idosos com úlcera venosa expressam o quanto é importante para eles manter a autonomia e independência na velhice, embora tenham que, continuamente, demonstrar sua capacidade para tal. Nesta mesma linha de pensamento, a manifestação de S3, demonstra que o idoso precisa colocar-se em uma situação de defesa, na tentativa de garantir seu direito de decisão.

Sou eu que decido sobre minha vida, tem que ser eu! Enquanto a gente está com a ideia boa e lúcido, tem que procurar se defender. (S3)

A preservação do estado cognitivo se constitui em uma necessidade para que a pessoa idosa possa manter as suas relações sociais de modo a manter-se participativo na comunidade, atuar de forma ativa na sociedade e garantir a sua capacidade de tomada de decisões a respeito de sua vida. As alterações no estado cognitivo são próprias do envelhecimento normal, o idoso apresenta declínio gradual de funções como percepção, linguagem, habilidades motoras e outras funções cognitivas, sendo a perda da memória a que mais se destaca, já que compromete pequenas tarefas relativas às atividades básicas da vida diária (BRITO; PAVARINI, 2012).

O déficit cognitivo ao envelhecer pode ser compensado se o idoso se mantiver ativo na comunidade em que vive, criando laços e redes de apoio e suporte social (VICENTE; SANTOS, 2013). A interação social vivenciada pelo idoso auxilia para que ele exerça a cidadania e se sinta valorizado, motivado e inserido no meio social. Assim, o idoso passa a ter a sensação de pertencimento a um grupo social (LEITE et al. 2008).

A noção de envelhecimento ativo contempla direitos individuais e coletivos. Ela considera tanto a autodeterminação da pessoa, que diz respeito à autonomia, dignidade e participação, como a responsabilidade e justiça social – vida digna, qualidade de vida, segurança e bem-estar (CARVALHO; PAOLETTI; REGO, 2011).

Desse modo, é preciso que os profissionais de saúde, ao prestar assistência ao idoso com úlcera venosa, estejam atentos às demandas de cuidado considerando o apoio familiar recebido, as expectativas do tratamento, o conhecimento prévio e a rotina do seu dia a dia para planejar e desenvolver práticas educativas.

Hoje não fiz nada, deitei na cama e fiquei na cama [...] não é todo dia, às vezes eu dou uma lida (trabalho), mas depois eu canso, deito e levanto as pernas. É melhor levantar as pernas, porque alivia o sangue, não vai para lá [...] Alguém me disse que é para levantar as pernas. Cuido para não bater as pernas, caminhar muito, hoje não dá para caminhar muito, porque está vazando, então não é fácil.(S2)

O cuidado de ficar sentado e deitado, no repouso, inclusive tem a cama com 17 centímetros mais alto no pé da cama sempre, para dormir com as pernas mais altas, há muitos anos já. Repouso, repouso, sempre na receita está escrito bem grande, repouso com a perna elevada para não dar problema. (S3)

O depoimento do idoso S2 expressa a dificuldade sentida para realização de uma atividade essencial que é a locomoção, ficando a maior parte do tempo restrito ao repouso na cama, elevação dos membros inferiores e cuidados com lesão. Desse modo, as atividades cotidianas como ir ao banheiro, passear no quintal, levantar-se da cama ou até mesmo permanecer de pé sem apoio durante um curto período de tempo, tornam-se atividades difíceis de serem realizadas. A interferência na mobilidade do indivíduo acarreta múltiplas implicações, obrigando as pessoas a se adaptarem e reorganizar as atividades do seu cotidiano e, em alguns casos, pode necessitar de auxílio para realizá-las tornando-o dependente de outros (SANTOS, 2013).

Observa-se também que os idosos realizam o cuidado de si com base nas orientações recebidas. E, dentre as recomendações para o cuidado com a lesão, houve maior referência ao repouso. Os principais esclarecimentos que devem ser fornecidos para o indivíduo com úlcera venosa envolvem a renovação do curativo e uso de materiais e coberturas, conforme o

progresso da lesão; utilização, se necessário, de terapia compressiva; alimentação que estimule a cicatrização; repouso e elevação do membro; atividade física, especialmente as caminhadas e utilização de meias compressivas, para evitar recidivas (REIS et al. 2012).

O estudo de Silva et al. (2012), em que o objetivo foi discutir o manejo clínico de úlceras venosas, aponta que 48% dos pacientes avaliados não realizavam a orientação de repouso e, destes, 20% não o fazem, pois não gostam de repouso. A menor aderência dos idosos em relação ao repouso pode estar associada ao fato de que o repouso implica em restringir a realização de afazeres domésticos, trabalhar, passear, cuidar da família e manter-se independente.

Figueiredo e Zuffi (2012) observaram, em seu estudo, que a maioria dos enfermeiros orienta o repouso absoluto ao paciente com úlcera venosa. Entretanto, as caminhadas leves e regulares e os exercícios específicos melhoram a bomba do músculo da panturrilha que são importantes para o processo de cicatrização da lesão.

A independência e autonomia envolvem, mais marcadamente, a capacidade física e mental necessária para a realização das atividades básicas da vida diária, sem necessidade de auxílio (VERAS, 2009). Assim, é importante que os profissionais de saúde orientem os idosos com úlcera venosa sobre a importância da prática de exercícios físicos, objetivando a melhora da condição clínica e, também, a conservação da capacidade funcional. A restrição nas atividades influi na capacidade funcional, causa implicações para a qualidade de vida dos idosos, devido sua relação com a capacidade de ocuparem-se em desenvolver atividades cotidianas e/ou atividades agradáveis (TORRES et al. 2009).

As experiências de manter o bem-estar e lidar com o adoecimento são constantes na vida daqueles que vivenciam a velhice. Desse modo, é necessário promover a saúde e estimular comportamentos saudáveis visando a manutenção da independência, autonomia e, conseqüentemente, o envelhecimento ativo. O envelhecimento ativo deve ser considerado como uma condição a ser atingida por quem lida com as mudanças inerentes do envelhecer. Ele é mais do que a ausência de doença e a manutenção da capacidade funcional, pois é fundamental a combinação entre engajamento ativo e vida, o que representa o conceito mais amplo do bom envelhecer (FERREIRA et al. 2012).

A úlcera venosa é uma lesão que atinge diretamente a qualidade de vida dos pacientes, uma vez que esta é marcada pela subjetividade, e envolve todas as dimensões do ser humano, quer seja física, psicológica, social, espiritual ou cultural. Ao se deparar com esta morbidade, os pacientes precisam se adaptar a uma nova condição de vida, uma vez que com a doença pode comprometer o bem-estar físico, mental e social (COSTA et al., 2011).

O depoimento do idoso S1 denota a dificuldade de aderir a orientação de um cuidado que foi orientado e demonstra a cobrança da prática de cuidado pelo profissional de saúde.

Aquela profissional me criticou muito. Toda vez que vinha aqui me criticava, porque eu não fazia repouso. Faz repouso, faz repouso! E eu não fazia. Vim aqui e ela começou a pisar em mim, aí comecei a fazer repouso. (S1)

A orientação para o cuidado com a lesão era realizada pela profissional, porém, o paciente não correspondia à orientação e isso era experimentado pelo paciente como uma crítica a sua prática de autocuidado. Quando a ação da profissional tornou-se mais impositiva, o paciente revela que passou seguir a orientação, no entanto, essa situação, como ela é gerida, evidencia o desrespeito à autonomia do idoso.

A mudança de comportamento pela obediência de quem, supostamente, sabe menos a quem sabe mais, com a modificação de hábitos, sem um convencimento racional, no qual o paciente decida de forma reflexiva e com autonomia quanto ao porquê fazer, assim como o significado da mudança na sua vida, predispõe a renúncia do próprio eu e a supressão de seus desejos. Este fato resulta na crença de que, quando as decisões não são tomadas a partir da vontade da pessoa, com base no diálogo, da história de vida e da reflexão, mas a partir da vontade do outro, o paciente age não como sujeito, mas como objeto, negando sua condição humana (LUNARDI, 1997).

Para Almeida e Aguiar (2011), a autonomia pressupõe a oferta de informações e o consentimento mediante manifestação de sua vontade, sem ter sido coagido, influenciado, induzido ou intimado. Condutas dessa natureza fortalecem as relações democráticas e, com a falta de informação, prevalece a ignorância e abrem-se brechas para que sejam realizadas ações abusivas, de subjugação, dominação e exploração (SANTOS; EIDT, 2004).

Quando o profissional desrespeita a autonomia da pessoa idosa, ele o submete aos cuidados de forma autoritária, tornando-o um agente passivo na tomada de decisões sobre sua vida. É necessário que os profissionais preservem a capacidade de decisão da pessoa idosa, garantindo o cuidado de forma integral, estabelecendo vínculo que resulte em assistência respeitosa e digna. Também é imprescindível valorizar sua história de vida, suas vivências, ouvindo-o com atenção, praticando a paciência e amabilidade, atendendo suas necessidades biopsicossociais e espirituais com competência, estimulando o cuidado de si e contribuindo para sua independência e autonomia (GANDOLPHO; FERRARI, 2006).

Os idosos da pesquisa reconhecem a necessidade de serem acompanhados por um profissional da saúde. Porém, também, está presente a não valorização da capacidade dos

idosos de cuidarem de si, quando o profissional determina que o curativo é um procedimento que deve ser realizado na unidade de saúde.

Primeiro lugar é me cuidar, e procurar sempre um profissional que estudou isso, um médico, um enfermeiro para fazer as coisas. Faz melhor que a gente. Na medida do possível venho no posto de saúde, onde fazem melhor. Quando posso, faço o curativo sozinho, mas tenho dificuldade, essas próteses não dobram para chegar no pé. (S3)

Só no posto mesmo. Era para cuidar lá. E que eu não era para tentar fazer o curativo em casa. (S9)

Também é possível constatar que os idosos subestimam sua condição de realizar o curativo da úlcera venosa, apontando que o cuidado realizado por ele é menos qualificado quando comparado ao cuidado realizado por um profissional. A dificuldade em realizar o curativo é vivenciada pelo idoso S3 devido a sua dificuldade de mobilização, entretanto não se pode entrever que os idosos, de forma generalizada, tenham dificuldade em realizar as práticas de cuidado.

Desse modo, surge a necessidade dos profissionais estabelecerem vínculo de confiança com os idosos instrumentalizando-os para que possam adquirir habilidades para realizarem as práticas de cuidado. Essa relação profissional e paciente e as orientações fornecidas incentiva a autonomia do idoso e evita que ele se sinta submisso e inferiorizado.

Para Foucault, em qualquer relação humana, em que há um indivíduo que tenta guiar e dirigir a ação do outro, o poder está presente. Quando o exercício da técnica, a execução de procedimentos e a prestação de cuidados, assumem o papel de fim na prática de enfermagem e o paciente se constitui apenas em um meio ajustável para que este fim se concretize, as relações passam a estabelecer-se não entre pessoas, mas entre “coisas”. Esse tipo de relação de poder pastoral, determinada por quem parece ser detentor do saber cuidar faz-se de forma autoritária, negando a participação e a interferência do outro no seu cuidado, revestindo-se, também, de um poder paternalista e da infantilização do outro, por destituir a sua participação como sujeito (LUNARDI, 1997).

Ainda, considerar o indivíduo como um dos sujeitos do processo de assistência de enfermagem tem significado diferente de reconhecê-lo como o centro do processo. Considerar o sujeito como centro do processo, não significa ter sua condição de sujeito reconhecida, mas reconhecê-lo como objeto de trabalho. Considerar o sujeito como autônomo, diferentemente, requer e exige que este sujeito possa decidir racionalmente, por sua vontade e desejo no processo de assistência de enfermagem (LUNARDI, 1997).

Cabe, portanto aos profissionais da saúde informar, orientar e instigar a reflexão dos pacientes acerca da realização das práticas para o cuidado de si por meio da educação em saúde. A educação em saúde pode ser um dos instrumentos que podem proporcionar novos conhecimentos e que levam os idosos a buscarem o bem-estar físico, mental e emocional, auxiliando na autonomia para o enfrentamento de seus problemas e na busca de melhor qualidade de vida. Ainda, o processo de educar significa contribuir para a autonomia, privilegiando, dessa forma, o campo do desenvolvimento das habilidades pessoais (ASCARI, 2010).

