

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS – UNCISAL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPEP
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE E TECNOLOGIA

THAUAN NARCISO DE LIMA FERRO

**AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS
ACAMADOS COM LESÕES POR PRESSÃO**

MACEIÓ-AL

2023

THAUAN NARCISO DE LIMA FERRO

**AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS
ACAMADOS COM LESÕES POR PRESSÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde e Tecnologia.

Orientadora: Dra. Ana Carolina Rocha Gomes Ferreira.

Coorientadora: Dra. Heloísa Helena Motta Bandini

Linha de pesquisa: Ensino em Saúde e Tecnologia.

MACEIÓ-AL

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da
Biblioteca Central Prof. Hólvio José de Farias Auto.

395a Ferro, Thauan Narciso de Lima
Avaliação das competências de cuidadores
informais de idosos acamados com lesões por
pressão: / Thauan Narciso de Lima Ferro. - 2023.
123 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação na
Saúde e Tecnologia) - Centro de Ciências da Saúde -
Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas,
Maceió, AL, 2023.

Orientadora: Ana Carolina Rocha Gomes Ferreira.
Coorientadora: Heloisa Helena Motta Bandini .

1. Cuidadores. 2. Idosos. 3. Lesão por pressão.
I. Ferreira, Ana Carolina Rocha Gomes, orientador.
II. Bandini , Heloisa Helena Motta, coorientador.
III. Título.

THAUAN NARCISO DE LIMA FERRO

AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS
ACAMADOS COM LESÕES POR PRESSÃO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde e Tecnologia.

Dissertação avaliada em 27 de outubro de 2023.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dra. Ana Carolina Rocha Gomes Ferreira
Orientadora - Universidade Estadual De Ciências Da Saúde De Alagoas

Dra. Heloísa Helena Motta Bandini
Co-orientadora - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Dra. Flávia Accioly Canuto Wanderley
Convidado Interno - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Dr. Antônio Fernando Silva Xavier Junior
Convidado Externo – Universidade Tiradentes

Dra. Monique Carla da Silva Reis
Convidado Interno - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

DEDICATÓRIA

Dedico à flor mais bela do meu jardim, àquela que me incentivou iniciar o mestrado e inspirou para finalizar este processo, uma parte mim que se foi fisicamente, mas que está presente em meu coração, que me ensinou que amar é semear saudade, minha mãe, Maria Nadir de Lima Rocha.

AGRADECIMENTOS

Com muita felicidade e satisfação, finalizo mais uma etapa do meu processo de formação e gostaria de agradecer a algumas pessoas especiais que foram importantes nesse processo.

Primeiramente, agradeço a Deus por me guiar e me encher de força de vontade para sempre lutar contra as correntes, que, apesar de tortuosas, me fortaleceram para o enfrentamento do grande oceano da vida e do conhecimento.

Ao meu pai, Claudenor Barbosa Ferro, pelo companheirismo e apoio durante todo o processo de formação. Obrigado, pai, por sempre ter acreditado e incentivado os meus planos em todos os momentos.

Agradeço à minha família, especialmente a meus irmãos e sobrinhas, Thais, Thaigo, Mylena, Helena e Kamyille, que estiveram presentes em todas as etapas do mestrado e vibraram cada conquista comigo.

Agradeço à minha orientadora, Dra. Ana Carolina Rocha Gomes Ferreira e coorientadora Heloisa Helena Motta Bandini, por terem acreditado em mim e terem me proporcionado tantas oportunidades de crescimento, pelos conselhos e por terem permitido a liberdade durante este processo.

Por fim, quero agradecer, com muito carinho, a participação de todos os cuidadores e idosos, público alvo desta dissertação, que se prontificaram em compartilhar todas as informações necessárias.

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis (ALENCAR, 1865).

RESUMO

A dependência funcional para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) podem ser fatores atenuantes para o surgimento de Lesão por Pressão (LPP) em indivíduos acamados. Os idosos se destacam, entre os indivíduos, por serem mais acometidos por doenças degenerativas, e por isso, necessitam ficar acamado, fato que, em muitos casos acarreta no desenvolvimento de LPP. O objetivo deste estudo foi correlacionar às competências do cuidador quanto ao nível de capacidade funcional e os fatores de risco de lesão por pressão em idosos acamados. Trata-se de um estudo observacional, transversal de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em uma etapa com 18 cuidadores e 18 idosos acamados com LPP cadastrados numa Unidade Docente Assistencial (UDA), onde aplicou-se os instrumentos: questionário de COPER-14, escala de Katz e Escala de Braden. Para caracterização da amostra foi realizada análise descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e, média e desvio padrão para as numéricas. Como resultado, observou-se que os idosos acamados possuem dependência parcial (11,2%) ou total (88,8%) para as ABVD, que possuem risco muito alto (33,3%), risco alto (16,7%), risco moderado (11,1%) e risco baixo (38,9%) para o surgimento e/ou agravamento da LPP. Todos os cuidadores possuem habilidades para o cuidado mesmo sem ter realizado formação técnica. Neste estudo foi possível concluir que idosos acamados com dependência funcional possuem agravantes para o surgimento e/ou agravamento das lesões por pressão e necessitam de cuidadores para acompanhamento em suas ABVD e que competências corretas para o cuidado minimiza os riscos de surgimento e/ou agravamento da LPP.

Palavras chave: Cuidadores; Idosos; Lesão por pressão.

ABSTRACT

Functional dependence for Basic Activities of Daily Living (BADL) may be mitigating factors for the emergence of Pressure Injury (PPI) in bedridden individuals. The elderly stand out, among individuals, for being more affected by degenerative diseases, and therefore, need to be bedridden, a fact that, in many cases, leads to the development of LPP. The objective of this study was to correlate the caregiver's skills regarding the level of functional capacity and the risk factors for pressure injuries in bedridden elderly people. This is an observational, cross-sectional study with a quantitative approach. The research was carried out in one stage with 18 caregivers and 18 bedridden elderly people with LPP registered in a Teaching Assistance Unit (UDA), where the instruments were applied: COPER-14 questionnaire, Katz scale and Braden Scale. To characterize the sample, a descriptive analysis was carried out using absolute frequencies and percentages for categorical variables and mean and standard deviation for numerical variables. As a result, it was observed that bedridden elderly people have partial (11.2%) or total (88.8%) dependence on BADL, which have a very high risk (33.3%), high risk (16.7%), moderate risk (11.1%) and low risk (38.9%) for the emergence and/or worsening of LPP. All caregivers have care skills even without having completed technical training. In this study, it was possible to conclude that bedridden elderly people with functional dependence have aggravating factors for the emergence and/or worsening of pressure injuries and need caregivers to monitor their BADL and that correct care skills minimize the risks of emergence and/or worsening of pressure injuries LPP.

Keywords: Caregivers; Elderly; Pressure injury.

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Avaliação das Atividades Básicas de vida diária dos idosos acamados com lesão por pressão através da escala de Katz, item em relação ao banho.....	46
Gráfico 02: Avaliação das Atividades Básicas de vida diária dos idosos acamados com lesão por pressão através da escala de Katz, item: em relação a se vestir.....	47
Gráfico 03: Avaliação das Atividades Básicas de vida diária dos idosos acamados com lesão por pressão através da escala de Katz, item: quanto à higiene pessoal.....	47
Gráfico 04: Avaliação das Atividades Básicas de vida diária dos idosos acamados com lesão por pressão através da escala de Katz, item: em relação à transferência.....	48
Gráfico 05: Avaliação das Atividades Básicas de vida diária dos idosos acamados com lesão por pressão através da escala de Katz, item: quanto à continência.....	48
Gráfico 06: Avaliação das Atividades Básicas de vida diária dos idosos acamados com lesão por pressão através da escala de Katz, item: em relação à alimentação.....	49
Gráfico 07: Avaliação do risco de surgimento de LPP através da escala de Braden. Item: Percepção sensorial.....	50
Gráfico 08: Avaliação do risco de surgimento de LPP através da escala de Braden. Item: Umidade.....	50
Gráfico 09: Avaliação do risco de surgimento de LPP através da escala de Braden. Item: Atividade.....	51
Gráfico 10: Avaliação do risco de surgimento de LPP através da escala de Braden. Item: Mobilidade.....	51
Gráfico 11: Avaliação do risco de surgimento de LPP através da escala de Braden. Item: Nutrição.....	52
Gráfico 12: Avaliação do risco de surgimento de LPP através da escala de Braden. Item: Fricção e cisalhamento.....	53

LISTAS DE TABELAS

Tabela 01 – Teste de correlação de Pearson	43
Tabela 02 – Transformação das variáveis	43
Tabela 03 – Regressão	45
Tabela 04 – Estatística descritiva da variável não categórica (escala de Katz).....	45
Tabela 05 – Estatística descritiva da variável não categórica (escala de Braden).....	49
Tabela 06 – Caracterização do perfil do cuidador informal.....	54
Tabela 07 – Caracterização do perfil do cuidador informal	55
Tabela 08 - Estatística descritiva da variável não categórica (questionário de COPER-14)	55
Tabela 09 – Avaliação das competências dos cuidadores de idosos acamados com lesão por pressão.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AD- Atenção Domiciliar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

LPP - Lesão por Pressão

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNL - Programação Neurolinguística

REA - Recurso Educacional Aberto

SUS - Sistema Único de Saúde

TALE – Termo de Assentimento Livre Esclarecido

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UDA - Unidade Docente Assistencial

UNCISAL - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

SUMÁRIO

1	Introdução	15
2	Fundamentação Teórica.....	18
2.1	Aspectos gerais e fisiológicos do envelhecimento.....	18
2.2	Principais patologias do idoso acamado e instrumento de avaliação das atividades básicas de vida diária.....	20
2.3	Fisiopatologia, estágios, avaliação, prevenção e tratamento da lesão por pressão	25
2.4	Atenção domiciliar e as competências de cuidadores de pacientes acamados.....	30
3	Tipo de estudo.....	35
3.1	Objetivos	35
3.1.1	Objetivo geral.....	35
3.1.2	Objetivos específicos	35
4	Procedimento metodológico	36
4.1	Local da pesquisa	36
4.2	Caracterização da amostra	36
4.3	Aspectos éticos	37
4.4	Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	37
4.4.1	Questionário de COPER -14.....	38
4.4.2	Escala de Katz.....	39
4.4.3	Escala de Braden.....	39
4.5	Análise dos dados.....	40

5	Resultados	41
6	Discussão	54
7	Conclusão	63
	Referências	64
8	Produto educacional.....	73
8.1	Introdução.....	73
8.2	Referencial teórico do produto.....	74
8.3	Referencial metodológico do produto.....	75
	Referências.....	78
	Apêndice.....	80
	Anexo	114

1. INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo natural que implica mudanças fisiológicas, graduais e inevitáveis, entendido como um processo progressivo da diminuição da reserva funcional e de perdas de capacidades físicas e funcionais (XAVIER *et al.*, 2019). Do ponto de vista físico, com o processo de envelhecimento o idoso pode referir fraqueza muscular, perda de apetite, astenia, adipisia, perda de peso, incontínências e quedas (SILVA *et al.*, 2017). Os sintomas psicológicos presentes no envelhecimento são: perda de atenção, interesse, iniciativa e motivação (MACIEL *et al.*, 2012). Quanto aos sintomas cognitivos o idoso pode perder a capacidade de comunicação e compreensão. Além disso, do ponto de vista social o idoso pode se afastar das suas atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária (MENDES, NOVELLI, 2015).

Os idosos se destacam como população com maior chance de desenvolver LPP por serem mais acometidos por doenças degenerativas consequentemente ficam acamados (LOPES, 2017). A mudança de decúbito do paciente acamado no âmbito domiciliar é uma das alternativas de prevenção de LPP, no entanto, a conscientização de tal prática deve ser enfatizada pela equipe de saúde através de orientação aos cuidadores sobre a exposição a fatores de risco para o aparecimento da lesão (AYALA, GALENDE e STOEBERL, 2016).

O surgimento de feridas onera os gastos públicos e prejudica a qualidade de vida da população, devido às alterações que provocam a desmotivação e incapacidade para o cuidado, como também para as atividades de vida e do convívio social. Por esta razão, constitui um sério problema de saúde pública (SOUZA *et al.*, 2020).

Os fatores etiológicos evidenciados para o surgimento de lesões por pressão (LPP) são: períodos prolongados de internação hospitalar; posicionamentos incorretos no leito; colchões inadequados; negligência ao cuidado; estar acamado por problema de saúde agudo ou crônico (LIMA *et al.*, 2021). Manter o decúbito prolongado resulta em isquemia nos tecidos subjacentes e favorece o surgimento de LPP (SOARES *et al.*, 2022).

A identificação dos fatores de risco para o surgimento de LPP pode ser um excelente ponto de partida para a realização de estratégias terapêuticas e de educação em saúde (ANJOS *et al.*, 2023). Como exemplos de ações educativas

têm-se as atividades de grupos educativos, atividades lúdicas, oficinas e atividade de educação permanente. Essas ações são entendidas como um processo de capacitação de indivíduos e de grupos que solucionam problemas de saúde, ou seja, um processo contínuo que inclui o crescimento dos trabalhadores de saúde, através da reflexão conjunta sobre o trabalho desenvolvido e suas relações com a melhoria das condições de saúde da população (MADRUGA *et al.*, 2015).

Jansen, Silva e Moura (2020) concluíram que a escala de Braden têm sido amplamente utilizadas nos mais diversos cenários como instrumento de avaliação de risco para o surgimento e/ou agravamento das LPP. Uma vez que, a escala identifica os fatores de risco para o surgimento de lesões e possibilita a intervenção da equipe nos referidos resultados, para minimizar a possibilidade do agravamento do estado de saúde devido da lesão.

No ano de 2008, o Ministério da Saúde criou um Guia Prático do Cuidador e o define por meio da Classificação Brasileira de Ocupações como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (BRASIL, p.63, 2023). Esta pessoa pode ser alguém da família ou da comunidade, que presta cuidados a outra pessoa de qualquer idade, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008). Segundo a portaria 825/2016 no art. 2 e inciso III, cuidador é a pessoa (s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá (ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar (BRASIL, 2016).

O cuidador possui a função de acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha, contudo, não faz parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos que sejam de profissionais de área de saúde exemplificando na área de enfermagem (BRASIL, 2008). Todavia, a maioria dos cuidadores de pacientes são familiares, e não possuem formação técnica em saúde, por esta razão podem realizar cuidados equivocados (SANCHES, 2019). No estudo de Oliveira Filho *et al.* (2019), realizaram uma pesquisa descritiva, quantitativa longitudinal sobre intervenção e implicações na qualidade de vida de cuidadores de idosos, e verificou que a orientação na

capacitação de cuidadores se faz necessária para a autonomia e confiança do cuidador que realiza um cuidado integral e reduzir os riscos de saúde.

Os cuidadores e familiares que participam de educação em saúde com orientações de profissionais habilitados se sentem mais confiantes, motivados, menos temerosos e mais preparados para a execução dos cuidados. A ação para orientação dos cuidados pode ser realizada através da educação, ou seja, da reestruturação de práticas educativas tradicionais, como: para estimular o cuidador a ter relações dialógicas com profissionais de saúde (SILVA, REIS e ORLANDI, 2023).

Este cuidado em saúde tradicional apresenta diversas dimensões interdependentes, que operam com lógicas diferentes e dependentes da ação ou do protagonismo de múltiplos atores. As tecnologias em saúde apresentam avanços evidentes no que tange ao cuidado, para objetivar a melhora direta da prestação de atendimento ao paciente e seus familiares (KRAU, 2015), e para proporcionar um adequado cuidado, com bem-estar, segurança e autonomia (SILVA, REIS e ORLANDI, 2023).

Estudos de Valer (2015); Campos *et al.* (2017); Sanches, Santos e Rodovanovic (2021); Santos *et al.* (2021), demonstram que as competências do cuidador são primordiais para oferecer um cuidado integral ao paciente acamado. Por esta razão, o presente estudo indaga quanto maior a competência do cuidador melhor as habilidades referentes ao cuidado de percepção sensorial, mudança de decúbito, umidade da pele, posicionamentos de higienização, posicionamentos de alimentação e transferências.

