



**Fundação Educacional do Município de Assis**  
**Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis - IMESA**

**NATÁLIA APARECIDA ORLANDI**

**REFERENCIAL FAMILIAR: UM ÍCONE NA PREVENÇÃO E  
TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE DECUBITO EM IDOSOS  
ACAMADOS**

**ASSIS  
2010**

**NATÁLIA APARECIDA ORLANDI**

**REFERENCIAL FAMILIAR: UM ÍCONE NA PREVENÇÃO E  
TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE DECUBITO EM IDOSOS  
ACAMADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis,  
como requisito do Curso de Graduação em  
Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Rosângela Gonçalves da Silva

Área de Concentração: Enfermagem Geriátrica

**ASSIS  
2010**

## FICHA CATALOGRÁFICA

ORLANDI, Natália Aparecida

Referencial Familiar: um ícone na prevenção e tratamento de úlceras de decúbito em idosos acamados/ Natália Aparecida Orlandi. Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – Assis, 2010. 57 p.

Orientadora: Enf<sup>a</sup>. Rosângela Gonçalves da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA

1. Idosos acamados, 2. Úlceras de decúbito, 3. Família.

CDD: 610  
Biblioteca da FEMA

# **REFERENCIAL FAMILIAR: UM ÍCONE NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE DECUBITO EM IDOSOS ACAMADOS**

**NATÁLIA APARECIDA ORLANDI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação em Enfermagem, analisado pela seguinte Comissão Examinadora:

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Rosângela Gonçalves da Silva

---

Analisador (1):

**ASSIS  
2010**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a todos da minha família, em especial aos meus queridos pais Hélio e Lúcia que me ofereceram uma educação maravilhosa carregada de princípios honrosos e principalmente por todo amor, apoio, compreensão e esforço, pois mesmo com dificuldades conseguiram realizar meu maior sonho, o sonho de ser Enfermeira.*

*Também dedico este trabalho ao meu namorado André, que sempre com sua paciência incomparável me escutava e me ajudava nos momentos mais difíceis e através dele veio a inspiração para a escolha do tema deste trabalho, pois comecei a cuidar de seu avô Anésio Frandsen, onde vivenciei a realidade da vida de um idoso acamado portador de úlcera de decúbito, sentindo na pele a experiência de um cuidador.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter confiado a mim a missão de cuidar de outras pessoas, fazendo com que eu nunca desistisse e nem mesmo desanimasse diante das dificuldades e desafios durante minha vida e trajetória acadêmica. Agradeço também de coração a minha mãe Lúcia pelo amor, carinho, amizade, orações e todas as palavras de conforto nas horas difíceis, ao meu pai Hélio e ao meu irmão Ângelo pelas inúmeras marretadas e gotas de suor derramadas, que me proporcionaram esse estudo, ao meu irmão André que sempre me incentivou pela busca do conhecimento e da sede pelos estudos e ao meu namorado André por estar sempre disposto a me ajudar em tudo que eu precisasse, sendo sempre como um Anjo da Guarda. Agradeço também a todos os professores de Enfermagem, pois ofereceram conhecimentos fundamentais para minha carreira, mas em especial a quatro professores, Rosângela, Salviano, Ivana e Dedé, pois além de transmitirem o conhecimento, são profissionais que levarei como exemplo. E por fim agradeço a minha professora, orientadora e amiga Rosângela Gonçalves da Silva por ter a sabedoria no momento certo, à paciência e a calma dedicada ao meu trabalho.

*“A sabedoria da vida não consiste em fazer aquilo que se gosta, mas em gostar do que se faz”.*

(Leonardo da Vinci)

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e de campo, com uma abordagem quantitativa e qualitativa, do tipo exploratório e descritivo que objetivou identificar as principais dificuldades dos idosos acamados e as necessidades de educação em saúde aos cuidadores de idosos. A amostra constitui-se de 25 cuidadores domiciliares residentes da cidade de Palmital - SP. A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2010, através de visita domiciliar, aplicação de questionário e observação. Os resultados foram analisados através de análise de conteúdo, levantando a necessidade de prevenção de úlceras de decúbito e orientações as famílias de idosos acamados.

**Palavras-chave:** Idosos acamados; úlceras de decúbito; prevenção; família.

## **ABSTRACT**

This is a literature search and field, with a quantitative and qualitative approach, exploratory and descriptive, attempts to identify the main difficulties of the ill elderly and their necessities of health care education presented by the caregivers. The sample consisted of 25 domiciliary caregivers residents in the city Palmital-SP. The data collection occurred during the month of September of 2010, through domiciliary visits, interviews and commentaries. The data had been analyzed through the content analysis, raising the need for prevention of decubitus ulcers and guidance to families of elderly bedridden.

**Palavras-chave:** Bedridden elderly, decubitus ulcers, prevention, family

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos entrevistados em relação a idade .....	33
Gráfico 2 - Distribuição dos resultados de acordo com o Sexo dos entrevistados .....	33
Gráfico 3 - Distribuição dos resultados de acordo com a Patologia que acomete o idoso acamado .....	34
Gráfico 4 - Distribuição dos resultados de acordo com o Tempo que os Idosos estão acamados .....	34
Gráfico 5 - Distribuição dos entrevistados em relação a ingesta hídrica .....	35
Gráfico 6 - Distribuição dos entrevistados em relação a Quantidade de Refeições por dia .....	35
Gráfico 7 - Distribuição dos entrevistados em relação a realização de Mudança de Decúbito pelos Cuidadores .....	36
Gráfico 8 - Distribuição dos entrevistados em relação a Utilização de Colchão Piramidal (Caixa de Ovo) .....	36
Gráfico 9 - Distribuição dos entrevistados em relação a utilização de Hidratantes .....	37
Gráfico 10 - Distribuição dos entrevistados em relação a ulceração por decúbito prolongado .....	37
Gráfico 11 - Distribuição dos entrevistados em relação ao Parentesco Familiar .....	38
Gráfico 12 - Distribuição dos entrevistados em relação a Visita Domiciliar realizada pelo Serviço de Saúde .....	38
Gráfico 13 - Distribuição dos resultados de acordo com as visitas .....	39
Gráfico 14 - Distribuição dos entrevistados em relação ao preparo no cuidado com o idoso .....	39

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>14</b>
<b>4 ENVELHECIMENTO E ÚLCERAS DE DECÚBITO</b> .....	<b>15</b>
4.1 O BRASIL E O ENVELHECIMENTO .....	15
4.2 ÚLCERAS DE DECÚBITO .....	18
<b>5 A FAMÍLIA E O PAPEL DA ENFERMAGEM</b> .....	<b>24</b>
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	<b>30</b>
6.1 TIPO DE ESTUDO .....	30
6.2 LOCAL DE ESTUDO .....	30
6.3 POPULAÇÃO .....	30
6.4 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DO ESTUDO .....	30
6.5 INSTRUMENTOS .....	31
6.6 TAMANHO DA AMOSTRA .....	31
6.7 PROCEDIMENTO .....	31
6.8 ANÁLISE DOS DADOS .....	32
6.9 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA .....	32
6.10 OBRIGATORIEDADE DE PUBLICAÇÃO .....	32
6.11 ORÇAMENTO .....	32
<b>7 APRESENTANDO OS RESULTADOS</b> .....	<b>33</b>
<b>8 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS</b> .....	<b>40</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>48</b>
<b>APÊNDICE A - Formulário</b> .....	<b>52</b>
<b>ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>55</b>
<b>ANEXO B - Termo de Compromisso do Orientador</b> .....	<b>56</b>
<b>ANEXO C - Orçamento Financeiro da Pesquisa</b> .....	<b>57</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O grupo de pessoas com mais de 65 anos está aumentando, mais do que qualquer outra faixa etária, isso é um fenômeno mundial, no Brasil, esse acontecimento vem ocorrendo de uma forma bem acelerada. Segundo Carvalho (apud VERAS, 2009). “As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de Pessoas”.

Devido a esse aumento da população idosa, haverá também o aumento de complicações relacionadas à idade, englobando doenças degenerativas como o Alzheimer e o Parkinson, como também, as doenças crônicas, Hipertensão Arterial sistêmica e Diabetes Mellitus que muitas vezes trazem complicações como Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio, déficit de acuidade visual e auditiva, dificuldade em movimentar-se, entre outras.

Essas doenças e complicações acabam atingindo essa população, principalmente porque, fisiologicamente, apresenta diminuição da imunidade, envelhecimento celular e conseqüentemente, maiores chances de desenvolverem um comprometimento total ou parcial de sua mobilidade física.

Com isso, teremos o principal fator de risco para o desenvolvimento de uma úlcera de decúbito, definida como uma lesão de pele e tecidos subjacentes, decorrente de pressão extrínseca aplicada sobre uma superfície corpórea, habitualmente ocorrida em proeminências ósseas. Essas lesões, se não prevenidas, causam um desarranjo enorme na qualidade de vida, aumentando as taxas de morbidade e mortalidade.

Desse modo, a família atuará como um ponto de referência na prevenção e/ou recuperação do bem-estar físico, moral e espiritual do idoso, lembrando que esse idoso, dependerá integralmente da união, interesse e participação de seus entes queridos.

A Enfermagem, junto aos serviços de saúde, desenvolve um papel importantíssimo, na vida desses idosos acamados e de seus familiares, visto que são responsáveis pela educação continuada e permanente, tanto da equipe de enfermagem quanto

dos familiares, bem como pelas informações, orientações e capacitação destes, para prestação de uma assistência de qualidade aos idosos acamados, com o intuito de prevenir o desenvolvimento de uma úlcera de decúbito, ou na existência desta, recuperar a integridade cutânea do idoso.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Orientar as famílias de idosos acamados, quanto a prevenção e tratamento de úlcera de decúbito, na cidade de Palmital – SP.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Realizar levantamento das principais dificuldades dos idosos acamados e suas respectivas famílias, em relação aos cuidados.

Fornecer subsídios para a capacitação dos familiares no manejo do idoso acamado.

Promover a integração entre equipe de saúde e familiares de idosos acamados, visando melhora na qualidade de vida destes.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Hoje em dia, são muitas as causas que levam um idoso a ser dependente dos cuidados de outros, como os acamados, que dependem totalmente da Enfermagem e/ou da família, sendo assim, orientações devem ser passadas à família, para que os mesmos mantenham um cuidado integral ao idoso.

Meu interesse em pesquisar o tema justifica-se por uma experiência pessoal, vivenciada através da prestação de cuidados a um idoso acamado, quando tive a nítida percepção de que, infelizmente, por falta de conhecimento e orientações, a família não desenvolveu ações preventivas necessárias, e com isso, o idoso acabou adquirindo uma úlcera de decúbito. Minha luta junto com a família, para que ocorra a cicatrização da úlcera já está completando um ano, pois o fato do idoso apresentar outros fatores que interferem na cicatrização, dificultam o processo.

Deste modo, considero imprescindível a realização de pesquisas que abordem a temática em questão, no intuito de estimular os serviços de saúde a aumentar a integração e interação com as famílias de idosos acamados visando a melhor qualidade de vida destes.

## 4 ENVELHECIMENTO E ÚLCERAS DE DECÚBITO

*“Compreendi que a vida não é uma sonata que, para realizar sua beleza, tem de ser tocada até o fim. Dei-me conta ao contrário, de que a vida é um álbum de minissonatas. Cada momento de beleza vivido e amado por efêmero que seja, é uma experiência completa que está destinada à eternidade. Um único momento de beleza e de amor justifica a vida inteira”*

(Rubem Alves)

### 4.1 O BRASIL E O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo de alta complexidade, assim foram criadas várias teorias para descrever o processo biopsicossocial do envelhecimento.

Os autores revelam que as teorias biológicas são divididas em duas teorias, Teorias Estocásticas e as Teorias não Estocásticas. As Teorias Estocásticas, propõe que esse processo ocorra devido alterações fisiológicas causadas pelo comprometimento celular. Já as Teorias Não-estocásticas defendem a existência de um mecanismo fisiológico que controla o processo de desenvolvimento.

As Teorias Psicossociais, divididas em Teoria da Desocupação, Teoria da Atividade e Teoria da Continuidade tentam explicar as alterações no comportamento e os fatos vividos à medida que o indivíduo envelhece. A Teoria da Desocupação, afirmando que as pessoas acabam se engajando em atividades mais introspectivas, focalizadas nelas mesmas, centrando-se em si mesmo e não mais na comunidade. Diferente da Teoria da Desocupação, a Teoria da Atividade afirma a necessidade da realização de atividades durante um envelhecimento bem sucedido. Já a Teoria da Continuidade, defende que o comportamento é mais previsível à medida que as pessoas envelhecem (POTTER; PERRY, 2004).