Deste modo, a educação tem como objetivo, transformar conhecimento e incorporar novos saberes e, nesse sentido, buscar o desenvolvimento da responsabilidade e da autonomia das pessoas pelo cuidado com a sua própria saúde. A compreensão do processo saúde-doença e das práticas de cuidado capacita o indivíduo a optar pela forma mais adequada de promover a sua saúde (ASCARI, 2010).

5.2 O IDOSO COM ÚLCERA VENOSA E O VIVER COTIDIANAMENTE COM LIMITAÇÕES

A úlcera venosa é uma lesão que pode comprometer várias dimensões da vida do indivíduo, pois se trata de uma doença crônica que pode causar prejuízo na imagem corporal, depressão, isolamento social, prejuízo na atividade sexual, perda parcial da autonomia na realização de atividades domésticas, afastamento das atividades laborais e aposentadoria precoce (FIGUEIREDO; ZUFFI, 2012). Um dos aspectos apontados pelos idosos que se constitui em um limitador na vida cotidiana está relacionado à atividade sexual.

Uma vez uma doutora daqui me disse: Oh! Sexo nunca mais, enquanto o senhor não sarar isso aí. E daí passado um mês, fizemos. Aí estourou mais ferida. Mexe com o sangue. (S10)

O depoimento do idoso expressa à recomendação médica de sua impossibilidade de manter relações sexuais, entretanto essa orientação não foi seguida e houve uma consequência, a piora da lesão. Não há na literatura utilizada essa orientação aos indivíduos com úlcera venosa. Ressalta-se que a atividade sexual está presente no conjunto de necessidades, tanto dos jovens e adultos como na vida dos idosos.

O tema sexualidade ainda é visto com discriminação, quando está relacionado a pessoas idosas. Frequentemente as atitudes a essa população são baseadas em ideias

reducionistas e, muitas vezes são inverídicas, que reforçam a imagem negativa da pessoa idosa. A sexualidade na velhice ainda representa um tabu, devido aos mitos e estereótipos que perpassam o tema nessa fase da vida, levando os idosos à condição de indivíduos assexuados. Mesmo com os avanços na concepção e na prática da sexualidade na velhice, ainda evidencia-se o preconceito e a falta de entendimento dessa necessidade pelos profissionais da saúde (COELHO et al. 2010).

Com a velhice pode ser comum o comprometimento da função sexual, devido às alterações fisiológicas e anatômicas que o envelhecimento produz no organismo, porém isso não impede a manutenção do exercício da sexualidade. A crença de que a idade e o declinar da atividade sexual estão relacionadas tem feito com que os profissionais não prestem atenção a uma das atividades que mais contribuem para a qualidade de vida dos idosos, a sexualidade (LUZ et al., 2015).

É importante que os profissionais de saúde abordem as questões acerca da sexualidade com idosos, promovendo um espaço de confiança, no qual adquiram conhecimento e eliminem dúvidas. Desse modo, eles podem passar por essa etapa da vida sem os mitos e tabus que cercam as relações sociais, respeitando sua vontade e deixando-os viver com autonomia, incluindo uma vida sexual ativa (LUZ et al., 2015).

O constrangimento sentido pelo idoso que tem uma úlcera venosa e deseja construir um novo relacionamento afetivo, emergiu no estudo.

Eu espero que sare isso, mas vai muito tempo ainda. Eu tenho uma ânsia para que sare isso. De repente na cabeça de um velho como eu, se sarasse, eu ia arrumar uma companheira, mas assim não me animo. (S9)

O depoimento do idoso demonstra o desejo de cura da lesão, entretanto tem conhecimento de que esse processo demanda um longo período de tempo. Ainda, apesar do fato de “ser idoso” implica para ele a retomada de uma nova relação afetiva, a úlcera venosa mostrou ser o principal empecilho.

A ferida não representa um problema somente percebido pelo indivíduo, mas também para aquelas pessoas que o cercam, e, assim, se torna um fator limitante para as relações sociais. Qualquer alteração que ocasione mudança na imagem do corpo, tornando-o diferente do corpo do outro, trazendo repercussões negativas na vida do indivíduo (SOUZA; MATOS, 2010).

Conviver com uma ferida crônica implica em inúmeras dificuldades e mudanças para a vida da pessoa. A alteração na imagem corporal afeta de forma direta a sexualidade do

indivíduo. Partindo do pressuposto de que a sexualidade consiste numa necessidade humana, esta deve ser considerada durante a assistência de enfermagem. Assim, conhecer as mudanças decorrentes da condição de ter uma ferida crônica e as repercussões dessa para a sexualidade do indivíduo é importante para ajudá-lo a enfrentá-las (SOUZA; MATOS, 2010).

Os sentimentos das pessoas com ferida crônica são, em sua maioria, negativos. Por outro lado, o desejo da cura é uma fonte de esperança para aqueles que vivem com uma lesão, que se apega a esse sentimento e busca por meio do tratamento mudar a condição em que se encontram (SOUZA; MATOS, 2010).

Viver com uma ferida acarreta uma série de mudanças na vida do indivíduo e, conseqüentemente, na de seus familiares. Diante dessa situação, surgem dificuldades que, muitas vezes, nem o indivíduo, a família e os profissionais da saúde estão devidamente preparados para lidar e compreender os aspectos que envolvem a doença (LUCAS; MARTINS; ROBAZZI, 2008).

A necessidade de adaptação dos pacientes com úlcera venosa devido a nova condição de vida, que rotineiramente compromete o bem-estar físico, mental e social, gera a aquisição de novas habilidades, que inclui a revisão de valores, conhecimento científico e prático sobre a doença, ajustamento as formas de tratamento, além do enfrentamento da sociedade (COSTA et al. 2011).

As dificuldades enfrentadas no cotidiano dos idosos com úlcera venosa são diversas, dentre elas emergiu o cuidado com a higiene corporal.

Vou levando, eu me escovo, eu me lavo. Para me lavar está difícil, porque eu tenho que agarrar e enfaixar toda a perna e porque falaram que não pode molhar. Senão tenho feito assim, eu sento numa cadeira aqui e ponho os pés lá na outra. Forro com uma toalha e ele (marido) me lava com a mangueirinha, me ensaboa e me lava. Ele me ajuda. Tem que me ajudar porque eu não posso entrar debaixo do chuveiro. Para me lavar tem que ser toda essa trabalhadeira! (S4)

O depoimento da idosa expressa a autonomia na realização de práticas do cuidado de si como a higiene oral e corporal, pois a idosa apresenta capacidade de decisão sobre como realizar o cuidado, porém há dependência do cônjuge para que seja realizado da forma como foi orientada. Vale ressaltar que a idosa demonstra que esse cuidado está sendo realizado com dificuldade, visto que a higiene corporal é um cuidado diário simples que envolve a intimidade e privacidade, e nesse momento está demandando auxílio de um familiar.

Os idosos e familiares, diante dessas situações inesperadas, demandam cuidados que, muitas vezes não estão preparados para desempenhar. Nesse sentido, há necessidade de

adequação das orientações frente às demandas de cuidado e maior apoio da equipe de saúde (COSTA et al. 2011).

Em contraponto, o idoso retrata a habilidade em realizar o cuidado com a úlcera venosa sem necessidade de ajuda.

Levanto o pé um pouquinho, esse aqui (mostra o pé) [...]. Tem uma baciuzinha e eu coloco o pé dentro, tiro o pano, pego uma agulha e furo o soro e coloco bem na feridinha, várias vezes, depois dou uma limpadinha com o pano limpo, aí pego o paninho e coloco bem na perna, tem um paninho limpo.. dois limpos. Pego o óleo e coloco no paninho, antes eu coloco o esparadrapo para não grudar e coloco na ferida. Para não cair depois, coloco uma perna em cima da outra e vou enrolando. Nunca pedi ajuda para ninguém. (S6)

O depoimento do idoso demonstra o desejo de ser responsável por seus cuidados, por perceber-se apto para realizar o procedimento, revelando a sua autonomia (SILVA et al., 2014).

Ramalho e Silva (2008) apontam que, na medida em que o paciente com úlcera venosa tem conhecimento de sua doença, maior se torna a adesão e comprometimento no tratamento, como por exemplo, nos cuidados na realização diária do curativo, mudanças nos hábitos de vida, na dieta equilibrada e na realização do repouso. Portanto, a educação compõe importante ferramenta para o tratamento do paciente com úlcera venosa, na medida em que são capacitados para o gerenciamento da sua doença.

A educação tem o objetivo de formar a consciência crítica e a autonomia. Requer a escuta ativa e o diálogo aberto e igual, uma vez que o objetivo final da educação não é apenas a compreensão de informações, mas sim incentivar as pessoas a definir os seus próprios problemas, encontrar soluções e lidar com eles de forma eficaz (FREIRE, 2005).

Compreender a percepção dos indivíduos sobre sua realidade, experiências vividas, promover o empoderamento e o cuidado de si, é importante para que os profissionais procedam na conduta terapêutica embasados, aumentando assim, as chances de negociação e elaboração do plano de ação conjunto ao tratamento. O paciente é o único e verdadeiro gestor de sua própria saúde e bem-estar. O problema não é como ele controla sua doença, mas como consegue gerenciar sua vida apesar da doença (TADDEO et al., 2012).

Há situações em que o idoso enfrenta dificuldade em realizar as práticas de cuidado no domicílio e de gerir a própria vida devido à presença de comorbidades, o que requer maior apoio de familiares.

Eu ainda consigo tomar um pouco das decisões da minha vida, mas na maioria das vezes preciso da ajuda dele (marido) porque eu tenho muito esquecimento. Para

tomar o remédio também e aí ele pergunta: Já tomou o remédio? Está na hora. Porque eu fiquei com esquecimento, por causa da isquemia cerebral. (S4)

O depoimento demonstra que a idosa tem comprometimento cognitivo patológico, apesar disso consegue tomar algumas decisões a respeito de sua vida. Pode-se observar também que a idosa tem conhecimento de suas limitações para o cuidado com a sua saúde e essas limitações podem influenciar negativamente na sua autoconfiança e autoestima, repercutindo no cuidado de si. Portanto, ainda que de forma limitada, a capacidade de autonomia da idosa está preservada e isso deve ser valorizado por todos os sujeitos que compõe a sua rede social.

O comprometimento cognitivo interfere na capacidade funcional do indivíduo, resultando na perda da independência e autonomia, com conseqüente prejuízo da qualidade de vida do idoso. A noção de autonomia, no que se refere à interdependência desta com uma memória íntegra, reside na capacidade de cuidar de si mesmo, executar tarefas que lhe permitam a adaptação psicossocial e ser responsável pelos próprios atos (MACHADO et al., 2011).

Salienta-se que a presença de comorbidades associadas às perdas relacionadas ao processo de envelhecimento não deve ser considerada como condição de envelhecimento malsucedido. A administração de tais perdas, por meio do correto manejo por meio de um modelo de assistência holístico, atrelado a competências e recursos disponíveis, poderá garantir ao idoso e à sua família a possibilidade de vivenciar essa fase da vida com maior qualidade de vida (VERAS, 2012).

A úlcera venosa também trouxe dificuldades para que o idoso mantivesse a sua atividade laboral.

Agora, depois que eu estou com essa ferida no pé eu não faço quase nada. Mas eu tenho um rapaz que faz para mim. Eu tenho uma propriedade para fora, tenho criação de gado. Ele faz, quando tem que banhar os animais ele banha, se tem que arrumar uma cerca, ele arruma. (S7)

O idoso acometido pela úlcera venosa sofreu limitações em suas atividades da vida diária, entre elas, as atividades laborais que exercia em sua propriedade rural. Assim teve que contar com a ajuda de outra pessoa para mantê-la em ordem e em funcionamento.

A partir do momento em que o idoso apresenta algum grau de dependência para gerir os recursos financeiros, realizar compras ou adquirir bens, começa a ter comprometimento de sua autonomia. Em consequência dessa situação, outras pessoas, com frequência aquelas mais próximas ou até mesmo os cuidadores informais, passarão a administrar sua vida, tomando as decisões no lugar dos idosos, implicando na perda de identidade (SANTOS; CUNHA, 2013).