Diante do exposto, o presente trabalho tem o objetivo de avaliar às competências do cuidador quanto o nível de capacidade funcional e os fatores de risco de lesão por pressão em idosos acamados.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. ASPECTOS GERAIS E FISIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO

Segundo o estatuto do Idoso, indivíduos com idade cronológica a partir dos 60 anos, são considerados idosos, no entanto, atualmente se faz necessário analisar o conceito multidimensional que abrange as características biológicas, psicológicas e sociais (BOMFIM, SILVA e CAMARGOS, 2022). Atualmente os idosos são classificados em três grupos: os idosos jovens, pessoas de 60 a 74 anos, que são ativas e cheias de vida e vigorosas; os idosos velhos, de 74 a 84 anos e os idosos mais velhos, de 85 ou mais, que têm uma maior predisposição a doenças crônicas e com comprometimento funcional para desempenhar as atividades básicas de vida diária (FERNANDES e QUEIROZ, 2022).

Essas classificações compreendem o processo de envelhecimento como uma construção baseada na forma que se vive e se administra os hábitos de vida, com implicações em diferentes aspectos, baseados nas relações dentro do contexto social, cultural e físico (TAVARES *et al.*, 2017). Estima-se que no ano de 2025 haverá mais de 30 milhões de idosos, o que levará o Brasil a 6ª posição entre os países com mais idosos no mundo (VERAS e OLIVEIRA, 2018). Para Tavares *et al.* (2017), com o aumento da expectativa de vida da população idosa está presente algumas doenças crônicas não transmissíveis que são provenientes do processo de senilidade. Nas últimas décadas os idosos têm adquirido hábitos de vida saudáveis, que são determinantes para um envelhecimento ativo e independente (FERNANDES e QUEIROZ, 2022).

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que haja perda a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar (XAVIER *et al.*, 2019). Tais alterações são estudadas por profissionais da saúde. Neste processo de envelhecimento ocorre as alterações celulares e extracelulares que causam declínio funcional e mudanças mensuráveis na aparência física, incluindo modificações no formato e na composição corporal. O envelhecimento celular e os déficits teciduais diminuem a capacidade do corpo manter a homeostase e impedem que os sistemas orgânicos trabalhem com eficiência (BRUNNER e SUDDARTH, 2018).

Envelhecer gera declínio nos mais diversos sistemas. O idoso terá alterações no sistema tegumentar, a diminuição da gordura subcutânea, do líquido intersticial, do tônus muscular, da cartilagem articular, do sistema nervoso, da atividade glandular e dos receptores sensoriais. Essas alterações fisiológicas estão descritas nos diversos sistemas (BRUNNER e SUDDARTH, 2018). Quanto ao sistema muscular, devido ao processo de sarcopenia o músculo do idoso tende a perder massa muscular devido a diminuição do peso, da área de secção transversal e do número de células. A perda de células musculares com idade depende exclusivamente do grau de atividade física que o indivíduo exerce, do seu estado nutricional e do aspecto hereditário (SILVA *et al.*, 2017) A capacidade funcional muscular é importante para o desempenho das atividades de vida diária e para independência funcional do idoso, uma vez que, a perda muscular significativa tende a desenvolver alterações funcionais ligadas a mobilidade, força e funcionalidade (SILVA, 2017).

O sistema nervoso é responsável por diferentes tipos de sensações, movimentos, funções psíquicas, cognitivas entre outras. Este sistema é o mais comprometido com o processo de envelhecimento, pois o cérebro diminui de tamanho e peso, e o indivíduo tende a perder capacidades funcionais. Existem estudos que revelam através de imagem funcional do cérebro, a atividade neural e como ela muda de acordo com a idade. As regiões cerebrais distintas relacionadas às funções cognitivas apresentam menor ativação coordenada com o envelhecimento (DARDENGO e MAFRA, 2019). O Sistema tegumentar também é afetado com o processo de envelhecimento. A pele e anexos é composta por duas camadas, epiderme e a derme. A epiderme é constituída de células, enquanto a derme por tecido conjuntivo que contém fibras colágenas e elásticas que dão elasticidade e firmeza à pele, que por sua vez sofrem alterações provenientes do processo de envelhecimento (VANDERLEY *et al.*, 2022). Com o processo de envelhecimento, essas fibras alteram-se e a elastina perde sua capacidade protetiva, tornando-se porosa, perdendo, assim, a elasticidade e dando o aspecto flácido, frágil e sensível da pele do idoso (VIEIRA *et al.*, 2017).

O envelhecimento da pele afeta diretamente a função e a aparência. A diminuição do número de capilares na pele resulta em diminuição na irrigação sanguínea. Essas alterações causam perda de elasticidade, rugas e flacidez da

pele, a qual fica mais suscetível a lesões. Essas fragilidades se acentuam quando o idoso por motivo patológico se restringe ao leito por um período de tempo. Pela fragilidade tegumentar e alterações nos diversos sistemas incluindo o imunológico, faz com que o paciente idoso permaneça mais tempo internado pela suscetibilidade a infecções, principalmente quando o idoso possui alteração algum sistema do aparelho locomotor (BRUNNER e SUDDARTH, 2018).

As alterações fisiológicas podem levar a uma limitação de capacidades físicas e cognitivas no idoso. Essas limitações trazem alterações funcionais que diminuem a capacidade funcional para a execução de atividades de vida diária, que restringem o idoso ao leito (ANJOS *et al.*, 2023).

2.2. PRINCIPAIS PATOLOGIAS DO IDOSO ACAMADO E INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

O número de idosos que dependem de cuidados tende a aumentar principalmente pelo comprometimento de mobilidade no idoso por origem multifatorial, no entanto com predominância por patologias neurológicas, musculoesqueléticas e com o surgimento de doenças recorrentes ao processo de hospitalização (GIAQUINI, LENI e DORING, 2017). A capacidade funcional pode ser compreendida através da análise biomecânica e cognitiva, onde através da capacidade musculoesquelética e cogtiva o idoso realiza atividades funcionais em seu cotidiano. Dentre as atividades desempenhadas através da capacidade funcional estão as ABVD, que são: banhar-se, vestir-se, alimentar-se e mobilizar-se (IKEGAMI *et al.*, 2020)

A diminuição da capacidade funcional do idoso e o grau de fragilidade estão associados ao processo de envelhecimento, e às doenças crônicas não transmissíveis. A dependência funcional para os cuidados básicos de vida diária não deve ser encarada como um estado permanente, mas um processo dinâmico cuja evolução pode ser modificada, prevenida e/ou reduzida através de assistência especializada (MELLADO e LIMA, 2023).

Historicamente, o paciente que demanda cuidados caracteriza-se por estar impossibilitado de exercer o autocuidado, seja de forma parcial ou total, requerendo auxílio para realização das ABVD (VIEIRA *et al.*, 2015). Dentre os idosos internados, acredita-se que 30 a 40% desenvolvem algum déficit de mobilidade após a

hospitalização, independente da causa da internação. Além das restrições funcionais, a restrição ao leito e dependência funcional podem favorecer alterações fisiológicas, do estado emocional, manifestada por crises de ansiedade, apatia, depressão e isolamento social (LEDUC, LEDUC e SUGUINO, 2014).

Do ponto de vista físico, o idoso sedentário pode referir fraqueza, perda de apetite, fadiga, adipisia, perda de peso, quedas e incontinências. Os sintomas psicológicos são: perda da atenção, interesse, iniciativa e motivação. Quanto aos sintomas cognitivos o idoso pode perder a capacidade de comunicação e compreensão. Além disso, do ponto de vista social o idoso pode se afastar das suas atividades usuais e ficar isolado. Ambas as características podem levar ao declínio da capacidade funcional para as atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária (MELLADO e LIMA, 2023).

Vieira *et al.* (2015) e Giaquini, Lini e Doring (2017), referem que a condição do idoso acamado é um fator importante a ser avaliado pela equipe multiprofissional de saúde. As intervenções relacionadas ao tratamento e prevenção de agravos são eficazes e podem reduzir significativamente as complicações inerentes à condição de acamado. Para Brito, Menezes e Olinda (2015), este declínio pode estar associado à presença de doenças crônicas não transmissíveis como a imobilidade, característica comum em doenças neurológicas, como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), doenças traumatológicas e ortopédicas casos de fraturas em membro inferior e síndrome do imobilismo e doenças oncológicas. Segundo Belloni e Cesari (2019), o desenvolvimento dessas doenças crônicas também é decorrente da perda contínua da função dos órgãos e sistemas biológicos. A perda de função pode levar a limitações funcionais, e, por sua vez, pode gerar dependência para a realização de tarefas essenciais à sobrevivência no dia a dia.

Pessoas com doenças neurológicas podem apresentar comprometimento funcional e cognitivo, tornando-o pouco funcional e com um alto nível de dependência para as atividades de vida diária. Além de enfrentar o processo patológico neurológico. Tal idoso acamado tende a desenvolver problemas secundários a condição, sendo: desnutrição, pneumonia, imobilidade e LPP (MATOS *et al.*, 2023). Para Moreira *et al.* (2018), as doenças neurológicas neurodegenerativas mais comuns em idosos são: Alzheimer e Parkinson. Alguns sintomas, embora também surjam em idades mais precoces, alcançam maior

prevalência em idosos, como a demência e tremores. As consequências secundárias e limitantes dessas patologias são os déficits funcionais como transtorno de marcha, equilíbrio, cognição, mobilidade etc. Devido a diminuição da capacidade funcional, idosos com doenças neurológicas no estado avançado tendem a ficar acamados e dependentes do cuidado.

Outra patologia comum é o AVE que pode causar incapacidades permanentes, podendo resultar na condição de acamado. As principais consequências do AVE que podem ser observadas são: alterações cognitivas, emocionais, motoras, problemas de memória, na fala, linguagem e comprometimento nas funções executivas (SCHEWINSKY e ALVES, 2017). Para Vieira, Fialho e Moreira (2014), o AVE é a terceira causa de morte mundial, e é definido pela interrupção do fluxo sanguíneo para o encéfalo, ocasionando danos na função neurológica. Apresenta-se como a principal causa de incapacidade funcional a longo prazo que gera deficiência física crônica, que limita as capacidades funcionais e cognitivas, afetando as atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária.

O AVE apresenta uma associação com a incapacidade funcional grave, pois além do período hospitalar o idoso necessitará de cuidados específicos em seu domicílio, uma vez que a patologia gera sequelas físicas e requerem cuidados especiais por parte de um cuidador capacitado (UTIDA, BATISTON e SOUZA, 2016). De acordo com o grau de comprometimento das sequelas, o paciente acometido precisará de cuidados frequentes, é, nesse momento, que surge a assistência do cuidador, que pode ser um profissional ou membro da família. Na maioria dos casos, a família sofre mudanças na rotina para adequar-se às necessidades do idoso e, dessa forma, se envolve totalmente no cuidado do familiar adoecido (ARAUJO *et al.*, 2014).

Por sua vez, a população idosa apresenta alterações no sistema musculoesquelético, como redução da força muscular, do equilíbrio, dos reflexos e da densidade mineral óssea, resultando em osteopenia e osteoporose, o que tem levado ao aumento dos casos de doenças traumatológicas como a fratura na população geriátrica (BELLONI e CESARI, 2019). Os principais fatores que acometem e predispõe quedas e fraturas em idosos são: osteoporose,

sedentarismo, incapacidade física, perda da capacidade cognitiva, perda de equilíbrio, entre outros (MADEIRAS *et al.*, 2019).

As fraturas em idosos são consideradas um importante problema de saúde devido à alta incidência, complicações decorrentes e elevados custos do seu tratamento para o sistema de saúde. O tratamento para os casos de fraturas pode ser conservador ou cirúrgico que vai depender do tipo de fratura e da condição clínica do idoso (CARVALHO, 2013). Das muitas fraturas sofridas por idosos, a de maior incidência são as fraturas de fêmur, que atingem principalmente as mulheres (MADEIRAS *et al.*, 2019). Essa fratura pode ser a causadora de um trauma no indivíduo trazendo para estas consequências graves como a perda da autonomia, ou seja, a dependência de um cuidador para realizar as atividades cotidianas. Com a fratura, o idoso passará por períodos de hospitalização, cirurgia (quando necessário) e recuperação acamado, fatores de risco para complicações como lesões por pressão (SOARES *et al.*, 2015).

Ishinashi (2018) define a síndrome do imobilismo (SI) como uma condição em que o idoso tem sua mobilidade diminuída. Seu sistema musculoesquelético está em déficit, deixando o idoso com risco de incapacidade, visto que sua habilidade motora está em declínio, podendo acarretar patologias como: osteoporose, fraturas, espondilose degenerativa, estenose do canal vertebral e sarcopenia, como acentuar qualquer patologia pré-existente. Para Ogata e Nakamura (2016), a SI compromete as funções básicas do idoso como sentar ou levantar, deixando o idoso acamado e com limitações severas. O corpo humano é composto, entre outros, pelo sistema locomotor, que são os ossos, articulações, músculos e ligamentos, que devido ao desuso sofrem alterações cinético funcionais. Quando é observada qualquer alteração nesses sistemas aparecem comprometimentos de equilíbrio, que resultam em dor, levando a uma amplitude de movimento restringida e dependência para as mudanças de decúbito, que se não realizadas de maneira eficaz pode levar ao desenvolvimento de lesões por pressão.

A SI ocorre em todas as idades é conhecida como a doença do envelhecimento, devido sua grande incidência entre os idosos, pois 60% das pessoas diagnosticadas com câncer são idosos acima de 65 anos (TONETI *et al.*, 2014). O câncer é uma doença que acomete todas as idades, no entanto é conhecida como a doença do envelhecimento, devido sua grande incidência entre os

idosos, já que mais de 60% dos casos novos ocorrem acima dos 60 anos de idade. No Brasil, as taxas de incidência e prevalência para todos os tipos de câncer são três ou quatro vezes maior nos idosos em relação aos adultos (FRANCISCO *et al.*, 2020).

O câncer e seu tratamento são debilitantes e quando realizado em idosos prevê algumas alterações que justificam a condição de acamado, como: dor, astenia, fraqueza muscular, cansaço, perda de apetite, lesões etc. Todas as alterações físicas somadas ao dano psicológico podem levar ao idoso a ficar restrito no leito de forma temporária e nos casos mais avançados de forma permanente (MANSANO e CEOLIM, 2014). Na atualidade, há uma tendência para que sejam transferidos à família os cuidados para o idoso, com aumento da sobrecarga dos cuidados, em especial quando o diagnóstico do câncer está estágio avançado. Diante disso, surge o cuidador principal que é responsável pelas tarefas como o auxílio das ABVD (FERREIRA *et al.*, 2016).

Quando o idoso possui qualquer comprometimento em saúde que o deixa na situação de acamado é necessário avaliar o nível de capacidade funcional para estabelecer os níveis de cuidados (BORDIN *et al.*, 2020). A avaliação das condições físicas dos idosos permite ampliar a compreensão de suas necessidades e de seu nível de dependência. As informações geradas através desses instrumentos podem direcionar os níveis de apoio que o idoso pode precisar. Existem instrumentos para a avaliação do estado funcional de idosos como a escala de Katz (LEITE *et al.*, 2020).

Antonelli *et al.* (2017) e Leite *et al.* (2020), referem que a escala de Katz leva em conta a independência e a autonomia das pessoas, sendo relacionadas à capacidade de efetuar as ABVD, como: banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se, ser continente e comer sem ajuda. Com o início desta avaliação é provável criar uma efetividade dos tratamentos propostos, já que o diagnóstico, baseado apenas na análise clínica, torna-se impróprio, devido às mudanças fisiológicas que acontecem nas pessoas de idade. O resultado desse instrumento determina se o paciente é independente, dependente parcial ou dependência total.

