



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 08, pp. 49270-49274, August, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.22532.08.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

FATORES BIOPSIOSOCIOESPIRITUAIS VIVENCIADOS POR PACIENTES COM FERIDA CRÔNICA

Tatiana Martins da Silva¹, Michelle Suzana Silva Marques², Christian Marx Carelli Taets³, Danilo Lima Ceccon⁴, Rildo Santos Loureiro^{5,*} and Gunnar Glauco De Cunto Carelli Taets⁶

¹Enfermeira Graduada Pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé; ²Estudante de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé; ³ Estudante de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé. Aluno de Iniciação Científica pelo Laboratório de Pesquisa Integrada em Saúde (PIS/UFRJ/CNPQ); ⁴Enfermeiro, Especialista em Dermatoterapia. Mestrando em Enfermagem pela EEAP/UNIRIO. Enfermeiro da Prefeitura Municipal de São João da Barra, Rio de Janeiro, Brasil. Pesquisador do PIS/UFRJ/CNPQ; ⁵Psicólogo, Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde. Professor Assistente da Faculdade Católica Salesiana. Macaé, Rio de Janeiro, Brasil. Coordenador do GPPSI – Grupo de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Interface Pesquisador do PIS/UFRJ/CNPQ E NUPGES - EEAAC – UFF; ⁶Enfermeiro, Especialista em Estomaterapia, Doutor em Enfermagem e Biociências. Professor Adjunto do Curso de Graduação de Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé. Líder do Laboratório de Pesquisa Integrada em Saúde (PIS/UFRJ/CNPQ)

ARTICLE INFO

Article History:

Received 06th May, 2021
Received in revised form
14th June, 2021
Accepted 09th July, 2021
Published online 26th August, 2021

Key Words:

Cuidados Integral,
Enfermagem,
Estomaterapia,
Espiritualidade.

*Corresponding author:

Rildo Santos Loureiro

ABSTRACT

Introdução: Uma revisão na literatura realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores enfermagem and úlceras de pernas, aponta que os estudiosos estão mais preocupados com os cuidados com as feridas do que com a pessoa que tem uma ferida em seu corpo. Isso nos faz refletir, para a importância de se discutir o lado humano do cuidado na enfermagem que em algumas vezes percebe-se o discurso teórico afastado da prática acaba em que nós, enfermeiros, deveríamos centrar o cuidado na pessoa com um problema de saúde/doença e não somente na doença em si. **Objetivo:** Objetivo do estudo foi descrever os fatores biopsicosocioespirituais vivenciados por pacientes com feridas crônicas segundo suas próprias narrativas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo que utilizará um diário de campo contendo informação sociodemográficas e clínicas dos pacientes e também pelo modelo de Entrevista para a obtenção de Narrativas de Experiências e Sentidos de Adoecimento e Sintomas - *McGill Illness Narrative Interview – MINI*. **Resultados:** foram estudados três pacientes com feridas crônicas P1, P2, P3, com idade média de 60 anos, dois do sexo masculino e um do sexo feminino, que têm diferentes sentimentos frente a ferida, P1 aceitação, P2 indiferença, P3 raiva. Foram identificados os seguintes fatores vivenciados pelos participantes que podem influenciar e até mesmo retardar a cicatrização da ferida: ausência de atividade física regular, ferida infectada com presença de tecido necrótico, Diabetes Mellitus tipo II, baixa de adesão ao tratamento, baixo nível de escolaridade, alimentação rica em gorduras e carboidratos, hipertensão, obesidade, tabagismo, etilismo, curativos realizados de forma não estéril, religiosidade/espiritualidade. **Conclusão:** Quando enfermeiros colocam os pacientes que vivem com uma ferida crônica como protagonista do cuidado, dando voz ativa por meio das narrativas de experiências e sentidos de adoecimento e sintomas, é possível identificar os fatores biopsicosocioespirituais que podem estar interferindo no processo de cicatrização da ferida e a partir destes elaborar e implementar planos de cuidados de enfermagem para um cuidado integral que incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, unificando ações preventivas, curativas e de reabilitação.