Contribuindo para a análise, emerge dos depoimentos a dependência dos idosos em administrar os recursos financeiros, entretanto está preservada a autonomia para geri-la.

Quem vai ao mercado é a Y (irmã), no banco vou junto com a Y, mas eu levo a bengala. Vou junto porque tenho que receber (aposentadoria) e a Y recebe o dela [...] O meu dinheiro é meu, e o dela é dela. Ela recebe muito mais do que eu. Eu dou o dinheiro e ela paga (conta de água e luz). (S2)

Quando não tinha o filho em casa eu ia, agora ele está indo mais do que eu. Na padaria, no mercado, isso eu fazia. No banco eu já tenho mais dificuldade, peço para ela (filha) ir. Para pagar as contas, vou onde posso, usar o cartão eu uso, mas tirar extrato de conta no banco eu não faço. Coisas assim eu já tenho que pedir para alguém. A parte financeira é comigo! (S3)

Quanto as tarefas domésticas e compra de produtos para o consumo, percebeu-se que aqueles que conviviam com um familiar, recebem o apoio na realização de compras e pagamento de contas, porém continuam auxiliando em pequenas tarefas do dia a dia. Aqueles que vivem sozinhos acabam por não ter apoio e realizam todas as atividades necessárias no dia a dia. O depoimento de S3 demonstra que, apesar da dificuldade em se locomover e não realizar as atividades domésticas e ter um déficit cognitivo, ainda permanece a capacidade de gerenciar a sua vida financeira.

Deste modo, há necessidade do familiar estimular a pessoa em condição crônica que depende de cuidados, para que ela se esforce e tente realizar as atividades da vida diária, mesmo que poucas e no seu ritmo, para que se mantenha ativo, contradizendo a ideia de que a velhice e/ou a condição crônica de saúde se associa exclusivamente ao descanso e a inatividade permanente (TORRES et al., 2009).

O apoio social tem um amplo impacto sobre muitos aspectos da vida da pessoa. A avaliação que a pessoa tem sobre o apoio recebido tem sido relacionada a vários desfechos positivos na saúde mental e física, influenciando na maneira como as pessoas lidam com situações estressantes, o bem-estar psicológico e emocional e inclusive a longevidade dos indivíduos. O apoio social, juntamente com a autoestima, o senso de controle e a capacidade de gerir sua própria vida, compõem os recursos sociais e individuais de enfrentamento das pessoas em situações estressantes (GONÇALVES et al. 2011).

O apoio familiar ao idoso foi relatado como principal fonte de ajuda, seja de forma direta ou indireta para minimizar as limitações do seu cotidiano.

Quando eu saí de casa para me tratar, meu irmão foi lá e pintou a casa, os forros estavam podres, ele trocou tudo [...], fechou todos os buracos e os gatos não entraram mais no meu quarto. (S1)

A Y (irmã) que faz o curativo, ela sabe e tem mão boa para fazer. Ela é muito delicada e eu confio nela e sempre deu certo. Não é fácil ter a ferida, a gente não pode fazer tudo, tem que ter outra pessoa para ajudar quando precisa. Por exemplo, agora tenho que esperar minha irmã de noite para fazer o curativo, sozinha não posso. (S2)

As medicações, eu que tomo sozinho. Quando eu vou lá na minha filha, ela sempre pergunta se eu estou tomando, ajuda a lembrar sempre. (S9)

As pessoas da família que ajudam são aqueles que estão mais próximas ou aquelas em que tem maior confiança, como esposa, filhos e irmãos. Esse apoio ocorre no auxílio da realização do curativo, no uso de medicações e no cuidado com o domicílio diminuindo as limitações do idoso.

Quando o idoso necessita de ajuda, ele acaba por recorrer primeiramente à família, a qual atua como suporte nos momentos de adoecimento, auxiliando na redução dos possíveis efeitos negativos relacionados ao cuidado do indivíduo com doença crônica (SILVA et al. 2014).

A rede de suporte social pode ser representada pela família, vizinhos, amigos e profissionais de saúde e quando é benéfica ao seu familiar, pode facilitar a adaptação do idoso a novas práticas de cuidado que a presença da lesão exige. A família se torna uma aliada no processo terapêutico, especialmente no auxílio da realização de procedimentos necessários ao paciente com úlcera venosa, como o curativo e ao disponibilizar momentos para o repouso. Além disso, a família também favorece a adesão ao tratamento ao ofertar apoio psicológico e incentivar as práticas de cuidado (SILVA et al. 2014).

Entretanto, em alguns momentos, a rede social pode estar fragilizada.

Assim, eu queria fazer alguma coisa, algum negócio, se ela (ex-esposa) achava bom eu fazia, senão na maioria das vezes eu consultava, eu conversava com ela, e ela também conversava comigo. O que eu queria fazer eu fazia, mas conversava. Agora eu tomo as minhas decisões sozinho. É bem difícil, por que quando a gente queria fazer alguma coisa a gente combinava juntos e fazia, e agora já não tem com quem combinar, tem que fazer sozinho. Se dá certo, dá. Senão dá, não tem ninguém para reclamar também. Quando eu estava com ela, se fazia alguma coisa de errado, ela falava. Agora estou sozinho mesmo. (S9)

A minha esposa (esposa falecida), era ela que estava sempre comigo. Eu sou meio descuidado, de vez em quando eu até me esquecia de fazer as coisas. Ela me dizia: Fulano tomou tal coisa? Fulano fez tal coisa? Agora eu não tenho ela, tenho que me virar. Mas o meu filho me ajuda. (S6)

A situação vivenciada demonstra que, apesar dos idosos terem relatado receber apoio de filhos e grupos de apoio, a ausência do cônjuge na tomada de decisões na vida do idoso e no auxílio nas atividades de cuidado com a sua saúde, podem potencializar as emoções negativas resultando em isolamento social e dificuldades para o cuidado de si.

Historicamente, a mulher foi responsável pelo cuidado da casa e dos filhos, enquanto o homem era responsável por trabalhar fora e garantir o aporte financeiro da família. Apesar de todas as mudanças ocorridas, tanto nos aspectos sociais como na composição familiar e das novas tarefas assumidas pela mulher, como a maior inserção no mercado de trabalho, ela ainda mantém a função de cuidadora (PEREIRA et al., 2013). Entretanto, quando o cônjuge é falecido ou não pode assumir este papel, o cuidado geralmente passa a ser realizado pelos filhos (VIEIRA; FIALHO, 2010).

De fato, os filhos são importante fonte de apoio e podem contribuir para amenizar os sentimentos negativos que a úlcera venosa pode causar aos idosos. Entretanto, deve-se considerar o apoio, a cumplicidade e o afeto recebido pelo idoso pelos diferentes membros da família. Apesar dos idosos receberem apoio dos filhos, estes podem estar vivendo longe, ter constituído sua família, o que justifica o fato dele não estar presente de forma constante na vida do idoso, diferentemente de quando o idoso vive com sua esposa.

Quando se trata da população idosa observa-se que estes estão inseridos no meio social de várias formas: são, muitas vezes, responsáveis pela união da família e por manter interação com seus vizinhos; participando de grupos de terceira idade, nos quais aumentam os vínculos de amizade, interagem entre si trocando ideias e apoiando um ao outro; no ambiente de trabalho, desenvolvendo atividades laborais e convivendo com colegas ou, se aposentado, mantendo vínculo social com ex-colegas de profissão (LEITE et al., 2008).

As relações de amizade podem favorecer as práticas de cuidado de si da pessoa com úlcera venosa. Além dos vínculos com familiares, amigos e vizinhos, as relações formadas por profissionais de saúde, representam o bom relacionamento e os laços construídos entre ambos.

Bom, esses curativos, esse tratamento agora, foi a enfermeira W lá do grupo (grupo da terceira idade), ela me incentivou a ir ao posto e a minha filha que está sempre cuidando de mim. (S9)

Os membros fundamentais no desenvolvimento das práticas educativas são os usuários e os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro. O processo educativo, de forma coletiva, proporciona aumento da convivência, fortalecimento de vínculos, proporciona a possibilidade de aprenderem juntos, estimula a troca de ideias e, com isso, o aumento da consciência crítica de seus participantes e a busca da autonomia. O idoso sente-se acolhido e valorizado, estimulando o desenvolvimento da confiança entre profissionais e idosos, tão necessária e benéfica no processo do cuidado (TAHAN; CARVALHO, 2010).

A úlcera venosa, além de causar prejuízos na autonomia do indivíduo, também impõe limitações na mobilidade (LARA et al. 2011). A mobilidade prejudicada causa limitações que geram mudanças na atividade cotidiana que abrangem aspectos físicos, como andar, fazer compras, trabalhar, tomar banho, viajar e dormir, até mesmo os trabalhos rotineiros como a limpeza da casa, fazendo com que esses indivíduos realizem essas atividades num ritmo mais lento, dependendo da ajuda de outros (TORRES et al. 2014).

A família é relatada como principal fonte de ajuda na situação de saúde dos idosos, auxiliando nos afazeres domésticos devido as limitações causadas pela presença da úlcera venosa.

Ela (irmã) me traz a comida pronta, por enquanto, mas eu que fazia a comida. Às vezes eu faço devagarzinho, mas se eu caminho muito me dói. Tem que me cuidar, se a gente não se cuida, fica pior [...] me cuido não forçando muito, fazer o que? (S2)

Acordo, levanto, me lavo, tomo café e depois, a maioria do tempo fico sentada, tem que levantar as pernas. Porque trabalhar de pé, faço muito pouco, só secar uma louça, guardar a louça, até a louça é ele (marido) que lava. (S4)

Os idosos expressam as limitações, as quais são decorrentes dos cuidados necessários com a úlcera venosa, para realização de algumas atividades básicas, especialmente aquelas que exigem maior tempo em pé como o preparo da alimentação e cuidados domésticos. Observa-se que, anteriormente, a idosa realizava essas atividades sem dificuldades, e nesse momento apresenta dependência parcial para executá-las.

Em geral, as pessoas idosas perdem mais força nos membros inferiores ao passar do tempo. Essa alteração pode levar o idoso a maior dificuldade em se locomover, o que faz com que o indivíduo permaneça restrito em seu domicílio. Essa situação pode exigir a assistência de familiares para algumas atividades instrumentais de vida diária (SANTOS, 2013).

Pode-se verificar que os idosos são capazes de realizar atividades simples e que podem ser consideradas leves, entretanto, é importante que os idosos tenham conhecimento de que a realizar qualquer atividade, sem necessariamente a atividade física constitui uma forma importante de manter ou melhorar a capacidade funcional. Além disso, essas práticas são capazes de possibilitar uma maior inserção na comunidade, por meio do fortalecimento de vínculos familiares, de amizade, de lazer e sociais, promovendo mudanças na rotina de vida do idoso, bem como a busca de melhor qualidade de vida (FERREIRA et al., 2012).

A manutenção da independência funcional é o primeiro passo para alcançar uma melhor qualidade de vida. Entretanto, é necessário o planejamento de ações específicas,

visando a redução de fatores de risco relacionados com a incapacidade funcional. Concomitante, devem ser elaboradas intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, que podem vir a intervir na manutenção da capacidade funcional destes idosos (FERREIRA et al. 2012).

Assim, durante as práticas educativas desenvolvidas pelo enfermeiro pode-se planejar os cuidados em conjunto com os pacientes e familiares, que abarquem as atividades de cuidado necessárias para o tratamento da úlcera venosa, sem interferir nas práticas de cuidado de si desenvolvidas pelo idoso.

Eu fico sentada, assim, numa cadeira, num sofá e recebo todas as medicações. O alimento as gurias me trazem. Até deixam eu me levantar, eu não posso caminhar muito, tenho que me cuidar. Trazem uma mesinha para perto de mim e colocam os alimentos ali. (S5)

A presença da úlcera venosa traz algumas limitações físicas para o idoso, entretanto ele não deve ser totalmente limitado para a realização de atividades para o cuidado de si. As atividades que o idoso tem capacidade física para realizar, sem prejudicar o seu estado de saúde, devem ser valorizadas a fim de estimular a autonomia e independência.

