

As crenças religiosas e espirituais no enfrentamento de desafios advindos das feridas crônicas em idosos

The religious beliefs and spiritual in facing challenges arising in elderly chronic wounds

Las creencias religiosas y espirituales en el enfrentamiento de desafíos surgidos de las heridas crónicas en personas mayores

Abdoulaye Coulibaly
Vicente Paulo Alves

RESUMO: Este estudo objetiva investigar como as crenças religiosas, espirituais, e a fé do idoso podem contribuir para o enfrentamento de desafios advindos das feridas crônicas. Trata-se de um estudo do tipo descritivo observacional, com delineamento transversal e abordagem qualitativa e quantitativa. Os resultados permitiram identificar que os idosos portadores de feridas crônicas, além de recorrerem à ajuda médica, valem-se da sua religiosidade e fé em busca da cura e da melhoria da sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Idosos; Feridas Crônicas; Religiosidade.

ABSTRACT: *This study aims to investigate how religious beliefs, spiritual and elderly faith can help address challenges arising from chronic wounds. It is a study of observational descriptive, cross-sectional design and qualitative and quantitative approach. The results showed that elderly people with chronic wounds, and turn to medical help, avail themselves of their religiosity and faith in search of healing and improving their quality of life.*

Keywords: *Elderly; Chronic wounds; Religiosity.*

RESUMEN: *Este estudio pretende investigar cómo las creencias religiosas, la fe espiritual y la fe de los ancianos pueden ayudar a enfrentar los desafíos que surgen de las heridas crónicas. Se trata de un estudio de observación descriptiva, diseño transversal y enfoque cualitativo y cuantitativo. Los resultados mostraron que las personas mayores con heridas crónicas, y recurren a la asistencia médica, se valen de su religiosidad y fe en la búsqueda de la curación y mejorar su calidad de vida.*

Palabras clave: *Personas mayores; Heridas crónicas; Religiosidad.*

Introdução

A velhice é um desafio para todos, uma vez que, com a evolução da ciência, a expectativa de vida vem crescendo em nível mundial. Nesse contexto, o Brasil experimenta um crescimento significativo da população idosa em relação a outros grupos etários. O processo de envelhecimento é uma consequência natural, e a velhice continua sendo uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização. Poucos problemas têm merecido tanta preocupação do homem como o envelhecimento e a incapacidade funcional comumente associada ao fator tempo (Freitas, Py, Cançado, Doll, & Gorzoni, 2011).

Envelhecer é um processo doloroso e contínuo, lento e gradual, no qual acontecem diversas modificações no organismo, em vários aspectos, que são determinantes para a diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior fragilidade diante dos processos patológicos, tornando-o mais suscetível às doenças, que terminam por levá-lo à morte. Mesmo assim, a maioria dos idosos, sejam eles portadores de doenças ou disfunções orgânicas, não apresentam necessariamente limitação de suas atividades ou restrição da participação social (Gutz, & Camargo, 2013).

Assim, mesmo com a presença de doenças, o idoso pode continuar exercendo seu papel social. As ações de saúde têm uma estreita relação com a funcionalidade global do indivíduo. É definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. Um indivíduo pode ser tido como saudável quando ainda seja capaz de realizar suas atividades diárias sozinho, de forma independente e autônoma, mesmo que seja portador de uma patologia (Negreiros, 2010).

A prevalência de doenças crônico-degenerativas contribui, porém, para o aumento de idosos com limitações funcionais, implicando necessidade de cuidados especiais e constantes. O aparecimento de doenças, sobretudo de cunho crônico, prejudica a saúde de muitos indivíduos, principalmente quando estão na fase mais avançada da vida que é a velhice, conforme referenciam Ferreira, Maciel, Silva, Sá, e Moreira (2010), ao descreverem que as doenças crônicas representam a causa mais comum do desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento. Dentre as doenças crônicas, umas das muitas que provocam grande impacto psicológico, estão as feridas crônicas, que acarretam uma longa, dolorosa e progressiva caminhada, dia após dia, na espera da cura.