Copyright © 2021, Tatiana Martins da Silva et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Tatiana Martins da Silva, Michelle Suzana Silva Marques, Christian Marx Carelli Taets, Danilo Lima Ceccon et al. "Fatores biopsicosocioespirituais vivenciados por pacientes com ferida crônica", *International Journal of Development Research*, 11, (08), 49270-49274.

INTRODUCTION

As concepções e práticas de saúde voltadas ao cuidado não comportam mais um olhar fragmentado que visa somente à doença. Busca-se uma prática assistencial, de acolhimento e respeito, para um ser com sentimentos e valores embasados na dignidade humana. Neste olhar integralizado é possível perceber que as pessoas sofrem psicologicamente por várias razões, dentre elas, pode-se destacar ter uma ferida crônica, a qual compromete não só a imagem corporal, mas em alguns casos, pode comprometer até a realização das atividades de vida diária (Lucas *et al.*, 2008). Acredita-se, que seja pertinente levar em consideração que uma ferida crônica pode ocasionar algumas problemáticas no decorrer da vida, pensando a vida humana em quatro dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual. As doenças crônicas geralmente levam as pessoas a desgastes constantes, e estas geralmente acontecem pelas suas características, quais sejam: caráter permanente e/ou recorrente, longa duração, incapacidade residual, dependência contínua de medicamentos, além do fato de quase sempre ser incurável, irreversível e degenerativa. ²Conviver com o doente com ferida crônica e perceber seu sofrimento físico e psíquico nos faz refletir que esta condição traz uma série de mudanças na vida, não apenas de quem tem uma ferida, mas também de seus familiares que, muitas vezes, não estão preparados para compreender todos os aspectos que envolvem este problema (Marcon, 2005).

No Brasil, as feridas constituem um sério problema de saúde pública, devido ao grande número de doentes com alterações na integridade da pele, embora sejam escassos os registros desses atendimentos. O elevado número de pessoas com úlceras contribui para onerar o gasto público, além de interferir na qualidade de vida da população (Ministério da Saúde, 2002). Uma breve revisão na literatura realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores enfermagem and úlceras de pernas, demonstra que os estudiosos estão mais preocupados com os cuidados com as feridas do que com a pessoa que tem uma ferida em seu corpo. Isso nos faz refletir, para a importância de se discutir o lado humano do cuidado na enfermagem que em algumas vezes percebe-se o discurso teórico afastado da prática acaba em que nós, enfermeiros, deveríamos centrar o cuidado na pessoa com um problema de saúde/doença e não somente na doença em si. Nosso estudo apoiar-se-á na Teoria do Cuidado Humano entendendo que o cuidar e o cuidado à ações e/ou procedimentos, fortemente direcionados à área física e técnica, contrapõe o discurso do cuidado humano, que entende em assistir ou cuidar o ser humano como um todo, ou seja, numa abordagem holística. Margaret Jean Watson desenvolveu a Teoria do Cuidado Humano, que se baseia no cuidado efetivo por meio da relação transpessoal, ou seja, onde o cuidado não se limita apenas ao agora, mas que transcende tempo, espaço e matéria de paciente e profissional para que formem um único elemento em sintonia, além do momento pontual da interação, de maneira a favorecer a restauração. A enfermagem é uma profissão que além de executar procedimentos técnicos e desenvolver o cuidado, ela é capaz de conhecer a individualidade mais profunda de cada paciente de forma a objetivar a transpessoalidade por meio da empatia e comunicação, podendo desenvolver relação de confiança que favorecem esse processo. Um dos instrumentos mais adequados para estabelecer e manter a importante relação de ajuda-confiança entre profissional e paciente é a empatia. A partir da verdadeira intenção de cuidar, é possível desenvolver uma relação empática, quando se reconhece o outro como quem vivencia sua experiência única de ser paciente e se expressa entendimento e aceitação através de linguagem verbal e não verbal³. Objetivo do estudo foi descrever os fatores biopsicosociales vivenciados por pacientes com feridas crônicas segundo suas próprias narrativas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo realizado em duas Estratégias da Saúde da Família localizadas no Bairro Lagomar do Município de Macaé no período entre maio e junho de 2019 após aprovação pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sob parecer nº 3.327.189. Participaram do estudo, de forma voluntária, três pacientes com feridas crônicas em atendimentos pelas ESFs supracitadas. Como critérios de inclusão: pacientes com feridas crônicas, ambos os sexos, maiores de 18 anos. As feridas crônicas, para fins de definição, são aquelas que não conseguem avançar no processo de reparação ordenado para produzir integridade anatômica e funcional durante um período de 3 meses. Dentre elas, destacam-se as Lesões por Pressão (LP), Úlcera Diabética e Úlcera Vasculogênica Crônica (UVC), que merecem especial atenção, uma vez que são mais frequentes e tendem a estar associadas a doenças comuns na população idosa, constituindo problemática que tem se mostrado habitual na saúde pública do Brasil⁶. Para coleta de dados, os pacientes foram convidados a participar do estudo após as consultas para realização da troca de curativos, respeitando os critérios de inclusão, utilizando-se um diário de campo contendo informação sociodemográficas e clínicas dos pacientes preenchidos pelo pesquisador por meio de entrevista estruturada. Para manter a privacidade dos participantes, a sala onde é realizada a consulta de enfermagem na ESF, foi utilizada pelos pesquisadores para realizarem as entrevistas para coleta de dados. As entrevistas foram descritas e não gravadas e o anonimato dos sujeitos de pesquisa foi mantido. Os participantes foram identificados por um número de acordo com a entrada no estudo. Exemplo: participante 1 (P1), participante 2 (P2) e participante 3 (P3). Foi utilizado também, o modelo de Entrevista para a obtenção de Narrativas de Experiências e Sentidos de Adoecimento e Sintomas - *McGill Illness Narrative Interview – MINI*. A McGill MINI é uma entrevista semiestruturada, qualitativa, que possibilita a produção de narrativas sobre a experiência de adoecimento para qualquer problema, condição ou evento de saúde, incluindo sintomas, conjunto dos sintomas, síndromes, diagnósticos biomédicos ou rótulos populares. Criada no Canadá em 2006, foi traduzida e feita adaptação transcultural para língua portuguesa para uso corrente no Brasil em 2016 (Leal, 2016).