O cotidiano do idoso com úlcera venosa apresenta desafios para o cuidado de si, como fazer uso de medicações e realizar as refeições, necessitando dessa maneira, da solicitude de familiares. Entretanto, ao mesmo tempo em que a família ajuda nas práticas de cuidado, ela também faz um “controle” em relação a realização das atividades da vida diária (SILVA et al. 2014).

O cuidado familiar costuma proteger e impor regras, as quais podem interferir na autonomia da pessoa idosa com úlcera venosa e no cuidado de si ao reprimir algumas práticas devido à presença de maior dependência dessa população.

Agora até não faço é nada. Mais do que lidar dentro de casa com alguma coisinha, e costurar alguma coisa. Na máquina ainda costuro, mas as pernas desse jeito! Pois eu cuido conforme eu posso. Eu vivo lá sentada, pensando na minha vida. Ao invés de estar trabalhando estou lá, pareço um monte! Eu me cuido assim: eu vou me deitar para descansar um pouco da minha saúde, eu faço esse descanso, eu fico sentada bastante tempo. Passo mais tempo sentada porque não tenho mais serventia para lidar em nada. (S5)

Se eu não tivesse a ferida eu podia fazer as coisas, eu não parava em casa, fazia meu serviço em casa e saía procurar serviço para eu trabalhar para ganhar mais dinheiro [...] Aí podia fazer alguma coisa. Eu tenho vontade de dar uma arrumada nisso aqui, limpar essas paredes, dar uma pintada nelas, colocar outro forrinho no lugar desse aí (S6)

Eu faço tudo dentro de casa quando eu posso, quando eu não posso eu fico na cama dormindo, de perna para cima. Eu faço muita coisa, escolho arroz, [...] feijão

também a gente planta [...] bota numa panela e bota água [...] Eu não posso ir na lavoura capinar um pé de mandioca, eu não posso. Vou porque eu gosto da lavoura. Aí eu não estou me lembrando de doença, não me dói a barriga, nem me dói o estômago, não me dói nada. Sai daquela rotina brava. (S10)

Pode-se perceber o sentimento de inutilidade e incapacidade para o trabalho experienciados pelos idosos com úlcera venosa. As atividades realizadas se reduzem aos cuidados com a úlcera venosa, restringindo-os das atividades de lazer e do trabalho os quais lhes proporcionavam momentos de distração e os faziam se sentir úteis e produtivos.

A interrupção do trabalho remunerado pela população idosa tem forte relação com a aposentadoria por idade, combinada ou não com tempo de serviço, e com aposentadoria por invalidez (PINTO; NERI, 2013). Na população de idosos com úlcera venosa, a impossibilidade de se manter no mercado de trabalho pode estar relacionada à dificuldade em se locomover, a dor no membro afetado, a necessidade de uso de medicações e realização de curativos e a necessidade de mudarem seus hábitos diários, especialmente repousarem.

Entretanto, para muitos, o processo de envelhecimento e, especialmente, a saída do mercado de trabalho oportuniza a descoberta de novos interesses e habilidades (VICENTE; SANTOS, 2013). Ainda, a manutenção do trabalho pode ter efeito protetor por mecanismos de suporte social semelhantes aos que explicam o efeito protetor do relacionamento com amigos. O convívio com outras pessoas proporciona relações de cooperação e interatividade (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011). O trabalho também possibilita ao idoso manter-se ativo economicamente, o que contribui para a manutenção da independência funcional (RIBEIRO et al. 2015).

Os idosos devem ser vistos pelas suas qualidades, afastando a ideia de que são doentes, incapazes, improdutivos e inúteis, ao contrário, ao envelhecer os idosos se mantêm capazes de realizar inúmeras atividades, serem produtivos e tomar decisões e escolhas que dizem respeito a seu modo de vida e bem-estar. É necessário romper e superar a visão que a sociedade capitalista tem e que impõe rigorosamente a produtividade, considerando a aposentadoria como o elo entre o início e o fim do sentido da vida; pelo contrário, as experiências de vida, o conhecimento, cultura e lazer devem ser incluídos na rotina dos idosos, pois a vida que continua após a aposentadoria (BERLEZE et al., 2014).

O envelhecer de forma ativa deve ser estimulado entre os idosos, pois ele é sinônimo de vida plena com qualidade. O envelhecimento ativo significa estar em equilíbrio biopsicossocial, à integralidade do sujeito que está inserido em um contexto social e capacidade do idoso em desenvolver suas potencialidades (FERREIRA et al. 2012). Logo,

evidencia-se a importância de introduzir os pacientes idosos, novamente no mercado de trabalho adequando à suas possibilidades funcionais (SANTOS, 2013). Nesse sentido, é fundamental que a família, a sociedade e a equipe de saúde desenvolvam ações que visem minimizar os impactos físicos e psicológicos que o idoso com úlcera venosa apresenta.

Me sinto limitado, tem que fazer o que dá. (S3)

Durante o dia quase não posso fazer nada, não posso caminhar. Eu sinto o corpo muito cansado. As pernas doem muito e estão todas machucadas mesmo. (S5)

O sentimento de limitação e a dor são relatados pelos idosos com úlcera venosa. As alterações decorrentes da lesão acabam por impossibilitar o idoso de se locomover, fato este que implica na realização de inúmeras atividades da vida diária. O sentimento de limitação também pode indicar a dificuldade de adaptação do idoso em realizar os cuidados sem interferir totalmente na sua rotina.

É importante que os pacientes com úlcera venosa utilizem estratégias de amparo ao tratamento, utilizando os meios disponíveis, ou seja, ocupando seu tempo com pensamentos positivos e atividades que possam contribuir para a autoconfiança como as de lazer (LARA et al. 2011). Nesse momento é importante que o profissional de enfermagem, procure alternativas de atividades que possam trazer prazer ao paciente sem interferir nas práticas de cuidado do paciente com úlcera venosa.

Muitos idosos, apesar de terem o direito a aposentadoria, quando se sentem capacitados, permanecem no mercado de trabalho. Entretanto, a presença da úlcera venosa pode ser a principal barreira para a continuidade da atividade laboral.

Eu trabalhava, não trabalho mais por causa do meu pé que suja. Esses dias fui trabalhar na roça, ali perto de casa, e meu pé ficou bastante sujo, daí fazer o que né? Aí não deu mais, caminhava e doía muito, daí pegava o peso, ia com a máquina cortar a grama e doía o pé, doía muito ali. Então tive que parar, não deu, não dá, não dá. (S1)

Quando o idoso opta por realizar atividades que exigem força e longo período de tempo em pé, a sua condição pode ser agravada e ocorrer a piora da lesão. Nesse sentido, é importante orientar o idoso sobre quais atividades são as mais recomendadas dentre aquelas em que costuma realizar rotineiramente, e o porquê outras não são indicadas. Nessa relação, o profissional preserva a capacidade de decisão do idoso, o empodera do cuidado com a sua saúde e estimula o cuidado de si.

A dor foi mencionada como um fator limitante para a realização da atividade laboral. É um sintoma relatado com frequência por pacientes com úlcera venosa, causa limitação na mobilidade e é descrita pelos pacientes como o fator de maior impacto na qualidade de vida (DIAS et al. 2013). A dor está diretamente relacionada às características da assistência prestada e da lesão, portanto, intervenções direcionadas a melhorar essas características podem influenciar positivamente nesse sintoma, melhorando os aspectos relacionados à autonomia e as práticas de cuidado de si (DIAS et al., 2013; ROCHA et al., 2014).

As atividades de lazer são importantes alternativas para o idoso ocupar seu tempo livre, onde podem se expressar, sentir prazer, descansar, utilizar sua criatividade, se manter ativo superar o sentimento de inutilidade e exercitando o cuidado de si.

Fim de semana eu jogo carta, uma gurizada de seis ou sete, me passa o tempo e vai exercitando a ideia, quando está jogando não está pensando em outra coisa. (S3)

Eu levanto de manhã, tomo chimarrão, faço o meu almoço e quinta eu vou na ginástica, e agora eu estou fazendo curativo todos os dias, ou se não eu faço ali do lado de casa mesmo. Olha, para passar o tempo e me esconder da solidão, desmancho sucata velha para vender, gosto de mexer com radio, com televisão, essas coisas. Mas eu não arrumo, eu só estrago. Para mim é como se distrair, para esquecer das outras coisas. (S9)

Os idosos expressam que as atividades de lazer como jogar carta e desmanchar sucata são alternativas que encontraram para prevenir a solidão e pensamentos negativos, ao contrário, é uma forma de exercitar a memória e se distrair.

Idosos deprimidos tendem a ter maior incapacidade funcional do que aqueles não deprimidos, de fato a depressão tem um efeito prejudicial na deficiência física ao longo do tempo. O maior risco de depressão está presente com maior frequência para as atividades instrumentais do que para as atividades básicas da vida diária (RABELO; NERI, 2015).

As atividades de lazer como assistir televisão e realizar atividades manuais, podem ter efeito protetor contra o déficit cognitivo por mecanismos semelhantes à atividade laboral, exceto por não envolverem relações interpessoais. Possivelmente, essas e outras ações, como as que envolvem aprendizagem, tenham efeito protetor contra o comprometimento cognitivo, o isolamento e a depressão, por apresentar mecanismos que envolvem estímulo cognitivo e mecanismos compensatórios da rede de apoio social, o que ocorre na maioria das atividades de lazer. Novamente, as relações sociais são identificadas como essenciais para a manutenção da capacidade funcional (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

Apesar dos inúmeros benefícios do lazer para os idosos, não se pode obrigá-los ou impor momentos para desfrutarem de tais atividades, até porque a adesão a essa prática não é geral.

Não, eu não participo. A minha patroa participa, ela faz academia. Tem academia das pessoas da terceira idade, ela acompanha a tempo mas, eu não. Ela tentou muito me levar mas eu nunca quis ir e agora com esse problema da ferida fica difícil. Eu achava que não precisava ir, mas agora a hora que eu sarar eu acho que vou participar, já que não posso fazer nada então vou participar da ginástica tem tudo os aparelho no ginásio. (S7)

Ah! Deixo de passear, isso eu deixo. Não sei, não me sinto bem. Na casa do meu filho, ele sempre me convida para ir, passar o fim de semana lá, agora não tenho ido mais. Me sinto ruim, eu prefiro ficar em casa. Eu não sei por que, por causa disso (ferida). Tenho medo de contaminar, de sujar, sei lá. Eu procuro não sair de casa, não procuro ficar junto com outras pessoas que, sei lá, eu acho que pode até cheirar mal, sei lá, eu não sei, eu não sinto. Tenho medo disso, eu tenho vergonha (S9)

Percebe-se que os idosos sentem desejo em participar das atividades de lazer, entretanto a úlcera venosa limita a sua participação. Observa-se que a preocupação dos idosos com a úlcera venosa, o medo em contaminar a lesão, a vergonha e o mau cheiro da lesão restringe a realização da atividade física regular e interfere na manutenção de vínculos e participação social, causando prejuízos no cuidado de si e na manutenção do envelhecimento ativo.

Quem tem a ferida pode também não sentir vontade de estar em grupo, partilhando as histórias de vida e não gostar de sair de casa para um passeio. Portanto, o impacto da ferida crônica permeia todos os aspectos da vida diária das pessoas, que se preocupam demasiadamente com a lesão e se sentem desconfortáveis ao frequentar qualquer local social por causa do odor da lesão e do possível vazamento do exsudato da ferida. Por essa razão, preferem se isolar do mundo exterior (ALVES; SOUSA; SOARES, 2015).

De fato, identifica-se que a presença da úlcera venosa interfere negativamente na dimensão emocional e social de idosos. Entretanto, é importante considerar que a diminuição do envolvimento em atividades, produtivas e de lazer pode estar também associada a perdas decorrentes do próprio processo natural de envelhecimento (NERI; VIEIRA, 2013).