Sobre esta temática, Oliveira, Tatagiba, Martins, Tipple, e Pereira (2012, p. 3) dizem em seu trabalho:

As úlceras de membros inferiores são lesões que podem surgir espontaneamente ou de forma acidental, relacionadas a processos patológicos sistêmicos ou no membro afetado e que não cicatrizam em determinado intervalo de tempo. Consideradas como um problema de saúde pública, pela alta incidência e importância socioeconômica, as úlceras de perna são prevalentes entre as feridas crônicas na população em geral (0,6 a 3,6/1000 pessoas), causam dor e reduzem a capacidade de deambular, resultando em dependência, perdas econômicas e isolamento social devido à aparência, e odor desagradável.

Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, e Marcon (2011) afirmam que, no Brasil, as feridas representam um problema de saúde pública, devido ao elevado número de doentes com alterações na pele. O alto número de indivíduos com feridas contribui para onerar o gasto público, além de interferir na qualidade de vida da população. Para amenizar essa situação, a equipe multiprofissional deve favorecer uma assistência abrangente, atendendo às necessidades biopsicossociais, para melhorar as condições de vida.

Com o intuito de favorecer essa assistência, a prática de cuidados de feridas crônicas ao longo dos anos passou por profundas transformações, desafiando o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde.

Todo o cidadão tem direito a uma assistência de boa qualidade, sendo que o profissional de saúde deve ter uma visão integradora e compreensiva de que o cuidado é mais que um ato, é um momento de atenção, uma atitude de ocupação, preocupação, envolvimento afetivo com o outro. Dessa forma, Waidman, Rocha, Correa, Brischiliari, e Marcon (2011, p. 3) concluíram em seus pensamentos:

No cotidiano de pessoas com feridas há presença de sofrimento, e isto acontece devido a dúvidas e angústias em relação ao tratamento e, principalmente, a ansiedade em ver a evolução da ferida para uma melhora. Dentro desta perspectiva, percebe-se que, para estas pessoas, uma ferida pode não ser apenas uma lesão física, mas algo que dói sem necessariamente precisar de estímulos sensoriais, uma marca, uma perda irreparável, ou seja, algo além de uma doença incurável. Ela fragiliza e muitas vezes incapacita o ser humano para diversas atividades, em especial as laborativas. Frente a observações realizadas e queixas ouvidas das pessoas com esses problemas que chegam ao serviço especializado se faz pensar que esta doença acomete o indivíduo como um todo.

Deve ser dada a devida atenção aos aspectos psicológicos dos idosos na assistência, tanto institucional quanto domiciliar, quando estes são portadores de doenças cutâneo-crônicas, pois esta atenção é fortemente determinante para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar físico, psicológico e espiritual. A situação de adoecimento de um familiar idoso ou pessoa querida pode ser um momento muito delicado para a família, pois, muitas vezes, a pessoa que está doente desempenhava um papel ativo na família, trabalhando, prestando apoio emocional e financeiro aos familiares e, de repente, de uma hora para outra, tudo isso pode mudar de forma dramática e impactante (Carvalho, Paiva, & Aparicio, 2012).

A ferida sempre esteve vinculada a um processo de sofrimento humano. Historicamente, os indivíduos que sofreram com essas feridas foram excluídos da sociedade e maculados pelo resto de suas vidas, pois simbolizavam pecado, dor, angústia, isolamento e morte. O distanciamento dos familiares, a perda dos amigos, o abandono dos parceiros, assim como a perda da autonomia e da atividade profissional são situações enfrentadas por esses indivíduos que experimentam não apenas mudanças no corpo físico, mas também alterações psicológicas e sociais (Carvalho, 2010).

Para Lucchetti, Almeida e Granero (2010), as práticas religiosas e espirituais proporcionam melhores resultados na saúde, incluindo maior longevidade, habilidades de enfrentamento, qualidade de vida e menos ansiedade.