De acordo com Potter e Perry (2004), percebe-se que apesar da existência de várias teorias como as citadas anteriormente, jamais dois indivíduos envelhecerão da mesma maneira, quer do ponto de vista biológico, quer do ponto de vista psicossocial.

A população brasileira vem envelhecendo rapidamente, desde o início da década de 60, devido à diminuição das taxas de fecundidade, com isso, diminui os nascimentos, resultando no aumento da quantidade de idosos. Sobre a expectativa de vida Veras (2008), considera que:

Nesse mesmo período de 20 anos, a expectativa de vida aumentou em oito anos. Hoje, a população de idosos ultrapassa os 15 milhões de brasileiros (para uma população total de cerca de 170 milhões de habitantes), que em 20 anos serão de 32 milhões.

Em outro artigo Veras (2009) afirma que:

O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos”. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças Crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 - um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Conseqüentemente, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade.

Esse crescimento populacional da terceira idade é um fato historicamente inédito. Mesmo com essa mudança no perfil demográfico as transformações sociais ainda são pouco contempladas. Com o avanço dos conhecimentos da engenharia genética e da biotecnologia, mais alta será a expectativa de vida, conseqüentemente, aumentando o relógio biológico da espécie humana (VERAS, 2009).

As autoras Farah e Sá (2008, p. 96) afirmam que:

Com relação aos idosos, a perspectiva de vida mais longa tem implicações importantes para a sua qualidade de vida. A longevidade pode trazer conseqüências importantes nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Esses anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias se foram marcados com

doenças, declínio funcional, aumento de dependência, perda de autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecessem mantendo-se autônomos e independentes, a sobrevivência aumentará e poderá ser plena de significado e com boa qualidade de vida para o idoso.

O processo de envelhecimento no Brasil está ocasionando mudanças estruturais que não respondem a demanda do país. Pois não é apenas envelhecer, mas sim, envelhecer com qualidade de vida e dignidade. Infelizmente não é essa a realidade, pois no Brasil há desigualdade social, economia frágil, crescentes níveis de pobreza e precariedade nos serviços do Sistema Único de Saúde (PEREIRA et al., 2006).

Aumentando a longevidade, aumenta-se o número de patologias que acometem essa população, pois cada vez mais, investe-se na recuperação do cliente em nível secundário, quando o agravo apresenta-se avançado, deixando a prevenção, ou seja, o nível primário, em segundo plano, sendo que este gera menos custo ao país (VERAS, 2009).

As patologias que englobam essa faixa etária são o Alzheimer e o Parkinson, ambas degenerativas que acometem o Sistema Nervoso Central. Doenças Crônicas como a Hipertensão Arterial Sistólica e Diabetes Mellitus que muitas vezes trazem complicações, sendo um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, pois são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como o Infarto Agudo do Miocárdio e doenças cerebrovasculares como o Acidente Vascular Encefálico, déficit de acuidade visual, auditiva e déficit em movimentar-se. (Ministério da Saúde).

Essas doenças e complicações acabam atingindo essa população. Segundo Brunner e Suddarth (2005) as alterações celulares e extracelulares provocam uma mudança física e um declínio na função. A forma e a constituição corporal sofrem alterações, o organismo perde sua capacidade de manter a homeostasia, os sistemas orgânicos já não funcionam com eficiência plena como antigamente e ocorre uma degradação da elastina e do colágeno, fazendo com que o tecido conjuntivo torne mais rígido e menos elástico.

Com a chegada da idade nosso corpo passa por diversas mudanças como alterações no Sistema Nervoso, pois a velocidade de condução nervosa e a

circulação cerebral diminuem, no Sistema Cardiovascular o débito cardíaco diminui, a capacidade para responder ao estresse é menor, a frequência cardíaca e o volume sistólico não aumentam com a demanda máxima, a frequência cardíaca é recuperada lentamente e a pressão arterial aumenta, no Sistema Respiratório há um aumento no volume pulmonar residual, diminuição na capacidade vital, troca gasosa e eficiência da tosse são diminuídos, no Sistema Gastrointestinal ocorre a diminuição da salivação e da deglutição, o esvaziamento gástrico é retardado e a mobilidade gastrointestinal é reduzida, o Sistema Tegumentar se altera com a proteção diminuída contra extremos de temperatura, secreção de óleos naturais e do suor também diminuem e no Sentidos Especiais como a visão, audição, olfato e paladar também são atingidos sofrendo diminuição na eficiência dos mesmos (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

## 4.2 ÚLCERAS DE DECÚBITO

Conforme Irion (2005), a pele de um adulto é revestida por aproximadamente 2m (quadrado) de pele, com aproximadamente 2mm de espessura. Suas funções são separar fisicamente o ambiente interno do corpo do ambiente externo, agindo como barreira física contra microorganismos, traumas, luz ultravioleta, alguns parasitas e realizando termorregulação.

A pele é formada por duas camadas primárias e uma camada de gordura subcutânea. A epiderme é constituída por ceratinócitos, que constituem a barreira física, impermeabilizando a pele, células de Langerhans, responsáveis pela função imunológica e os melanócitos que protegem a pele da radiação UV. A derme é formada por duas camadas, a papilar que adere e nutre a epiderme, e a reticular. As principais células da derme são os fibroblastos, que secretam macromoléculas importantes para o processo de cicatrização, o colágeno responsável pela resistência ao estiramento, as fibras elásticas que proporcionam a elasticidade da pele e a substância fundamental ou matriz extracelular que lubrifica e separa as fibras da derme. No tecido subcutâneo, encontra-se a camada de gordura que aumenta o isolamento térmico e proteção de lesões por pressão ou estiramento entre as proeminências ósseas. Abaixo da gordura encontramos músculo, tendões, ligamentos e ossos.

Quando a pele envelhece ocorre a diminuição da elasticidade, flacidez e enrugamento. Ocorrendo também um achatamento da junção derme-epiderme, diminuindo a altura das papilas em 55% entre a terceira e a nona década de vida. Essa junção ocasiona alterações na área disponível para a transferência de nutrientes, no número de células do estrato germinativo e na resistência diminuída ao estiramento, fazendo com que a pele fique mais suscetível ao aparecimento de úlceras de decúbito em clientes que perderam sua mobilidade física e encontram-se acamados (IRION, 2005).

Sobre a definição de úlcera de pressão Freiras et al. (2006, p. 981)

Define-se úlcera de pressão como uma área de lesão de pele, tecidos subjacentes, ou ambos, decorrente de pressão extrínseca aplicada sobre a superfície corpórea (e que persiste mesmo depois de removida a pressão sobre o local). Fricção, forças de cisalhamento e umidade também contribuem para a formação da lesão.

O principal fator de risco responsável pelo desenvolvimento de uma úlcera de decúbito é a falta de mobilidade, que se combina com outros fatores como nutrição, incontinência urinária, edema, diabetes melittus, baixa perfusão, superfície de apoio inadequada, negligência com os itens relacionados à imobilidade, falta de deslocamento de peso, falta de tecido mole sobre as proeminências ósseas, forças de atrito, deslocamento do cliente sobre os lençóis e prega nos lençóis.

As áreas de risco que precisam de uma maior atenção são calcanhares, trocanteres maiores, sacro, occípicio, epicôndilos do cotovelo de uma pessoa deitada no leito, o sacro em uma pessoa sentada reclinada tanto no leito como em uma cadeira e as tuberosidades isquias em uma pessoa sentada tanto no leito com o tronco ereto, proeminências ósseas da face, processos vertebrais, costelas, escápula, processos acromiais, cristas ilíacas, superfície anterior da tíbia, maléolos, primeiro e quinto metatarsianos e artelhos. As áreas de risco dependerão da patologia e da maneira a qual se encontra, ou seja, considerando as circunstâncias de cada cliente (IRION, 2005).

Segundo Freiras et al. (2006), as úlceras são classificadas de acordo com a profundidade e limites entre tecidos lesados. Definindo em GRAU I, caracterizado por eritema em pele íntegra, persistindo mesmo após o alívio sobre o local; GRAU II, que é a perda tecidual envolvendo epiderme, derme ou ambas, interrompendo a continuidade da pele, formando exulceração, úlcera, às vezes bolhas, podendo haver crosta; GRAU III, que corresponde a tecido subcutâneo comprometido, podendo alcançar a fáscia muscular subjacente; GRAU IV, que compromete profundamente o tecido, causando dano muscular, ósseo ou estruturas adjacentes.

A prevenção de úlceras de pressão em idosos acamados é fundamental, pois os mesmos apresentam um fator determinante que é a imobilização. Medidas preventivas constituem a base de uma melhor qualidade de vida e o bem-estar do idoso, poupando sofrimento e dor.

Para Freiras et al. (2006), o indivíduo com risco de desenvolver a úlcera, deve ter mantida a integridade da pele através da hidratação, evitando ambientes com mais de 40% de umidade e com baixas temperaturas, promover nutrição adequada, limpar imediatamente a pele após contato com urina, fezes, suor e secreções, limpar a pele evitando água muito quente e produtos que causam irritação ou ressecamento e evitando fricção.

Enfatiza, ainda, a importância de proteger os tecidos contra pressão, fricção e cisalhamento, reposicionando o idoso em intervalos máximos de duas horas, aplicando técnicas adequadas de posicionamento, mudando de decúbito, diminuindo pressão e cisalhamento. Não posicionar o idoso sobre as proeminências ósseas, usando travesseiros, coxins e protetores específicos como os da região do calcâneo. Manter a cabeceira com menor elevação, lençóis mantidos bem lisos, utilização de superfície que reduz a pressão, como o colchão de caixa de ovo, são algumas das ações preventivas na formação de úlcera. Não se recomenda o uso de bóias infláveis (tipo rosquinha), pois impedem a circulação da pele que fica comprimida em seu centro.

Manter uma nutrição adequada é um fator de extrema importância na prevenção, pois idosos acamados com úlceras Grau IV possuem diminuição nos valores de albumina sérica, necessitando de uma dieta adequada e aumentando a ingestão de

proteínas, pois estudos apontam que o alto teor de proteína reduz significativamente a incidência de úlcera de decúbito.

Diminuindo a intensidade da pressão entre o idoso e a superfície que o sustenta é a principal meta na prevenção de úlcera de decúbito, usando-se colchões e superfícies de suporte especiais que vão desde colchões simples de espuma texturizada até sofisticados sistemas de alternância de pressão e de ar fluidificado. Existem dois grupos de superfícies de contato, uma proporciona pressão reduzida constante, moldando-se ao redor do idoso, redistribuindo o peso que é a pressão reduzida constante e a outra é a pressão alternante, que alterna intermitentemente a pressão sob o idoso. Tanto a superfície de pressão constante como a de pressão intermitente apresentam melhor desempenho que colchões convencionais (FREIRAS et al., 2006).

Se a prevenção deixar de ser efetuada de maneira integral, o idoso conseqüentemente desenvolverá a úlcera de decúbito, dessa maneira, o tratamento constituirá em debridamento, cuidado da ferida e prevenção de infecção.

“O debridamento é a remoção de tecido morto e matéria estranha da ferida. É necessária antes que a cura da ferida possa ocorrer” (ROACH, 2003. p. 168).

De acordo com Freiras et al. (2006), são quatro os tipos de debridamento; no Debridamento Cirúrgico é utilizado o bisturi para a remoção do tecido morto, Debridamento não-cirúrgico é remoção do tecido necrótico superficial utilizando gaze umedecido com solução fisiológica sobre a lesão a cada 6 ou 8 horas, ou a aplicação de soro fisiológico com uma certa pressão ajudando no debridamento, temos também o Debridamento Autolítico onde ocorre a colocação de curativos oclusivos ou semi-oclusivos sob a úlcera, fazendo com que os fluídos da lesão (neutrófilos, macrófagos e enzimas), dissolvam o tecido necrótico e por fim temos o Debridamento Químico enzimático que consiste na utilização de produtos comercializados para uso tópico que realiza o debridamento da úlcera. Os produtos mais utilizados para esse tipo de debridamento são as estreptoquinase/estreptodornase, fibrinolisin/desoxirribonuclease, colagenase, papaína, tripsina e sutilaínas, esse produtos agirão hidrolisando a necrose superficial, mas demoram para alcançar o resultado esperado e não removem grandes quantidades de necrose.