A diminuição de envolvimento em atividades sociais é um indicador precoce de prejuízos na força muscular que interfere na mobilidade e em outras capacidades funcionais que são fundamentais para o desempenho das atividades da vida diária de forma independente. As incapacidades associadas ao aumento da dependência física estão relacionadas, frequentemente pelo rebaixamento da autoestima e diminuição da atividade social (RABELO; NERI, 2015).

Parece também estar relacionada ao processo de seletividade socioemocional, a qual afeta a escolha dos indivíduos que irão compor a sua rede social. De acordo com a teoria da seletividade socioemocional, os idosos diminuem a quantidade de indivíduos pertencentes a sua rede de relações sociais, entretanto, a qualidade dessas relações são mantidas por meio de processos de seleção e otimização. A preservação da capacidade cognitiva traz benefícios ao possibilitar o idoso o exercício da independência e autonomia (NERI; VIEIRA, 2013).

A presença da úlcera venosa é um fator limitante para a prática de atividades de manutenção do envelhecimento ativo.

Complicado por que a gente não pode quase sair, eu mesmo passei um bom tempo sem poder caminhar com o problema da ferida. Mas estando bom me desloco para qualquer lado, aí não tem problema, aí estou bem. Às vezes eu fico até meio constrangido, que é coisa que eu poderia fazer mas não posso. Fica para outro fazer. Se eu estivesse bom não dependeria dos outros. (S7)

O idoso relaciona a ausência de dificuldade em se locomover com bem-estar e independência e a dependência com constrangimento. De fato, as condições de saúde e de função física tendem a afetar o bem-estar subjetivo. A satisfação que o idoso tem com a vida depende do componente psicológico bem-sucedido, da capacidade de adaptação às perdas físicas, sociais e emocionais. Como as mudanças em todas as dimensões da vida são inevitáveis com o passar dos anos, o idoso obrigatoriamente tem que desenvolver a capacidade de enfrentamento (SANTOS, 2013).

Diante das inúmeras repercussões que a úlcera venosa causa na vida do idoso, a abordagem da saúde dessa população requer uma visão multidimensional e integral dos aspectos relacionados à saúde, capacidade funcional, relações sociais e bem-estar subjetivo. O envolvimento em atividades sociais, produtivas e de lazer é um indicador de capacidade funcional, de motivação para o enfrentamento de situações adversas e para a relação social, e de cognição preservada, motivo pelo qual deve merecer atenção na avaliação do idoso. O envolvimento social e a satisfação são indicadores de envelhecimento saudável e fatores protetores com relação a perdas funcionais, isolamento e depressão na velhice (PINTO; NERI, 2013).

Considera-se que o cotidiano de idosos que possuem úlcera venosa apresentam inúmeras limitações, que incluem os aspectos físicos, psicológicos e sociais. Diante dessa situação os indivíduos desenvolvem estratégias de enfrentamento, no sentido de minimizar o sofrimento. Para isso, contam com a ajuda dos profissionais da saúde, mas especialmente dos familiares.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou compreender como os idosos com úlcera venosa acompanhados em um ambulatório de um hospital de ensino cuidam de si, na perspectiva do envelhecimento ativo. Ao analisar os idosos por meio da escala de atividades básicas da vida diária foi possível verificar escore máximo de independência funcional, o que demonstra que o idoso apresenta capacidade para viver de forma independente e com autonomia na comunidade.

Identificou-se que, para as atividades instrumentais da vida diária, os idosos apresentaram dependência parcial. A maior dependência foi verificada nas atividades que exigem maior mobilidade, como viagens e maior independência para aquelas realizadas rotineiramente, como o uso de medicações.

Contudo, foi possível verificar que os idosos apresentam capacidade funcional para realizar a maioria das atividades cotidianas, embora necessitem de ajuda para aquelas que exigem maior força muscular, como as tarefas domésticas, preparo das refeições e viagens. Desse modo, pode-se pontuar que as úlceras venosas são lesões que impõe, gradativamente, limitações na vida da pessoa idosa que acrescidas das alterações próprias do processo de envelhecimento, influenciam na prática do cuidado de si.

Ao analisar a capacidade cognitiva dos idosos, identificou-se que a maioria dos idosos não apresentou comprometimento cognitivo. Entretanto, aqueles identificados com possível demência também apresentaram dependência parcial para as atividades instrumentais da vida diária.

Verificou-se que os idosos com úlcera venosa possuem bom apoio social, porém o número de sujeitos pertencentes à rede de suporte social é pequeno. Portanto, os idosos possuem reduzido número de participantes, mas uma boa qualidade das relações. A principal fonte de apoio social mencionada foi a família, o que não difere de outros estudos. Além disso, os profissionais de saúde também compuseram a rede social, o que demonstra vínculo de apoio, cumplicidade e confiança construídos na relação profissional usuário do serviço de saúde.

Os depoimentos dos participantes da pesquisa demonstraram que as práticas de cuidado de si são limitadas devido às demandas que a presença da úlcera venosa exige no cotidiano de sua vida. Os idosos com úlcera venosa apresentam alterações nos aspectos físicos e psicológicos o que passa a exigir auxílio de familiares para a realização de algumas

atividades cotidianas, especialmente aquelas que exigem locomoção. No entanto, embora os idosos apresentem dependência física parcial, eles buscam a manutenção da autonomia, tomando decisões sobre sua vida.

A preservação da capacidade cognitiva se mostrou importante prática para o cuidado de si, uma vez que se constitui em necessidade para que o idoso possa manter as suas relações sociais e participar de forma ativa na comunidade, garantindo sua capacidade de tomada de decisões a respeito de sua vida.

O cuidado de si foi expresso nas práticas de cuidado com o corpo, destacando-se a higiene corporal. Nessa atividade os idosos demonstram suas dificuldades e limites, o que os fazem depender do auxílio de familiares para realizá-las. Ressalta-se que esses cuidados não interferiram na autonomia do idoso, entretanto podem comprometer os aspectos psicológicos e emocionais ao envolverem a intimidade e privacidade do sujeito.

O conhecimento relacionado aos cuidados com a lesão, como o curativo e o repouso também foram apontados dentre as práticas do cuidado de si. Nessas questões os idosos mostraram-se aptos e independentes para a realização do procedimento, dispensando a ajuda de outrem. Esse fato sugere que houve troca de saberes entre o profissional e o sujeito tornando-o autoconfiante, autônomo, um sujeito reflexivo, crítico e corresponsável pelo seu próprio cuidado.

A família foi apontada como importante elemento facilitador para o cuidado de si, apoiando na realização do curativo, no uso de medicações e no cuidado com o domicílio. Entretanto, em alguns momentos o idoso necessitou impor-se diante da ingerência da família para resguardar o seu direito em tomar as suas próprias decisões. É importante que o apoio dos familiares seja fortalecido, pois beneficia todos os aspectos da vida do idoso e, mesmo com as limitações impostas pela lesão, os aspectos positivos devem ser valorizados e potencializados a fim de manter a máxima autonomia e independência do sujeito.

As atividades de lazer são importantes estratégias que possibilitam o idoso a ocupar-se consigo, proporcionam momentos de descanso, distração, relacionamento com outras pessoas, podem expressar sua criatividade, se comunicar, manter uma vida ativa, sentir-se encorajado a manter uma vida saudável, adaptar-se as adversidades e minimizar o sentimento de solidão e tristeza.

Outro impacto negativo, resultante da presença de uma úlcera venosa, especialmente devido à limitação física, que mesmo parcial, está a perda da atividade laboral. O desemprego por incapacidade causa o sentimento de inutilidade, particularmente quando os idosos se

sentem capacitados a permanecerem no mercado de trabalho e em condições de gerenciar sua vida financeira.

Os aspectos relacionados à lesão como a dor, o odor, a vergonha e o medo de contaminação são fatores que restringem a realização das atividades do cotidiano, interferem na manutenção de vínculos e participação social, além de promoverem alterações na relação afetiva até mesmo na atividade sexual dos idosos, causando prejuízos no cuidado de si e na manutenção do envelhecimento ativo. Ressalta-se que as limitações podem indicar dificuldade dos idosos em se adaptarem as novas situações exigidas no seu cotidiano e restrição no conhecimento do idoso acerca da sua doença.

Um dado relevante refere-se aos profissionais de saúde, que prestam assistência ao idoso com úlcera venosa. Estes foram referenciados por ações beneficentes, mas que em alguns momentos transfiguravam-se em atitudes autoritárias e paternalistas, desvalorizando a capacidade do idoso em realizar o cuidado de si.

Mediante os resultados do estudo, compreende-se o cuidado de si como importante objeto na prática da enfermagem, que favorece a independência, a autonomia e a liberdade do sujeito, estimulando a sua participação e expressão das suas necessidades de saúde e tomada de decisão acerca das práticas de cuidado. Essa atitude ética vai ao encontro do respeito ao outro, reconhecendo-o como semelhante a si, reconhecendo o outro com uma história de vida e um saber sobre a sua saúde. Assim, cabe ao profissional escutá-lo, compreendê-lo e dispor o compartilhamento de informações, problematizando ações de prevenção, recuperação e manutenção da saúde, sem invadir a liberdade e a decisão do outro.

Com o objetivo de manter e/ou melhorar a autonomia e independência dos idosos com úlcera venosa sugere-se a utilização de escalas para a avaliação funcional desses sujeitos, objetivando intervir de forma precoce e implementar ações de manutenção e/ou recuperação da saúde para uma velhice ativa. A identificação do declínio cognitivo é essencial, pois permite identificar o grau de compreensão de informações recebidas e subsidiar ações efetivas que promovam a qualidade de vida, além de serem fundamentais para a manutenção da capacidade funcional. Ainda, conhecer como ocorrem as relações sociais dos idosos com úlcera venosa permite entender como essas relações podem facilitar a adaptação do idoso a uma nova situação e promover comportamentos promotores de saúde.

Assim, esse estudo traz uma contribuição para um pensar a prática dos profissionais de enfermagem acerca do cuidado de si de idosos que convivem com úlcera venosa, na perspectiva do envelhecimento ativo, o idoso como protagonista do seu cuidado. Também, possibilita a reflexão sobre a necessidade de exercitar práxis reconhecendo a pessoa idosa em

suas particularidades, respeitando e valorizando sua liberdade, independência e autonomia para o cuidado de si. Importante salientar, como limitações do estudo, a dificuldade de encontrar estudos que abordassem a temática desta pesquisa, para a discussão dos dados, e a dificuldade em realizar a coleta de dados no domicílio do idoso.

REFERÊNCIAS

- ABBADE, L. P. F.; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera de perna de etiologia venosa. **An Bras Dermatol.**, v. 81, n. 6, p. 509-22, 2006.
- AGUIAR, A. C. S. A. Percepção de idosos sobre o viver com úlcera venosa. Salvador. 2013. 103 p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12126/1/Dissertacao%20Aline%20Cristiane%202013.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2014.
- AGUIAR, A. C. S. A. et al. Resiliência de indivíduos acometidos por úlcera venosa: um olhar da enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v. 6, n. 12, p. 915-23, 2012.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. G. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400016>. Acesso em: 15 jul. 2014.
- ALVES, J. F.; SOUSA, A. T. O.; SOARES, M. J. G. O. Sentimentos de inclusão social de pessoas com úlcera venosa. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 2, p. 193-203, abr./jun., 2015.
- ANGÉLICO R. C. P. et al. Socio-demographic profile, clinical and health of people with venous ulcers treated at a university hospital. **Rev enferm UFPE online**. v. 6, n. 1, p. 62-8, 2012. Disponível em: <<file:///D:/Documentos/Downloads/2100-18445-1-PB.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2014.
- ASCARI, T. M. A promoção do autocuidado de idosas por meio dos referenciais de Dorothea Orem. 2010. 140 p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- AZOUBEL, R. et al. Efeitos da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 1085-92, 2010.
- BENERI, R. L.; SANTOS, L. R.; LUNARDI, V. L. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. **R Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 108-118, jan./mar. 2001.
- BENEVIDES, J. P. et al. Avaliação clínica de úlceras de perna em idosos. **Rev Rene**. v. 13, n. 2, p. 300-8, 2012.
- BERLEZE, D. J. et al. Idosos institucionalizados em Santa Maria (RS): o lazer como uma possibilidade de inclusão social. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 4, p.189-210, 2014.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.** v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001>. Acesso em: 16 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para o tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_feridas_final.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. — Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.