Segundo Carvalho, Paiva e Aparicio (2012), as questões da religiosidade e da espiritualidade devem ser tidas como fundamentais, haja vista a influência das práticas religiosas na interpretação e modo de tratar com os eventos adversos - como a superação da dor emocional e a autoconfiança em lidar com várias outras circunstâncias. Diante do entendimento da doença e do próprio estado de saúde em que se encontra, o paciente se envolve em dimensões subjetivas, emocionais e religiosas, em busca de mecanismos que lhe sirvam de estratégias para aumentar o autofortalecimento e como proteção. Neste aspecto, a religião e a espiritualidade podem ser um elemento de apoio no processo de adoecimento.

O interesse, neste trabalho, em estudar feridas crônicas e saber se as crenças religiosas e espirituais do idoso podem ajudar no enfrentamento de desafios advindos das feridas crônicas, surgiu da vivência de um destes articulistas como médico cirurgião plástico, ao observar idosos com lesões cutâneas crônicas e suas percepções e reações. O que levou à reflexão de que as diversas demonstrações de fé que ocorreram durante os procedimentos, como fazer o sinal da cruz, buscar falar com Deus em voz baixa, clamar por Deus, dentre outras devoções religioso-espirituais, pareciam trazer conforto e diminuição da ansiedade no momento dos procedimentos. Foram essas manifestações de espiritualidade, religiosidade, fé e esperança que se tornaram motivo de incentivo para o desenvolvimento desta pesquisa.

Este estudo, portanto, será sobre o cuidar do idoso, os aspectos psicológicos do envelhecimento, e seus impactos em pessoas idosas com feridas crônicas, as resiliências como fator de autoajuda e superação de desafios, bem como a religião e a pessoa idosa. Justifica-se em razão das lesões cutâneas crônicas que provocam impactos psicológicos em uma pessoa, especialmente se idosa, afetando diretamente seu estilo de vida, dado que se sente estigmatizada pela sociedade, já que esta doença provoca incapacidades laborais e deformidades físicas. Dentro desse contexto, os profissionais que atuam na área de saúde devem ter um novo olhar para as questões religiosas e espirituais.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com delineamento transversal e abordagem qualitativa, que foi desenvolvida na Fundação Hospitalar Senhora Santana (FHSS) na cidade de Caetité, interior da Bahia, instituição filantrópica construída em 1948 e inaugurada em 1962, que atende pela rede particular e pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Conta com diversos serviços de saúde e profissionais especializados. O atendimento na instituição é de 24 horas, incluindo fins de semana e feriados. Dentre os serviços oferecidos pela FHSS, estão o setor de urgência e emergência, ambulatorial, hospitalar, serviço de apoio, serviço especializado e comissões - Notificações de Doenças Compulsórias e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

A escolha desta instituição foi motivada por ser o espaço de percurso e vivência profissional em que eram atendidas, no momento da coleta de dados, dez pessoas com feridas crônicas. Destas, somente seis atenderam aos critérios de inclusão e foram convidadas a participar da pesquisa. Os critérios definidos para a inclusão no estudo foram: idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, portadores de feridas crônicas, que tivessem compreensão cognitiva, auditiva e boas condições de saúde psicológica. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, no período de março a abril de 2014.

A coleta de dados levou em conta a rotina de atendimento dos pacientes portadores de feridas atendidos na instituição a cada quinze dias. Esses pacientes retornam quinzenalmente e, em um primeiro momento, foram contatados para falar sobre o estudo, que se daria no próximo atendimento agendado. Na oportunidade, 15 dias após, realizaram-se as entrevistas com aqueles que aceitaram participar da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e digitadas em seguida, preservando-se a linguagem popular expressiva relatada pelos participantes, com base na sua vivência.

A análise dos dados coletados para a pesquisa se deu em três etapas: 1) primeira etapa ou pré-análise: leitura das entrevistas e sistematização dos dados, ressaltando-se os pontos altos, organizando-se, assim, os objetivos salientados na pesquisa; 2) segunda etapa: também conhecida como exploração de dados, teve como finalidade organizar as ideias em grupos de categorias; 3) terceira e última etapa: análise dos conteúdos, em que foi avaliada a ligação dos achados com a literatura estudada que referenciou o estudo (Severino, 2010).