A McGill MINI é sequencialmente estruturada, tem três seções principais e duas suplementares, com o objetivo de promover:

- Narrativa inicial e temporal da experiência de adoecimento, organizada em termos da sequência de eventos.
- Narrativa sobre outras experiências prévias do entrevistado, de membros de sua família, de amigos, encontradas na mídia, e outras representações populares que serviram de modelo para a significação da experiência do adoecimento em questão. Estas experiências aparecem como protótipos relacionados ao problema de saúde estudado.
- Narrativas sob forma de modelos explicativos do sintoma ou da doença, incluindo rótulos, atribuições causais, expectativas de tratamento, curso e resultado.
- Narrativas de busca e procura de ajuda, relatos sobre caminhos para chegar ao cuidado e sobre a experiência de tratamento e adesão.
- Narrativas do impacto da doença sobre a identidade, a autopercepção e as relações com os outros.
- Hoje prevalece o modelo biomédico que não valoriza a história e o contexto na compreensão do adoecimento⁸:

se a narrativa do paciente não for ouvida inteiramente, a possibilidade de erro diagnóstico e terapêutico aumenta, a probabilidade das conexões pessoais que resultam de uma experiência compartilhada diminui, as oportunidades empáticas são perdidas e os pacientes podem não se sentirem compreendidos ou considerados.

O julgamento clínico e a definição do plano de cuidados exigem um trabalho interpretativo que leve em conta as características da experiência: a consideração do modo como o sujeito vive e experimenta o seu adoecimento na sua relação consigo e com o seu ambiente. Conhecer a experiência humana do adoecimento permite saber como o doente, os membros de sua família ou a rede social mais próxima percebem, convivem e respondem aos sintomas e à incapacidade.

dade que deles pode advir, assim como ao monitoramento dos processos corporais (Kleinman, 1978). A análise dos dados foi realizada segundo análise de conteúdo¹⁰, com as seguintes etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. As narrativas foram descritas na íntegra e analisadas buscando a compreensão da experiência humana do adoecimento.