Conforme Roach (2003, p. 169) o cuidado da ferida é realizado através da:

A limpeza da ferida é realizada toda vez que o curativo for trocado, usando apenas força suficiente para remover resíduos sem causar lesão ao tecido de granulação. Úlceras de decúbito não devem ser limpas com soluções antissépticas como polvidine, solução de hipocloreto de sódio (solução de Dakin) ou peróxido de hidrogênio (água oxigenada). Essas soluções danificam o tecido de granulação novo e inibem a epitelização. A solução salina normal é melhor para limpar a maioria das úlceras de pressão. A limpeza pode ser feita usando-se uma seringa de 35 ml com agulha de calibre 19 para remover a maior parte dos debris das úlceras de pressão. Toma-se precauções para não traumatizar a ferida com uso excessivo de força. Cavidades de ferida podem ser cobertas com curativos frouxos para preencher buracos na região e evitar abscesso. Cobrir deliberadamente uma ferida aumenta a pressão interna no tecido subjacente e retarda o crescimento do tecido novo.

Depois de realizar a limpeza correta da úlcera é necessário a escolha de um curativo correto, pois além de promover a proteção da ferida o curativo favorecerá para a cicatrização. Um curativo adequado deve manter o leito da úlcera úmido, pois evita o ressecamento do tecido, e promove a liberação de citocinas, ativação de enzimas, aumento da atividade neutrofílica, estimulação de fibroblastos, queratinócitos e proliferação de células endoteliais, fazendo com que ocorra a formação de tecido de granulação (FREIRAS et al., 2006).

Em relação ao curativo Freiras et al. (2006, p. 988) ressalta que:

Os curativos oclusivos e semi-oclusivos são mais adequados por não permitirem a perda de água para a atmosfera. A gaze seca e outros materiais aderentes devem ser evitados, pois traumatizam a lesão quando são removidos.

Um curativo ideal, além de proporcionar um ambiente úmido na ferida e protegê-la de contaminação e traumas, deveria: remover tecido necrótico e absorver secreções, proporcionar conforto ao paciente e avaliar a dor, além de ser atóxico, hipoalergênico, hemostático, ser de fácil aplicação e ter custo acessível.

Realizando o cuidado adequado da ferida, a escolha do curativo correto e evitando os fatores de risco já mencionados acima ocorrerá o processo de cicatrização da úlcera que consiste em um conjunto de processos complexos, que restaurarão os

tecidos, esse processo é composto por cinco fases, Fase Inflamatória, Fase de Exsudação, Fase de Revascularização (granulação), Fase de Reparação e Fase de Maturação.

A Fase Inflamatória consiste em uma reação local aos danos ou invasões por microorganismos, é iniciada imediatamente e tem sua duração de 3 a 5 dias, ocorrendo reações neurológicas, vasculares e celulares que vão atingir o agressor e substituir as células mortas por novas, essa fase ativa o sistema de coagulação, os sinais de inflamação são: rubor, calor, edema e dor.

Na Fase de Exsudação ou também conhecida como fase de limpeza porque logo depois do surgimento da ferida ocorre o surgimento de exsudato, pois o organismo começa a realizar a coagulação, limpando a ferida, protegendo-a de infecção, pois ocorre a fagocitose e os microorganismos são removidos.

Em seguida ocorre a Fase de Revascularização ou Granulação, onde novas células são formadas, gerando o tecido de granulação com tecido vermelho e vivo com bom fluxo sanguíneo.

Já a Fase de Reparação proporcionará a cobertura da ferida através de células epiteliais, onde ocorrerá a contração da ferida, formação de tecido e o processo de cicatrização se conclui.

Por fim, a Maturação ocorrerá através da diminuição da vascularização, reorganização de colágeno e remodelamento o tecido de cicatrização deixando-o normal (GOMES; COSTA; MARIANO, 2005).

Outro fator primordial quando falamos de úlceras de Decúbito é a prevenção de infecção. Sabe-se que todas as úlceras em estágios II, III e IV possuem bactérias, mas isso não quer dizer que são infectadas. Promovendo a limpeza correta e o debridamento evita-se a infecção. Alguns cuidados são necessários para a prevenção de infecções como uso de luvas estéreis, se o paciente possui duas ou mais úlceras iniciar o procedimento sempre na menos contaminada deixando a mais contaminada por último, cuidado com as fezes do paciente, pois existe lesões em lugares onde pode ocorrer o contato, o odor nem sempre é indicador de infecção em curativos oclusivos, reavalie o odor depois de realizar um novo curativo e realize a desinfecção do local onde foi realizado o curativo (ROACH, 2003).

## 5 A FAMÍLIA E O PAPEL DA ENFERMAGEM

*“Quem pode entender realmente o amor até que ele seja visto em ação”*

(Joe Hale)

Segundo Caldas (2003), quando falamos de envelhecimento o termo “dependência” liga-se a palavra como um adjetivo, pois com o acréscimo de anos há o aumento da prevalência de patologias que dependendo de sua gravidade necessitarão de cuidados tornando o idoso “dependente”, ou seja, necessitando de uma ajuda indispensável para a realização das atividades diárias, esse suporte é predominantemente realizado pela família. No contexto brasileiro Pavarini et al. (2005) afirmam que:

As famílias constituem-se no primeiro recurso, do qual se vale a sociedade, para dar atendimento e acolher os seus membros idosos, principalmente nos casos que demandam cuidados prolongados decorrentes de processos mórbidos incapacitantes. Elas são fonte primária de suporte social.

Sabendo-se que a família no Brasil é o principal apoio ao idoso, considera-se que um cuidador familiar é um ente que se disponibiliza para dedicar-se as necessidades para o bem-estar do enfermo, ou seja, uma pessoa com vínculos parentais oficializando o compromisso direto ou indiretamente pelo cuidado de um familiar enfermo ou dependente.

Para uma melhor compreensão do termo cuidador familiar, precisamos aprofundar o significado do que é família, pois há casos em que o cuidador familiar é alguém que não possui laços consaguíneos, mas sim, vínculos emocionais (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

Então, para melhor definir a palavra família Faro (apud BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008, p. 120), descrevem abaixo:

Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem, convivem como família, em um espaço de tempo, unidos por laços consanguíneos, de afetividade, interesse e/ou doação, estruturada e organizada, com direitos e responsabilidades, vivendo em um determinado ambiente, influenciada sócio-economicamente [...].

Família também pode ser definida como várias pessoas, juntas, morando em um mesmo ambiente, com interesses e expectativas diferentes, ou seja, pensamentos opostos, mas que possuem melhores condições de acompanhar os processos de saúde e doença de seus membros. Uma família saudável é aquela possuidora de afetividade expressadas por gestos de carinho e amor. Em uma fatalidade de adoecimento de um membro há uma desorganização e ruptura do mundo pessoal e familiar (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

Vários motivos contribuem para a existência do cuidador familiar, Alvarez e Gonçalves (2001 apud GONÇALVES et al., 2006), destacam esses motivos:

a obrigação moral alicerçada em aspectos culturais e religiosos; a condição de conjugalidade, o fato ser esposo ou esposa; a ausência de outras pessoas para a tarefa do cuidar, caso em que o cuidador assume essa incumbência não por opção, mas, na maioria das vezes, por força das circunstâncias; as dificuldades financeiras como em caso de filhas desempregadas que cuidam dos pais em troca do sustento.

Na maioria das vezes, o papel de cuidador familiar é exercido pelo sexo feminino, principalmente, as esposas, filhas e netas, respectivamente. A história, cultura e tradição ajudam a explicar esse fato, pois no passado as mulheres não desempenhavam funções fora do âmbito domiciliar, cuidando dos afazeres domésticos e da família. Todavia, a uma mudança nessa realidade, pois as mulheres cada vez mais estão se inserindo no mercado de trabalho. Os estudos apontam que as cuidadoras, geralmente residem com os idosos, mas não deixam de lado sua rotina doméstica, ou seja, mesmo trabalhando continuam cuidando da casa e dedicando-se a família, gerando uma sobrecarga de trabalho, causando transtornos, implicando no social, físico, emocional, espiritual, prejudicando a qualidade de vida da cuidadora familiar (ALVAREZ; GONÇALVES, 2001 apud GONÇALVES et al., 2006).

Em nossas vidas existem várias fases e em todas elas a família exerce uma extrema importância para o fortalecimento das relações, infelizmente o envelhecimento de um ente provoca dificuldades nessas relações, tornando o relacionamento familiar mais difícil, conforme mostraremos mais adiante. O idoso não possui mais a posição de controle e decisão que exercia anteriormente no seu cotidiano, assim as relações entre pais e filhos modificam-se. Dessa forma os idosos tornam-se cada vez mais interdependentes, provocando uma reversão de papéis, onde o pai antes responsável pelo filho, agora se inverte, sendo o filho responsável pelo pai. O filho constituiu sua família, com mulher e filhos e possui seu trabalho que toma uma grande parte do seu tempo, sendo sempre ocupado, esquecendo-se da mais importante necessidade que é ouvi-lo, pois sempre que o pai quer conversar o filho nunca tem tempo, devido sua vida sobrecarregada de atividades e preocupações (MENDES et al., 2005)

O envelhecimento acarreta modificações fisiológicas citadas no primeiro capítulo deste estudo, mas não são só essas modificações que ocorrem na vida do idoso, mas também modificações na família, sobre essas modificações Eliopoulos (2005, p. 439), considera que:

O tema envelhecimento envolve toda a família. Seja a preocupação do aposentado sobre a vida e o sustento da família como uma pensão, a decisão da filha de meia idade de aceitar a mãe em sua residência, ou a tentativa da irmã de cuidar, em casa, do irmão **à morte**, o impacto do processo de envelhecimento de um indivíduo tem um efeito perturbador sobre toda unidade familiar.

Então, com essas modificações cada família reage de uma maneira ao processo de envelhecimento do familiar, podendo apresentar aspectos de satisfação ou ao contrário, não sendo nem um pouco harmônico, o que contribui para a piora da pessoa cuidada e do cuidador.

Quando há satisfação para a família, o Ministério da Saúde define como Sistemas Familiares funcionais, na qual a família responde bem às situações, buscando sempre uma estabilidade emocional e proporcionando a integridade do seu ente querido, já quando a doença atinge a família de forma trágica vista como um

pesadelo para os familiares é classificado como Sistemas Familiares disfuncionais, onde a família não possui o comprometimento adequado, dinâmico e nem mesmo preserva a integridade do idoso dependente.

De acordo com Figueiredo e Tonini (2007), a superação de todos os obstáculos que a família transcorre depende do estágio que a família vivência, a importância do doente e a união nesse período crítico. Quando uma doença grave se instala no idoso, vários são os sentimentos despertados nos familiares, que buscam forças por meio de quatro categorias, Elsen et al. (2002, apud FIGUEIREDO; TONINI, 2007, p. 131-132) apontam em seu livro essas categorias: “identificação de anormalidades e busca de recursos, experiência da hospitalização, sensação de fragilidade e necessidade de ajuda”.

Figueiredo e Tonini (2007, p. 140-141), nos traz uma situação real de como a doença interfere drasticamente a organização e a rotina da família:

uma família composta de mãe, pai, três filhos (um homem e duas mulheres), dois irmãos da mulher, uma nora e três netos, convive com um idoso (avô) de 94 anos em fase terminal, completamente imóvel, não fala, acamado, com escaras infecciosas em diversos pontos de atrito do corpo, exalando odores em virtude das necroses, em uso de sonda nasogástrica e de fraldas por não ter o controle de esfínteres. Os hospitais não aceitam mais sua internação por falta de possibilidades. Não existe nenhum profissional da área da saúde na família, o que implica a solicitação de profissionais de medicina e de enfermagem para apoiar as pessoas que cuidam dele, principalmente a filha, que tem 60 anos, é mãe de três filhos já citados e avó de três netos. Estes também ficam sob sua responsabilidade, já que seu filho e sua nora trabalham em uma cidade vizinha. Os irmãos e filhas também trabalham. Ela conta com uma pessoa que a ajuda no cuidado da casa e na alimentação da família, além do apoio incondicional de duas vizinhas, consideradas como familiares, e dos irmãos quando chegam do trabalho na hora do almoço para cuidar do idoso. Essa situação tem desencadeado problemas diversos e são riscos potenciais para a saúde da família.

Figueirdo e Tonini (2007, p. 142) levantam em seu livro uma questão extremamente importante: “COMO ESTÁ A SAÚDE DA FAMÍLIA E DA FILHA QUE CUIDA?”. Os autores descrevem que em um ano vivendo esse cotidiano a filha passou por duas isquemias e uma úlcera gástrica, quebrou sua intimidade de 30 anos com o marido, pois mudou-se para o quarto do pai, deixou seus compromissos religiosos de lado,

não possui mais tempo nem para os netos, que começaram a apresentar problemas de agressividade, seus irmão estão desanimados e cansados, pois trabalham fora e também ajudam a irmã e não saem de casa para se distrair, pois se preocupam com a saúde da irmã, os amigos também já estão cansados e enfrentando problemas com suas famílias, pois deixam de cuidar dos mesmos para ajudar a vizinha.