Com base nessas análises, criaram-se os eixos temáticos: o impacto da ferida na vida cotidiana; a fé na cura; o ambiente espiritual; e o apoio biopsicossocial.

O desenrolar deste estudo se deu com base na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Brasília (UCB), Parecer n.º 573.674.

Resultados

O Quadro 1 identifica os idosos com relação ao sexo, grau de instrução, estado civil e faixa etária. Detectou-se que 60% dos entrevistados são do gênero masculino e 40%, feminino. Quanto ao grau de instrução, nota-se que 100% dos sujeitos eram analfabetos. Em relação ao estado civil, 80% referiram ser casados e 20%, solteiros. No que tange à faixa etária, verificou-se que o maior número das pessoas entrevistadas (80%) está com 80 anos ou mais, e o menor número (20%), na faixa entre 70 e 75 anos. Entre os participantes, 80% professaram ser católicos e 20%, evangélicos. No quesito renda, 100% dos entrevistados recebem mensalmente 1 salário mínimo.

Quadro 1 - Perfil dos idosos participantes da pesquisa

Sexo					
Masculino			Feminino		
03			02		
Variáveis					
Grau de instrução					
Analfabeto	1ª série	2ª série	3ª série	4ª série	5ª série
05	-	-	-	-	-
Estado Civil					
Casado	Solteiro	Viúvo	Divorciado	União Estável	
04	01	-	-	-	
Idade					
60 – 65		66 – 69		70 – 75	
-		-		02	
				80 +	
				03	
Religião					
Católicos			Evangélicos		
04			01		
Renda					
1 Salário mínimo		2 Salários mínimos		3 Salários mínimos	
05		-		-	
				4 Salários mínimos	
				-	

Impacto da ferida na vida cotidiana

As doenças crônicas tendem a assumir uma complexidade que se projeta no cotidiano de vida dos indivíduos adoecidos. Conduzir a vida levando consigo uma marca que necessita ser cuidada rotineiramente provoca efeitos angustiantes e muitas vezes desesperadores. O desgaste emocional sofrido pelos participantes da pesquisa, em contrapartida com a crença religiosa, constitui uma parte importante, porque ainda não haviam sentido uma das funções da religião, que é a de dar apoio nesses momentos. Eles não se sentiam preparados para compreender todos os aspectos que envolvem os problemas advindos da doença.

O impacto da ferida reflete-se na redução das atividades dos indivíduos, anteriormente ativos, em relação a seu trabalho e tarefas cotidianas. Com a ferida, eles têm que repousar alguns períodos do dia e, por não estarem habituados, sentem-se incomodados com essa situação, a qual é percebida como limitação e incapacidade, além de prejuízo econômico, conforme seus dizeres:

“O que há de fazer? É tudo é dado por Deus, a gente tem que se conformar com o que Deus faz, não é?” (E3).

“Tem dias que eu fico ansiosa assim, mas olho pra Deus.” (E5).

“Já me incomodou bastante, porque me prejudicou muito, e foi muito complicado para minha vida, mas, graças a Deus hoje eu já estou muito feliz e agradeço muito a Deus pelas pessoas que me acompanharam e que me ajudaram. Gastei muito e ainda gasto até hoje, mas sempre agradeço as pessoas que me ajudou bastante aqui e as de São Paulo. Agradeço de coração.” (E1).

“A ferida tem me incomodado muito, essa ferida tem me incomodado muito, mas agora estou me sentindo melhor.” (E2).

A fé na cura

A doença geralmente produz sofrimento, trazendo modificações na vida diária de uma pessoa, e esse sofrimento pode tanto promover a dúvida, como sustentar a confiança de uma pessoa em Deus ou em uma divindade.

“Graças a Deus tenho esperança que hoje eu posso dizer que, graças a Deus, eu espero que já estou recebendo a graça de Deus pela cura.” (E4).

“Tenho com fé em Deus.” (E1).

“Eu tenho fé em Deus que eu ainda sarar a perna.” (E3).

“Tenho, tenho esperança.” (E5).