RESULTADOS

Devido a peculiaridade de vida de cada participante, os dados sociodemográficos e clínicos foram descritos individualmente conforme quadro a seguir. Foi perguntado aos participantes, como ele se sente diante da sua ferida. As respostas foram as seguintes:

Assim sendo, o processo de cicatrização tem como finalidade restabelecer a homeostasia tecidual (Panobianco, 2012).

P1	Aceitação
P2	Indiferente
P3	Raiva

Foram identificados os seguintes fatores bio psicossociais vivenciados pelos participantes

- Ausência de atividade física regular
- Curativos realizados de forma não estéril
- Ferida infectada com presença de tecido necrótico
- Diabetes Mellitus

Quadro 1. caracterização dos participantes. 2019

Dados/participantes	P1	P2	P3
Dados sociodemográficos	EFN, 67 anos, pardo, sexo masculino, heterossexual, evangélico, residente em Macaé/RJ, casado, pai de dois filhos, natural de São Joaquim/Cardoso Moreira-RJ, iletrado, exerceu por 30 anos a profissão de lavrador, atualmente aposentado, mora em residência própria com saneamento básico com esposa e filho. Utiliza como rede de apoio: igreja, a ESF e amigos.	RJS, 58 anos, preto, sexo feminino, heterossexual, foi espírita e atualmente acredita em Deus mas não frequenta nenhum templo religioso, residente em Macaé/RJ, casada, mãe de três filhos, não sabe a cidade em que nasceu, iletrada, do lar, mora em residência própria com saneamento básico com marido, um filho e a nora e um neto. Utiliza como rede de apoio: a família e a ESF.	JCBS, 55 anos, pardo, sexo masculino, heterossexual, ateu, residente em Macaé/RJ, divorciado, pai de duas filhas, natural de São Fidelis-RJ, ensino médio completo, bombeiro aposentado. Mora em residência própria com saneamento básico com uma filha. Utiliza como rede de apoio: amigos.
Dados clínicos	Foi tabagista e etilista por 15 anos. Possui Diabetes Mellitus tipo II. Não pratica atividade física regular. Realiza, em média, quatro refeições diárias com restrição de carboidratos e ricas em verduras, legumes e ingere quantidade adequada de líquidos*, em especial, chás. Medicamentos de uso regular: anti-hipoglicemiante, protetor gástrico, vitaminas, diurético de alça.	Foi tabagista e etilista por 20 anos. É hipertensa. Não pratica atividade física regular. Realiza, em média, três refeições diárias com restrição de sódio e ricas em frutas, verduras e proteínas. Ingere líquidos em quantidade adequada. Medicamentos de uso regular: anti-hipertensivo inibidor da enzima conversora de angiotensina, protetor gástrico.	Tabagista, em média 20 cigarros/dia, etilista social duas vezes por semana. É hipertenso e obeso. Não pratica atividades físicas regulares. Realiza, em média cinco refeições por dia rica em gordura, carboidratos e proteínas. Ingere líquidos em quantidade adequada. Medicamentos de uso regular: anti-hipertensivo betabloqueador, anti-hipertensivo bloqueador dos canais de cálcio, analgésico opioide e um digitalico.
Ferida	Início da lesão em setembro 2018 (09 meses), em pé direito após amputação dos quatro pododáctilos, permanecendo o hálux. Infectada com presença de tecido de necrose de liquefação e pouco exsudato seroso. Coberturas já utilizadas: papaína 6%, sulfadiazina de prata, neomicina. Cobertura atual: colagenase e Ácidos Graxos Essenciais (AGE). Curativo, não estéril, com gaze, apósito, atadura e esparadrapo. Curativo feito diariamente sendo realizado quatro vezes na semana na ESF por Técnicos de Enfermagem, uma vez na Casa do Curativo** por Enfermeiros e por familiares do paciente aos finais de semana.	Início da lesão em agosto de 2018 (10 meses), lesão por pressão região sacrococcígea grau IV, medindo aproximadamente 12 cm de diâmetro e 3 cm de profundidade. Infectada com presença de tecido de necrose de liquefação e exsudato seroso moderado. Coberturas já utilizadas: papaína 10%, neomicina, colagenase, hidrogel. Cobertura atual: papaína 10% e AGE. Curativo não estéril, com gaze, apósito e esparadrapo. Curativo feito diariamente sendo realizado por familiares. Avaliação por Enfermeiro quinzenalmente em visita domiciliar da ESF.	Início da lesão, aproximadamente, há 15 anos, úlcera mista (arterial e venosa) em membros inferiores do maléolo até terço médio da perna, medindo aproximadamente 20 cm. Infectada com presença de tecido de necrose de coagulação em maior quantidade e necrose de liquefação. Odor fétido. Exsudato sero-purulento em grande quantidade. Coberturas já utilizadas: açúcar, emplasto de plantas, colagenase, AGE, neomicina, hidrogel, papaína 8%. Cobertura atual: papaína 8% e AGE. Curativo não estéril feito de maneira irregular, em média, a cada dois dias pelo próprio paciente em domicílio.