Para Antonelli *et al.* (2017) e Souza, Santana e Jesus (2017) utilizaram a escala de Katz no início da avaliação de idosos pode ser efetivo para elaborar um plano de tratamento baseado nas necessidades relacionadas ao nível de dependência do idoso. Leite *et al.* (2020) também consideram a análise do nível de

dependência do idoso na proposta do tratamento, uma vez que, idosos que necessitam de cuidados para a execução das ABVD diária necessitam de cuidadores que devem estar atento as orientações dos profissionais de saúde.

2.3. FISIOPATOLOGIA, ESTÁGIOS, AVALIAÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO

As lesões por pressão - LPP são complicações possíveis de ocorrer em pessoas em situação de fragilidade, principalmente naquelas com déficit de mobilidade e idade avançadas que estão acamadas em caráter temporário ou permanente. A LPP está localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre regiões com proeminência óssea, resultante da pressão ou cisalhamento, causado pela fricção, podendo ser afetada por fatores como microclima, nutrição, perfusão periférica e as comorbidades (FREITAS *et al.*, 2011 e ANDRADE *et al.*, 2016).

A LPP desenvolve-se devido às alterações patológicas na perfusão sanguínea da pele e dos tecidos subjacentes. Na fase inicial ocorre a diminuição da circulação nas camadas superficiais da pele e conforme a isquemia se aproxima das proeminências ósseas, áreas maiores de tecidos são acometidas (SOARES *et al.*, 2022). Para Petz *et al.* (2017) os fatores predisponentes para o desenvolvimento de lesões na pele estão associados às fragilidades tegumentar inerentes ao processo de envelhecimento, e das condições individuais aplicadas aos cuidados de cada idoso; desse modo podem ocorrer alterações na qualidade de vida dos idosos, bem como sequelas advindas do aumento do tempo de imobilidade.

Soares *et al.* (2022) definem a LPP como áreas de necrose tissular, as quais são desenvolvidas quando o tecido mole é submetido a pressão contínua, entre uma proeminência óssea e uma superfície externa, por longo período. Seu aparecimento se dá a partir de dois determinantes etiológicos: a intensidade e a duração da pressão. Para Padula *et al.* (2019) existem fatores extrínsecos que devem ser considerados, como: fricção, cisalhamento, umidade, redução ou perda da sensibilidade, força muscular e imobilidade.

Para o Ministério da Saúde (2013) a LPP é classificada em estágios e de acordo com as características que ela apresenta. No estágio 1 seria o Eritema não branqueável. Neste estágio, a pele continua íntegra, com rubor não branqueável,

numa área específica, normalmente sobre uma região com proeminência óssea. Nesse estágio a pele vai apresentar sinais de lesões iminentes como eritema ou alteração na coloração da pele íntegra, reversível à digitopressão devido à hiperemia reativa que pode desaparecer após 24 horas de alívio da pressão. No estágio 2, existe a perda parcial da espessura da pele, que se apresenta como uma lesão superficial, rosada, sem esfacelamento. Pode se manifestar como flictema fechada ou aberta, preenchida por um líquido seroso ou seroso-hemático. Nesses casos ocorre a perda da integridade cutânea, parcialmente a sua espessura, podendo envolver camadas como epiderme, derme ou ambas. No estágio 3 há perda total da espessura da pele; o tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não tem exposição óssea, de tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado. No estágio 04 há perda total da espessura dos tecidos com exposição de ossos, tendões ou músculos. Nesse estágio, o tecido desvitalizado e/ou tecido necrótico pode estar presente. Há perda da integridade cutânea em sua espessura total com destruição extensa, necrose do tecido celular subcutâneo e comprometimento do tecido muscular, ósseo, ou de estruturas de suporte. Por fim, a LPP inclassificáveis ou não graduáveis há uma perda total da espessura dos tecidos, ao qual em sua profundidade atual não é identificada devido a presença do tecido necrótico, de aparência amarelada, acastanhado, cinzento, verde ou castanho. Até que se tenha removido todo o tecido necrótico não é possível identificar a verdadeira profundidade da lesão.

Devido à dimensão da problemática, a Organização Mundial de Saúde - OMS (2016) traçou objetivos a serem alcançados através de protocolos básicos de segurança do paciente acamado com LPP. Esses protocolos foram implementados por dois motivos: pouco custo para implantação e magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Nesse sentido, algumas medidas são importantes para o tratamento dessas lesões, como: educação em saúde por parte da equipe multidisciplinar sobre medidas preventivas do surgimento e/ou agravamento das LPP; diagnóstico do estágio da LPP por parte dos enfermeiros e a prescrição do curativo adequado (BONFIM *et al.*, 2019).

Os pacientes críticos hospitalizados apresentam alto risco de desenvolver LPP quando estão acamados ou com déficit de mobilidade. Para prevenir tais lesões é necessário a intervenção de profissionais da saúde (JANSEN, SILVA e MOURA,

2020). As LPP para os idosos acamados representam um grave problema de saúde em termos de sofrimento pessoal e econômico. Um grande desafio da equipe multidisciplinar juntamente com cuidadores é evitar esse problema. Por isso, o uso de um instrumento ou escala de avaliação de risco facilita a identificação de fatores de risco para o surgimento e agravamento da LPP. Por esta razão, a avaliação de risco deve ser adotada de forma sistematizada e aplicada, tanto no momento da admissão como nas reavaliações (ALVES, BORGES e BRITO, 2014).

A escala de Braden investiga os fatores intrínsecos e extrínsecos aos pacientes que possuem risco de desenvolver lesões. A utilização dos instrumentos auxilia o profissional de saúde no planejamento direcionado ao fator de risco de cada idoso (SOARES, MACHADO e BEZERRA, 2015). Tal escala é bastante utilizada, pois auxilia o profissional de saúde na mensuração do risco e no planejamento da assistência direcionada para os fatores de riscos de cada paciente (SOARES, MACHADO e BEZERRA, 2015). No Brasil foi traduzida, adaptada e testada sua validade preditiva pela aplicação clínica, concluindo que a mesma tem valor preditivo na população avaliada. Ela foi desenvolvida baseada na fisiopatologia das LPP, por meio de dois determinantes críticos: a intensidade e a duração da pressão, a tolerância da pele e das estruturas de suporte para cada força (SALGADO *et al.*, 2018).

Na aplicação da Escala de Braden no domicílio do paciente acamado, a escala avalia seis categorias diferentes: percepção sensorial; atividade; mobilidade; nutrição; fricção e cisalhamento. As cinco primeiras subescalas são pontuadas de um que equivale a menos favorável, a quatro considerado mais favorável; a sexta subescala, fricção e cisalhamento, é pontuada de 01 a 03. A somatória total está entre os valores de 06 a 23. A contagem dos pontos baixos indica baixa habilidade funcional, portanto o paciente apresenta risco de desenvolver lesões por pressão (FREITAS e ALBERTI, 2013).

Para Castro (2021) após a avaliação com a escala de Braden a equipe em saúde deve montar um protocolo de prevenção de LPP. As recomendações são baseadas nos riscos, onde para o baixo risco recomenda-se o cronograma de mudança de decúbito a cada duas horas; otimização da mobilização, manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão. Os idosos classificados com risco moderado deve-se

continuar as intervenções de baixo risco e realizar as mudanças de decúbito com posicionamento de 30 graus. Em relação aos idosos com alto risco é recomendado continuar com a mudança de decúbito e a utilização de coxins de espuma para facilitar os planos de lateralização. Por fim, quando classificado com risco muito alto é recomendado continuar com as intervenções de alto risco e utilizar superfícies de apoio com pequena perda de ar.

Portanto, a escala Braden é eficaz para avaliação dos riscos do surgimento de LPP e seus resultados podem ser utilizados como ponto de partida para o plano terapêutico de prevenção e tratamento de lesões (JANSEN, SILVA e MOURA, 2019).

No que compete ao tratamento a prevenção e ao tratamento, Report *et al.* (2017) citam que a *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* lançou em 2014 um guia prático de consulta rápida sobre prevenção e tratamento de LPP, com o objetivo de desenvolver recomendações baseados em evidência para a prevenção e tratamento das lesões, podendo ser utilizadas por profissionais em todo o mundo através da padronização de cuidados.

A fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON (2023) sintetiza as recomendações e estratégias para a prevenção e/ou agravamento das LPP. Para estabelecer uma prevenção é necessária a avaliação minuciosa no momento da admissão; reavaliação utilizando escalas validadas, como a escala de Braden; Inspeção diária da pele; manejo e cuidados com a umidade da pele; otimização, nutrição, hidratação como também minimizar a pressão através das mudanças de posicionamentos.

Jansen, Silva e Moura (2019) afirmam que a prevenção de LPP deve conter uma rotina que inclui: avaliação do grau de risco do surgimento e/ou agravamento da lesão; confecção de um protocolo individualizado de prevenção; utilização de escalas de avaliação do grau de risco; quadro demonstrativo enfatizando as área afetadas com risco de desenvolver LPP; providenciar colchão de poliuretano; mobilização e mudança de decúbito a cada duas horas; proteção das saliências ósseas; registro das alterações de pele; manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão; orientações sobre cuidados em saúde e posicionamentos para o paciente acamado.

Todo tratamento de LPP deve envolver uma avaliação minuciosa da condição clínica e funcional do idoso e da lesão e das regiões envolvidas, da pele adjacente, do estado do curativo, da eficácia do plano analgésico e da presença de complicações, essa avaliação e plano terapêutico deve ser realizada pela equipe multidisciplinar (LIMA *et al.*, 2023). Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele do idoso. O objetivo da mudança de decúbito a cada duas horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolver a LPP (CASTRO, 2021).

O paciente acamado geralmente utiliza fraldas, quando há exposição prolongada a urina e fezes pode causar dermatite de contato e irritação na região, a umidade da superfície da pele, o aumento do pH da superfície da pele, enzimas digestivas intestinais, atividade repetidas de limpeza de pele e um possível ambiente oclusivo como as fraldas descartáveis, podem contribuir para irritação e inflamação dos tecidos da região. Dessa forma, recomenda-se materiais lisos e respiráveis com capacidade máxima de absorção, como a limpeza logo após a sujeira, com produtos de limpeza suave para não agredir a pele já fragilizada do idoso (KOTTNER e BEECKMAN, 2015).

A limpeza da LPP deve ser feita com soro fisiológico e técnicas assépticas. Quanto ao tipo de curativo indicado para o tratamento levará em consideração as características da lesão, como a quantidade de exsudato, o grau de ressecamento da lesão e a presença de tecido infectado ou com necrose (JESUS *et al.*, 2023). Quanto ao tipo de tratamento utilizado na troca de curativos de LPP poderão utilizar: placas de hidrocolóides, hidrogel, alginato, desbridamento cirúrgico, desbridamento enzimático através do uso de enzimas proteolíticas tópicas como colagenase, desbridamento mecânico com o uso de curativos de gaze úmida ou seca, irrigação e lavagem em jato (LOURO, FERREIRA e PÓVOA, 2007 e LUZ *et al.*, 2010).

Para Castro (2021) todo processo evolutivo do tratamento deve respeitar as características da LPP. Assim, é necessária a escuta eficiente com as queixas e dúvidas do paciente e sua família, a avaliação diária da LPP e das condições nutricionais e metabólicas do paciente e sua resposta ao tratamento proposto, garantindo assim, uma assistência de qualidade e segura ao paciente.

Em suma, a LPP causa grande impacto na vida dos idosos, familiares e sistema de saúde, por serem recorrentes, incapacitantes e repercutem de forma

severa na qualidade de vida, causando dor, sofrimento, aumento no tempo de internação e complicações associadas às doenças de base. Assim, é necessária uma assistência multidisciplinar levando em consideração o cuidado ao idoso de forma integral (SILVA *et al.*, 2017).

2.4. ATENÇÃO DOMICILIAR E AS COMPETÊNCIAS DE CUIDADORES DE PACIENTES ACAMADOS

O crescimento da Atenção Domiciliar - AD no Brasil é significativo desde a última década do século XX. A modalidade em saúde ocorre tanto no setor público quanto no privado, fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde, que visam a diminuição dos custos hospitalares com assistência humanizada no domicílio (OLIVEIRA *et al.*, 2023). A resolução 825/2016 dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam AD, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA do Ministério da Saúde. Diante disso, a AD deve ofertar as orientações no que diz respeito à assistência a ser prestada pelo cuidador, que é a pessoa, com ou sem vínculo familiar, capaz de auxiliar o indivíduo, em suas necessidades de vida diária (BRASIL, 2016).

Os serviços de AD no Brasil estiveram por muito tempo ligados à área de saúde pública, e o cuidado domiciliar aparece como uma forte alternativa de evitar ou abreviar internações, reduzindo custos e possibilitando uma assistência humanizada no ambiente domiciliar (OLIVEIRA *et al.*, 2023). A AD tem como intuito promover e estimular a manutenção e autonomia do paciente e cuidador, pois as ABVD podem ser executadas no tempo que convenha ao paciente, com o incentivo, apoio e possibilidade de maior desenvolvimento entre cuidador e idoso (FERREIRA *et al.*, 2019).

Esta modalidade surgiu como estratégia de reorganização do modelo assistencial que visa a melhoria da qualidade de vida, convívio familiar e a desoneração dos serviços de saúde ao atender pacientes com condições crônicas de saúde e dependentes para a realização das atividades básicas de vida diária (BRAGA *et al.*, 2016). A AD pode ser caracterizada pelo desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde tanto do indivíduo como da família. Neste modelo, a atenção em saúde é de grande importância para a organização dos serviços de saúde e através dele é possível realizar orientações sobre cuidados em

saúde do paciente acamado, orientando ao cuidador a realizar uma assistência de maior qualidade. (SANTOS *et al.*, 2023).

A AD possibilita ao idoso uma interação com o seu meio, na forma mais equilibrada e harmoniosa possível, possibilitando um compartilhamento de responsabilidades do cuidado (LOPES e SOUZA, 2015). O domicílio também é um espaço que se reveste de potência para revisão das práticas assistenciais, privilegiado para estabelecimento de educação permanente através da atenção básica ou complementar em saúde, visando efetivar a integralidade da assistência ao articular trabalho e educação (NOGUEIRA *et al.*, 2019). Ademais, os objetivos da AD são: contribuir para a otimização dos leitos e do atendimento ambulatorial, visando a redução de custos; reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio; proporcionar assistência humanizada e integral, por meio de uma maior aproximação da equipe de saúde com a família; estimular uma participação do paciente e da sua família no tratamento proposto; promover educação em saúde (CARNAÚBA *et al.*, 2017).

Para Lima, Spagnuolo e Patrício (2013), os benefícios dessa modalidade de assistência seriam a diminuição das reinternações e dos custos hospitalares; manutenção do paciente no núcleo familiar e o aumento da qualidade de vida deste e de seus familiares. Além disso, o domicílio é considerado um lugar seguro ao idoso, evitando com isso sua institucionalização.

Segundo a portaria 825/2016 os critérios de elegibilidade para a aceitação do idoso na AD costumam levar em consideração a estabilidade clínica, rede de suporte social como cuidadores e/ou familiares; ambiente seguro e apropriado; avaliação profissional das demandas existentes e suporte financeiro (BRASIL, 2016). Essa modalidade de assistência à saúde prestada no domicílio, tem como pressuposto a desospitalização, como uma maneira de produzir cuidado, fortalecendo a humanização e qualidade de vida (BRITO *et al.*, 2013). Diante disso, a AD desencadeou um processo de reorganização do trabalho em saúde, com ênfase no trabalho do cuidador, que pode ter ou não vínculo familiar (ANDRADE *et al.*, 2013).

A maioria dos cuidadores de pacientes são familiares e não possuem formação técnica em saúde, ao se deparar com o processo de adoecimento do paciente podem realizar cuidados equivocados. No entanto, os familiares cuidadores

que recebem orientações através de profissionais de saúde se sentem mais capazes de executar os cuidados (BATISTA *et al.*, 2023).