“Eu tenho fé em Deus que é de sarar isso(...).” (E2).

O ambiente espiritual

Este domínio inclui um conjunto de aspectos ligados ao que a pessoa acredita ser seu relacionamento com as forças superiores. Aqui são incluídos os principais fatores capazes de influenciar o tratamento de uma ferida crônica, conforme as falas seguintes:

“Graças a Deus sou da Igreja Católica. Eu agradeço muito a Deus pela minha fé e por ter me acompanhado sempre. Sem a graça de Deus, eu hoje não era mais vivo. Então, eu agradeço a Deus em primeiro lugar. Sou religioso, vou na igreja, assisto à missa, ajudo rezar, ajudo com meus irmãos com muito prazer, fé, esperança, amor e paz.” (E3).

“Gente, sempre procurei ser religioso, ser católico, né?, ninguém sabe, é... é um católico mas não muito seguidor, nem ir direto na igreja, mas eu já segui um pouco.” (E1).

Sobre as práticas religiosas, espirituais e como poderia curar a partir da fé, fonte de apoio, alguns entrevistados mencionaram:

“Graças a Deus. Eu espero em Deus que a prática de Deus é quem cura, que se Deus não me curar ninguém cura, né?” (E5)

“Sim, considero sim. É Deus ajudando, né? Quem pega com Deus, ajuda.” (E3).

“Considero. Ajuda só de quem nos cura é Deus, não é? Tem os médicos para... mas tudo é dado para Deus, não é?” (E1).

‘Mais ou menos. Ajuda. Ajuda a curar, sim.’ (E2).

“Eu ... eu vou te falar, eu entendi bem disso aí, mas a religião dar apoio, acho que deve ser apoio espiritual, deve ser de outra religião também, mas eu acho que é apoio também não sei. Acho que sim, né? Talvez, né?, eu não sei, só Deus é quem sabe.” (E3).

O apoio biopsicossocial

Dentro desta questão e perspectiva, procurou-se saber dos entrevistados a importância do apoio de familiares e amigos sobre a obtenção de força para enfrentar seus desafios, temores e incertezas advindos da doença:

“Tive apoio de minha família; depois de casado, tive apoio da minha esposa, que até hoje graças a Deus me acompanha, meus filhos... tudo é um coração só comigo. Eles fazem tudo na vida comigo, tudo o que for preciso fazer.” (E3).

‘Dos amigos e estranhos.’ (E5).

“Tenho muito, graças a Deus, tenho amigos, tenho muito apoio. Eu morava na zona rural, agora depois da ferida eu mudei para o comércio de Ibitira já faz 20 anos que eu mudei para Ibitira.” (E1).

“De amigos demais, principalmente dos filhos.” (E4).

Hoje eu penso assim: meu Deus, o que será de mim?, será que eu estou pagando algum erro que eu fiz, não sei se eu fiz algum erro que... que a vida leva assim.” (E2).

Sobre isso, Bedin, Busanello, Sehnem, Silva, e Poll (2014, pp. 63-64) relatam em seu estudo:

A inclusão da família e dos grupos sociais nas ações de cuidado é uma estratégia para promover a autoestima, autonomia e autocuidado.

[...] Alguns autores destacam a necessidade do fortalecimento e estabelecimento das redes de apoio, que abarcam os atores sociais que circundam a realidade de vida das pessoas com feridas crônicas. Essas redes de apoio têm significado importante para a obtenção do comprometimento e da inclusão dos indivíduos no planejamento de seus cuidados, garantindo os subsídios necessários para a autoestima, autonomia e autocuidado.

Sobre a questão do apoio físico e emocional, os entrevistados relataram:

“Graças a Deus em primeiro lugar, eu jurei e peço a Deus, nosso Senhor Jesus Cristo, nossa mãe Maria Santíssima e todos os Santos do céu, que foram quem me socorreram, e está me valendo, que é a única coisa na vida que eu enxergo é Deus na minha frente. É meu tratamento, que sem Deus, eu não era ninguém hoje.” (E1).

“Com Deus (risos). Supero a dor com a força de Deus, vou à religião, volto e peço a Deus força para me poder ajudar.” (E4).