Essa história real demonstra que realizar o cuidado de uma família que convive com a doença não é fácil, principalmente quando os mesmos não possuem condições financeiras para pagar um cuidador(a), comprar remédios, fraldas, alimentos adequados para o idoso, colchões especiais, produtos de limpeza adequados, luvas de procedimentos entre outros. Lembrando que essa família está exposta a adquirir doenças tanto físicas como mentais, pois enfrentam riscos ocupacionais no tratamento do acamado, focos de doença transmissíveis e podem procurar cigarros, álcool e drogas como uma fuga da realidade.

Dessa maneira, o autor destaca o importante papel do Enfermeiro e sua equipe nas Unidades Básicas de Saúde e/ou Programas de Saúde da Família, pois cuidam da família lidando com situações de saúde e doença e interagindo para proporcionar e devolver a harmonia familiar, pois a saúde de cada membro influencia a unidade familiar. Para prestar um cuidado efetivo para essa família citada anteriormente nesse capítulo e outras tantas famílias que passam por inúmeros problemas o Enfermeiro e sua equipe necessitam de um olhar sensibilizada e aguçado para planejar ações e estratégias, usando criatividade e raciocínio, agindo com competência, paciência, segurança e persistência. A intervenção inclui tanto ações terapêuticas como respostas afetivas e cognitivas, ocorrentes no relacionamento entre o profissional, indivíduo e família.

Isso faz com que haja a promoção de um melhor funcionamento da família, envolvendo seus valores, crenças e emoções, pois a família tem capacidade para resolver seus problemas, apenas sentem-se “perdidos” com a nova situação. O Enfermeiro vai capacitar e ajudar essas pessoas a encontrarem novamente a harmonia e o equilíbrio, solucionando assim seus problemas. Essa intervenção é realizada para efetuar uma mudança, dessa maneira a família deve aceitar essa ajuda, sendo receptivos a esse novo ajuste (WRIGHT; LEAHEY, 2002 apud

FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

O Enfermeiro e sua equipe devem acompanhar a família para ouvi-los, proporcionando um “desabafo”, aliviando seu emocional, explicar técnicas e a evolução desejada, sinais e sintomas que devem ser observados, orientar quanto a complicações como dificuldades respiratórias e broncoaspiração na hora da alimentação, incentivar que mais membros da família participem de certos procedimentos como banho de leito e curativos, orientando de como realizar corretamente todos os procedimentos e o cuidado em deixar livre, ou usar apoios adequados nas proeminências ósseas, evitando o aparecimento de úlceras de decúbito, explicar como higienizar e guardar os materiais pessoais e utensílios usados nos cuidados, todo o tempo estimular a independência e autonomia da família, programar um cronograma para realização das atividades diárias, ajudando a sistematizar o cuidado, atentar aos riscos físicos, químicos, biológicos e emocionais no ambiente e principalmente realizar visitas periódicas acompanhando a evolução da família e do idoso (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

## 6 METODOLOGIA

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

Realização de pesquisa bibliográfica e de campo, de caráter qualitativo, descritivo e exploratório.

### 6.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa de campo foi realizada no Município de Palmital, interior do Estado de São Paulo, por meio de abordagem em âmbito domiciliar. Foi realizado um levantamento do número de idosos acamados perfazendo um total de 25 idosos.

### 6.3 POPULAÇÃO

Aplicação de um formulário à família/cuidador de idosos acamados com idade superior a 65 anos, de ambos os sexos que residem na cidade de Palmital, nos períodos matutino e vespertino.

Foram entrevistadas à família/cuidador, dos idosos acamados que aderirem e consentirem à proposta da pesquisa.

Foram excluídos aqueles que não atenderem aos requisitos acima estabelecidos como critério de inclusão.

### 6.4 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DO ESTUDO

- Família/cuidador de idoso acamado com idade superior a 65 anos, de ambos os sexos.
- Família/cuidador residentes da cidade de Palmital.
- Família/cuidador que consentirem em participar da pesquisa por amostra de adesão.

## 6.5 INSTRUMENTOS

Foi aplicado, pelo pesquisador, um formulário individual à família/cuidador de idosos acamados que concordaram em participar da amostra de adesão.

Este instrumento foi aplicado, pelo pesquisador por meio da abordagem individual, com um formulário composto por 14 questões estruturadas e criteriosamente elaboradas pelo próprio pesquisador com base em suas experiências clínicas, a fim de contemplar uma análise fidedigna dos dados coletados.

## 6.6 TAMANHO DA AMOSTRA

A amostra é composta de 25 idosos acamados residentes da Cidade de Palmital - SP.

## 6.7 PROCEDIMENTO

O projeto de pesquisa foi elaborado e desenvolvido a partir de etapas seqüenciais que incluíram: pesquisa bibliográfica e de campo.

O presente projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HRA, para análise tendo este sido aprovado, através de minuciosa avaliação.

Conforme expectativas, houve aprovação do projeto, pelo comitê de ética, tendo sido emitida a autorização para a realização da pesquisa de campo.

Foi utilizado como instrumento de pesquisa, um formulário contemplando 14 questões que foi apresentado aos cuidadores após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, a 25 cuidadores de idosos acamados.

A aplicação do formulário foi realizada individualmente, em ambiente domiciliar, onde a coleta foi feita pelo pesquisador, estimando-se que a mesma concluiu-se em 60 minutos com cada entrevistado, por se tratar de questões de múltipla escolha, no período de Setembro de 2010 em dias e horários estipulados pela família/cuidador do idoso acamado, não interferindo nas atividades realizadas pelos mesmos.

A pesquisa de campo, somente foi realizada após a análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A aplicação do formulário só foi realizada mediante a anuência de compromisso do pesquisador e consentimentos das famílias/cuidadores.

## 6.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados através da aplicação do formulário foram analisados através de compilação, tabulação e posterior exposição em gráficos que facilitaram sua interpretação, sendo também realizado uma comparação discutida com o referencial pesquisado, a fim de observar a compatibilidade entre os dados levantados na pesquisa bibliográfica, e se os mesmos são corroborados com a pesquisa de campo.

## 6.9 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

Esta pesquisa poderia por ventura ser suspensa em caso de doença grave ou morte que afete a pesquisadora, além de problemas adversos que poderiam ocorrer no local onde foi realizada. A suspensão não implicaria, necessariamente, em encerramento da mesma, a qual poderia ser reiniciada na presença de condições favoráveis.

Esta pesquisa foi considerada encerrada quando todos os dados foram coletados e avaliados de forma satisfatória.

## 6.10 OBRIGATORIEDADE DE PUBLICAÇÃO

A pesquisadora compromete-se em divulgar os resultados da presente pesquisa através da publicação em revista de saúde reconhecida, bem como através do encaminhamento do relatório de pesquisa para a biblioteca da FEMA e para a Instituição sediadora após sua conclusão e aprovação pela banca examinadora.

## 6.11 ORÇAMENTO

A presente pesquisa não teve custo financeiro e os impressos utilizados foram custeados pela pesquisadora.

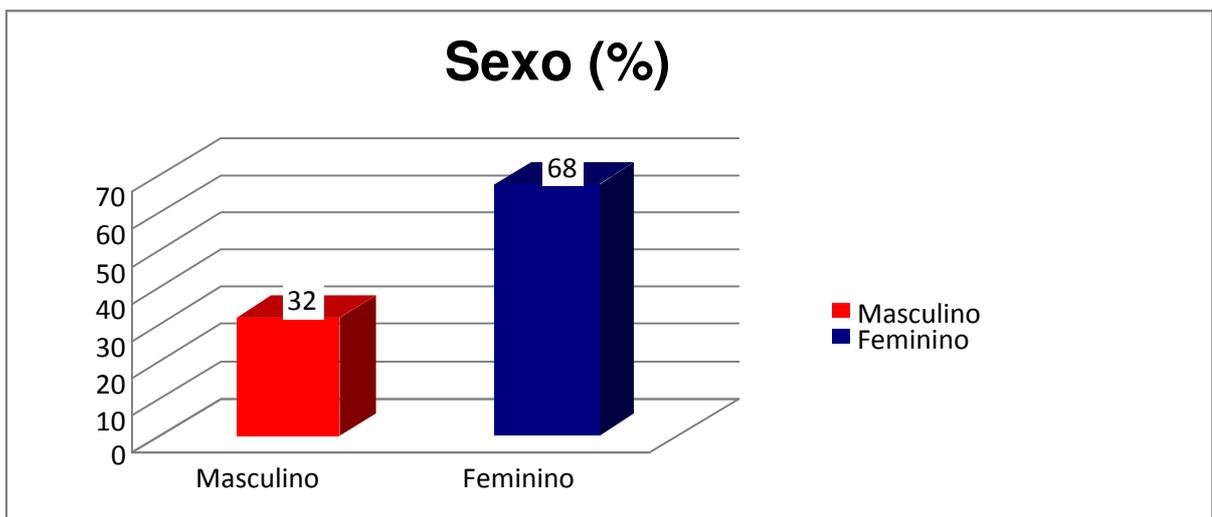
## 7 APRESENTANDO OS RESULTADOS

Estão expostos abaixo, os resultados obtidos na pesquisa realizada.



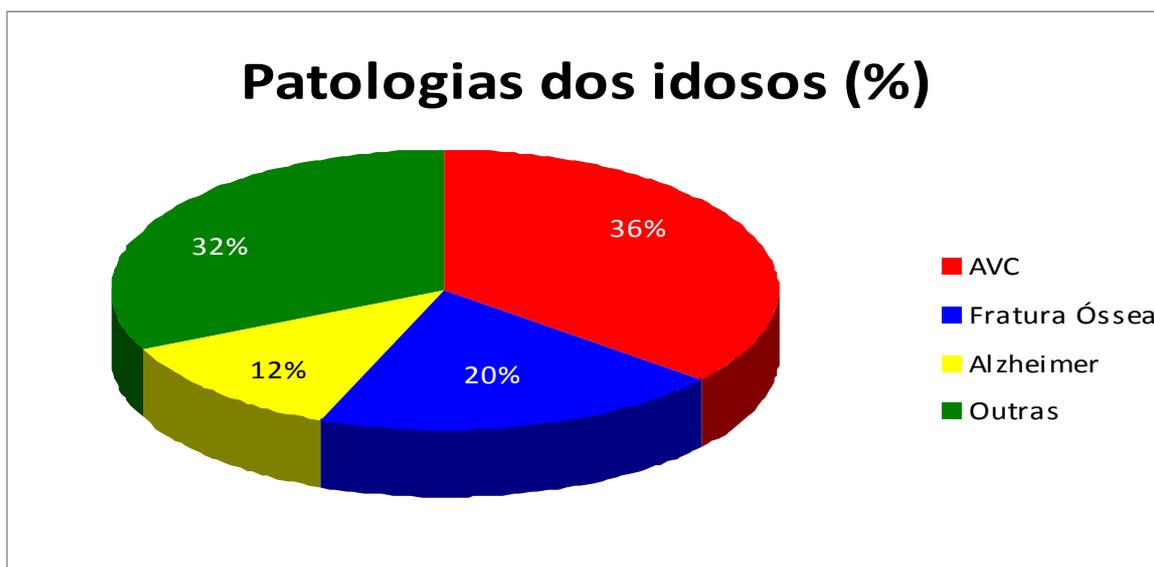
**Gráfico 1 - Distribuição dos entrevistados em relação a idade**

No gráfico acima verifica-se que a maioria dos idosos entrevistados (72%) pertenciam a faixa etária de 83 a 92 anos.