BRITO, T. R. P.; PAVARINI, S. C. L. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 4, 08 telas, jul./ago. 2012.

BRITO, C. K. D. et al. Úlcera venosa: avaliação clínica, orientações e cuidados com o curativo. **Rev Rene**. v. 14, n. 3, p. 470-80, 2013.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 217-230, jan./jun. 2011.

CARVALHO, M. I.; PAOLETTI, I.; REGO, R. Para a melhoria dos serviços sociais a idosos pobres em Portugal. **Lusitana. Intervenção Social**, Lisboa, n.37, 2011.

CARVALHO, E. S. S.; SADIGURSKY, D.; VIANA, R. O Significado da Ferida para as Pessoas que a Vivenciam. **Rev Estima**. v.4, n. 2, p. 26-32, 2006. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=224:artigo-original-2&catid=31:edicao42&Itemid=70>. Acesso em: 20 jul. 2014.

CHICONE, G.; CARVALHO, V. F. Aspectos etiológicos, epidemiológicos e fisiopatológicos das feridas causadas por hipertensão venosa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 63, p. 18-20, 2012. Disponível em: <http://www.sobenfee.org.br/web-files/publicacoes/revista_1.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2014.

COELHO, D. N. P. et al. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 163-173, out./dez. 2010.

COSTA, I. K. F. Qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa: associação dos aspectos sociodemográficos, de saúde, assistência e clínicos da lesão. 2011. 145 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

- COSTA, I. K. F. et al. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 561-8, 2011.
- CUNHA, J. X. P. et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 657-664, out./dez. 2012.
- 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.
- 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. 529-34, 2013.
- D'ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 685-92, 2011.
- FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-76, jan./mar, 2012.
- FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-8, jul./set, 2012.
- FERREIRA, P. C. S.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enferm.** v. 24, n. 1, p. 29-35, 2011.
- FIGUEIRA, A. L. G. et al. Percepção do apoio social pela pessoa com Diabetes mellitus e úlceras nos pés. **Acta Paul Enferm.** v. 25(Número Especial 1), p. 20-6, 2012.
- FIGUEIREDO, M. L.; ZUFFI, F. B. Cuidados aos portadores de úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Enfermería Global**. n. 28, p. 147-48, 2012.
- FLAHERTY, J. A.; GAVIRIA, F. M.; PATHAK, D. S. The measurement of social support: The Social Support Network Inventory. **Compr Psychiatry**. v. 24, n. 6, p. 521-9, 1983.
- FOLSTEIN, M. F. ; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189-98, 1975.
- FOUCAULT, M. O cuidado de si: a história da sexualidade III. Rio de Janeiro: Graal; 2005.
- _____. Segurança, território, população. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- _____. Hermenêutica do Sujeito. 2.ed. Tradução de Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 407-12, 2010. Disponível em : <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40555/43680>>. Acesso em: 3 ago. 2014.

GANDOLPHO, M. A. ; FERRARI, M. A. C. A enfermagem cuidando do idoso : reflexões bioéticas. **O Mundo da Saúde**, v. 30, n. 3, p. 398-408, 2006.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIMENES, G.F. Uses And Meanings Of Quality Of Life In The Contemporary Discourse On Health. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 291-318, 2013.

GONÇALVES, D. L. C. **Foucault: da resistência ao poder à prática refletida da liberdade**. 2012. 216 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Filosofia. Florianópolis, SC, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/100993/310510.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 3 ago. 2014.

GONÇALVES, T. R. et al., Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, 2011.

GROSS, F. O cuidado de si em Michael Foucault. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. **Figuras de Foucault**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Histórico**. Santa Maria, 2014. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>>. Acesso em: 15 set 2014.

IPONEMA, E. C.; COSTA, M. M. Úlceras vasculogênicas. In: SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B.; COSTA, M. M.; SILVA, C. R. L., organizadores. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Yendis; 2011. p. 455-68.

IRION, G. L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

KATZ, S., et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA.**, Chicago, v. 185, p. 914-919, 1963.

LARA, M. O. et al. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 471-7, jul/set, 2011.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, Washington, v. 9, p. 179-186, 1969.

- LEITE, M. T. et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 250-7, abr./jun, 2008.
- LENARDT, M. H. et al. O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 2, p. 313-20, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200013>. Acesso em: 15 set 2014.
- LIMA, E. D. R. P.; NORMAN, E. M.; LIMA, A. P. Translation and adaptation of the Social Support Network Inventory in Brazil. **J NursScholarsh**. v. 37, n. 3, p. 258-60, 2005.
- LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária - Escala de Katz. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>>. Acesso em: 17 set 2014.
- 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**, n. XIV, n.1, p. 43-52, 2008.
- LUNARDI, V. L. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.
- LUZ, A. C. G. et al. Comportamento sexual de idosos assistidos na estratégia saúde da família. **J. res.: fundam. care**. v. 7, n. 2, p. 2229-2240, abr./jun., 2015.
- MACÊDO, E. A. B. et al. Characterization socio-demographic of patients with venous ulcers treated at a university hospital. **Rev enferm UFPE on line**. v. 4(spe), p.1863-867, 2010.
- MACÊDO, A. M. L. et al., Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 3, p. 358-63, 2012.
- MACHADO, J. C. et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 109-121, 2011.
- MAFFEI, F. H. A. Insuficiência venosa crônica: conceito, prevalência, etiopatogenia e fisiopatologia. In: MAFFEI, F. H. A. et al. **Doenças vasculares periféricas**. 3.ed. São Paulo: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda: 2002. 1581-1590.
- MARCELLO, F. A.; FISCHER, R. M. B. Cuidar de si, dizer a verdade: arte, pensamento e ética do sujeito. **Pro-Posições**. v. 25, n. 2, p. 157-175, 2014.
- MEDEIROS, A. B. A. et al. Perfil socioeconômico de pessoas com úlcera venosa: aspectos relevantes para a enfermagem. **Rev enferm UFPE online**.,v. 7, n. 8, p. 5220-4, 2013.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <[file:///D:/Documentos/Downloads/Redes Atencao Saude Eugenio 2ed.PDF](file:///D:/Documentos/Downloads/Redes%20Atencao%20Saude%20Eugenio%202ed.PDF)>. Acesso em: 20 set 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13.ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 11-24.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 20 set 2014.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

NERI, A. L. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 34-45.

NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 419-432, 2013.

NETTO, M. P. O estudo da velhice: histórico, definições do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 3-13.

NOTTINGHAM, I. C. et al. Assessment of biopsychosocial aspects of patients with venous ulcers. **J Nurs UFPE on line.**, v. 6, n. 7, p. 1582 -8, 2012.

OLIVEIRA, D. C.; NERI, A. L.; D'ELBOUX, M. J. Variáveis relacionadas à expectativa de suporte para o cuidado de idosos residentes na comunidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 08 telas, maio/jun., 2013.

OLIVEIRA, B. G. R. B. et al. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14, n. 1, p. 156-63, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 20 set 2014.

OSBORNE, T. Of Healthand State-craft. In: PETERSEN, A.; BUNTON, R. (Org.). **Foucault, Health and Medicine**. Nova York: Routledge, 2005, p.173-188.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vidanavelhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 99-106.

PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 5, p. 730-6, set./out., 2012.

- PEREIRA, R. A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 185-92, 2013.
- PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n.5, p. 01-09, 2011.
- PINTO, J. M.; NERI, A. L. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3449-3460, 2013.
- PORTELLA, M. R.; DIAS, R. F. R.; DIAS, P. S. Desafios e perspectivas da enfermagem gerontológica: o olhar dos enfermeiros. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 226-237, maio/ago. 2012.
- PRAKASH, S. et al. Venous Ulcer: Review Article. **Surgical Science**, n. 4, p. 144-150, 2013.
- PY, L. et al. O tempo e a morte na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1350-58.
- QUEIROZ, F. M. et al. Úlcera venosa e terapia compressiva para enfermeiros: desenvolvimento de curso online. **Acta paul. enferm**, v. 25, n. 3, p. 435-440, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a18.pdf> >. Acesso em: 12 jul 2014.
- RABELO, D. F.; NERI, A. L. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 874-884, 2015.
- RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 156-175, jan/jun., 2002.
- RAMOS, M. P. Arranjos e relações familiares na velhice: um estudo sobre famílias com idosos no Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 5, n. 9, p. 7-21, 2013.
- REIS, C. L. D. et al. Mensuração de área de úlceras por pressão por meio dos softwares Motic e do AutoCAD. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, mar./abr., p. 304-8, 2012.
- RIBEIRO, D. K. M. N. et al. Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 89-95, 2015.
- ROCHA, A. C. A. L.; CIOSAK, S. I. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48(Esp2), p. 92-98, 2014.
- SÁ, S. P. C. **Idoso: representação da velhice e do cuidado de si**. 2004. 240 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery/Programa de Pós -Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2004.
- SANTOS, S. S. C. Envelhecimento: visão de filósofos da antiguidade oriental e ocidental. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 88-94, jul./dez. 2001.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 6, p. 1035-9, 2010.

SANTOS, S. S. C. et al. Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 1, p. 129-136, jan/mar. 2010.

SANTOS, R. C. **Capacidade Funcional no cuidado de pacientes adultos e idosos portadores de úlceras venosas: um estudo de avaliação da Enfermagem**. Niterói, 2013. 79f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

SANTOS, L. R.; EIDT, O. R. Os direitos do cidadão usuário do Sistema Único de Saúde: um enfoque da bioética na saúde coletiva. **Acta Paul. Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 347-53, jul./set., 2004.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica em saúde. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 3, n. 3, p. 820-828, set./dez., 2013.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **RBPS**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SERBIM, A. K. **Redes e apoio social percebido por idosos usuários de um serviço de emergência**. Porto Alegre, 2012. 122f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SILVA, S. P. C.; MENANDRO, M. C. S. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.2, p.626-640, 2014.

SILVA, F. A. A.; MOREIRA, T. M. M. Características sociodemográficas e clínicas de clientes com úlcera venosa de perna. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 468-72, 2011.

SILVA, M. H. et al. Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 3, p. 329-33, 2012.

SILVA, D. C. et al. Influência das redes sociais no itinerário terapêutico de pessoas acometidas por úlcera venosa. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 35, n. 3, p. 90-96, 2014.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth - Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. Tradução de José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 464-87.

SOUSA, F. A. M. R. **O “corpo” que não cura: vivências das pessoas com úlcera venosa crônica de perna**. 2009. 288 p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

- SOUZA, P. S. et al. Avaliação do desempenho cognitivo em idosos. **Rev Bras Geriatr. Gerontol.** v. 10, n. 1, p. 29-38, 2007.
- SOUZA, M. K. B.; MATOS, I. A. T. Percepção do portador de ferida crônica sobre sua sexualidade. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 1, p. 19-24, jan./mar., 2010.
- SOUZA, J. R.; ZAGONEL, I. P. S.; MAFTUM, M. A. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. **Rev. RENE.** Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 117-125, set./dez. 2007.
- STEWART, M. J.; TILDEN, V. P. The contributions of nursing science to social support. **Int J Nurs Stud.**, v. 32, n. 6, p. 535-44, 1995.
- TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.
- TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 1, p. 112-20, jan./mar., 2012.
- TAVARES, R. S.; SILVA, D. M. G. V. A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 3, p. 14-21, 2013.
- TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. **Saúde Soc**, v.19, n.4, p.878-888, 2010.
- TENÓRIO et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em uma comunidade do município de Moreno – PE. **Rev. RENE.** v. 7, n. 2, p. 57-66, mai./ago.2006
- TORRES, G. V. et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Avaliação Psicológica**, v. 8, n. 3, p. 415-423, 2009.
- TORRES, G. V. et al. Caracterização das pessoas com úlcera venosa no Brasil e Portugal: estudo comparativo. **Enfermería Global.** n. 32, p. 75-87, 2013.
- TORRES, G. V. et al. Comparação dos domínios da qualidade de vida de clientes com úlcera venosa. **Rev Enferm UERJ**, v. 22, n. 1, p. 57-64, jan./fev., 2014.
- TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** 5 ed. Petrópolis : Vozes, 2011.
- VALENCIA, I. C. et al. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. **J Am Acad Dermatol.** v. 44, n. 3, p. 401-21, 2001.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.
- VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 2, p. 370-8, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO E ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.