Sobre preconceitos sofridos devido à doença, eles relataram:

“Ah!, isso aí muita gente fala. Falam que isso não tem cura, que não tem jeito. Que eu estava em São Paulo era por que não tinha mais jeito, e que eu iria acabar morrendo. Aí, enchia de fuxico, e isso o mundo tem de fartura. É conversa perdida, mas graças a Deus, eu sempre estou com Deus, que eu acredito que só iria morrer no dia que Deus marcar. O dia que eu nasci foi ele que marcou o dia de terminar minha vida, também é ele quem sabe do dia, né? Então, essa grande fé que eu tenho, que várias pessoas dessas, muitas pessoas dessas, que andou falando, já morreu há muitos anos e eu estou vivo, graças a Deus.” (E3).

“Quem é que sabe, né? Ninguém sabe, não, uma fala uma coisa, outro fala outra, eu não sei.” (E1).

“Não que eu saiba, eu nunca soube de alguém que falou nada. A doença é natural, dar em todo mundo, não é?” (E5).

“Não. Nunca falaram nada.” (E3).

Discussão

O impacto da ferida na vida cotidiana

Nesse contexto, as alterações provocadas pela ferida podem comprometer a qualidade de vida, além de causar grandes impactos, se não houver apoio e conhecimento adequado quanto ao tratamento ou ao reconhecimento da importância das complicações que decorrem desta patologia que poderá trazer prejuízos à satisfação na vida familiar, amorosa, social e à própria estética existencial (Pereira Júnior, & Henriques, 2010):

“Já me incomodou bastante, porque me prejudicou muito e foi muito complicado para minha vida (...)” (E3).

A percepção de uma pessoa com úlceras crônicas traduz-se em dificuldades decorrentes do agravo pela dor, preconceito, dependência para atividades diárias e consequentes alterações no estado emocional, fazendo acarretar, por conseguinte, mudanças no cotidiano desse paciente. Paciente é justamente a denominação que cabe a uma pessoa com ferida crônica, já que espera dia após dia pela cura.

“Tem dias que eu fico ansiosa assim, mas olho pra Deus.” (E5).

Para lidar com as questões perturbadoras decorrentes da situação estressora vivenciada por aqueles com feridas crônicas, é relevante refletir sobre a percepção da fé na cura nesse contexto.

A fé na cura

Nesse sentido, é possível inferir que a fé e a religiosidade são capazes de amenizar a angústia e o sofrimento em relação à doença, principalmente daqueles que convivem com algum tipo de agravo crônico, conforme se observa nos discursos dos participantes do estudo a seguir:

“Eu tenho fé em Deus que eu ainda sará a perna.” (E1).

A espiritualidade instiga a esperança, aumentando perspectivas de um futuro melhor, de viver com maior qualidade de vida, ou então, alimenta a esperança de cura.

As crenças religiosas constituem uma parte integrante e fundamental da cultura, dos princípios, e dos valores utilizados pelos indivíduos para dar forma a julgamentos e ao processamento de informações. Muitas pesquisas têm sido realizadas e desenvolvidas no sentido de comprovar que faz bem a crença, o cultivo de uma fé e a participação em uma comunidade, ajudando as pessoas a viverem mais, ressaltando-se a fé como um fator de saúde importante (Gutz, & Camargo, 2013).

O ambiente espiritual

Em uma pesquisa realizada com idosos em uso crônico de medicação, Pereira (2011) observou que o idoso busca na religião um sentido para enfrentar e superar as condições adversas da doença, e que a religiosidade constitui um importante aspecto na vida dos idosos, devendo ser considerada pelos profissionais de saúde.

Em situações de tensão por vários motivos que também inclui a doença, a pessoa se vale da fé como fonte de apoio e orientação. A ideia e personificação da morte levam o indivíduo a procurar apoio nas experiências religiosas. A fé é um elemento que proporciona uma direção, servindo de sustentação das horas de dor e aflição; assim, a crença em um ser supremo e divino dá sentido à vida, fortalece a fé e, com isso, o poder de superação é aumentado, trazendo refrigério diante dos problemas advindos de uma doença (Gutz, & Camargo, 2013).