* A média diária de ingestão oral de água, pelo adulto, é de 1.500 a 3.000L ou em torno de 30 a 40ml/kg de peso corpóreo segundo as Recomendações Nutricionais para a população americana sadia, Recommended Dietary Allowances (RDA), estabelecidas pela Food and Nutrition Board (FNB) da National Research Council (NRC), National Academy of Sciences dos Estados Unidos da América. 1989.

** Casa do Curativo é o local de referência da região de Macaé no tratamento de lesões cutâneas.

DISCUSSÃO

A discussão dos dados se deu por análise em duas categorias: Fatores biológicos e sociais vivenciados no cotidiano de pessoas com feridas crônicas e sentimentos frente ao adoecimento de pessoas vivendo com uma ferida crônica.

Categoria I – Fatores biopsicossociais vivenciados no cotidiano de pessoas com feridas crônicas

A pele é tida como a primeira barreira de proteção do organismo contra agentes externos e por isso está sujeita a constantes agressões, tornando sua capacidade de reparação muito importante para a sobrevivência (Lynda, 2011). A cicatrização é o processo pelo qual um tecido lesado é substituído por tecido conjuntivo vascularizado, quer a lesão tenha sido traumática ou necrótica (Nogueira, 2005).

- Alimentação rica em gorduras e carboidratos.
- Hipertensão
- Obesidade
- Tabagismo
- Etilismo
- Baixo nível de escolaridade
- Baixa/falta adesão ao tratamento

Perfil sociodemográfico levantado está de acordo com outros estudos nacionais sobre o tema em questão e principalmente no que tange ao fator social da baixa escolaridade (Smanioto, 2010). Em relação à prevalência de feridas crônicas em idosos na atenção básica, destaca-se, na maior parte dos países, há escassez de dados epidemiológicos e se observa que, entre os dados disponíveis, existem grandes variações dessa taxa (Heyer, 2016). No Brasil, os registros estatísticos sobre feridas na população ainda são incipientes, principalmente sobre as do tipo crônico (Evangelista,

2012). Acredita-se que a baixa escolaridade dos participantes relaciona-se com a baixa ou falta de adesão ao tratamento entendendo-se a adesão como um fenômeno multidimensional determinado pela interação de um conjunto de fatores que afetam o comportamento e a capacidade das pessoas de seguir o tratamento (Torres, 2013), visto que dois dos três participantes são iletrados, e portanto não conseguem ler e seguir corretamente as prescrições e orientações dos profissionais, e consequentemente, interferindo no processo de cicatrização da ferida. Embora não se possa acelerar o processo de cicatrização, existem vários fatores, locais e sistêmicos, que afetam adversamente a cicatrização das feridas (Cavalcante, 2012). Todos os participantes do estudo apresentam tecido necrótico no leito da ferida e todos realizam curativo de forma não estéril além de não praticarem atividade física regular, isto vai de encontro a um estudo da Universidade de Liverpool, Inglaterra, que afirma que os fatores locais estão relacionados principalmente ao movimento e à presença de resíduos dentro da ferida, por exemplo: tecido necrosado, corpos estranhos, contaminação bacteriana e hipóxia tecidual. Estes fatores podem atuar como barreira física para o desenvolvimento ordenado de tecido de granulação e deposição de colágeno, ou podem exagerar a inflamação, afetando a resposta inflamatória (Neto, 2003). As feridas causadas por neuropatia diabética podem apresentar-se de diversas maneiras. Entretanto, a mais comum é a que ocorre devido à neuropatia sensitivo-motora e autonômica, que causa enfraquecimento muscular e alterações anatomopatológicas e neurológicas periféricas dos pés, além de mudanças na pele (ressecamento e fissuras), o que pode favorecer o aparecimento das úlceras (Halloran, 2002). Essas feridas decorrem de traumas que, muitas vezes, não são percebidos pelo paciente, devido à diminuição ou perda da sensibilidade dolorosa²¹. Sobre esse fator, quando perguntado o que causou seu problema de saúde, P1 afirma "...O diabetes, falta de adesão ao tratamento..."