Quando o cuidador não possui conhecimentos específicos, está sobrecarregado ou não adaptado ao papel de cuidar, pode executar os cuidados ao paciente de maneira inadequada ou insuficiente. As competências dos cuidadores devem ser estimuladas e promovidas no contexto familiar do cuidado, principalmente quando o indivíduo vivencia o cuidado pela primeira vez (PLEASANT *et al.*, 2017). As atividades de cuidado no domicílio são ensinadas por profissionais de saúde, mas na sua grande maioria são realizadas sem a presença desses profissionais. Dessa forma, para garantir uma assistência ideal é importante que os familiares e cuidadores estejam instruídos para dar continuidade a proposta terapêutica (BRASIL, 2016).

Para manter cuidado com idosos é necessário entender alguns cuidados básicos, como: prevenção de quedas, limpeza do ambiente, mudança de decúbito, estímulo à movimentação e condução, controle de uso de medicamentos, higienização e manejo alimentar (ALMEIDA, 2005). Para gerir o cuidado é necessário que o cuidador entenda do processo patológico, sinais e sintomas, complicações e monitoramento dos sinais vitais, estando alerta para em casos de intercorrências notificar a equipe em saúde e até mesmo buscar assistência na rede de urgência (MENDES, 2010).

As competências do cuidador não se restringem a conhecimentos técnicos adquiridos pelo indivíduo, referem-se também à capacidade da pessoa assumir a iniciativa, ir além das tarefas estabelecidas, ser hábil em entender e dominar novas situações de trabalho, ser responsável e reconhecida por suas atitudes (HOLM *et al.*, 2017 e LANDEIRO *et al.*, 2015). A competência para cuidar é vista como um processo contínuo, entendido como um fenômeno interminável, construindo com base na experiência com a prática, com a reflexão crítica e com sua aquisição de conhecimentos (SERRANO *et al.*, 2011). Para Sanches (2019) cuidadores informais devem desenvolver as competências cognitivas, emocionais, psicomotoras e relacionais para ofertar um cuidado de forma integral.

Uma competência que deve ser adquirida é a emocional, que se baseia na inteligência emocional e resulta na qualidade do desempenho no trabalho. Aspectos da competência emocional estão ligados à capacidade da pessoa ter iniciativa,

empatia, respeito e adaptação (TAN *et al.*, 2013). Essa competência é denominada pelo autoconhecimento, da capacidade de reconhecer suas próprias emoções e seus efeitos, conhecer as limitações, ter autoconfiança, saber gerir emoções e impulsos negativos, manter padrões de honestidade e ser flexível (KALLY *et al.*, 2014).

Por sua vez, a competência psicomotora é entendida como a capacidade de executar o cuidado com destreza manual e manuseando as tecnologias de suporte. Os cuidados estão relacionados ao saber/fazer as atividades de vida diária que o idoso necessita e não consegue realizar de forma autônoma (STEVEN e LEROY, 2015). Para esta competência é necessário que o cuidador entenda quais suportes tecnológicos utilizar e manusear, como por exemplo: saber ajustar, higienizar aparelhos de suporte à respiração; reconhecer emergências como paradas respiratórias e cardiorrespiratórias; saber realizar a manutenção de drenos de eliminação vesical; realizar e fazer a assepsia desses equipamentos (LINGLER *et al.*, 2016).

Quanto às competências relacionais são entendidas por meio da construção do vínculo entre cuidador e pessoa cuidada, estabelecendo uma relação de respeito, com a presença de comunicação efetiva. Essas competências estão diretamente relacionadas à relação familiar antes do processo de dependência, isso indica dizer que relações desgastadas, anteriores ao adoecimento, tendem a continuar difíceis tanto para o cuidador quanto para o paciente (SANCHES, 2019). Para o desenvolvimento da competência relacional os cuidadores necessitam acolher o paciente como ele é e aceitar suas subjetividades como: valores, crenças, sentimentos e hábitos (URIBE *et al.*, 2017). Recomenda-se que o cuidador estabeleça uma rotina que se aproxime da rotina cotidiana realizada antes do adoecimento, e estabelecer uma comunicação verbal ou não verbal (JANSEN *et al.*, 2015).

Nesse sentido, estudos demonstram que as competências dos cuidadores podem variar de acordo com sua escolaridade, níveis de apoio, conhecimento sobre o processo patológico e suas manifestações, como as próprias características pessoais (FERNANDES e ANGELO, 2016 e CARRILLO *et al.*, 2014). O processo de orientação do cuidador bem como a sua avaliação de competência para o cuidado contribui diretamente para a qualidade do serviço prestado no domicílio. Ou seja,

avaliar se o cuidador possui competências para o desenvolvimento das atividades permite ao profissional de saúde ofertar o apoio e programar estratégias de educação em saúde para o fortalecimento e superação das dificuldades (HOLM *et al.*, 2016).

Para avaliação das competências dos cuidadores têm-se o questionário de COPER-14, que serve como estratégia para a classificação do nível de competência para o cuidado a nível domiciliar. A aplicação deste questionário identifica de maneira preventiva e antecipatória, as dificuldades do cuidador informal ao prestar o cuidado com qualidade no domicílio (SANCHES, 2019). O questionário COPER-14 foi construído e validado por Sanches e colaboradores (2019) e têm como objetivo avaliar as competências cognitivas, emocionais, psicomotoras e relacionais do cuidador informal para oferta do cuidado aos pacientes dependentes (Sanches, Santos e Radovanovic, 2021).

3. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal de abordagem quantitativa.

Para Polit e Beck (2011) esse tipo de estudo permite ao pesquisador conhecer o que existe e que pode ser observado, como descrever o problema em seus elementos mais frequentes.

A pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números e informações para classificar e analisar. Para tal, requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas como porcentagem, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outros (PRODANOV; FREITAS, 2013).

3.1. OBJETIVOS

3.1.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar às competências do cuidador quanto o nível de capacidade funcional e os fatores de risco de lesão por pressão em idosos acamados.

3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Correlacionar as competências cognitivas, emocionais, psicomotoras e relacionais dos cuidadores de idosos acamados com lesões por pressão.
- Verificar o nível de capacidade funcional e os fatores de risco do surgimento de lesões, no idoso acamado com lesão assistido na Unidade Docente Assistencial;
- Elaborar um recurso educativo audiovisual sobre cuidados em saúde com idosos acamados.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1. LOCAL DA PESQUISA

A Unidade Docente Assistencial - UDA está localizada na cidade de Maceió-Alagoas.

A UDA está situada em um Centro Universitário da rede privada de Maceió-Alagoas. Neste local, os alunos dos cursos de enfermagem, fisioterapia, psicologia, serviço social e nutrição estão sob a supervisão de professores e profissionais da saúde. Nesta ocasião têm a oportunidade de vivenciar a rotina da profissão que escolheram, além de colocar em prática a teoria da sala de aula.

A UDA recebe usuários por demanda espontânea e oferta os seguintes serviços: acolhimento humanizado; vacinação; procedimentos básicos: curativos e retiradas de pontos; coleta de citologia oncológica; orientação e fornecimento ao usuário de medicamentos básicos e insumos para curativos; fornecimento de contraceptivos e preservativos; planejamento familiar; grupos de educação em saúde; marcação de exames e consultas especializadas, dentre outros (Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, 2021).

4.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi selecionada a partir dos pacientes idosos acamados e seus cuidadores registrados na UDA, que recorrem ao SUS para receberem insumos para trocas de seus curativos. A coleta foi realizada em dezembro de 2022, neste período estavam registrados 18 pacientes.

Como forma de abranger todos os idosos acamados com lesão que recebem assistência na Unidade Docente Assistencial não foi delimitado um diagnóstico ou trauma específico para os idosos. Portanto os participantes da pesquisa foram idosos acamados com lesões que possuíam algum tipo de dependência.

Os diagnósticos clínicos dos idosos foram coletados junto com a família e/ou cuidador. Enfatizamos que os diagnósticos clínicos estavam acompanhados de características funcionais como a perda de força, flexibilidade, mobilidade e déficit de controle motor em algum domínio. Essas características implicam diretamente na dependência do idoso, como também na execução das atividades básicas de vida

diária, como: tomar banho, se vestir, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação.

Para este fim, foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: Indivíduos que se autodenominem cuidadores de idosos acamados, cadastrados na UDA, maiores de 18 anos, alfabetizados e que não possuam formação técnica em saúde. E os critérios de exclusão foram: cuidadores de idosos acamados com limitação cognitiva perceptível, deficiência auditiva e/ou visual.

A amostra resultou em 18 cuidadores e 18 idosos acamados. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa por meio de contato telefônico para agendamento no horário de sua conveniência para realizar a visita domiciliar de coleta de informações do cuidador e idoso acamado em um momento oportuno.

4.3. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNCISAL, sob resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS, 2012) a Constituição Federal e leis infraconstitucionais, com aprovação parecer sob nº 5.661.644 CAAE nº 62526522.0.0000.5011 (ANEXO I). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Neste momento da visita foram apresentados os objetivos da pesquisa e a proposta metodológica a ser aplicada (Questionário COPER-14, Escala de Katz e Escala de Braden), bem como, o TCLE para cuidador (APÊNCIDE I), e para responsável legal pelo idoso (APÊNCIDE II), bem como, o TALE (APÊNDICE III) para o idoso.

Para preservar a identidade dos participantes, em respeito às normas da Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, os participantes foram identificados em números cardinais.

4.4. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Didaticamente a pesquisa foi realizada em uma etapa, e foram aplicados os seguintes instrumentos sequencialmente: o questionário de COPER-14, Escala de

Katz, Escala de Braden. Para este fim, foram agendadas as visitas de acordo com a territorialização para facilitar o processo de coleta de dados. A coleta dos dados ocorreu numa única visita domiciliar através da aplicação dos instrumentos, onde o questionário COPER-14 foi direcionado ao cuidador, e a escala de Katz e Escala de Braden direcionado ao idoso acamado com lesão, no entanto para coletar respostas se fez necessário o auxílio do cuidador.

4.4.1. QUESTIONÁRIO DE COPER-14

O questionário COPER-14 (ANEXO II) construído e validado por Sanches, Santos, Radovanovic (2021), tem como objetivo avaliar as competências cognitivas, emocionais, psicomotoras e relacionais do cuidador informal para oferta do cuidado aos pacientes dependentes. A competência cognitiva é a capacidade que o cuidador deve possuir para conhecer e compreender a razão pela qual determinado cuidado deve ser realizado. A competência psicomotora pode ser compreendida como a capacidade de saber-fazer, a destreza manual para se executar o cuidado. As competências emocionais estão relacionadas com os aspectos da sobrecarga e estresse. Por último, as competências relacionais dizem respeito à capacidade de manter comunicação efetiva e construção de vínculo com a pessoa cuidada.

Tal questionário é de fácil execução por parte do profissional da saúde, dividido em duas partes. A primeira parte, composta por 13 questões de caracterização do cuidador, como: nome; idade; sexo; estado civil; escolaridade; renda familiar; se trabalha; grau de parentesco; carga horária diária do cuidado; há quanto tempo cuida da pessoa; se possui experiência anterior como cuidador; se já participou de cursos de formação de cuidadores; se possui problemas de saúde (SANCHES, 2019).

A segunda parte, composta por 14 questões que abordam avaliação do conhecimento para identificar: limitações físicas; sinais e sintomas de piora da saúde; necessidades de alimentação; sinais e sintomas de desidratação; horário, efeitos colaterais, indicações, contraindicações e alergias dos remédios que o paciente usa; expressões faciais como forma de comunicação; e reconhecer sinais das alterações nas eliminações fisiológicas. Em seguida se pergunta o quanto o cuidador se sente adaptado com a rotina diária de cuidados e em exercer o papel de cuidador. E por fim, como o cuidador se sente em relação ao seu preparo para

administrar/ofertar remédios; avaliar a temperatura corporal; despir e vestir; comunicar-se e estimular a autonomia da pessoa que se cuida (SANCHES, 2019).

4.4.2. ESCALA DE KATZ

A escala de Katz (ANEXO III) foi traduzida e adaptada à cultura brasileira, é um instrumento muito usado por pesquisadores para avaliar a capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária (LINO *et al.*, 2008). Dessa forma, o instrumento busca avaliar a capacidade funcional por meio de seis categorias: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, realizar transferências, continências e alimentação. Em cada resposta o paciente é categorizado como dependente ou independente (KAGAWA, 2012).

A escala possui a seguinte pontuação: 6 indica que o sujeito é independente para as ABVD, ou seja, possui habilidade para desempenhar algumas tarefas cotidianas; 4 indica uma dependência parcial, o indivíduo requerer ou não auxílio; e igual ou inferior a 2 implica na necessidade de assistência, indicando uma dependência importante (FREITAS *et al.*, 2002)

4.4.3. ESCALA DE BRADEN

A aplicação da Escala de Braden (ANEXO IV) no domicílio do paciente acamado é utilizada para identificar os fatores de risco associados à prevenção e/ou agravamento de LPP. Esta escala avalia seis categorias diferentes: percepção sensorial; atividade; mobilidade; nutrição; fricção e cisalhamento. As cinco primeiras subescalas são pontuadas de um (menos favorável) a quatro (mais favorável); a sexta subescala, fricção e cisalhamento é pontuada de 01 a 03. A somatória total está entre os valores de 06 a 23. A contagem dos pontos baixos indica baixa habilidade funcional, estando, portanto, o paciente com risco de desenvolver lesões por pressão (FREITAS; ALBERTI, 2013).

A coleta de dados do estudo ocorreu entre 12 e 21 de dezembro de 2022. Para os participantes com dificuldades em leitura e interpretação foi realizado a leitura conjunta, mas eles que respondiam as questões, no caso dos idosos impossibilitados de responder, os cuidadores e/ou responsável responderam as questões.

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados e tabulados no programa *Microsoft Office Excel* e posteriormente importados para o programa estatístico *Jamovi* e em seguida descritas em formas de tabelas e/ou gráficos. Para a caracterização da amostra foi realizada análise descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e, média e desvio padrão para as numéricas. Para verificar a correlação entre as competências dos cuidadores de idosos acamados com os fatores de risco para o surgimento e/ou agravamento de lesões foi utilizado o teste de correlação de *Pearson*.

5. RESULTADOS

Na tabela 01 foi realizado o teste de correlação de Pearson para verificar a correlação entre os instrumentos: Escala de Katz, Escala de Braden e Questionário de COPER-14. Onde se obteve o resultado:

Tabela 01: Teste de correlação de Pearson

	<i>Braden</i>	<i>Cooper</i>	<i>Katz</i>
Braden	1		
Coper	0,839***	1	
Katz	0,570***	0,319	1

*** Correlação significativa a 1% (Valor-P<1%)

Fonte: Dados da pesquisa

As correlações entre Escala de Braden e Questionário de COPER-14 e Escala de Braden e Escala de Katz são positivas e estatisticamente significantes a 1%. Aparentemente há uma associação entre as variáveis, que pode ser mais bem compreendida por meio do emprego do modelo de regressão linear.

No intuito de se testar, de forma adequada, as hipóteses associadas a uma possível associação envolvendo capacitação do cuidador, independência funcional do idoso e o risco de acidentes foi utilizada a análise de regressão.

No intuito de se avaliar a normalidade das variáveis, foram realizadas transformações nas mesmas a fim de que sua distribuição se assemelhasse à gaussiana. Deste modo, foram feitas transformações nas variáveis observando o resultado do teste qui quadrado de aderência à Gaussiana. As variáveis transformadas foram:

Tabela 02: Transformações das variáveis.