Nome (iniciais): _____	
Idade: _____	Sexo: () Feminino () Masculino
Estado Civil:	() Solteiro () Casado () Divorciado () União estável () Viúvo
Etnia:	() Negra () Branca () Parda () Indígena () Amarela
Escolaridade:	() Analfabeto () Ensino Fund. Incompleto () Ensino Fund. Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Sup. Incompleto () Ensino Sup. Completo () Pós-graduação _____ anos de estudo
Principal ocupação que desenvolveu ao longo da vida: _____	
Renda mensal do idoso:	() Até um salário mínimo () _____ salários mínimos.
Arranjos domiciliares:	() Mora sozinho () Mora somente com o cônjuge () Mora com o cônjuge e os filhos () Mora com o cônjuge, os filhos e o genro() Mora com a nora () Mora somente com os filhos () Mora com filhos e netos (arranjos trigeracionais) () Mora com outros idosos além do cônjuge (arranjos intrageracionais) () Morasomente com os netos (sem os filhos)() Moracom não-familiares
Número de pessoas no domicílio: _____	
Tempo de diagnóstico: _____	
Tempo de tratamento: _____	
Manifestações autorreferidas:	() algia () edema () varizes () hemossiderose () Lipodermatoesclerose () dermatite () perda de pêlos () atrofia branca () outras. Quais _____ Quantas lesões? _____
Tratamento:	() Bota de Unna () Meia elástica () Tratamento tópico () Tratamento tópico e bota de Unna () Curativo simples () Estimulação a laser
Doenças	() Hipertensão Arterial () Diabetes Mellitus () Dislipidemia

autorreferidas:	() Obesidade () Cardiopatia () Depressão () Outras Quais? _____
Hábitos e estilo de vida:	() Tabagista () Uso de bebida alcoólica () Atividade Física Quantas vezes na semana? _____ Por quanto tempo? _____ () Outra Qual? _____ Se fuma, quantos cigarros fuma por dia?(1 maço= 20 cigarros) _____

Entrevista Semiestruturada

- 1- Como é para você ser idoso e ter úlcera venosa?
- 2- O que é para você cuidar de si mesma?
- 3- Quem toma as decisões sobre sua saúde? Você participa dessas decisões?
- 4- Quais cuidados você acha que o idoso deve ter com seu corpo?
- 5- Nas consultas de enfermagem, o que você tem a dizer sobre orientações que você recebe?
- 6- Que orientações de enfermagem você recebeu relacionadas aos cuidados com o próprio corpo?
- 7- Fale sobre os cuidados à saúde que você realiza no seu dia-a-dia:
 - que cuidados são estes?
 - como você os realiza?
 - que cuidados você realiza sozinho e quais os que precisa de ajuda?
 - quem lhe ajuda nesses cuidados?
 - como você participa dos cuidados consigo para os quais precisa de ajuda?
- 8- Quem prepara os alimentos, vai ao banco, paga as contas, faz as compras da casa, cuida da medicação que você faz uso?
- 9- O que é para você envelhecer e continuar ativo?
- 10- Você se considera um idoso ativo?
- 11- O que você espera do tratamento?
- 12- Quem gerencia a parte financeira da sua vida?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: O cuidado de si de idosos com úlcera venosa

Pesquisador responsável: Prof^a. Dra. Margrid Beuter

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Enfermagem/UFSM

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-0000. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1339, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Ambulatório Ala A do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Eu, Margrid Beuter, responsável pela pesquisa “O cuidado de si de idosos com úlcera venosa”, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende *compreender o cuidado de si de indivíduos idosos com úlcera venosa acompanhados no ambulatório de um hospital de ensino, na perspectiva do envelhecimento ativo*. Acreditamos que ela seja importante porque **poderá contribuir para um pensar na prática dos profissionais de enfermagem acerca do cuidado ao idoso que convive com úlcera venosa, possibilitando a reflexão sobre a necessidade de exercitar a prática reconhecendo o sujeito idoso com suas particularidades, respeitando e potencializando a sua liberdade e autonomia para o cuidado de si.**

Para sua realização será feito o seguinte: a pesquisadora entrará em contato com você no momento em que for atendido pela equipe de enfermagem para renovação do curativo da úlcera venosa, nesse momento a pesquisadora apresentará a pesquisa, sanará todas as suas dúvidas, fará o convite à participação, destaco que ela é totalmente voluntária. Em caso de aceite, você dará o consentimento da participação nessa pesquisa por meio da assinatura desse termo em duas vias, uma ficará com você e outra com a pesquisadora. Caso, você não souber escrever o nome, será solicitado a demarcação da sua impressão digital no local da assinatura.

Em seguida, a pesquisadora encaminhará você até um consultório reservado no ambulatório Ala A do HUSM e realizará perguntas referentes às escalas de avaliação funcional, do teste cognitivo e de suporte social e, agendará uma visita ao seu domicílio, conforme a sua disponibilidade. No domicílio a pesquisadora realizará perguntas acerca das suas características sociodemográficas (sexo, idade, etnia, renda mensal, número de pessoas no domicílio, arranjo domiciliar, ocupação), de escolaridade (grau de escolaridade) e de sua saúde (doenças e manifestações autorreferidas, hábitos e estilo de vida, tempo de diagnóstico e tratamento e tipo de tratamento) e, realizará a entrevista onde serão abordadas questões sobre o cuidado de si. As suas respostas referentes às questões do instrumento de caracterização e das escalas serão assinaladas pela pesquisadora no próprio instrumento e as respostas referentes à entrevista serão gravadas por meio de um gravador de áudio. Os instrumentos para a coleta de dados e os dados obtidos na entrevista que serão transcritos na íntegra serão guardados em local seguro, sob a posse da professora orientadora da pesquisa,

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Profa Dra Margrid Beuter, que os manterá em armário com chave, na sala 1339, 3º andar do prédio 26, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, localizado na Avenida Roraima 1000, Campus, CEP 97105-900, por um período de cinco anos. Após este período os materiais serão destruídos, conforme previsto no Termo de Confidencialidade.

Sua participação constará de responder questões acerca das suas características sociodemográficas, de escolaridade e de saúde, referentes às escalas de avaliação funcional, do teste cognitivo e de suporte social e do cuidado de si.

As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas do pesquisador responsável. O seu nome não será divulgado e você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados. Assim, estas informações somente serão divulgadas de forma anônima, codificada, por meio de nomes fictícios. Também será cuidadosamente apresentada a sua caracterização evitando características individuais que possam lhe identificar.

Os formulários serão guardados pela pesquisadora responsável deste projeto, Profa Dra Margrid Beuter.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: a sua participação nesta pesquisa representará riscos mínimos de ordem física ou psicológica, como aqueles aos quais estaria exposto em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual a pesquisadora estará tratando. Caso você relate algum desconforto ou cansaço no momento da aplicação das escalas ou da entrevista, será possibilitado um momento de intervalo. Após este período, se concordar, será retomada a atividade que vinha sendo desenvolvida. Mas se você continuar desconfortável será dada a opção de continuar em outro dia a ser agendado ou deixar de participar da pesquisa. Assim, se você não desejar continuar na pesquisa durante a aplicação das escalas ou da entrevista estas serão encerradas.

Em relação aos benefícios decorrentes da participação neste estudo, ressalta-se que a entrevista é um momento de livre expressão e escuta. É um ambiente que estimula o participante a expor suas percepções, sentimentos, sob a garantia do anonimato e da isenção de julgamento. Ainda, a oportunidade de reflexão acerca da própria vida, saúde e cuidado. Nesse sentido, acredita-se que a participação nessa pesquisa poderá ser potencialmente positiva para as pessoas, na medida em que proporcionará momentos de acolhimento, escuta, reflexão e valorização.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____,
após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

=====

Assinatura do voluntário

=====

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

=====

Assinatura do responsável pela pesquisa

Prof^ª. Dra. Margrid Beuter

Santa Maria/RS, _____ de _____ de 2014.

APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

47

Apêndice C - Termo de Confidencialidade

Título do projeto: O cuidado de si de idosos com úlcera venosa.

Pesquisador responsável: Margrid Beuter

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado

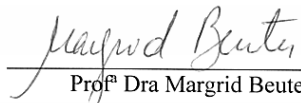
Telefone: (55) 3220-8263

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada e aplicação de escalas de avaliação do idoso, no ambulatório Ala A do Hospital Universitário de Santa Maria. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1339 - 97105-900 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade do Prof.(a) Pesquisador (a) Margrid Beuter. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., e recebeu o número Caae

Santa Maria, 01 de dezembro, 2014.



Prof^a Dra Margrid Beuter
COREN 29136
SIAPE 379289

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DE KATZ

Área de funcionamento	Independete/ Dependente
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) () não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) () recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) () recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	 (I) (I) (D)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) () pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda () pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos () recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	 (I) (I) (D)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) () vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) () recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite () não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	 (I) (D) (D)
Transferência () deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) () deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda () não sai da cama	 (I) (D) (D)
Continência () controla inteiramente a micção e a evacuação () tem “acidentes” ocasionais () necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	 (I) (D) (D)
Alimentação () alimenta-se sem ajuda () alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão () recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos	 (I) (I) (D)

Fonte: LINO et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p.103-112, 2008.

ANEXO B – ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA DE LAWTON E BRODY

Esta entrevista tem como propósito identificar o nível da condição funcional da Sra., por intermédio das possíveis dificuldades na realização das atividades do seu dia a dia.

Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sra. faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.

Em relação ao uso do telefone

a) Telefone

- [3] recebe e faz ligações sem assistência
- [2] necessita de assistência para realizar ligações telefônicas
- [1] não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone

Em relação às viagens

b) Viagens

- [3] realiza viagens sozinha
- [2] somente viaja quando tem companhia
- [1] não tem o hábito ou é incapaz de viajar

Em relação a realização de compras

c) Compras

- [3] realiza compras, quando é fornecido transporte
- [2] somente faz compras quando tem companhia
- [1] não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

Em relação ao preparo das refeições

d) Preparo das refeições

- [3] planeja e cozinha as refeições completas
- [2] prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda
- [1] não tem o hábito ou é incapaz de realizar refeições

Em relação ao trabalho doméstico

e) Trabalho doméstico

- [3] realiza tarefas pesadas
- [2] realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas
- [1] não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

Em relação ao uso de medicamentos

f) Medicamentos

- [3] faz uso de medicamentos sem assistência
- [2] necessita de lembretes ou de assistência
- [1] é incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

Em relação ao manuseio do dinheiro

g) Dinheiro

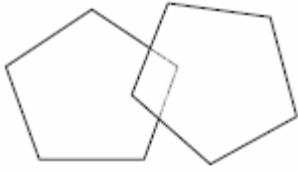
- [3] preenche cheque e paga contas sem auxílio
- [2] necessita de assistência para uso de cheques e contas
- [1] não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

Classificação: Dependência total: ≤ 5 Dependência parcial: $> 5 < 21$ Independência: 21

ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

AVALIAÇÃO	NOTA	VALOR
ORIENTAÇÃO TEMPORAL		
Que dia é hoje?		1
Em que mês estamos?		1
Em que ano estamos?		1
Em que dia da semana estamos?		1
Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)		1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
Em que local nós estamos? (consultório, enfermaria, andar)		1
Qual é o nome deste lugar? (hospital)		1
Em que cidade estamos?		1
Em que estado estamos?		1
Em que país estamos?		1
MEMÓRIA IMEDIATA		
Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir, preste atenção, pois depois você terá que repeti-las novamente. (dê 1 ponto para cada palavra) Use palavras não relacionadas. VASO – CARRO – TIJOLO		3
ATENÇÃO E CÁLCULO		
5 séries de subtrações de 7 (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). (Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir). Ou: Soletrar a palavra mundo ao contrário.		5
EVOCAÇÃO		
Pergunte quais as três palavras que o sujeito acabara de repetir (1 ponto para cada palavra)		3
NOMEAÇÃO		
Peça para o sujeito nomear dois objetos mostrados (1 ponto para cada objeto)		2
REPETIÇÃO		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá. (considere somente se a repetição for perfeita)		1
COMANDO		
Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). (Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas)		3
LEITURA		
Mostre a frase escrita: FECHÉ OS OLHOS. E peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. (Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando)		1
FRASE ESCRITA		
Peça ao indivíduo para escrever uma frase. (Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos)		1
CÓPIA DO DESENHO		
Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com		1

dois ângulos.