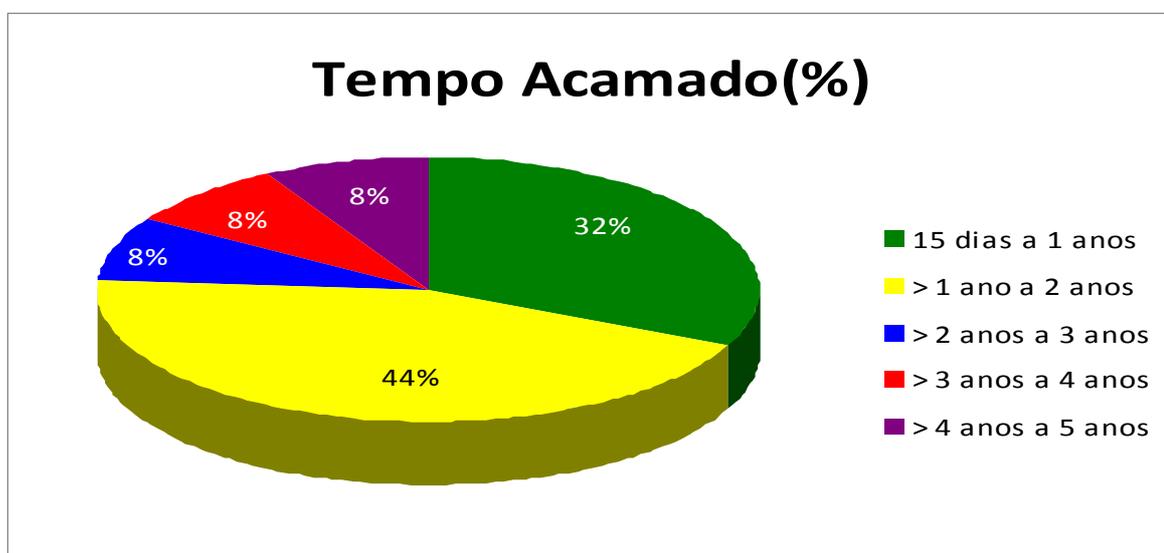
**Gráfico 2 - Distribuição dos resultados de acordo com o Sexo dos entrevistados**

Com esse gráfico obtemos o resultado de uma prevalência de (68%) do sexo feminino.



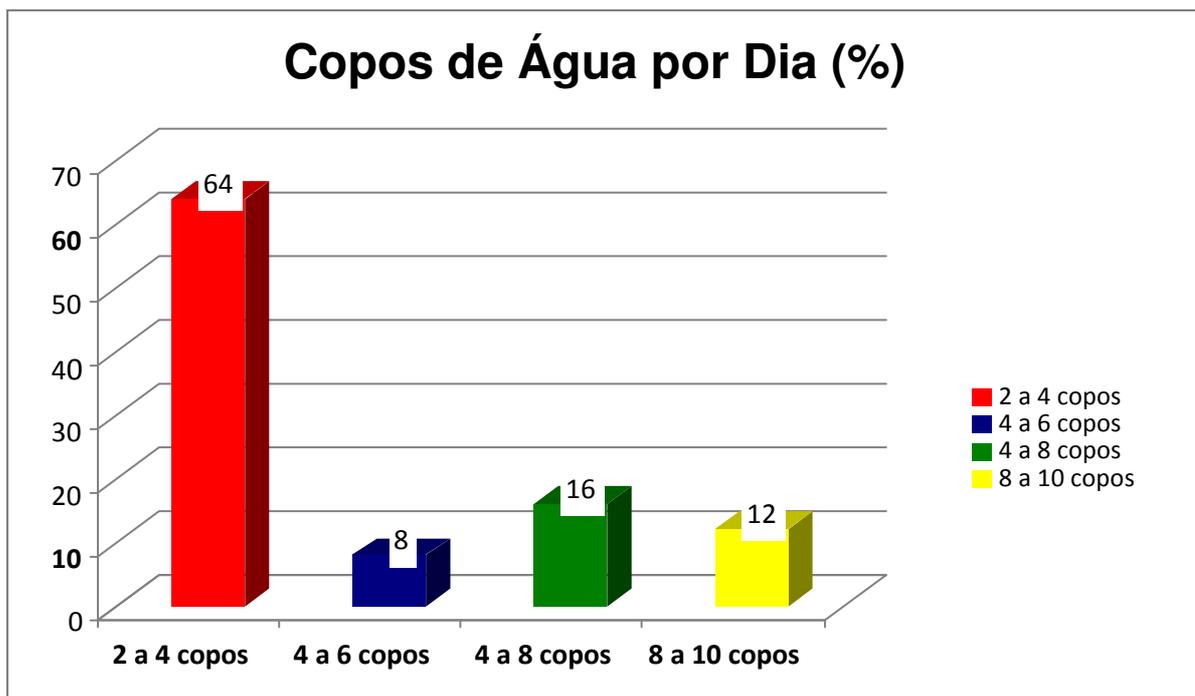
**Gráfico 3 - Distribuição dos resultados de acordo com a Patologia que acomete o idoso acamado**

O Gráfico nos mostra as patologias mais acometidas aos idosos acamados entrevistados, sendo a mais relevante com 36% o Acidente Vascular Cerebral. As outras doenças que acometiam os pacientes são Lombalgia, Insuficiência Renal, Osteoporose, Acuidade visual prejudicada, Câncer, Enfisema Pulmonar, Artrose e Amputação.



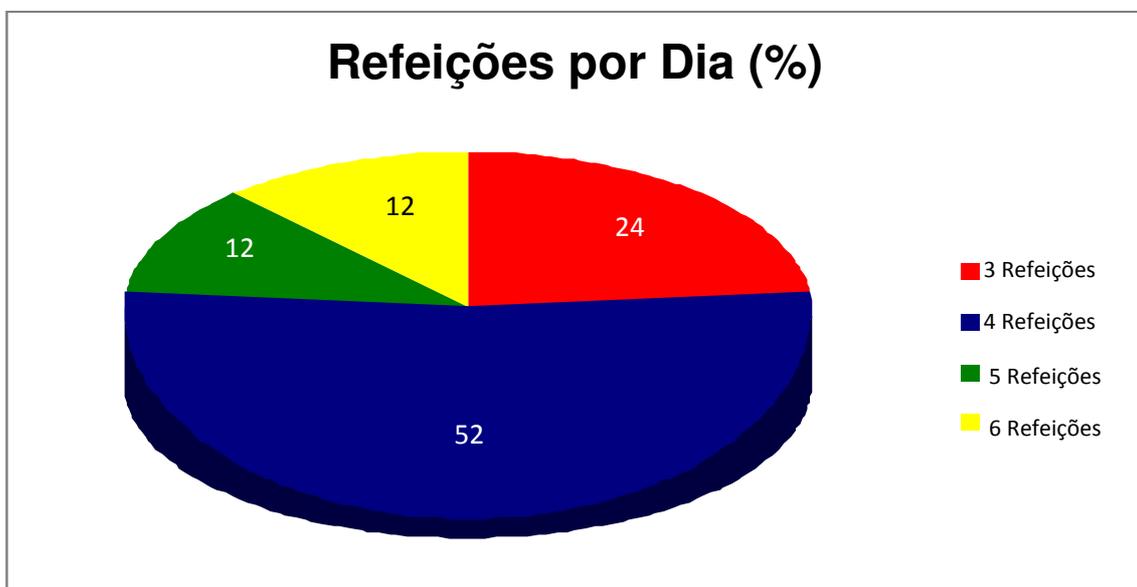
**Gráfico 4 - Distribuição dos resultados de acordo com o Tempo que os Idosos estão acamados**

O gráfico aponta o tempo em que o idoso se encontra acamado, percebe-se que 44% dos idosos estão acamados a mais de um ano até dois anos.



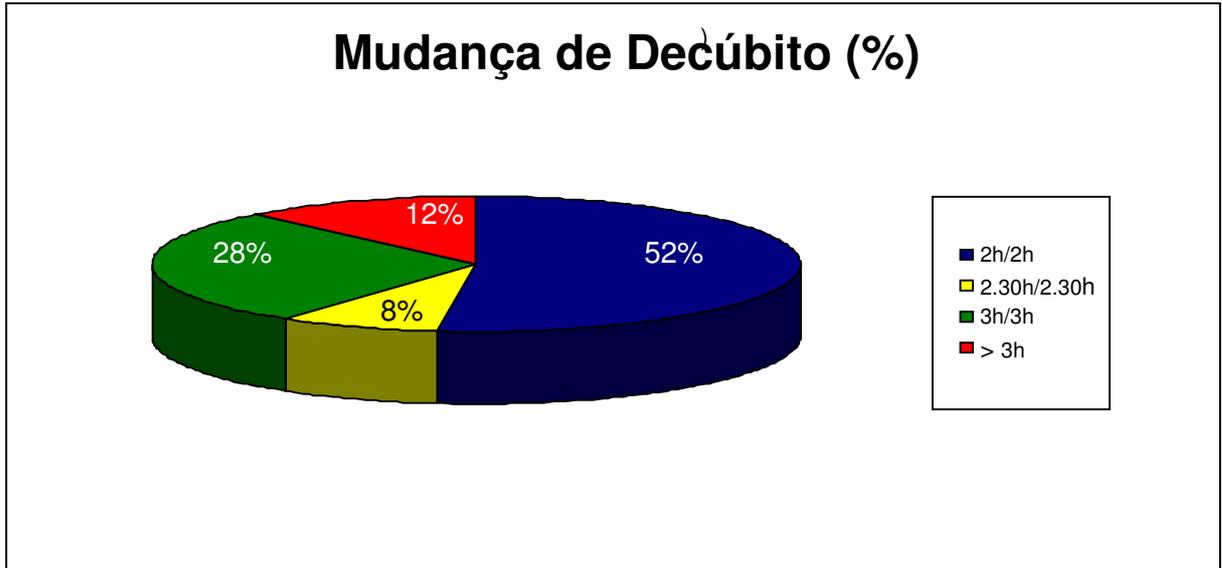
**Gráfico 5 - Distribuição dos entrevistados em relação a ingestão hídrica**

Verifica-se que a maioria dos idosos (64%) ingere uma quantidade de água inferior ao, fisiologicamente necessário, para manter um bom estado de hidratação da pele.



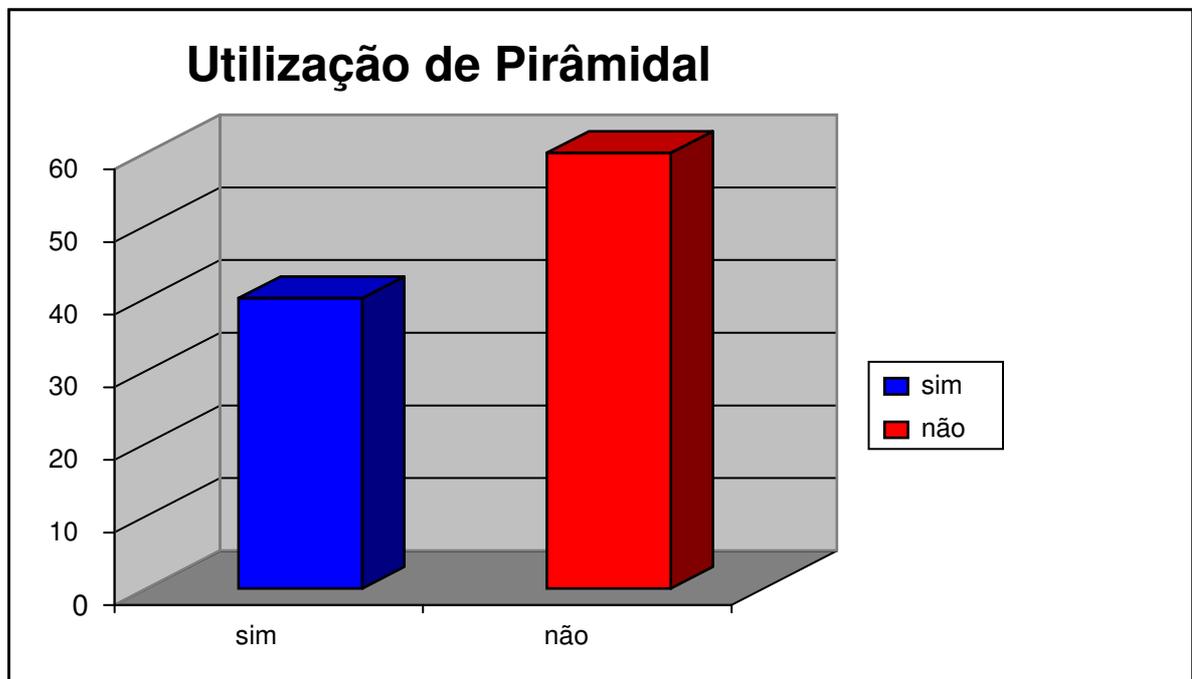
**Gráfico 6 - Distribuição dos entrevistados em relação a Quantidade de Refeições por dia**

A maioria dos idosos acamados (52%) realiza quatro refeições por dia.