Uma alimentação não saudável, com déficits de macronutrientes e micronutrientes, interfere no processo de cicatrização de feridas, tendo em vista que excesso de gorduras e carboidratos favorecem a obesidade, disfunções metabólicas, implicando diretamente na qualidade de vida do sujeito. Uma alimentação saudável, pode prevenir doenças crônicas não transmissíveis. Propondo dietas que estejam ao alcance da sociedade como um todo, e que tenham um impacto sobre os mais importantes fatores relacionados às várias doenças (World Health Organization, 2003). No presente estudo, dois dos três pacientes são hipertensos. A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico (Sichieri, 2020; Fuchs, 1997). A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta (Duncan, 2004). Todos os pacientes relataram tabagismo por longos anos, fator este que pode ter contribuído para o surgimento ou agravamento das feridas. Os principais efeitos agudos da nicotina sobre o sistema cardiovascular são: vasoconstrição periférica, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca. A nicotina também interfere no sistema endócrino, favorecendo a liberação de hormônio antidiurético e retenção de água (Barreto, 2001). O álcool é uma substância tóxica que pode contribuir para ocorrência de algumas doenças como: hipertensão arterial, hipertrigliceridemia, diabetes não-insulinodependente, câncer, hepatopatia, encefalopatia, pancreatite, problemas psicossociais e comportamentais (Fuchs, 1997). Seu uso crônico e não moderado acarreta prejuízo no convívio social e pode ser visto como uma importante patologia social. É considerado uma droga lícita, sem restrições para seu consumo, o que muitas vezes leva homens e mulheres a seu uso abusivo (Furtado, 2002).

Categoria II –A Religiosidade/Espiritualidade influenciando o sentimento frente ao adoecimento de pessoas vivendo com uma ferida crônica. As feridas crônicas, independentemente de sua etiologia, têm elevadas taxas de incidência, trazem diminuição da qualidade de vida dos pacientes e causam impactos socioeconômicos importantes para os familiares e serviços de saúde (Brito, 2013; Leal, 2016). Os

pacientes citaram que utilizam como rede de apoio a própria ESF, igreja, família e amigos. O ser humano nasce e vive em uma rede de relações representada por: família, escola, comunidade, trabalho, dentre outras. Nestes ambientes ecológicos, as pessoas desenvolvem-se e conquistam uma diversidade de lugares de interação social. As relações entre pessoas e ambientes oferecem possibilidades de apoio nos momentos de crise ou mudança e podem criar oportunidades de desenvolvimento humano através da qualidade dos meios de subsistência, possibilidades de emprego, estudo, amizades, lazer, relações de suporte e de afeto. O apoio social e afetivo fornecido pela rede relacional das pessoas é mantido por laços afetivos e depende de percepções que se tem do próprio mundo social, de competências e recursos disponíveis para proteção (Bloch, 1998). A rede de relações parece estar em crise neste mundo em constante transformação. O novo modelo de sociedade marcado pelo efêmero e por vezes descartável, trouxe transformações sociais aceleradas, nas quais há um desapego dos laços afetivos. Estes se tornaram provisórios e podem nos conduzir a situações de desamparo social que podem criar novas crises (Stipp, 2007). Há um desprendimento das redes de pertencimento social, inclusive dos laços de família. De acordo com o mesmo autor essa aparente liberdade tem levado o indivíduo a sofrer patologias tais como: depressão, solidão ou isolamento social. Vivencia-se a era da descartabilidade relacional do ser humano que pode resultar em exclusão social. As redes de apoio social e afetiva são afetadas e desestabilizam o tecido social na sua coesão. O elemento integrador de coesão social desmoronou-se, nesse tempo em que vivemos, o qual denomina-se *Modernidade Líquida* (Rodrigues, 2008).