Variável	Tipo de transformação	Forma
Katz	Identidade	Katz
Coper	Logaritmo	Log(Cooper)
Braden	Logaritmo	Log(Braden)
Katz*Coper	Multiplicação	Log(Cooper)*Log(katz)

Fonte: Dados da pesquisa

Colocou-se o termo trans à esquerda da variável transformada. As regressões foram realizadas com as variáveis transformadas.

$$\begin{aligned}
 \text{Braden} &= \beta_0 + \beta_1 \text{Cooper}_i + \beta_2 \text{Katz}_i + \beta_3 \text{Cooper} * \text{Katz}_i + \epsilon_i \\
 \text{Log(Braden)} &= \beta_0 + \beta_1 \text{Log(Cooper)} + \beta_2 \text{Katz}_i + \beta_3 \text{Log(Cooper)} * \text{Log(katz)}
 \end{aligned}$$

***VDependente Braden
 ***VIndependente (2 conjuntos)
 Conjunto 1): Cooper Katz
 Conjunto 2) Cooper Katz e Cooper* Katz

Foi realizado cálculo de fator inflação de variância (VIF) utilizando uma regressão com dados empilhados para os dois conjuntos de variáveis independentes. Em todas as variáveis testadas, o VIF NÃO foi superior a 10 em nenhum dos casos. Logo, não há preocupação com multicolinearidade.

Foi realizado o teste de heterocedasticidade de Breusch-Pagan com dados empilhados para os dois conjuntos de variáveis independentes. O resultado apresentado aponta para a não existência de heterocedasticidade (Conjunto 1: Valor-P 0,59. Conjunto 2: Valor-P 0,12.)

Foi feito teste de Shapiro Wilk de normalidade dos resíduos no modelo com dados empilhados para os dois conjuntos de variáveis independentes. Os resíduos aparentam ter distribuição normal (Conjunto 1: Valor-P 0,25. Conjunto 2: Valor-P 0,24.)

Deste modo, o modelo mais indicado para a regressão é aquele cujo estimador é o de mínimos quadrados ordinários.

Tabela 03: Regressão

VARIABLES	(1) transBraden	(2) transBraden
Katz	0.098** (0.039)	1.02* (0.50)
transCooper	0.75*** (0.13)	0.89*** (0.14)
transKATZCOOPER		-0.23* (0.13)
Constant	-0.52 (0.47)	-1.06* (0.53)
Observations	18	18
R-squared	0.794	0.834

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados apontam para uma associação positiva da Escala Katz com a Braden e da escala Cooper com a Braden. No primeiro modelo, os coeficientes

mostraram-se positivos e estatisticamente significantes a 1%. No segundo, os coeficientes associados à variável Katz e Cooper foram positivas e estatisticamente significantes a 10%. Contudo, o termo de interação entre Katz e Cooper aparentou ser negativo, porém inferior aos valores observados para os dois escores (quase quatro vezes). Mesmo assim, é possível dizer que há uma associação estatisticamente significativa no sentido de, existindo melhor capacidade do cuidador e maior independência do idoso, o risco do surgimento de lesão por pressão diminui.

Na tabela 04 podemos observar os resultados da escala de Katz, nos 18 idosos acamados com lesões que obtiveram a média de 0,944; desvio padrão de 1,259, mínimo e mediana de 0,00 e máximo de 4,00.

Tabela 04 - Estatística descritiva da variável não categórica (Escala de Katz)

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Katz	18	0,944	1,259	0,000	0,000	4,000

Fonte: dados da pesquisa

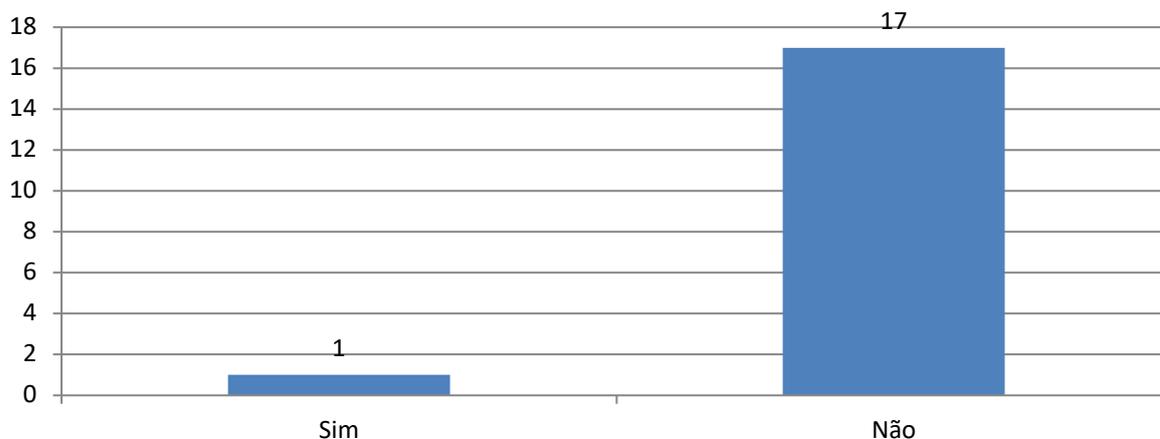
Com relação a Escala de Katz, quanto as ABVD, nos gráficos 01 a 06 demonstram que apenas 01 idoso (5,56%) consegue tomar o banho sozinho, 03 idosos (16,7%) conseguem trocar de roupas com autonomia, nenhum idoso (0%) consegue realizar a higienização sozinho, 01 idoso (5,56%) consegue realizar a transferência com independência, 05 idosos (27,8%) possuem a capacidade funcional para conter fezes e urinas e 07 idosos (37,8%) conseguem realizar as refeições sem a ajuda do cuidador.

Todos os idosos possuem dependência para o cuidado, onde 17 idosos (88,8%) possuem dependência importante e 02 idosos (11,2%) possuem dependência parcial. Dentre as atividades básicas de vida diária, nenhum idoso consegue realizar o item higiene, o qual é considerado uma atividade que necessita de controle motor e destreza em tronco e membros superiores. Os itens banho e transferência, apenas um idoso em cada item consegue realizar, demonstrando o grau de dificuldade para conseguir realizar.

Para o item em relação ao banho (gráfico 01) foi questionado se o idoso não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo, como resultado apenas 01 idoso consegue realizar esta tarefa com independência.

Gráfico 01: Avaliação das Atividades Básicas de vida diária dos idosos acamados com lesão por pressão através da escala de Katz, item em relação ao banho.

Em relação ao banho

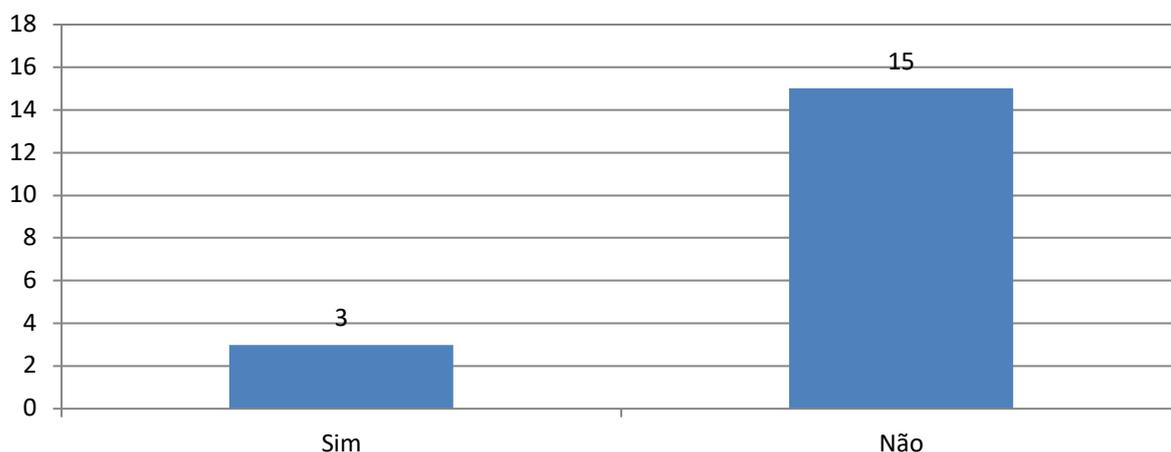


Fonte: dados da pesquisa.

Para o item vestir-se (gráfico 02), foi questionado se o idoso pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos, como resultado, 03 idosos conseguem vestir-se com independência, enquanto 15 idosos não conseguem devido a limitação física.

Gráfico 02: Avaliação das Atividades Básicas de vida diária dos idosos acamados com lesão por pressão através da escala de Katz, item: em relação a se vestir.

Em relação a se vestir

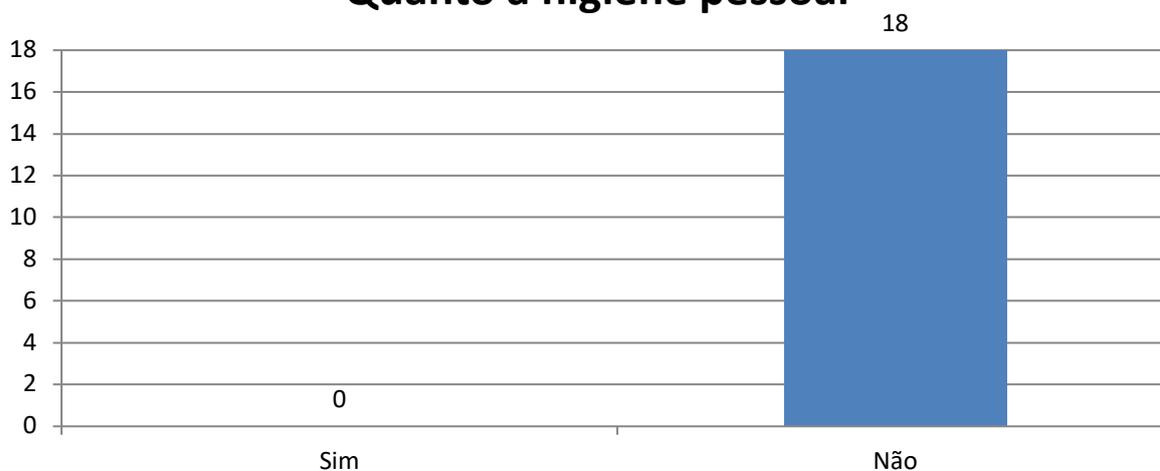


Fonte: dados da pesquisa.

Para o item higiene pessoal (gráfico 03) foi perguntado se o idoso vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda podendo usar andador ou bengala. Como resultado, nenhum idoso consegue realizar esse item com independência.

Gráfico 03: Avaliação das Atividades Básicas de vida diária dos idosos acamados com lesão por pressão através da escala de Katz, item: quanto a higiene pessoal.

Quanto a higiene pessoal

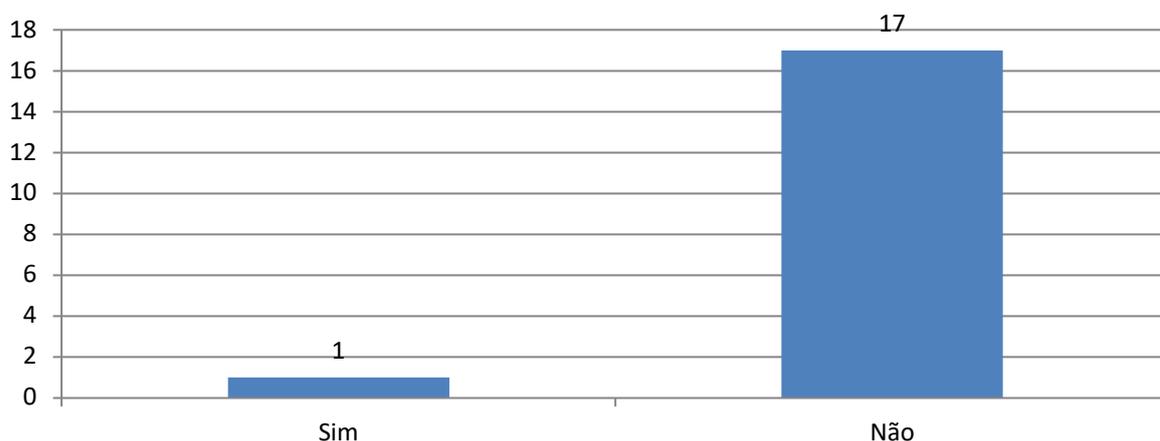


Fonte: dados da pesquisa.

Para o item em relação a transferência (gráfico 04) foi perguntado se o idoso consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda, podendo usar andador ou bengala. Assim, neste item apenas um idoso consegue realizar com independência, enquanto 17 são dependentes funcionais.

Gráfico 04: Avaliação das Atividades Básicas de vida diária dos idosos acamados com lesão por pressão através da escala de Katz, item: em relação a transferência.

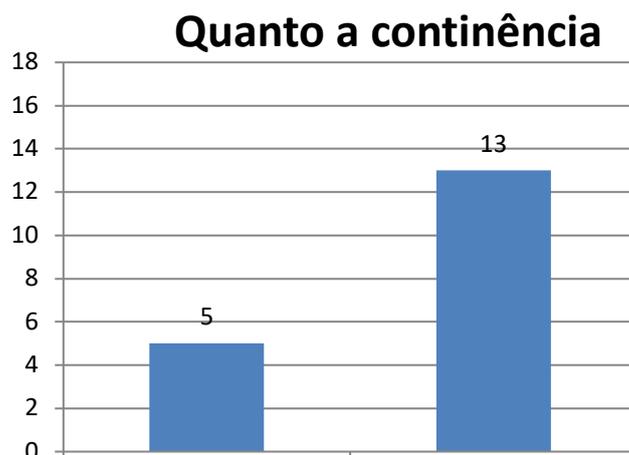
Em relação a transferência



Fonte: dados da pesquisa.

Para o item quanto à continência (gráfico 05), foi perguntado se o idoso controla completamente as fezes e urinas. Como resultado, 05 idosos conseguem conter as necessidades fisiológicas enquanto 13 idosos são incontinentes.

Gráfico 05: Avaliação das Atividades Básicas de vida diária dos idosos acamados com lesão por pressão através da escala de Katz, item: quanto a continência.



Fonte: dados da pesquisa.

Para o item alimentação (gráfico 06) foi questionado se o idoso consegue realizar com ou sem ajuda, exceto para cortar ou passar a manteiga no pão. Para este item, 07 idosos são independentes, enquanto 11 idosos não conseguem alimentar-se sozinho.

Gráfico 06: Avaliação das Atividades Básicas de vida diária dos idosos acamados com lesão por pressão através da escala de Katz, item: em relação à alimentação.



Fonte: dados da pesquisa.

Na tabela 5 demonstram os resultados da escala de Braden, onde todos os idosos acamados com lesões foram avaliados em seu domicílio para identificar o risco de surgimento e/ou agravamento de LPP. Dessa forma, podemos considerar que o grupo em questão possui um alto risco de desenvolver e/ou agravar as LPP.

Tabela 05 - Estatística descritiva da variável não categórica (Escala de Braden)

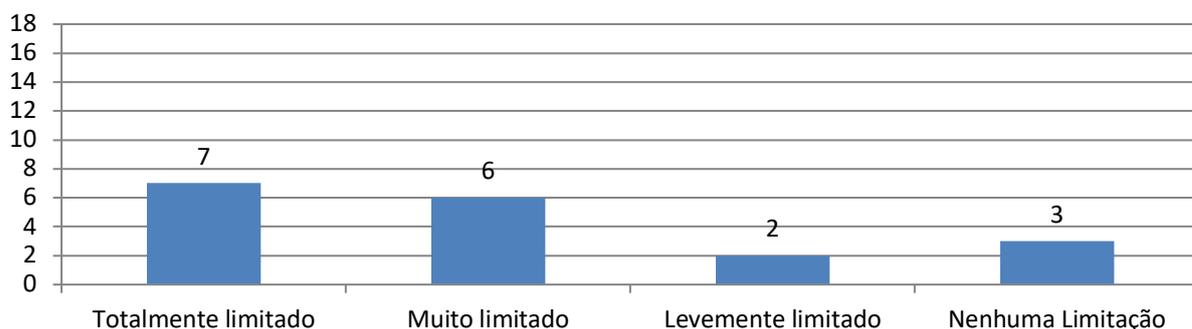
Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Braden	18	12,111	4,351	6,000	12,000	18,000

Fonte: dados da pesquisa

Conforme observado nos gráficos 07 a 12, é possível verificar os riscos do surgimento de LPP, onde 06 idosos possuem o risco muito alto (33,33%), 03 possuem risco alto (16,76%), 02 idosos possuem risco moderado (11,11%) e 07 risco baixo (38,9%).