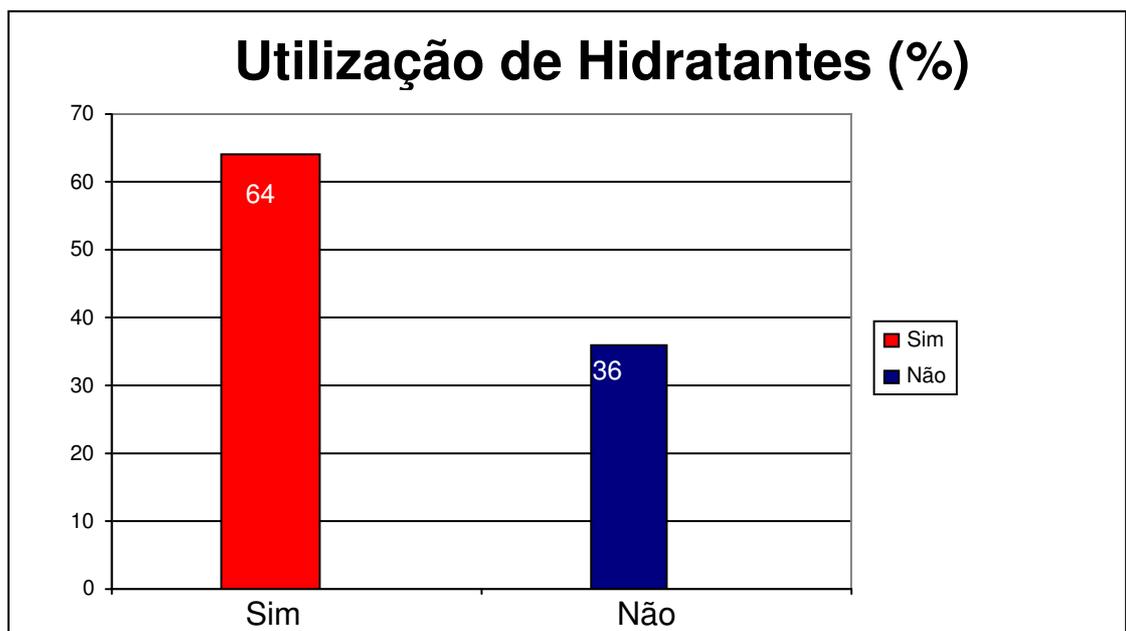
**Gráfico 7- Distribuição dos entrevistados em relação a realização de Mudança de Decúbito pelos Cuidadores**

Como demonstrado acima (52%) dos cuidadores realizam a mudança de decúbito a cada 2horas, sendo esse fator um grande aliado na prevenção de úlceras de decúbito.



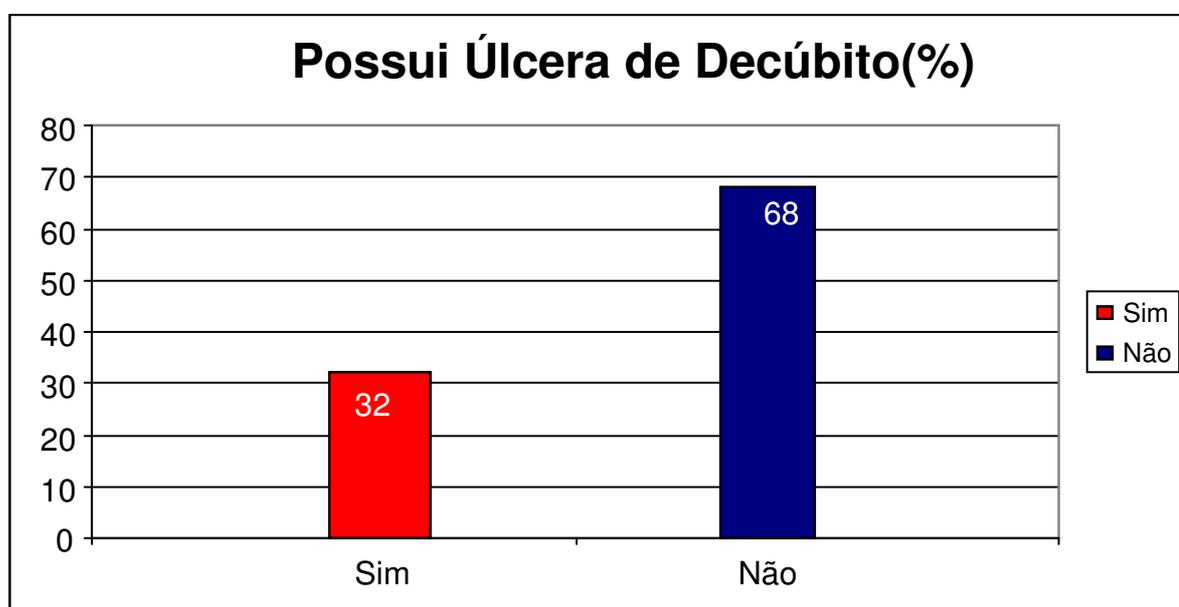
**Gráfico 8 - Distribuição dos entrevistados em relação a Utilização de Colchão Piramidal (Caixa de Ovo)**

A maioria dos idosos não utilizam sob o corpo o colchão Piramidal.



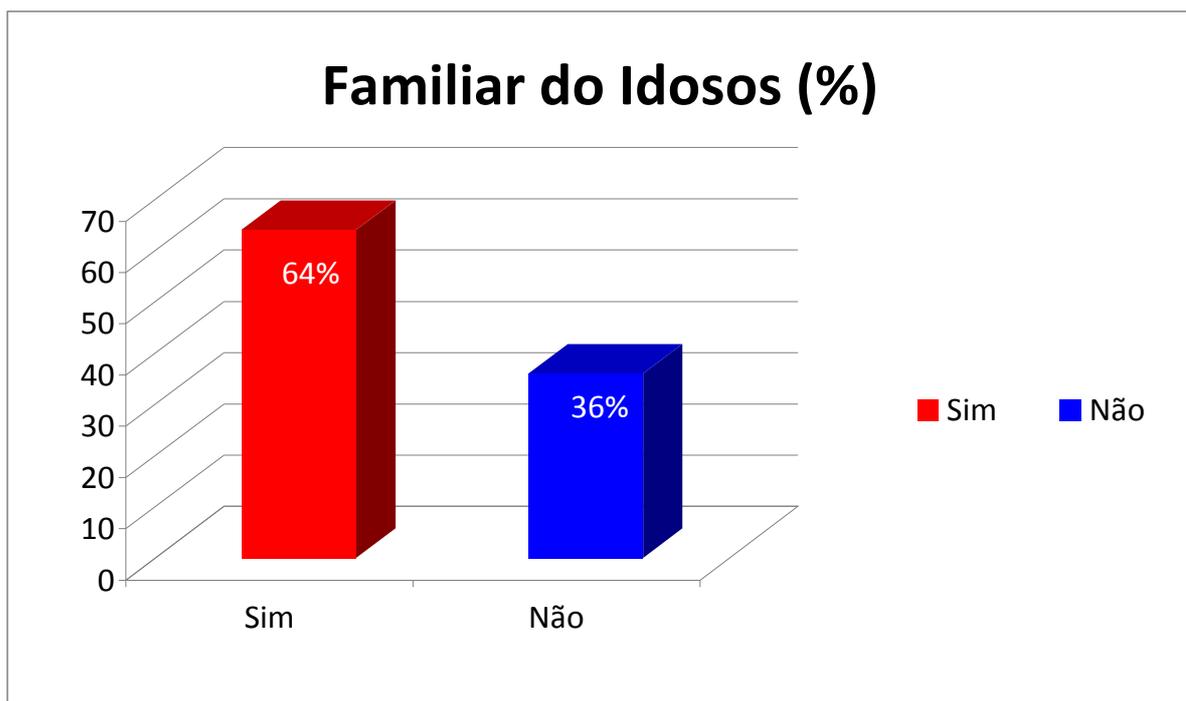
**Gráfico 9 - Distribuição dos entrevistados em relação a utilização de Hidratantes**

Esse resultado nos trás a informação de que a maioria dos cuidadores (64%) hidratam a pele dos idosos com algum tipo de hidratante ou óleo.



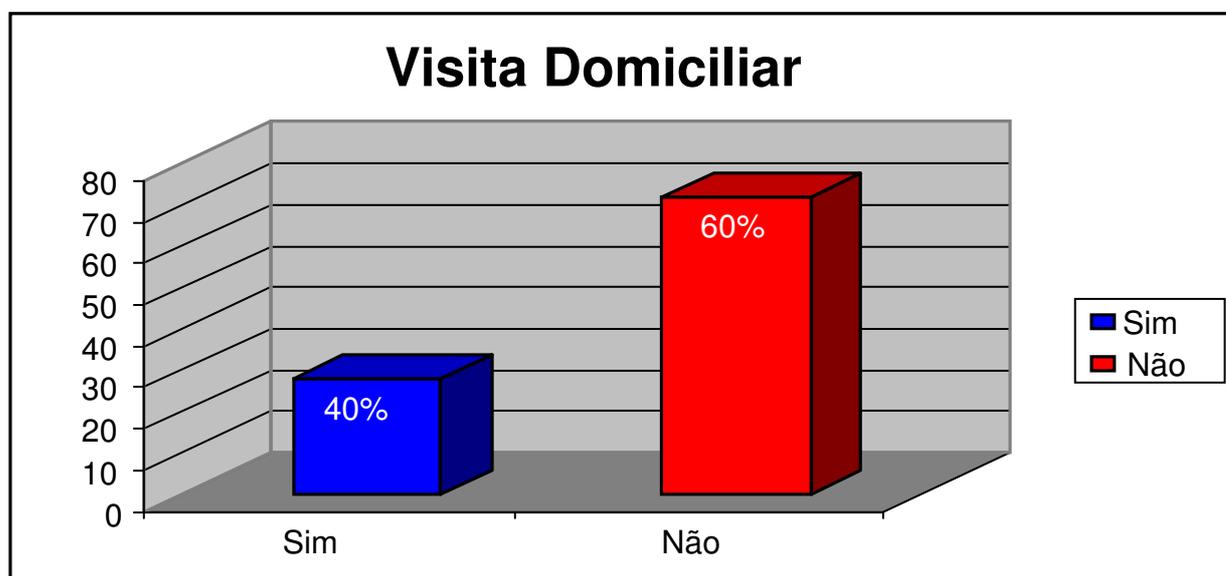
**Gráfico 10 - Distribuição dos entrevistados em relação a ulceração por decúbito prolongado**

O gráfico aponta um resultado positivo, pois 68% dos idosos acamados não possuem a úlcera de decúbito.



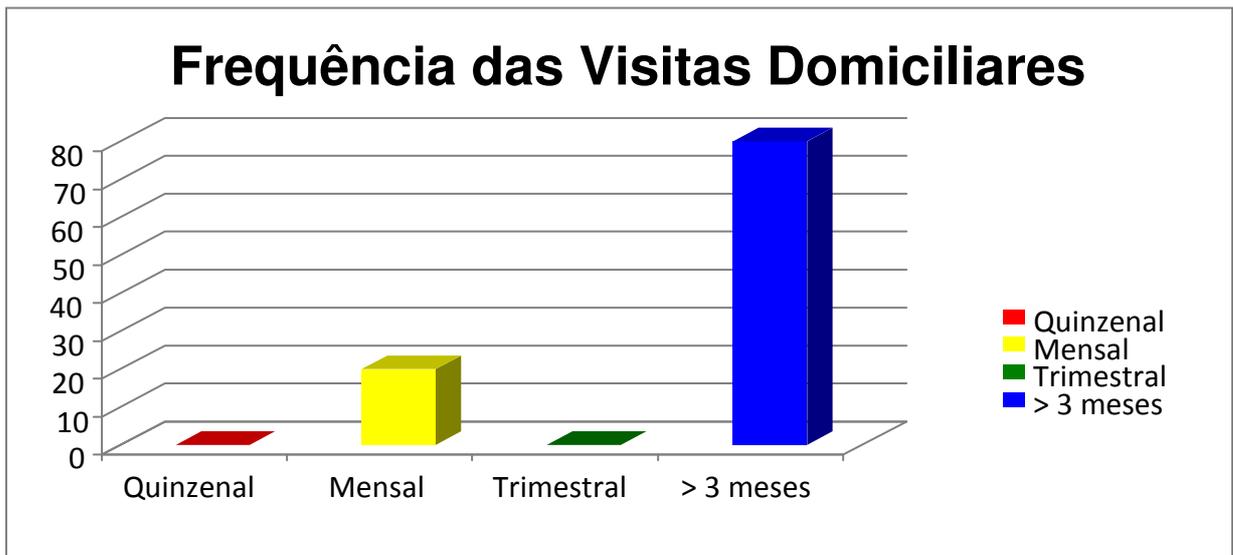
**Gráfico 11 - Distribuição dos entrevistados em relação ao Parentesco Familiar**

No gráfico percebemos que 64% dos cuidadores possuíam algum grau de parentesco com o idoso.