O apoio biopsicossocial

Nota-se que, mesmo onde muitos pacientes conseguem por si só realizar seu próprio cuidado, a família atua como apoio no processo do cuidado. Favorecer um espaço de convivência onde um idoso possa receber este apoio integral para seu tratamento é de suma importância para a recuperação. Assim, é preciso identificar, junto com os familiares, formas de ajudar esses indivíduos com feridas crônicas a enfrentar seu sofrimento físico e psíquico (Waidman, *et al.*, 2011).

Acredita-se que a fé pode se tornar uma grande aliada para que a pessoa com ferida crônica seja assistida de forma participativa. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde é um imperativo na consolidação da estratégia da saúde da família (OPAS, 2012).

A focalização na família impõe considerá-la como uma esfera na qual estão os sujeitos da atenção. Para tanto, é importante conhecer os problemas de saúde e necessidades em função do contexto físico, econômico, e social em que vivem. Em um estudo composto por 32 pacientes portadores de feridas na perna, avaliados pelo instrumento WHOQOL-Bref, o domínio do ambiente foi o que apresentou menor pontuação no que se refere às condições de moradia e apoio que se recebe dos amigos (Savassi, 2010).

Em uma pesquisa desenvolvida pelo Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário Regional de Maringá, HURM, na qual 12 idosos com feridas crônicas foram entrevistados, os resultados demonstram que há perda da autoestima, dor, *deficit* na qualidade do sono, inaptidão para o trabalho, vergonha e constrangimento para se relacionarem socialmente, levando à propensão de problemas de ordem emocional (Waidman, *et al.*, 2011).

Os efeitos do preconceito prejudicam o processo saúde-doença e têm sido bastante estudados pela psicologia, quando associados ao processo de enfrentamento diante das situações adversas. Esse enfrentamento, tradução da expressão *coping*, é conceituado como o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas. Sua função é a de administração da situação estressora, em vez de controle ou domínio da mesma.

Considerações finais

Diante das observações e reflexões deste estudo, percebe-se que ser acometido por uma ferida causa no indivíduo idoso sentimentos de tristeza e baixa autoestima.

No entanto, a pesquisa pretendeu mostrar que, embora as feridas crônicas possam perdurar por vários anos, causando na pessoa profunda tristeza, a prática religiosa, a espiritualidade e a fé podem sustentar e alimentar a esperança de cura nesses indivíduos. Isso leva a inferir que os participantes da pesquisa desenvolveram práticas religiosas e espirituais que fortaleceram sua fé, ajudando-os a superar os desafios advindos do processo de adoecimento.

Conforme os objetivos propostos nesta pesquisa, foi perceptível a presença da religiosidade no dia a dia dos entrevistados, servindo como fonte de apoio, o que levou à reflexão quanto à importância que é dada à crença, à espiritualidade, e à fé no percurso da doença, apesar de algumas dificuldades acerca dos desafios experimentados no processo patológico apresentadas pelos participantes.

Notou-se que a fé é um dos componentes no auxílio, no enfrentamento e na superação de desafios advindos da doença, e que a associação positiva da religiosidade ajuda-os na diminuição dos impactos psicológicos provenientes do processo de envelhecimento integrado ao adoecimento. Com isso, é possível estimular na população uma visão positiva do que é o envelhecimento, sem discriminação, principalmente no momento de fragilidade de cunho patológico crônico, conscientes de que a religiosidade, a espiritualidade, e a fé constituem ferramentas importantes para o enfrentamento de doenças.

Nesse contexto, ressalta-se a importância fundamental do apoio necessário para as pessoas com feridas crônicas, para que ocorra o respeito, a colaboração e, principalmente, o cuidado que elas requerem no difícil convívio com a doença. Por esse motivo, pode-se dizer que as crenças religiosas e espirituais cumprem esse papel, uma vez que representam o estímulo e o condicionamento interno indispensável para a superação da exclusão causada pela doença. A autoaceitação da condição de vida é um dos princípios que norteia o estar do homem sobre a Terra; portanto, a partir daí, a qualidade de vida passa a ser uma realidade possível.