Gráfico 07: Avaliação do risco de surgimento de LPP através da escala de Braden. Item: Percepção sensorial.

Percepção sensorial



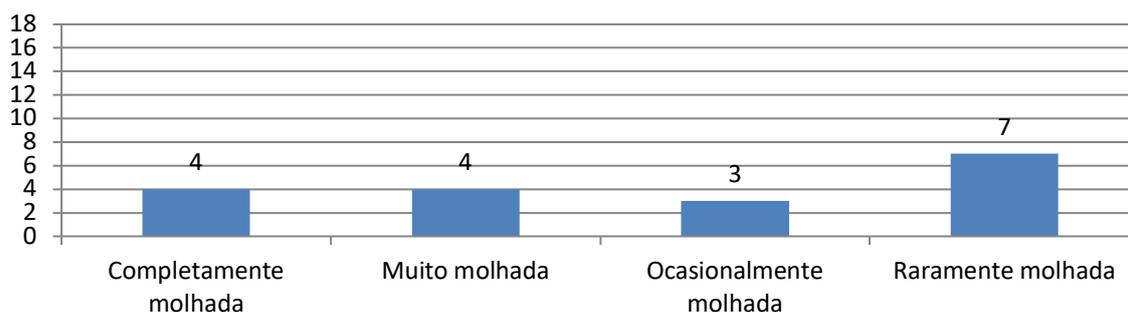
Fonte: Dados da pesquisa.

A percepção sensorial (gráfico 07) é entendida como a capacidade de reagir significativamente à pressão ou sensação relacionada com o desconforto. Com isso, o resultado da pesquisa demonstra que 07 participantes são totalmente limitados (38,9%), 06 muito limitado (33,3%); 02 levemente limitado (11,1%) e 03 com nenhuma limitação (16,6%) de percepção sensorial.

Os níveis de exposição da pele a umidade (gráfico 08) é um fator de risco ao surgimento de lesão, neste item 04 participantes estavam com a pele completamente molhada (22,2%), 04 com a pele muito molhada (22,2%), 03 ocasionalmente molhada (16,7%) e 07 com a pele raramente molhada (38,9%).

Gráfico 08: Avaliação do risco de surgimento de LPP através da escala de Braden. Item: Umidade

Umidade



Fonte: Dados da pesquisa.

O grau de atividade física (gráfico 09) mantém correlação com os resultados da escala de Katz, onde 17 participantes acamados (94,44%), 01 confinado a cadeira (5,56%).

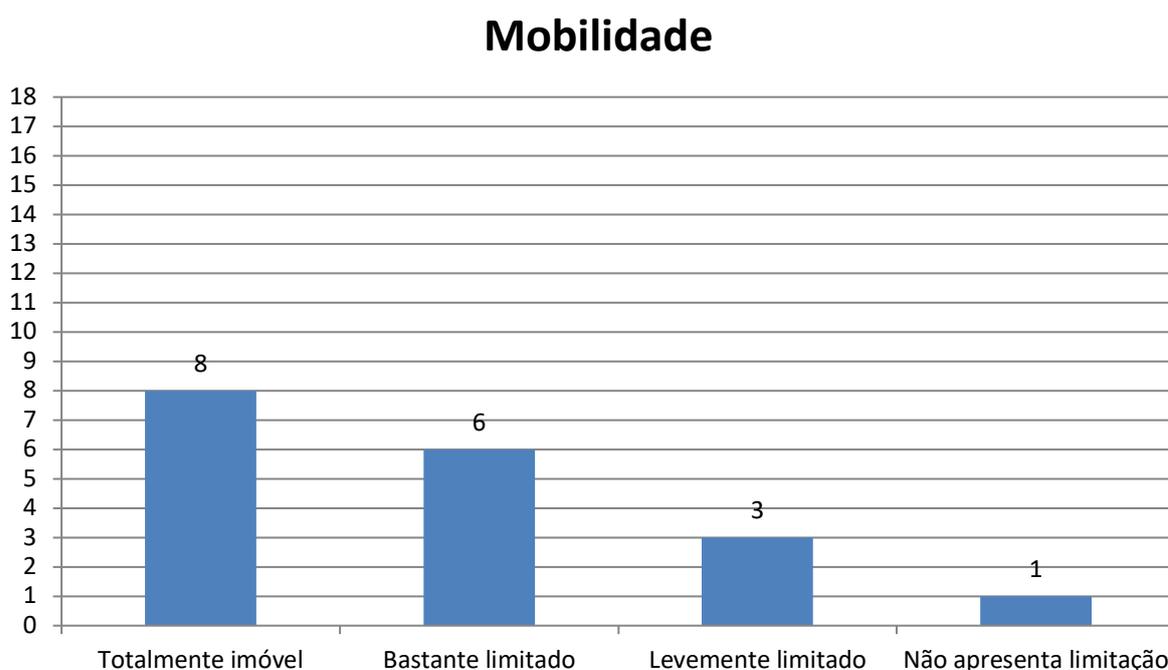
Gráfico 09: Avaliação do risco de surgimento de LPP através da escala de Braden. Item: Atividade



Fonte: Dados da pesquisa.

Para o item mobilidade (gráfico 10), que avalia a capacidade de mudar e controlar a posição do corpo, onde a falta de mobilidade é um fator de risco para o surgimento da LPP, verificaram 8 participantes com totalmente imóvel (44,44%), 6 com bastante limitado (33,33%), 3 levemente limitado (16,7%) e 1 não apresenta limitação (5,6%).

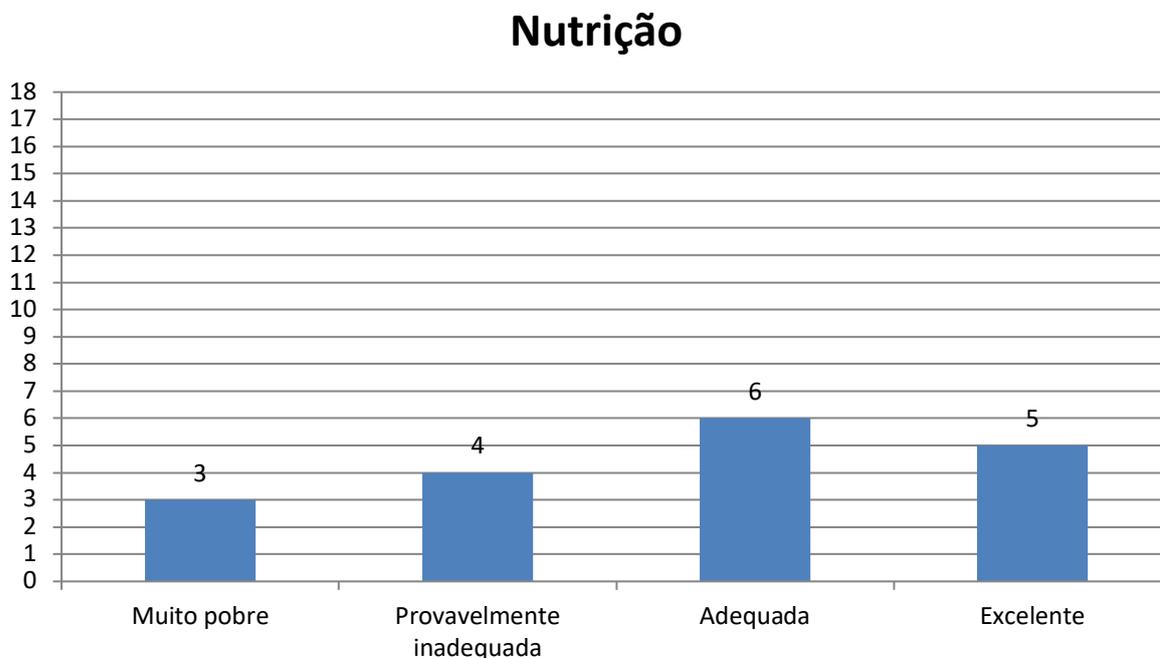
Gráfico 10: Avaliação do risco de surgimento de LPP através da escala de Braden. Item: Mobilidade



Fonte: Dados da pesquisa.

O padrão usual do consumo alimentar (gráfico 11) é o fator nutricional avaliado na escala de Braden. Assim 03 participantes possuíam padrão alimentar muito pobre (16,7%), 04 provavelmente inadequada (22,2%), 06 adequada (33,3%) e 05 possuíam padrão alimentar excelente (27,8%).

Gráfico 11: Avaliação do risco de surgimento de LPP através da escala de Braden. Item: Nutrição

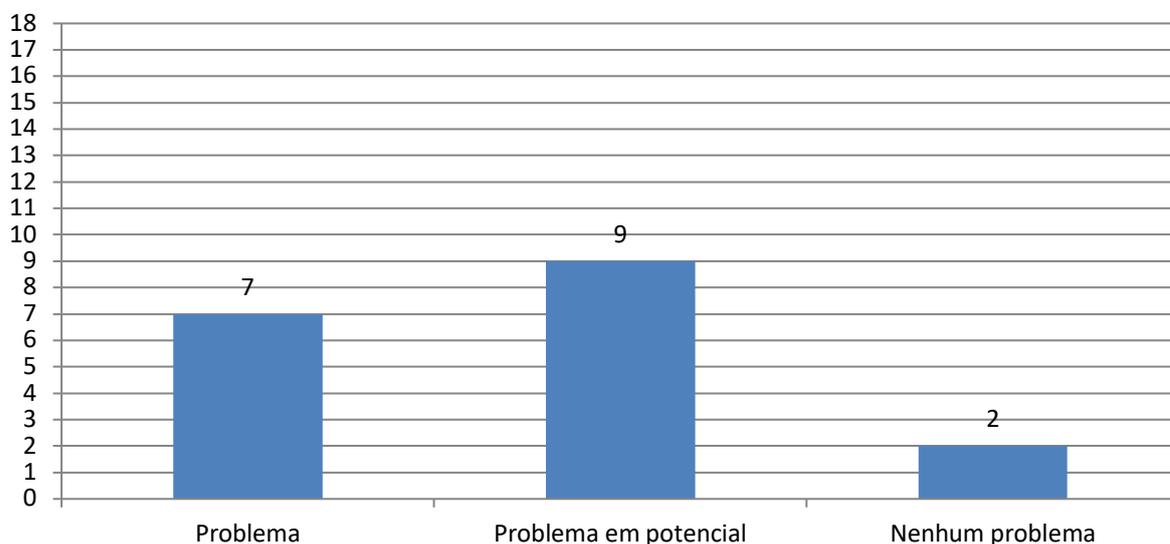


Fonte: Dados da pesquisa.

Para o item fricção e cisalhamento (gráfico 12) a pesquisa demonstrou os seguintes resultados: 07 com problemas (38,9%) que requer assistência moderada ou máxima para se mover, 09 com problema em potencial (50%) que se move sem vigor ou requer assistência mínima e 02 com nenhum problema (11,1%) que se move sozinho na cama.

Gráfico 12: Avaliação do risco de surgimento de LPP através da escala de Braden. Item: Fricção e cisalhamento

Fricção e cisalhamento



Fonte: Dados da pesquisa.

Na tabela 6 estão descritas as características sociodemográficas dos cuidadores de idosos acamados com lesões. Verifica-se que os cuidadores possuíam idade entre 19 e 68 anos, sexo feminino (77,8%), com escolaridade do ensino médio (50%), com renda familiar de até 02 salários mínimos (100%), que não possuem vínculo trabalhista (77,8%), com grau de parentesco (77,7%) e que cuidam integralmente do idoso (88,8).

Tabela 06: Caracterização do perfil do cuidador informal

Variável	Sexo	
	Valor	Percentual
Masculino	4	22,2%
Feminino	14	77,8%
Renda Familiar		
até 2 salários mínimos	18	100%
Estado civil		
Solteiro	5	27,8%
Casado	10	55,6%
Outros	3	16,7%
Grau de parentesco		
Filho (a)	8	44,4%
Esposo (a)	4	22,2%
Irmão (ã)	2	11,1%
Outros	4	22,2%
Escolaridade		
Fundamental 1	6	33,4%
Fundamental 2	2	11,1%
Médio	9	50,0%
Superior	1	5,6%

Fonte: dados da pesquisa

Na tabela 07, observamos que 04 cuidadores (22,2%) possuem vínculo trabalhista em outra função e 14 cuidadores (77,8%) se dedicam exclusivamente ao cuidado; apenas 03 participantes (16,7%) já cuidaram de alguém anteriormente e 15 cuidadores (83,3%) estão se deparando com o processo do cuidado pela primeira vez; nenhum cuidador possui formação técnica e não cuidava atualmente de outra pessoa. Para o item problema de saúde, 05 cuidadores (27,8%) possuem algum problema de saúde, dos quais foram citados hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e fibromialgia conforme.

Tabela 07: caracterização do perfil do cuidador informal

Variável	Trabalha		Já cuidou anteriormente		fez curso de cuidador		cuida de mais alguma pessoa		você tem problema de saúde	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	4	22,2	3	16,7	0	0	0	0	5	27,8
Não	14	77,8	15	83,3	18	100	18	100	13	72,2

Fonte: dados da pesquisa

Como resultado da pesquisa, a maioria dos cuidadores informais possuem grau de parentesco com o idoso, onde em sua maioria são filhos (as), esposo (a), irmão (ã) e pai/mãe.

O questionário de COPER-14 avalia as características demográficas do cuidador informal como também avalia as competências cognitivas, psicomotoras, emocionais e relacionais. Como resultado das competências dos cuidadores (tabela 08), têm-se uma média de 48,056, desvio padrão de 17,117, mínimo de 24,000, mediana de 43,500 e máximo de 69,00.

Tabela 08 - Estatística descritiva da variável não categórica (Questionário de COPER-14)

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
COPER-14	18	48,056	17,117	24,000	43,500	69,000

Fonte: dados da pesquisa

A tabela 09 divide as perguntas por competências e categorias, e obteve os maiores resultados. Para avaliar o conhecimento de quanto o cuidado se sente adaptado para: identificar limitações físicas 06 cuidadores classificaram como regular (33,3%); identificar sinais e sintomas da piora da saúde (33,3%) considera regular; identificar necessidades de alimentação (33,3%) considera regular; identificar sinais e sintomas referentes a desidratação (27,8%) considera bom; identificar os remédios (33,3%) considera ótimo; identificar as expressões faciais (66,7%) considera excelente; reconhecer sinais de alterações nas eliminações (27,8%) considera bom.

Quando foi perguntado o quanto o cuidador se sente adaptado com a rotina para exercer o papel de cuidador, (33,3%) responderam como excelente. Quando se questionou como se sente em relação ao seu preparo para: administrar remédios (33,3%) dos cuidadores responderam como excelente; para avaliar a temperatura corporal (38,9%) classificou como excelente; para despir e vestir (44,4%) classificou

como excelente; comunicar-se (61,1%) considera excelente e estimular a autonomia (38,9%) considera excelente.