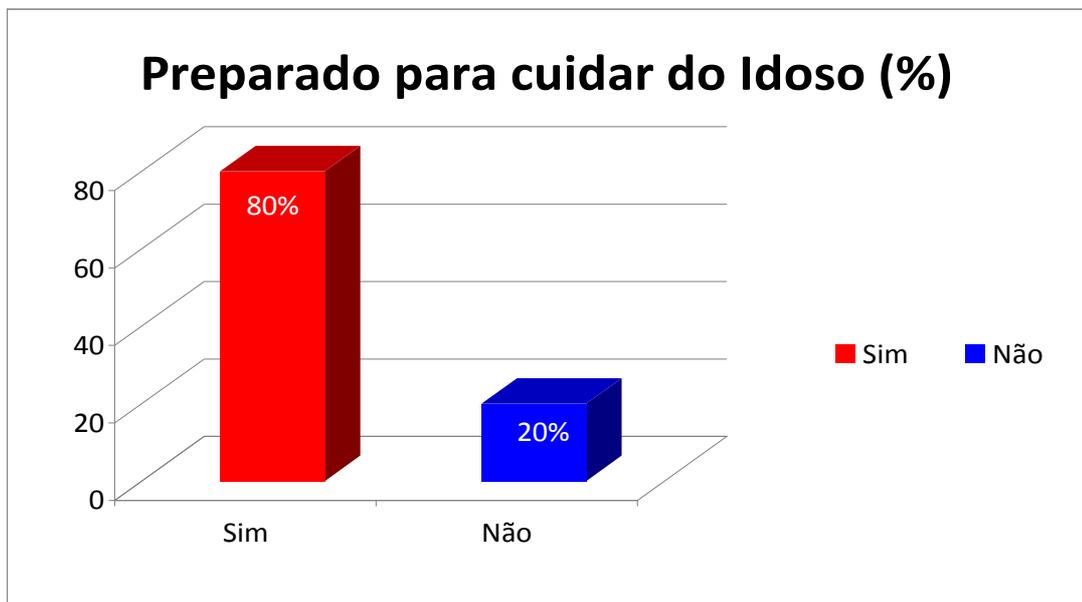
**Gráfico 12 - Distribuição dos entrevistados em relação a Visita Domiciliar realizada pelo Serviço de Saúde**

Nota-se com a interpretação deste gráfico que 72%, dos entrevistados relataram que nunca receberam visita domiciliar.



**Gráfico 13 - Distribuição dos resultados de acordo com as visitas**

Em relação as visitas domiciliares, apenas 20% dos idosos recebem visita domiciliar mensalmente e 80% receberam a visita há mais de 3 meses.



**Gráfico 14 - Distribuição dos entrevistados em relação ao preparo no cuidado com o idoso**

Em relação ao gráfico acima, percebe-se que 80% dos cuidadores sentem-se preparados para realizar os cuidados aos idosos, pois já receberam algum tipo de orientação ou já trabalharam na área, mas 20%, não possuem esse preparo e não se sentem a vontade e nem se sentem seguro para realizar essas atividades.

## 8 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

Delineou um caminho para a discussão do estudo, onde foi corroborado os dados levantados pela pesquisa de campo, fazendo um comparativo com a revisão de literatura.

Os dados serão apresentados através da leitura do material que foi obtido com a análise dos gráficos. Desta forma, há a apresentação e discussão dos resultados.

O trabalho concentrou-se em pesquisar cuidadores de idosos acamados com idade superior a 65 anos, tendo sido constatado que os idosos dependentes perfazem um total de 72% na faixa etária de 83 a 92 anos, esse resultado nos mostra o aumento na expectativa de vida dos idosos, Veras et al. (2008) consideram que:

Nesse mesmo período de 20 anos, a expectativa de vida aumentou em oito anos. Hoje, a população de idosos ultrapassa os 15 milhões de brasileiros (para uma população total de cerca de 170 milhões de habitantes), que em 20 anos serão de 32 milhões.

Isso nos mostra que com o avanço dos conhecimentos da engenharia genética e da biotecnologia, mais alta será a expectativa de vida, conseqüentemente, aumentando o relógio biológico da espécie humana (VERAS, 2009).

Na pesquisa realizada verificou-se que a maioria dos idosos acamados eram do sexo feminino, sendo 68% mulheres e 32% homens.

Segundo Veras (2009) a longevidade provoca um aumento no número de Patologias que acomete o idoso. Tais complicações, de acordo com Brunner e Suddarth (2005) são provocadas pelas alterações celulares e extracelulares que provocam mudança física e declínio dos sistemas orgânicos, facilitando o desenvolvimento de tais Patologias nessa faixa etária.

De acordo com as patologias que acometeram a dependência dos idosos temos uma prevalência de 36% de Acidente Vascular Cerebral, 20% de fratura óssea, 12% de Alzheimer e 32% são acometidos por outras doenças como Lombalgia,

Insuficiência Renal, Osteoporose, Acuidade visual prejudicada, Câncer, Enfisema Pulmonar, Artrose e Amputação.

Essa prevalência de 36% de Acidente Vascular Cerebral é uma consequência do grande número de doenças crônicas estabelecidas nos idosos, pois em um de seus estudos Veras (2009) constatou que oito em cada dez idosos possuem uma doença crônica, e apontou que essas doenças não são consequências inevitáveis do processo do envelhecimento, podendo ser evitadas com programas de prevenção, ações educativas e promoção à saúde, diminuindo os custos na parte de recuperação da saúde.

Como essa prevenção não é efetiva as doenças acabam se estabelecendo no idoso, e em alguns casos ocorre a perda da mobilidade física, principal fator de risco responsável pelo desenvolvimento de uma úlcera de decúbito. Os idosos que participaram da pesquisa eram todos acamados, e o tempo de dependência variava de 15 dias a 5 anos. A maioria dos idosos 44% estavam acamados há um 1 ano e 2 meses a 2 anos, 32% há 15 dias há um ano, 8% há três anos, 8% há 4 anos e 8% a cinco anos.

De acordo com a quantidade de copos de água ingerida por dia, percebe-se uma recusa na parte dos idosos em beber água, 64% dos idosos acamados só ingerem de 2 a 4 copos de água por dia, podendo ocorrer uma desestruturação biológica.

Segundo Aires (1999, p. 19)

A água é o solvente biológico por excelência e portanto, constitui a maior parte, em peso, de praticamente todas as estruturas biológicas, a exceção de estruturas esqueléticas. Assim cerca de 45% a 75% do peso corporal humano são constituídos de água.

De acordo com Guyton (1988), isso é decorrente da composição química da célula, pois a água é o principal meio líquido da célula variando de 70 a 85 %.

Segundo Eliopoulos (2005), essa diminuição da vontade de ingerir água pode ser decorrente da idade, do medo da incontinência, da incapacidade de tomar água sozinho, perda da motivação, alterações no humor ou distúrbios gastrintestinais

como náuseas, vômitos e diarreia. Mas essa falta de ingestão hídrica pode trazer prejuízos na saúde do idoso, pois com o avanço da idade ocorre uma perda do líquido intracelular corpóreo, diminuindo a margem de segurança e além de uma diminuição na hidratação da pele podendo ser um fator contribuinte para o aparecimento de úlceras de decúbito podendo ocorrer prejuízos como sérios distúrbios eletrolíticos.

Quanto ao número de refeições que o idoso realiza por dia percebe-se um resultado positivo, pois 52% realiza quatro refeições por dia, 24% três refeições, 12% cinco refeições e 12% seis refeições por dia, assim percebemos que a grande maioria 76% dos idosos conseguem ter uma boa aceitação alimentar, um grande aliado na prevenção e tratamento de úlceras de decúbito, mas 24% realizam apenas 3 refeições por dia com dificuldades, segundo o relato dos cuidadores, sendo um grande problema, pois de acordo com Freiras et al. (2006, p. 990):

Deficiências nutricionais relacionam-se fortemente ao desenvolvimento dessas lesões e frequentemente estão associadas a doença clínica grave e outros fatores de risco (principalmente imobilidade, dependência física e disfunção cognitiva), que por sua vez aumentam a incidência de complicações clínicas e infecções e se associam a maior mortalidade.

Hipoalbuminemia, anemia, linfopenia e peso corporal reduzido podem estar presentes nesses indivíduos. O estágio da úlcera está relacionado aos valores de albumina sérica: pacientes com grau IV apresentam geralmente as menores dosagens.

Recomenda-se avaliação nutricional sistematizada em indivíduos com risco de desenvolver úlcera de pressão, bem como naqueles com úlceras instaladas.

Como percebemos uma nutrição adequada é extremamente importante para manter a saúde dos idosos dependentes, principalmente uma alimentação rica em proteínas, pois estudos apontam que esse nutriente ajuda a reduzir a incidência de úlceras de decúbito em idosos em risco.

Em relação a mudança de decúbito constatamos em nossa pesquisa que há uma adesão adequada de cuidados realizados junto ao acamado, totalizando um percentual de 52% de cuidadores que realizam a mudança de decúbito a cada duas horas. Este é um dado corroborado em nossa pesquisa teórica por Freiras et al.

(2006), que enfatiza a importância do reposicionamento do idoso em intervalo máximo de duas horas, aplicando técnica adequada de posicionamento diminuindo assim a pressão e cisalhamento. Fato ressaltado por Irion (2005) quando relata que o principal fator de risco para o desenvolvimento de uma úlcera de decúbito é a falta de mobilidade.

Como existe a perda da mobilidade o idoso permanece muito tempo em uma só posição, mesmo realizando a mudança de decúbito a cada duas horas, dessa maneira deve-se diminuir a intensidade da pressão entre o idoso e a superfície que o sustenta usando-se colchões e superfícies de suporte especiais que vão desde colchões simples de espuma texturizada até sofisticados sistemas de alternância de pressão e de ar fluidificado (FREIRAS et al., 2006).

Em relação a utilização dessa superfície para diminuir a pressão entre o idoso e o colchão a maioria dos idosos 60% não utilizam o colchão piramidal “caixa de ovo” e 40% utilizam essa superfície, cabe ao enfermeiro estar orientando a família sobre a importância da utilização do colchão, e se a família não possui condições para comprar o produto, o enfermeiro deve procurar o serviço social para providenciar o colchão.

Outra intervenção preventiva para as úlceras de decúbito são a utilização de hidratantes ou óleos na pele do idoso, pois segundo Freiras et al. (2006) o indivíduo com risco de desenvolver a úlcera, deve ter mantida a integridade da pele através da hidratação.

Referente ao idoso possuir a úlcera tivemos uma resposta positiva, pois apenas 32% eram portadores e 68% não possuíam a úlcera, apontando que as medidas preventivas como as citadas anteriormente no levantamento bibliográfico estavam sendo efetuados com qualidade e temos de levar em conta que vários cuidadores particulares já trabalharam na área, o que contribui para uma melhor efetividade na prevenção

Outra pergunta realizada aos cuidadores domiciliares era sobre o grau de parentesco com o idoso, sendo que a maioria 64% era cuidador familiar e 36% eram contratados para realizar o cuidado ao idoso. Sabendo-se que a família no Brasil é o principal apoio ao idoso, considera-se que um cuidador familiar é um ente que se

disponibiliza para dedicar-se as necessidades para o bem-estar do enfermo, ou seja, uma pessoa com vínculos parentais oficializando o compromisso direto ou indiretamente pelo cuidado de um familiar enfermo ou dependente (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

No total dos 25 cuidadores todos eram do sexo feminino e apenas dois homens ajudavam no cuidado secundário, dado esse comprovado com a bibliografia levantada, pois a maioria das vezes, o papel de cuidador familiar é exercido pelo sexo feminino, principalmente, as esposas, filhas e netas, respectivamente. A história, cultura e tradição ajudam a explicar esse fato, pois no passado as mulheres não desempenhavam funções fora do âmbito domiciliar, cuidando dos afazeres domésticos e da família. Todavia, a uma mudança nessa realidade, pois as mulheres cada vez mais estão se inserindo no mercado de trabalho. Os estudos apontam que as cuidadoras, geralmente residem com os idosos, mas não deixam de lado sua rotina doméstica, ou seja, mesmo trabalhando continuam cuidando da casa e dedicando-se a família, gerando uma sobrecarga de trabalho, causando transtornos, implicando no social, físico, emocional, espiritual, prejudicando a qualidade de vida da cuidadora familiar (ALVAREZ; GONÇALVES, 2001 apud GONÇALVES et al., 2006).