Buscando-se a compreensão dos sentimentos vivenciados pelos pacientes frente a ferida crônica destacamos:

- P1 traz o sentimento da aceitação e foi o único que expressou utilizar-se como rede de apoio a religião. A religião exerce importante influência na vida das pessoas e propicia satisfação. A religião, ancorando-se no sobrenatural, de certo modo, preenche a vida do sujeito que pertence a segmentos carentes da sociedade por meio da ação social. A religião popular socorre o sujeito com benefícios que ele não obtém em outro espaço, apazigua seu sofrimento e consola-o. Por isso, é vista como uma "estratégia de sobrevivência" (Brito, 1991).
- P2 traz o sentimento da indiferença que pode ser entendido como a descrença ou desesperança relacionados a aspectos religiosos, quando a paciente afirma que deixou a religião espírita e atualmente não frequenta nenhum templo religioso, porém ainda acredita em Deus.
- P3 expressa o sentimento da raiva frente a ferida crônica, afirmando não acreditar mais em Deus, definindo-se como ateu. Ressalta-se que este paciente convive com esta ferida há mais de 15 anos.

É possível perceber que a fé e a religiosidade são capazes de amenizar a angústia, sofrimento em relação às doenças crônicas. A crença em Deus ou em outras entidades sobrenaturais são fatores capazes de influenciar o tratamento de uma ferida crônica. Muitas vezes as tomadas de decisões são escolhidas e embasadas nestas crenças tais como: orações, frequência da Igreja, a prática de meditação. Estes são valores religiosos e espirituais que determinam aspectos negativos que são mais facilmente enfrentados e ultrapassados (Bauman, 2001).

CONCLUSÃO

Observou-se que, quando enfermeiros colocamos pacientes que vivem com uma ferida crônica como protagonista do cuidado, dando voz ativa por meio das narrativas de experiências e sentidos de adoecimento e sintomas, é possível identificar os fatores biopsicosocoespirituais que podem estar interferindo no processo de cicatrização da ferida e a partir destes elaborar e implementar planos de cuidados de enfermagem para um cuidado integral que incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, unificando ações preventivas, curativas e de reabilitação. Sugere-se a realização de

novos estudos para além do olhar clínico do enfermeiro voltado apenas para ferida crônica. Um olhar humano preocupado com o paciente que vive com uma ferida com todos os seus fatores biopsicossociais e espirituais.