Tabela 09: avaliação das competências dos cuidadores de idosos acamados com lesão por pressão

	Péssimo		Regular		Bom		ótimo		excelente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Como você avalia seu conhecimento para:												
Identificar as limitações físicas	01	5,5	06	33,3	03	16,7	05	27,8	03	16,7	18	100
Identificar sinais e sintomas de piora da saúde	0	0	06	33,3	04	22,2	03	16,7	05	27,8	18	100
Identificar necessidades de alimentação	03	16,7	05	27,8	02	11,1	04	22,2	04	22,2	18	100
Identificar sinais e sintomas de desidratação	04	22,2	03	16,7	05	27,8	02	11,1	04	22,2	18	100
identificar os remédios	05	27,8	03	16,7	03	16,7	06	33,3	01	5,5	18	100
identificar expressões faciais	0	0	01	5,5	03	16,7	02	11,1	12	66,7	18	100
Reconhecer sinais de alterações nas eliminações	0	0	03	16,7	05	27,8	01	5,5	09	50	18	100
Quanto você se sente adaptado:												
com a rotina	02	11,1	04	22,2	04	22,2	02	11,1	06	33,3	18	100
para exercer o papel de cuidador	02	11,1	04	22,2	04	22,2	02	11,1	06	33,3	18	100
Como você se sente em relação ao seu preparo para:												
Administrar/ofertar remédios	03	16,7	03	16,7	04	22,2	02	11,1	06	33,3	18	100
Avaliar temperatura corporal	03	16,7	03	16,7	04	22,2	01	5,5	07	38,9	18	100
despir e vestir	01	5,5	02	11,1	06	33,3	01	5,5	08	44,4	18	100
comunicar-se	0	0	02	11,1	01	5,5	04	22,2	11	61,1	18	100
estimular a autonomia	03	16,7	05	27,8	03	16,7	0	0	07	38,9	18	100

Fonte: dados da pesquisa

Os resultados desta pesquisa apontam para uma correlação positiva entre a escala de Katz com a escala de Braden, afirmando que quanto maior a dependência do idoso acamado maior a chance do surgimento e/ou agravamento da LPP e do questionário de COPER-14 com a escala de Braden, demonstrando que cuidadores com baixa competência podem levar ao surgimento e/ou agravamento das lesões por pressão.

6. DISCUSSÃO

Os dados obtidos na tabela 1 e nos gráficos de 01 a 06 referem-se a escala de Katz, que leva em conta a independência e a autonomia das pessoas, sendo relacionadas à capacidade de efetuar as atividades básicas da vida diária. Pode-se observar que todos os idosos possuem dependência para o cuidado. Estes achados estão em conformidade com os estudos de Carvalho *et al.* (2022), Aguiar *et al.* (2019) e Dias *et al.*, (2021) que demonstraram que as atividades básicas de vida diária como: banho, vestir, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação requerem do idoso habilidades motoras. Estas habilidades motoras tendem a ser perdidas quando o idoso passa por um processo patológico, necessitando de cuidador de acordo com seu nível de dependência.

Ainda com relação à Escala de Katz, quanto as ABVD, nos gráficos de 01 a 06, os referidos resultados demonstram que 18 idosos (88,8%) acamados possuem dependência importante corroborando com os estudos de Leite *et al.* (2020), que realizaram o estudo exploratório, com delineamento transversal prospectivo com análise quantitativa com 38 idosos de ambos os sexos que apresentavam dependência parcial (44,7%) e dependência total (18,4%). Os autores consideram que a dependência total significa que o idoso necessita integralmente de um cuidador e a dependência parcial necessita apenas para algumas atividades em específico, as quais o idoso não consegue realizar.

Atividades que demandam maior controle motor são mais propensas à dependência funcional. Nesta pesquisa, as atividades de banhar-se (5,56%), vestir-se (16,7%) e higienizar-se (0%) demonstraram que devido à complexidade das atividades, os idosos necessitam de auxílio parcial ou total, estando em consonância com os estudos de Barbosa *et al.* (2014) onde foram realizadas avaliações das ABVD em 286 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família-ESF na cidade de Montes Claros-MG, os quais verificaram idosos independentes, com dependência parcial ou total. Para os idosos com dependências observou-se valores significativos para os índices avaliados na escala de Katz, sendo: controle da micção (9,4%), vestir-se (7,6%) e banhar-se (6,6%). Freitas *et al.* (2012) realizaram o estudo no estado da Bahia com 316 participantes onde 57,6% apresentavam dependência para alguma variável avaliada pela escala de Katz. Como resultado, os itens com maior dependência foram: continência e banhar-se. Ambos os estudos apresentam

resultados semelhantes ao desta pesquisa, onde 27,8% possuem capacidade de continência e nenhum idoso consegue realizar a higienização sozinha.

No que compete ao item vestir-se, 15 idosos (83,3%) apresentaram níveis de dependência total, fato este que ratificam os achados dos estudos de Leite *et al.* (2020), Lira *et al.* (2013) e Rodrigues *et al.* (2019) que no item vestir-se, os idosos apresentaram níveis de dependência, que consideram o item de difícil execução para idosos acamados com algum processo patológico, seja ele de ordem traumatológica, neurológica ou oncológica. A pesquisa de Barbosa *et al.* (2014) associam esses processos patológicos ao fator de risco para incapacidade funcional nos idosos apresentando associação direta com a escala de Katz.

Por sua vez, Dias *et al.* (2021) realizaram um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa com 24 idosos, verificaram que para o item transferência 45,8% aparecem com dependência total. Ademais, o estudo realizado por Oliveira Neto *et al.* (2019), com 25 idosas residentes na cidade de Fortaleza-CE, identificaram maior grau de dependência nos idosos para a higiene pessoal e transferência. Estudos de Barbosa *et al.* (2014), Del Duca, Thume e Hallal (2015) afirmam que dependência funcional para continência e higienização demandam cuidados e monitoramento constante por parte do familiar ou cuidador.

Dados que corroboram com os resultados desta pesquisa onde apenas 5,56% conseguem realizar a higienização e transferência. Estes itens estão ligados diretamente ao risco de surgimento e/ou agravamento de LPP. No presente estudo foi possível verificar que os idosos acamados possuem dependência parcial ou total, no que se referem à característica higienização, todos os idosos dependem de cuidador para realizar esta atividade. Tais dados também corroboram com Aguiar *et al.* (2019), que identificaram o item transferência deve ser levado em consideração para os casos de idosos acamados, uma vez que a falta de movimentação e/ou posicionamento pode favorecer para o surgimento da LPP. Por sua vez, Castro (2021) identificou a relação de transferência como um item que demanda cuidados específicos, principalmente de habilidade físicas.

Nesta pesquisa para o item alimentar-se apresentou o resultado 37,8% de independência, tal resultado pode ser justificado pelo processo patológico que levou o idoso a condição de acamado, limitando a movimentação de membros superiores, controle de tronco e a capacidade de mastigação e deglutição.

No estudo de Oliveira Neto *et al.* (2019) realizado no Fortaleza-Ceará, encontraram resultados divergentes, apresentando um alto nível de independência (64%) para alimentar-se. Estudos recentes como de Dias *et al.* (2021) demonstram que realizar as refeições com independência é importante no processo de recuperação, visto que, este item reflete diretamente na autonomia do idoso e diminuição do risco de deglutição.

Utilizar a escala de Katz como instrumento para avaliar a ABVD, nesta pesquisa demonstrou ser é uma forma eficaz de nortear as atividades dos cuidadores conforme as necessidades do idoso. Os participantes desta pesquisa são idosos acamados com LPP, com dependência funcional, logo, necessitam de cuidadores parcial ou integralmente e cuidados equivocados podem agravar este processo de dependência.

Para Aguiar *et al.* (2019) a escala de Katz é uma importante ferramenta para avaliar o nível de dependência para ABVD do idoso e através disso é possível direcionar o cuidador para atividades específicas com intuito de minimizar os riscos presentes.

Conforme tabela 02 e os gráficos de 07 a 12, os idosos acamados com LPP foram avaliados com a escala de Braden, que obteve os seguintes achados: 06 idosos (33,3%) possuem o risco muito alto para desenvolver e/ou agravar a LPP, 03 idosos (16,7%) possuem o risco alto, 02 idosos (11,1%) risco moderado e 07 idosos (38,9%) baixo risco. Tais dados corroboram com os estudos de Lima *et al.*, (2021) e Vieira *et al.* (2017) que demonstram que idosos acamados com dependência funcional possuem alto risco de desenvolver LPP.

Nesta pesquisa quando questionado sobre a percepção sensorial 14 idosos (77,7%) possuem limitação para a capacidade de reagir significativamente à pressão ou sensação relacionada com o desconforto. Tais achados vão de encontro com as literaturas de Jansen, Silva e Moura (2020), pois a diminuição da percepção sensorial em idosos acamados pode ser considerado um agravante significativo para o surgimento de LPP. Visto que, o idoso não relata sinais de desconfortos causados em seu tecido tegumentar. Para Freitas e Alberti (2013) a diminuição da percepção sensorial em idosos acamados pode estar relacionado com o uso de ansiolíticos e antedemenciais.

Quanto aos resultados referentes à exposição à umidade de pele, 11 participantes 61,1% apresentaram exposição à umidade de pele. Dados semelhantes desta pesquisa foram evidenciados nos estudos de Vieira *et al.* (2016) e Lima *et al.* (2021). No estudo de Vieira *et al.* (2016), a umidade é considerada um fator externo importante no surgimento de LPP, uma vez que a pele sofre alterações funcionais. O estudo de Lima *et al.* (2021) foi um estudo descritivo com abordagem quantitativa com 41 indivíduos acamados no domicílio da zona urbana de Aracati-CE cadastrados na Estratégia Saúde da Família -ESF, como resultado 55,6% apresentava no momento da avaliação com a escala de Braden a pele constantemente úmida e 11% ocasionalmente úmida.

Nesta pesquisa conforme o gráfico 09, 17 participantes (94,44%) são idosos acamados com dependência funcional, segundo a escala de Branden. Para Freitas e Alberti (2013) e Lima *et al.*, (2021) os idosos acamados em sua maioria possuem déficit motor e/ou déficit cognitivo e dependência para cuidados, que se não forem executados de forma correta podem levar ao acometimento de LPP.

Quanto aos dados do gráfico 11, apenas 03 idosos (16,7%) possuíam um padrão alimentar muito pobre e 04 idosos (22,2%) provavelmente inadequada. Para França *et al.* (2019) a perda de peso gradativa em idosos acamados decorrente do déficit nutricional leva a maiores pressões em regiões com proeminência óssea que quando associada a fricção e cisalhamento da pele pode levar ao surgimento da LPP.

Segundo Alves, Costa e Boução (2016) a etiologia da LPP é multicausal e envolve fatores intrínsecos e extrínsecos, dentre os extrínsecos, tem-se a pressão, umidade, temperatura e fricção e cisalhamento. Resultados encontrados no estudo de Lima *et al.* (2021) são semelhantes ao desta pesquisa, aos quais dos usuários da ESF todos apresentavam algum problema em relação ao cisalhamento da pele. Conforme o gráfico 12, apenas 02 idosos (11,1%) não possuem este risco, pois são idosos que se movimentam sozinhos na cama e tem força muscular para realizar a mudança de decúbito.

A mudança de decúbito é uma forma eficaz de prevenir LPP e quando realizado da forma correta minimiza os impactos da pressão e fricção e cisalhamento (ANJOS *et al.*, 2023). Estudos de Vieira *et al.* (2017), Sanches *et al.* (2018) e Lima *et al.* (2021) afirmam que para a eficiência do tratamento de LPP, a mudança de

decúbito deve acontecer a cada duas com a finalidade de evitar a pressão na pele, como também, para o alívio da pressão poderão ser utilizados nas áreas afetadas: almofadas, colchões pneumáticos e travesseiros. Essas medidas devem ser utilizadas na prevenção de LPP como também auxiliam no tratamento.

As escalas de Katz e Braden são instrumentos eficazes para verificar o nível de dependência do idoso e o risco do surgimento de LPP. Ambas quando apresentam resultados baixos significa que o idoso necessita de cuidados específicos para o auxílio das atividades básicas de vida diária e para os cuidados com a LPP (LEITE *et al.*, 2020, JANSEN, SILVA e MOURA, 2020)

Com relação aos dados da tabela 6, os cuidadores possuíam idade entre 19 e 68 anos, sexo feminino (77,8%), com escolaridade do ensino médio (50%), com renda familiar de até 02 salários mínimos (100%), que não possuem vínculo trabalhista (77,8%), com grau de parentesco (77,7%) e que cuidam integralmente do idoso (88,8).

Dados que corroboram com os estudos de Batista *et al.* (2023), onde 48 cuidadores de idosos acamados cadastrados na Atenção Básica, os quais 83,67% são do sexo feminino. Para os autores o processo do cuidado ao longo dos anos foi atribuído de forma à figura feminina e se perpetua na contemporaneidade devido os processos culturais (SANTOS *et al.*, 2022). Tais dados também estão em conformidade com a pesquisa de Silva, Reis e Orlandi (2023) realizaram um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa com 50 cuidadores informais. Os dados sociodemográficos da pesquisa demonstraram que quanto à escolaridade a maioria possuía ensino fundamental incompleto (32%); quanto ao estado civil (54%) eram casados e quanto ao grau de parentesco, (64%) dos cuidadores possuíam vínculo familiar.

Quanto a renda familiar esse é um dos fatores determinantes para que o cuidador seja um familiar (MOCELIN *et al.*, 2017). Nesta pesquisa todas as famílias possuíam renda de até dois salários-mínimos, tornando improvável a contratação de alguém com habilidades técnicas para ofertar o cuidado.

Com relação ao grau de parentesco, 14 cuidadores (77,8%) possuíam parentesco de primeiro grau e 04 cuidadores (22,2%) de segundo grau, e que não possuem vínculo trabalhista (77,8%). Dados que corroboram com os achados de MOCELIN *et al.*, 2017 e BATISTA *et al.*, 2023, onde idosos se deparam com

processo de adoecimento e ficam acamados normalmente é o familiar que assume a responsabilidade dos cuidados, tornando-se cuidador informal. Para Silva, Reis e Orlandi (2023) o cuidador informal é aquele que acompanha e auxilia o idoso dependente físico ou mentalmente nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Para Santos *et al.* (2021), também pode ser conceituado como um sujeito sem vínculo empregatício, e, além disso, não dispõe de capacidade técnica para prestar o cuidado no domicílio. Sendo assim, esses indivíduos que assumem a responsabilidade do cuidador sem possuir competências técnicas, recorrem a serviços de saúde em busca de orientações em relação aos cuidados básicos.

No estudo de Santos *et al.* (2022), quanto maior a escolaridade do cuidador mais rápido os níveis de apreensão relacionados aos cuidados. Pessoas com escolaridade e habilidade a leitura recorrem a recursos educativos disponibilizado em sites para adquirir informações referentes ao cuidado. Para Moreira *et al.* (2018), recursos educativos são ferramentas eficazes para nutrir cuidadores de informações sobre cuidados básicos do idoso acamado com LPP.

Idosos acamados com LPP necessitam de cuidados em tempo integral e podem possuir mais de um cuidador dependendo da rede de apoio familiar e social (SILVA, REIS e ORLANDI, 2023). Tais informações confirmam com os dados encontrados nesta pesquisa (tabela 06), onde 14 cuidadores (77,8%) não trabalham formalmente e 04 cuidadores (22,2%) possuem vínculo trabalhista e mesmo assim assumem papel de cuidador. Para Muniz *et al.* (2016), o cuidador informal possui uma sobrecarga física e emocional maior do que quando possuem vínculo trabalhista devido a dupla jornada de trabalho.

Com relação aos achados da tabela 7, quando questionado se o cuidador possui experiência, 15 cuidadores (83,3%) estavam exercendo a função de cuidador pela primeira vez, e 03 cuidadores (16,7%) já cuidaram de alguém anteriormente. Para Leite *et al.* (2020), as experiências anteriores relacionadas aos cuidados de idosos acamados tendem a ter impactos positivos devido às competências que foram adquiridas. Segundo Silva, Reis e Orlandi (2023) cuidadores informais deveriam receber capacitações para melhor ofertar o cuidado, no entanto, os cuidadores participantes desta pesquisa não realizaram nenhum curso de cuidador, como também, cuidavam apenas de um idoso no momento da entrevista.

Dessa forma, mesmo sem formação técnica para o cuidado com o idoso acamado esses cuidadores procuram profissionais e/ou serviços de saúde em busca de orientação. Para Muniz *et al.* (2016) os cuidadores informais recorrem à atenção básica ou complementar para acompanhamento do quadro clínico do idoso acamado. Santos *et al.* (2022) reforçam que equipe multidisciplinar presente na atenção básica ou na atenção complementar podem capacitar cuidadores através de informações sólidas referentes ao cuidado. Moreira *et al.* (2018) afirmam que, equipes multidisciplinares podem utilizar além de demonstrações de cuidados e uso de materiais educativos para orientar cuidadores sobre cuidados básicos com o indivíduo acamado e nos casos de indivíduos com LPP o profissional da enfermagem orienta sobre a troca correta de curativos.