TOTAL

ANEXO D – INVENTÁRIO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL (IRSS)

INVENTÁRIO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL (SOCIAL SUPPORT NETWORK INVENTORY)

Liste abaixo todas as pessoas próximas a você, ou que têm provido algum suporte/apoio durante a sua experiência de enfermidade. Por exemplo, membros da família, amigos, vizinhos, médicos, terapeutas, enfermeiros e colegas de trabalho. Qualquer pessoa que fizer parte importante de sua vida neste momento deve entrar na lista, mesmo que você não a veja sempre.

Liste, ainda, grupos aos quais você pertence e que lhe têm fornecido algum suporte/apoio neste momento de enfermidade. Por exemplo, igreja, associações.

Coloque apenas o primeiro nome de cada pessoa em sua lista. Indique o relacionamento desta pessoa para com você no espaço após cada nome. Por exemplo: João, primo; Maria, terapeuta; Brenda, amiga; Wolmar, vizinho; Carolina, mãe, William, tio

LISTA DA REDE SOCIAL

PRIMEIRO NOME

RELACIONAMENTO

Da lista acima, por favor escolha 5 pessoas que lhe dão mais suporte/apoio. Se você preferir, pode escolher 4 pessoas e 1 grupo.

Se o apoio que você recebe é de menos de 5 pessoas, liste apenas estas pessoas.

PESSOA

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

PESSOA ou GRUPO (por favor mencione o nome do grupo)

5. _____

Responda agora uma série de 10 questões sobre o suporte que você recebe destas 5 pessoas (ou 4 pessoas e 1 grupo)

Escreva o nome da pessoa no espaço providenciado, e o relacionamento desta pessoa com você.

Se você escolheu 4 pessoas e 1 grupo, use a série de questões nº 5 para indicar o suporte do grupo.

PESSOA #1 _____ RELACIONAMENTO _____

Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:

1. Com qual frequência você fala ou encontra com esta pessoa?

A. Uma vez por ano ou menos B. Poucas vezes por ano C. Uma vez por mês D. Uma vez por semana E. Quase todo dia

2. Quanto esta pessoa é disponível para você?

A. Quase nunca B. Muito pouco C. Algumas vezes D. Muitas vezes E. Sempre

3. Quanto você é chegada a esta pessoa?

A. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.
 B. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.
 C. Poso discutir algumas coisas com esta pessoa.
 D. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.
 E. Poso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições.

4. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, caronas, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

5. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

6. Com qual frequência você recebe apoio emocional desta pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

7. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

8. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

9. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

10. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

A. Não entrei em contato com esta pessoa. B. O apoio não ajudou C. Não senti apoio
 D. Senti um pouco de apoio E. Senti um bom apoio F. Senti muito apoio

PESSOA #2 _____ RELACIONAMENTO _____

Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:

1. Com qual frequência você fala ou encontra com esta pessoa?

A. Uma vez por ano ou menos B. Poucas vezes por ano C. Uma vez por mês D. Uma vez por semana E. Quase todo dia

2. Quanto esta pessoa é disponível para você?

A. Quase nunca B. Muito pouco C. Algumas vezes D. Muitas vezes E. Sempre

3. Quanto você é chegada a esta pessoa?

A. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.
 B. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.
 C. Poso discutir algumas coisas com esta pessoa.
 D. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.
 E. Poso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições.

4. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, caronas, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

5. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

6. Com qual frequência você recebe apoio emocional desta pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

7. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

8. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

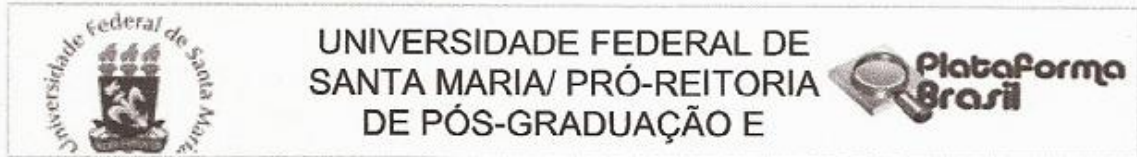
9. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?

A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

10. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

A. Não entrei em contato com esta pessoa. B. O apoio não ajudou C. Não senti apoio
 D. Senti um pouco de apoio E. Senti um bom apoio F. Senti muito apoio

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO DE SI DE IDOSOS COM ÚLCERA VENOSA

Pesquisador: MARGRID BEUTER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40248614.2.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 932.800

Data da Relatoria: 12/01/2015

Apresentação do Projeto:

O presente estudo é uma dissertação de mestrado do curso do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do CCS/UFSM.

Caracteriza-se como uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. No primeiro momento a presente pesquisa será desenvolvida no ambulatório Ala A do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Durante as consultas de enfermagem, nesse local, os participantes da pesquisa serão captados, por meio de convite e o segundo momento da coleta de dados será realizado no domicílio do participante. Os participantes do estudo serão, aproximadamente, 15 idosos com úlcera venosa em acompanhamento ambulatorial. O número de participantes será definido levando em consideração o critério de saturação dos dados.

A coleta de dados está prevista para ser realizada no período de fevereiro a abril de 2015. Será utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado e instrumento de caracterização. Além da entrevista, os dados serão obtidos através da aplicação da escala de Katz, escala de Lawton e Brody, Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e o Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS). A coleta de dados ocorrerá em dois momentos. O contato inicial com os idosos com úlcera venosa ocorrerá antes ou após os atendimentos pela

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

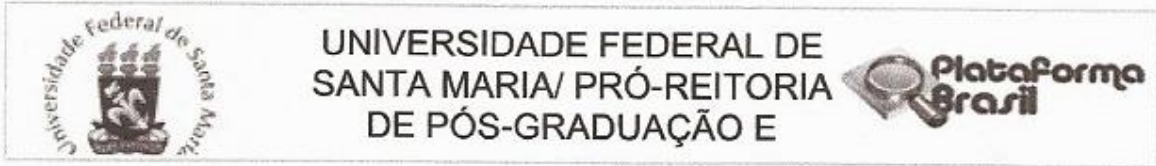
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 932.800

equipe de enfermagem para renovação do curativo da lesão, de segunda a quinta-feira, no período da tarde, no ambulatório do HUSM.

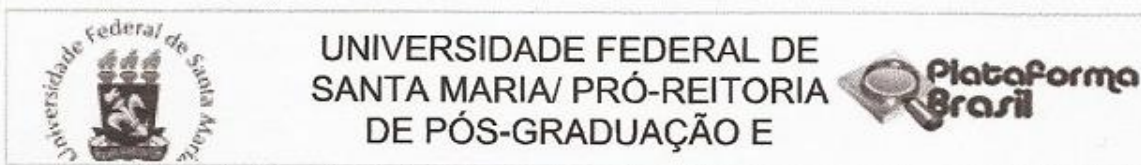
Nesse momento ocorrerá a apresentação da pesquisadora, do projeto, sendo que, dentre todos os aspectos do projeto, será explicado, com maior ênfase, como ocorrerá a coleta de dados. O idoso será convidado para dirigir-se a um consultório do ambulatório, neste local, com privacidade, serão aplicados quatro instrumentos para conhecer e avaliar a sua condição de realizar atividades, resolver problemas e tomar de decisões no dia a dia. Ele também será informado que em outro momento será realizada uma entrevista no domicílio, caso ele concorde. A partir deste momento se fará o convite ao idoso.

Também será agendada a visita ao domicílio, conforme disponibilidade dele. Em seguida, o sujeito será encaminhado a um consultório a fim de buscar a privacidade do participante e aplicar-se-á as escalas de Katz, de Lawton e Brody, o MEEM e o IRSS. A entrevista semiestruturada será desenvolvida no domicílio do participante, nesse momento será aplicado um instrumento de caracterização dos participantes contendo dados sociodemográficos, de escolaridade e de saúde do idoso; e, posteriormente se dará início à entrevista, onde a pesquisadora seguirá um roteiro de entrevista e as falas serão registradas por meio de gravação de áudio, mediante consentimento do participante.

No caso em que o idoso preferir que a entrevista seja realizada no Ambulatório do HUSM, ela será agendada para o próximo retorno do paciente ao serviço ambulatorial. Esta entrevista também será realizada em uma sala que ofereça privacidade. O uso das escalas justifica-se pela necessidade de complementar as informações das análises qualitativas acerca do cuidado de si, foco deste estudo.

Para validar o roteiro da entrevista semiestruturada, anterior a coleta efetiva dos dados, este será aplicado a alguns idosos da amostra com o objetivo de verificar se existe dificuldade de entendimento nas questões propostas. Caso não seja identificada a necessidade de readaptar o instrumento, as entrevistas realizadas serão incluídas no estudo. Do mesmo modo, as escalas serão aplicadas a esta amostra para verificar o entendimento dos idosos na formulação das perguntas e como possibilidade de avaliar o preparo da pesquisadora para a utilização dos instrumentos. Se a aplicação dos instrumentos for considerada satisfatória, estes dados serão

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 932.800

incluídos na pesquisa.

A pesquisa apresenta um cronograma que adequado e respeita o período de avaliação do Comitê de Ética.

O valor do estudo será de R\$ 6.672,10 com financiamento próprio conforme consta no projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: compreender o cuidado de si de idosos com úlcera venosa acompanhados no ambulatório de um hospital de ensino, na perspectiva do envelhecimento ativo.

Objetivo Secundário:

Identificar a capacidade funcional e cognitiva e o apoio social de idosos com úlcera venosa acompanhados em um ambulatório.

Descrever a capacidade de autonomia de idosos com úlcera venosa em acompanhamento ambulatorial para o cuidado de si.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a participação nesta pesquisa representará riscos mínimos de ordem física ou psicológica para o idoso, como aqueles aos quais estaria exposto em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual a pesquisadora estará tratando. Caso o participante relate algum desconforto ou cansaço no momento da aplicação das escalas ou da entrevista, será possibilitado um momento de intervalo. Após este período, se concordar, será retomada a atividade que vinha sendo desenvolvida. Mas se ele continuar desconfortável será dada a opção de continuar em outro dia a ser agendado ou deixar de participar da pesquisa. Assim, se o participante não desejar continuar na pesquisa durante a aplicação das escalas ou da entrevista estas serão encerradas.

Benefícios: em relação aos benefícios obtidos pelos participantes decorrentes da participação neste estudo, ressalta-se que a entrevista é um momento de livre expressão e escuta. É um ambiente que estimula o participante a expor suas percepções, sentimentos, sob a garantia do anonimato e da isenção de julgamento. Ainda, a oportunidade de reflexão acerca da própria vida, saúde e cuidado. Nesse sentido, acredita-se que a participação nessa pesquisa poderá ser

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

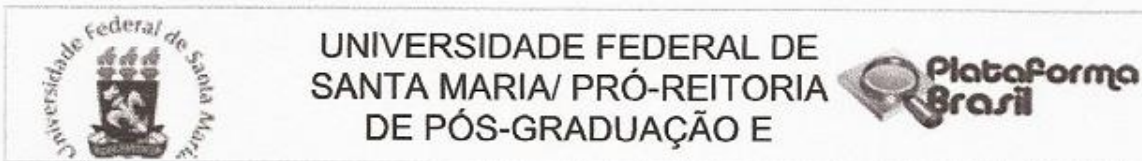
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 932.800

potencialmente positiva para as pessoas, na medida em que proporcionará momentos de acolhimento, escuta, reflexão e valorização.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo está muito bem apresentado e traz todos os elementos metodológicos claramente descritos. Apresenta-se como relevante para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os documentos obrigatórios: folha de rosto, registro no GAP, TCLE, Termo de Confidencialidade assinado, autorização da instituição GEP-HUSM.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com