Em relação a visita domiciliar, 72% nunca receberam uma visita domiciliar com orientações sobre prevenção de úlceras de decúbito e 28 % receberam a visita e orientações e apenas 20% dos idosos acamados recebiam a visita mensalmente e 80% recebiam em um tempo superior há três meses, mostrando uma enorme falha em relação a equipe de enfermagem das Unidades de Saúde e Programas da saúde da família, pois a enfermagem desempenha um papel primordial na prevenção de úlceras de decúbito, pois cuidam da família lidando com situações de saúde e doença e interagindo para proporcionar e devolver a harmonia familiar, pois a saúde de cada membro influencia a unidade familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2002 apud FIGUEIREDO; TONINI, 2007, p. 138).

O Enfermeiro e sua equipe devem acompanhar a família para ouvi-los, proporcionando um “desabafo”, aliviando seu emocional, explicando técnicas e a evolução desejada, sinais e sintomas que devem ser observados, orientar quanto a complicações como dificuldades respiratórias e broncoaspiração na hora da

alimentação, incentivar que mais membros da família participem de certos procedimentos como banho de leito e curativos, orientando de como realizar corretamente todos os procedimentos e o cuidado em deixar livre, ou usar apoios adequados nas proeminências ósseas, evitando o aparecimento de úlceras de decúbito, explicar como higienizar e guardar os materiais pessoais e utensílios usados nos cuidados, todo o tempo estimular a independência e autonomia da família, programar um cronograma para realização das atividades diárias, ajudando a sistematizar o cuidado, atentar aos riscos físicos, químicos, biológicos e emocionais no ambiente e principalmente realizar visitas periódicas acompanhando a evolução da família e do idoso (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

Diante a aplicação do questionário, foi perguntado ao cuidador se ele se sente seguro em realizar o ato de cuidador do idoso, a maioria dos entrevistados 80% responderam que estão preparados e 20% responderam que não. Esse dado nos mostra que cada pessoa ou família reage de uma maneira em relação ao aparecimento de uma doença e a dependência de um ente querido, com relação a essa questão levantada o Ministério da Saúde define que quando a família enfrenta bem o problema ocorre os Sistemas Familiares Funcionais e quando a doença atinge a família de forma difícil e sem aceitação dos familiares classifica-se como Sistemas Familiares Disfuncionais, onde a família não possui o comprometimento adequado, dinâmico e nem mesmo preserva a integridade do idoso dependente.

De acordo com Figueiredo e Tonini (2007), a superação de todos os obstáculos que a família transcorre depende do estágio que a família vivência, a importância do doente e a união nesse período crítico. Quando uma doença grave se instala no idoso, vários são os sentimentos despertados nos familiares.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a realização da pesquisa foi necessário o levantamento teórico sobre o processo de envelhecimento, úlcera de decúbito, o papel do cuidador e a importância da supervisão e orientação de um enfermeiro diante das famílias de idosos acamados. Com o levantamento bibliográfico e o questionário aplicado foi possível conhecer a rotina de um idoso dependente, do cuidador e de sua família, reconhecendo suas principais necessidades que precisam ser melhoradas para a obtenção de uma qualidade de vida adequada ao idoso.

O estudo aponta que os idosos aumentaram sua expectativa de vida, mas enfrentam problemas como doenças crônicas, que poderiam ser totalmente prevenidas em âmbito primário, mas como a prevenção não foi realizada, surge a consequência de tornar-se totalmente dependente dos cuidados da família ou de um cuidador particular, essa dependência do idoso depende da gravidade do caso podendo perdurar por meses ou anos.

Estabelecida essa dependência ocorre uma mudança na vida do idoso e na estrutura familiar, pois com a perda da mobilidade os cuidados deverão ser intensificados para prevenir as lesões.

A prevenção é realizada pelo cuidador familiar e/ou particular sob orientações da equipe de saúde, mas com a realização desse estudo percebemos que muitos idosos não recebem visitas domiciliares, ou seja com o aumento da população idosa no Brasil os serviços de saúde terão que adequar suas políticas para responder as novas demandas, proporcionando uma melhora na qualidade de vida do idoso.

Portanto, conclui-se que a atuação do enfermeiro torna-se, imprescindível, na identificação desses idosos que fazem parte do quadro de risco para o estabelecimento de uma úlcera de decúbito. E na medida em que tem como competências inerentes à profissão, avaliar, diagnosticar e planejar ações estratégicas capazes de incentivá-las a realizar as medidas preventivas com os cuidadores e familiares.

Enfatiza-se ainda, que o enfermeiro deve promover ações voltadas à capacitação e educação permanente da equipe de saúde, de modo que possam atuar como educadores, assim como o enfermeiro, com o intuito de orientar sobre a prevenção das úlceras abordando fatores de risco e sintomatologia, e conscientizando sobre a necessidade e importância de medidas preventivas.

Enfim, conclui-se que se faz necessária a continuidade em pesquisas inerentes ao tema em questão, visto que se trata de um agravo que pode ser evitado salientando a importância orientações para a promoção da saúde, prevenção e tratamento adequado aos quadros já estabelecidos.

## REFERÊNCIAS

AIRES, Margarida de Melo. **Fisiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

BICALHO, Cleide Straub; LACERDA, Maria Ribeiro; CATAFESTA, Fernanda. Refletindo sobre quem é o cuidador domiciliar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 118-123, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/11972/8443>>. Acesso em: 20 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Caderno de Atenção Básica n° 19. Brasília, 2006

BRUNNER, Lillian Sholts; SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Lisboa: Guanabara Koogan, 2005.

CALDAS, Célia Pereira. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. **Revista UNATI**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, 2002. Disponível em: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282002000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 20 ago. 2010.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300009&script=sci_arttext)>. Acessado em: 20 agosto, 2010.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FARAH, Olga Guilhermina Dias; SÁ, Ana Cristina. **Psicologia aplicada à enfermagem**. Barueri: Manole, 2008

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida; TONINI, Teresa. **SUS E PSF para Enfermagem: Práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

FREIRAS, Elizabete Viana et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GOMES, Flávia Valério de Lima; COSTA, Monica Ribeiro; MARIANO, Luciana Augusta A. **Manual de Curativos**. 3. rev. Goiânia, ago. 2005. Disponível em: <[http://www.santacasago.org.br/docs/ccih\\_manual\\_de\\_curativos.pdf](http://www.santacasago.org.br/docs/ccih_manual_de_curativos.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2010.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, out./dez. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072006000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 10 out. 2010.

GUYTON, Arthur C. **Fisiologia Humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

IRION, Glenn. **Feridas: Novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2010.

MENDES, Márcia R. S. S. Barbosa. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, out./dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000400011&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400011&lng=pt)>. Acesso em: 07 mar. 2010.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 1-9, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072005000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 ago 2010.

PEREIRA, Adriane Miró Vianna Benke; SCHNEIDER, Rodolfo Humberto; SCHWANKE, Carla Helena Augustin. Geriatria, uma especialidade centenária. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 4, p. 154-161, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/6253/4734>>. Acesso em: 18 mar. 2010.

PEREIRA, Renata Junqueira et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, jan./abr. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082006000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 03 mar. 2010.

POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

ROACH, Sally. **Introdução à Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SILVA, Roberto Carlos Lyra; FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida; MEIRELES, Isabella Barbosa. **Feridas**: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

VERAS, Renato et al. A assistência Suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, jul./ago. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232008000400007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232008000400007&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 20 ago. 2010.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, maio/jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102009000300020&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102009000300020&script=sci_arttext&tlng=e)>. Acesso em: 10 ago. 2010.

# APÊNDICE

## APÊNDICE A - FORMULÁRIO

### Dados referentes ao idoso:

1- Idade: \_\_\_\_\_

2- Sexo: \_\_\_\_\_

3- Patologia de base: \_\_\_\_\_

4- Quanto tempo está acamado? \_\_\_\_\_

5- Quantos copos de água o idoso ingere por dia?

( ) 2 a 4 copos de água (200 ml)    ( ) 4 a 6 copos de água (200 ml)

( ) 4 a 8 copos de água (200 ml)    ( ) 8 a 10 copos de água (200ml)

6- Quantas refeições o idoso realiza por dia?

( ) 3 refeições    ( ) 4 refeições    ( ) 5 refeições    ( ) 6 refeições

7- De quantas em quantas horas realiza-se a mudança de decúbito?

( ) 2 x 2 horas    ( ) 2,30 x 2,30 horas    ( ) 3 x 3 horas    ( ) mais de 3 horas

8- Utilizam alguma superfície sob o idoso como colchões de caixa de ovo ou colchão d' água?

( ) Sim

( ) Não

9- Utilizam hidratantes e/ou emolientes para massagem e prevenção de úlceras de decúbito?

( ) Sim

( ) Não

10- O idoso já possui a úlcera?

( ) Sim

( ) Não

**Dados referentes à família/cuidador:**

11- Você possui grau de parentesco com o idoso?

( ) Sim

( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

12- O serviço de saúde orientou a família/cuidador sobre a prevenção de úlcera de decúbito?

( ) Sim

( ) Não

13- Qual é a frequência de visitas domiciliares realizada pelo serviço de saúde?

( ) Quinzenal

( ) Mensal

( ) Trimestral

( ) Maior (>) que três meses

14- Você como cuidador, se sente preparado para prestar os cuidados necessários para a promoção do bem-estar do idoso acamado?

( ) Sim

( ) Não

# **ANEXOS**

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

estou sendo convidada(o), como voluntária (o), a participar da pesquisa: “Referencial Familiar: Um Ícone na Prevenção e Tratamento de Úlceras de Decúbito em Idosos Acamados” tendo sido esclarecido (a) que este estudo tem como objetivos orientar as famílias de idosos acamados, quanto aos cuidados preventivos e curativos no tratamento de úlceras de decúbito, na cidade de Palmital – SP, realizar levantamento das principais dificuldades dos idosos acamados e suas respectivas famílias, em relação aos cuidados, fornecer subsídios para a capacitação dos familiares no manejo do idoso acamado e promover a integração entre equipe de saúde e familiares de idosos acamados, visando melhora na qualidade de vida destes. Afirmando estar ciente do propósito da pesquisa e do meu envolvimento.

Entendo que os dados estão sendo levantados por meio de um formulário com perguntas objetivas, elaboradas para essa finalidade, que serão respondidas por mim, individualmente e anotadas por uma pesquisadora.

Compreendo que a pesquisa está sendo realizada pela estudante do 4º ano do curso de Graduação em Enfermagem da FEMA-Assis/SP, sob orientação da Professora Enfermeira Rosângela Gonçalves Silva. Serão garantidos, a mim, enquanto sujeito da pesquisa, anonimato e sigilo em relação a minha privacidade. Poderei recusar-me a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, não sofrendo penalização ou prejuízo pessoal. Não receberei nenhuma compensação financeira, como também não terei nenhum gasto/despesa por participar do estudo. Estou ciente de que este estudo foi devidamente submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos.

Esclareceram-me que a referida pesquisa tem finalidade acadêmica e que os resultados poderão ser divulgados e publicados, sendo preservada a minha identidade, enquanto sujeito da pesquisa.

Assis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisado: \_\_\_\_\_

**Pesquisadora:** Natália Aparecida Orlandi  
Rua: Santos Dumont, 985.  
Centro  
Telefone: (018) 3351-2661

**Orientador:** Rosângela Gonçalves Silva  
Rua: João Batista Dantas, 182.  
Vila Ribeiro.  
Telefone: (18) 3324-4700

## ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTADOR

Eu, Rosângela Gonçalves Silva, responsável principal pelo trabalho de conclusão de curso da participante: Natália Aparecida Orlandi, a qual está se graduando no curso de Enfermagem da FEMA/IMESA, venho por meio deste, me comprometer a utilizar todos os dados coletados, unicamente, para o trabalho intitulado “**Referencial Familiar: Um Ícone na Prevenção e Tratamento de Úlcera de Decúbito de Pacientes Acamados**”. Bem como, manter sigilo à identificação dos sujeitos, cujas informações terão acesso. Respeitando assim, os preceitos éticos e legais exigidos pela resolução nº. 196/96, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

---

Prof<sup>ª</sup>. Enf<sup>ª</sup>. Rosângela Gonçalves Silva

Assis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO C - ORÇAMENTO FINANCEIRO DA PESQUISA

DECLARO que durante toda a realização do Projeto de Pesquisa intitulado **“Referencial Familiar: Um Ícone na Prevenção e Tratamento de Úlcera de Decúbito de Pacientes Acamados,”** de autoria da graduanda Natália Aparecida Orlandi, sob minha orientação, não trará ônus financeiro para qualquer participante da pesquisa.

Por ser verdade, firmo o presente em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura - Orientadora

Prof<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Rosângela Gonçalves Silva

RG: 29335003-6

CPF: 278562348-73