REFERÊNCIAS

- Lucas LS, Martins JT, Robazzi MLCC. 2008. Qualidade devida dos portadores de feridas em membros inferiores– úlcera de perna. *Cienc. Enferm.* 2008 Abr; 14(1):43-52.
- Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Oliveira MLF, Sales CA. 2005. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam situação crônica de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 14 (spe):116-24.
- Ministério da Saúde (BR), 2002. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas. Brasília (DF): MS.
- Favero L, et al. 2009. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. *Acta Paul Enferm;* 22(2):213-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a16v22n2.pdf>>. Acesso em 04 de dezembro de 2018.
- Brito KKG, Sousa MJ, Sousa ATO, Meneses LBA, Oliveira SHS, Soares MJGO. Feridas crônicas: abordagem da Enfermagem na produção científica da pós-graduação. *Rev Enferm UFPE [Internet].* 2013 [citado 2017 fev. 20]; 2(7):414-21. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../5310
- Leal EM et al. 2016. McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento - MINI: tradução e adaptação transcultural para o português. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8):2393-2402
- Connelly JE. 2005. Narrative possibilities: using mindfulness in clinical practice. *Perspect Biol Med.*, 48(1):84-94.
- Kleinman A, Eisenberg L, Good B. 1978. Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.*, 88(2):251-258.
- Bardin, L. Análise de Conteúdo. 2009. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- Lynda Juall Carpenito-Moyet. 2011. Manual de Diagnósticos de Enfermagem. 13 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Nogueira, R.M.B., Kitamura E.A. & Aguiar O.M. 2005. Estudo clínico da reparação tecidual de feridas cutâneas de cães tratados com papaína e colagenase. *Nos Clin.* 8(43):25-28.
- Panobianco M.S., Sampaio B.A.L, Caetano E.A., Inocenti A. & Gozzo T.O. 2012. Comparação da cicatrização pós-mastectomia entre mulheres portadoras e não-portadoras de diabetes mellitus. *Rev. Rene.* 11:15-22.
- Smaniotto PHS, Dalli R, Carvalho VF, Ferreira MC. 2010. Tratamento clínico das feridas: curativos. *Rev Med [Internet].* [citado 2016 dez.10];89(3/4):137-41. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46287/49943>
- Heyer K, Herberger K, Protz K, Glaeske G, Augustin M. 2016. Epidemiology of chronic wounds in Germany: Analysis of statutory health insurance data. *Wound Repair Regen.* 24(2):434-42. DOI: 10.1111/wrr.12387
- Evangelista DG, Magalhães ERM, Moretão DIC, Stival MM, Lima LR. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Enferm Cent Oest Min [Internet].* 2012 [citado 2016 ago. 10];2(2):254-63. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/15/308>
- Torres CV, Costa F, Medeiros IKS, Oliveira RKA, Souza AKG, Mendes AJP, et al. 2016. Caracterização das pessoas com úlcera venosa no Brasil e Portugal: estudo comparativo. *EnfermGlob [Internet].* 2013 [citado 2016 dez. 10];(32):75-87. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_clinica5.pdf
- Cavalcante L.C., Moreira M.C., Mota O.M.L., Turatti E., Viana F.A.C. & Pereira S.L.S. 2012. Efeito da pedra umes no processo de cicatrização tecidual. Estudo histológico em dorso de ratos. *Braz J Periodontol.* 22(1):69-73.
- Neto J.C.L. 2003. Considerações sobre a cicatrização e o tratamento de feridas cutâneas em equinos em. Online. Disponível na internet <http://br.merial.com/pdf/arquivo8.pdf>
- Halloran C.M. & Slavin J.P. 2002. *Pathophysiology of Wound Healing.* Surgery (Oxford). The Medicine Publishing Company Ltd. 5(1):i-v.
- Dias ALP, Silva LD. 2006. Perfil do portador de lesão crônica de pele: fundamentando a auto percepção de qualidade de vida. *Esc Anna Nery.* 10(2):280-5. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000200016>.
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
- Sichieri R, Coitinho DC, Monteiro, Coutinho WF. 2000. Recomendações de Alimentação e Nutrição Saudável para a População Brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab* São Paulo. 44 (3).
- Fuchs FC, Neto J.M, Moraes RS, Jotz JC, Wannmacher L, Rosito, GA, Paoli LB. 1997. Diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica: evidências de que os critérios contemporâneos devem ser revistos. *Rev Ass Med Brasil.*, 43(3): 223-7.
- Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. 2004. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre.
- Barreto SM, Passos VMA, Firmo JOA, Guerra HL, Vidigal PG, Lima-Costa MFF. 2001. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil – The Bambuí Health and Ageing Study. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia.* 77(6):576-81.
- Furtado RD. 2002. Implicações anestésicas do tabagismo. *Rev Bras Anestesiol;* 52: 354-67.
- Bloch K V. 1998. Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus. In: Lessa I, organizador. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. *Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis.* Rio de Janeiro (RJ): Hucitec. p.43-72.
- Stipp MAC, Leite JL, Cunha NM, Assis LS, Andrade MP, Simões RD. O consumo do álcool e das doenças cardiovasculares, uma análise sob o olhar da enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007 dez; 11 (4): 581 - 5.
- Rodrigues MA, Seidl EMF. 2008. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. Paideia (Ribeirão Preto) [serial on the internet]. [cited 2016 Apr 19];18(40):279-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/06.pdf>
- Brito, R. C.; Koller, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, Alysson Massote (org.). O mundo social da criança: natureza e cultura em ação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- Bauman, Z. 2001. *Modernidade Líquida.* Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 258p.