Referências

Bedin, L. F., Busanello, J., Sehnem, G. D., Silva, F. M. da, & Poll, M. A. (2014). Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. *Rev Gaúcha Enferm*, 35(3), 61-67. Recuperado em 19 dezembro, 2014, de: http://www.scielo.br/pdf/rge/v35n3/pt_1983-1447-rge-35-03-00061.pdf.

Coulibaly, A., & Alves, V. P. (2016). As crenças religiosas e espirituais no enfrentamento de desafios advindos das feridas crônicas em idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(Número Especial 22, "Envelhecimento e Velhice"), pp. 323-339. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

Carvalho, E. S. S. C. (2010). *Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações de mulheres e homens*. (255f.). Tese de doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem da UFBA, Salvador, Bahia.

Carvalho, E. S. S. C., Paiva, M. S., & Aparicio, E. C. (2012). *Representações da ferida: entre a dor, o sofrimento, o heroísmo e o prazer*. Salvador, BA: Atualiza Editora.

Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Silva, A. O., Sá, R. C. da N., & Moreira, M. A. S. P. (2010). Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF (Impr.)*, 15(3), 357-364. Recuperado em 19 dezembro, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000300009.

Freitas, E. V., Py (Eds.), L., Cançado, F. A. X., Doll, J., & Gorzoni, M. L. (Co-autores). (2011). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (3ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Gutz, L., & Camargo, B. V. (2013). Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais, *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 16(4), 793-804. Recuperado em 19 março, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n4/1809-9823-rbgg-16-04-00793.pdf>.

Lucchetti, G., Almeida, L. G. C., & Granero, A. L. (2010). Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *J. Bras. Nefrol.[online]*, 32(1), 128-132. Recuperado em 15 outubro, 2014, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000100020&script=sci_arttext.

Negreiros, T. C. G. M. (2010). Espiritualidade: desejo de eternidade ou sinal de maturidade? *Rev Mal-Estar Subj*, 3(2), 275-291. Recuperado em 10 agosto, 2014, de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482003000200003&script=sci_arttext.

Oliveira, P. F. T. de., Tatagiba, B. da S. F., Martins, M. A., Tipple, A. F. V., & Pereira, L. V. (2012). Avaliação da dor durante a troca de curativo de úlceras de perna. *Texto Contexto - Enferm. [online]*, 21(4), 862-869. Recuperado em 19 março, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/17.pdf>.

OPAS. (2012). *Organização Pan-Americana da Saúde*.

Pereira, C. V. C. (2011). *A influência da religiosidade na adoção ao uso de medicamentos por idosos*. (140f.). Dissertação de mestrado em Gerontologia. Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília.

Pereira Júnior, A. D. C., & Henriques, B. D. (2010). The nursing care of the colostomy patient. *Rev Enferm UFPE [on line]*, 4(esp.), 990-995. Recuperado em 15 março, 2015, de: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/751/pdf_71.

Savassi, L. C. M. (2010). *Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores*. (179f.). Dissertação de mestrado em Ciências. Belo Horizonte, MG: Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.

Severino, A. J. (2010). *Metodologia do trabalho científico*. (21ª ed. revista e ampliada). São Paulo, SP: Cortez.

Waidman, M. A. P., Rocha, S. C., Correa, J. L., Brischiliari, A., & Marcon, S. S. (2011). O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. *Texto Contexto - Enferm. [online]*, 20(4), 691-699. Recuperado em 19 março, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/07.pdf>.

Recebido em 29/08/2015

Aceito em 30/11/2015

Abdoulaye Coulibaly – Médico, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Mestrando, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia, Universidade Católica de Brasília.

E-mail: couli2004@hotmail.com

Vicente Paulo Alves - Doutor em Ciências da Religião, Universidade Metodista de São Paulo. Diretor e professor do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (Mestrado), Universidade Católica de Brasília.

E-mail: tutorvicente@ucb.br