O questionário de COPER-14 foi validado no ano de 2019 por Sanches (2019) e existem poucos estudos com este questionário, de modo que, para comparação com os resultados desta pesquisa, será utilizado os estudos realizados pela autora e colaboradores que realizaram um estudo metodológico, de abordagem quantitativa, num município localizado no interior do Paraná com 216 cuidadores informais.

Para identificar as competências cognitivas foram realizadas as seguintes perguntas: Como você avalia seu conhecimento para: identificar as limitações físicas; identificar remédios; Como você se sente em relação ao preparo para: administrar remédios e despir e vestir (SANCHES, 2019, SANCHES *et al.*, 2021 e SANTOS *et al.*, 2021). Neste estudo, os indivíduos apresentaram escores de regular para identificar as limitações físicas e as demais o escore de excelente. Tais resultados podem ser justificados pelo nível de escolaridade dos cuidadores que em sua maioria possuem o ensino médio.

As competências psicomotoras foram identificadas através das perguntas: Como você avalia seu conhecimento para: identificar sinais e sintomas de piora da saúde; identificar as necessidades de alimentação; identificar sinais e sintomas de desidratação; reconhecer sinais de alterações nas eliminações. Quanto você se sente em relação ao preparo para: avaliar a temperatura corporal (SANCHES, 2019; SANCHES *et al.*, 2021 e SANTOS *et al.*, 2021). Neste estudo houve variáveis de resultados como 02 itens como regular 01 item como bom e 02 itens como excelente. Esses resultados se justificam pela segurança do cuidador em realizar os

cuidados para as atividades básicas de vida diária, ao qual para desempenhar com competência é necessário ter vivenciado experiências relacionadas aos cuidados.

Nas competências emocionais o questionário avalia o quanto o cuidador se sente adaptado com a rotina e para exercer o papel de cuidador corporal (SANCHES, 2019, SANCHES *et al.*, 2021 e SANTOS *et al.*, 2021). Para ambas as perguntas os cuidadores, em sua maioria, sentem como excelente o que pode ser justificado que para exercer essa competência é necessária inteligência e estabilidade emocional. Trata-se da capacidade do cuidador reconhecer suas próprias emoções e seus efeitos, conhecer as próprias limitações.

As competências relacionais foram identificadas através das seguintes perguntas: Como você avalia seu conhecimento para: identificar expressões faciais e como se sente em relação ao preparo para comunicar-se e estimular a autonomia. Para todos os itens avaliados, o maior resultado está para excelente, que pode ser justificado pelo grau de parentesco, onde em sua maioria existia o vínculo familiar e por sua vez experiências e vivências sociais pré-existentes ao episódio de adoecimento.

É possível dizer neste estudo que há uma correlação estatisticamente significativa no sentido de, existindo boas competências dos cuidadores e maior independência do idoso, o risco do surgimento e/ou agravamento da LPP em idosos diminui.

Através do questionário de COPER-14 foi possível verificar que os cuidadores possuem competências cognitivas, emocionais, psicomotoras e relacionais referentes aos cuidados com o idoso acamado, que é um reflexo da assistência recebida por parte dos profissionais da atenção básica ou complementar.

Neste estudo verificou-se que o questionário de COPER-14 demonstrou ser uma ferramenta que avalia as competências dos cuidadores. Os resultados desta pesquisa podem ser utilizados como norteadores da prática multidisciplinar em orientação aos cuidados básicos com o paciente acamado, como também, podem nortear a capacitação de cuidadores informais, para assim possibilitar um melhor cuidado com os idosos acamados com LPP.

O conhecimento das características dos cuidadores informais, bem como, a avaliação do seu grau de competência e limitações são fundamentais para a

construção de projetos terapêuticos singulares para famílias em situação de vulnerabilidade.

7. CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou através do questionário de COPER-14 que as competências emocionais e relacionais se sobressaíram quando comparado às outras competências e se justifica pelo grau de parentesco entre idosos acamados e cuidadores. No que se refere às competências cognitivas e psicomotoras existe uma forte relação com o nível de escolaridade e de experiências pré-existentes relacionadas ao cuidado.

Em suma, os resultados encontrados neste estudo demonstram uma forte correlação, onde quanto maior o nível de dependência para as atividades básicas de vida diária, maior será a necessidade do cuidador, como também, maior a chance do surgimento e/ou agravamento da LPP. Quando o idoso acamado possui LPP, existe também a necessidade de cuidador, devido os cuidados básicos com trocas de curativos, como também, na prevenção e/ou tratamento da LPP. Exercer cuidados com idoso acamado requer competências do cuidador, de forma que, é possível identificar as competências que precisam ser trabalhadas por profissionais da saúde para melhor oferecer assistência domiciliar aos idosos acamados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, V. F. F. et al. Avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida do idoso no Brasil residente em comunidade. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 21, p. 59-65, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV19011>. Acesso em 05 de jun de 2023.

ALBIERO, J. F. G.; FREITAS, S. F. Cenários de prática na atenção básica: tipologia para unidades docente-assistenciais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 30, n. 3, 2017. DOI: 10.5020/18061230.2017.5836. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5836>. Acesso em: 05 jan. 2022.

ALMEIDA, F. et al. Assistência de enfermagem na prevenção da lesão por pressão: uma revisão integrativa. **Revista eletrônica acervo saúde**. v.30, p.1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1440.2019>. Acesso em: 30 ago. 2023.

ALVES, G. G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 319-325, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KWBfzpcCq77fTcbYjHPRNbM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2021.

ANDRADE CCD; ALMEIDA, CFSC, PEREIRA, WE; ALEMÃO WE; BRANDÃO CMR; BORGES EL. Costs of topical treatment of pressure ulcer patients. **Rev Esc Enferm USP**. 50(2):292-8. 2016; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NKBGcb6PzStdpscRgkFpNkv/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 26 fev. 2023.

ANJOS, TAF, et al. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão em idosos. **Rev. Enfermagem atual in derme**. V. 97, N. 2. 2023. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/163/1719>. Acesso em: 25 jun. 2023.

AYALA, A.L.M.; GALENDE, A.C.B.P.; STOEBERL, F.R. Cuidados de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados no domicílio. **Rev. Ciências biológicas e da saúde**. v.37, n.2. 2016. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/23678>. Acesso em: 14 nov. 2021.

BARBOSA, B. R. et al.. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317–3325, ago. 2014.

Batista IB, Marinho JS, Brito TR, Guimarães MS, Silva Neto LS, Pagotto V, et al. Qualidade de vida de cuidadores familiares de pessoas idosas acamadas. **Acta Paul Enferm**. 2023.

BONFIM, Aline Pereira et al. Atuação do enfermeiro na assistência ao paciente idoso portador de úlcera venosa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 22, p. 682, 2019. Disponível: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/682>. Acesso em: 26 fev. 2023.

BORDIN, D; LOIOLA, A.F.L; CABRAL, L.P.A; ARCARO, G.; BOBATO, G.R; GRDEN, C.R.B. Fatores associados à condição de acamado em idosos brasileiros: resultado da Pesquisa Nacional de Saúde, **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/FQjvsGG4QpjKPFMhg36VfbN/?lang=pt>. Acesso em: 26 fev. 2023.

BRAGA, P. P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 903-912, 2016. Disponível em: DOI: 10.1590/1413- 81232015213.11382015. Acesso em: 14 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.** Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016. Acesso em: 27 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRUNNER; SYDDARTH. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica.** Guanabara Koogan. 2018. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrn1809>. Acesso em: 26 fev. 2023.

CARRILLO, G.M.; DÍAS, L. C.; HERRERA, B. S. Carga del cuidado em cuidadores familiares de personas com enfermedad crónica em laregión pacífica colombiana. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 20, n. 2, p. 83-91, 2014.

CARNAÚBA, et al. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr Gerontol**, V. 20 n.3 p.353-363. 2017.

CARVALHO, D.N.R. et al. Avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa: estudo bibliométrico. **Revista de Casos e Consultoria**, V. 13, N. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/8857>. Acesso em: 04 ago. 2023.

CASTRO, D.F. Análise do impacto orçamentário da prevenção de lesão por Pressão em idosos acamados. 2021. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós graduação em enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.2021.

DARDENGO, C. F. R.; MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? **Revista de Ciências Humanas**, [S. l.], v. 18, n. 2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/8923>. Acesso em: 15 jul. 2023.

DEL DUCA, G. F.; THUME, E.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 113-120, fev. 2015.

DIAS, F.S.S. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **REAS**. Vol.13. 2021. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6361.2021> Acesso em: 31 ago. 2023.

FEIO, A; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, n. 2, p.703-715, jun. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200024>>. Acesso em: 05 nov. 2021.

FERNANDES, S. C.; ANGELO, M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 675- 682, 2016.

FERNANDES, A. R. DE J.; QUEIROZ, B. L.. Educação e outros determinantes da participação laboral de adultos mais velhos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 39, p. e0229, 2022.

FERNANDES, Anderson de Mello. **Indivíduos com lesão por pressão na atenção domiciliar e seus cuidadores: um estudo sobre a sobrecarga do cuidado**. 2019. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. doi:10.11606/D.22.2020.tde-20112019-170926. Acesso em: 26 fev. 2023.

FREITAS MC, MEDEIROS ABF, GUEDES MVC, ALMEIDA PC, GALIZA FT, NOGUEIRA JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev Gaúcha Enferm**; N.32, V.1, p.143-50. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/Q6ttqWpTDhytWnTS6MzjHjC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2023.

GIAQUINI, F, LINI, EV; DORING, M. Prevalência de dificuldade de locomoção em idosos Institucionalizados. **Acta Fisiátrica**. 2017;24(1):1-6. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0104-7795.2017000>. Acesso em: 26 fev. 2023.

HERMANN, A. P. et al. O processo de ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2383-2392, jul. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/C45BM5XxLmpBn36RLSyw4vK/>. Acesso em: 01 out. 2023.

HOLM, M. et al. Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care – results from a randomized control trial. **Psycho-Oncology**, Chichester, v. 25, n. 7, p. 795-802, 2016. DOI: 10.1002/pon.4004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

JANSEN, J. E. et al. The role of metacognitions in expressed emotion and distress: a study on caregivers of persons with first-episode psychosis. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, Chichester, v. 22, n. 6, p. 525–532, 2015. DOI: 10.1002/cpp.1907.

JANSEN, RCS; SILVA, KBA; MOURA, MES. A escala de Braden na avaliação do risco da lesão por pressão. **Rev. Bras. Enferm.** V. 73, n. 6. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Cn4CDBzVQMbXf64ZZLB6xJC/?lang=en>. Acesso em: 26 jun. 2023.

KAGAWA, CA. **Avaliação da capacidade funcional associado à qualidade de vida em idosos da estância turística de Avaré, São Paulo, Brasil**. 2012. Dissertação de mestrado apresentada a faculdade de medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Julio Mesquita filho, 2012.

KALLY, Z. et al. The Savvy Caregiver Program: impact of an evidence-based intervention on the well-being of ethnically diverse caregivers. **Journal of Gerontological Social Work**, New York, n. 57, n. 6-7, p. 681-693, 2014. DOI: 10.1080/01634372.2013.850584.

KOTTNER, J.; BEECKMAN, D. Incontinence-associated dermatitis and pressure ulcers in geriatric patients. *Giornale italiano di dermatologia e venereologia: organo ufficiale, Societa italiana di dermatologia e sifilografia*, v. 150, n. 6, p. 717-729, 2015.

KRAU, S.D. Technology in nursing: the mandate for new implementation and adoption approaches. **Nurs Clin North Am**. 2015. Disponível em: <https://www.nursing.theclinics.com/action/showPdf?pii=S0029-6465%2815%2900030-4>. Acesso em: 14 dez. 2021.

LANDEIRO, M. J.; PERES, H. H.; MARTINS, T. Avaliação de necessidades informacionais dos cuidadores domiciliados. **Revista de enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS, 2015, v.5,n.3, p.486-498.

LEDUC M; LEDUC V; SUGUINO M. **Imobilidade e síndrome da imobilização**. In: Freitas EV, Py L. *Tratado de Geriatria*. 4a ed. São Paulo: Editora Guanabara; 2017. p. 1068-69.

LEITE, A. K.; LOVADINI, Vinicius de Lima; DOS SANTOS, T. M.; DE OLIVEIRA, B. R. S. M.; FERREIRA, L. B. Capacidade funcional do idoso institucionalizado avaliado pelo KATZ: Functional capacity of the institutionalized elderly evaluated by the KATZ. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 91, n. 29, 2020. DOI: 10.31011/reaid-2020-v.91-n.29-art.640. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/640>. Acesso em: 1 out. 2023.

LIMA, M.I.V.O. *et al.* Lesão por pressão em pacientes acamados com idade avançada e os cuidados de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Research, society and development**. v.10, n.15, 2021. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3188453-les%C3%A3o-por-press%C3%A3o-em-pacientes-acamados-com-idade-avan%C3%A7ada-e-os-cuidados-de-enfermagem-uma-revis%C3%A3o-integrativa-da-literatura. Acesso em: 13 fev. 2022.

LIMA, A.A.; SPAGNOULO, R.S.; PATRÍCIO, K.P. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 343-351 abr./jun. 2013

LINGLER, J. H. et al. Dyadic analysis of illness perceptions among persons with mild cognitive impairment and their family members. **Gerontologist**, Washington, DC, v. 56, n. 5, p. 886-895, 2016. DOI: 10.1093/geront/gnv029.

LINO, VT; PEREIRA, SR; CAMACHO, LA.;RIBEIRO, Filho ST, BUKSMAN, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). **Cad Saúde Pública**. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fYnDBc5tdVcPKdchY9CJpVh/?lang=pt>. Acesso em: 26 fev. 2023.

LOPES, J. M. C. SOUZA, A. I. **A gestão do cuidado na atenção domiciliar. Módulo 3**. UFSC. Governo Federal. Ministério da Saúde. 2015.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; PÓVOA, P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 337. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n3/v19n3a12.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2023.

LUZ, S. R. et al. Úlceras de pressão. **Revista de Geriatria e Gerontologia**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 36-43, mar.2010.

MACIEL, A.C.C; ARAÚJO, L.M. Fatores associados às alterações na velocidade de marcha e força de preensão manual em idosos institucionalizados. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.**, RIO DE JANEIRO, 2012.

MADEIRAS, Joselene Gomes et al. Determinantes socioeconômicos e demográficos na assistência à fratura de fêmur em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 97-104, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-974805>. Acesso em: 26 fev. 2023.

MADRUGA LMS, et al. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface**. 19 Supl 1:805-16. Botucatu. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/znkXWjTnnTBtYP53QNvY3CS/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 26 fev. 2023.

MANSANO, TC; CEOLIM, MF. Fadiga em idosos em tratamento Quimioterápico. **Rev Bras Enferm**. 67(4):623-9. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JZvjMWF6x8rnJB9Xsffp9Zk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 fev. 2023.

MELLADO, A.; APARECIDA DE LIMA, K. AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS FISICAMENTE ATIVOS. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218**, [S. l.], v. 4, n. 5, p. e453234, 2023. DOI: 10.47820/recima21.v4i5.3234. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/3234>. Acesso em: 2 out. 2023.

MENDES, R.S.; NOVELLI, M.M.P.C. Perfil cognitivo e funcional de idosos moradores de uma instituição de longa permanência para idosos. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 723-731, 2015.

OGATA, Toru; NAKAMURA. KozoLocomotive. Syndrome: Definition and Management. **Clinical Reviews In Bone And Mineral Metabolism**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.56-67, 25 maio 2016. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s12018-016-9208-2>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27375370>>. Acesso em: 17 dez. 2022.

OLIVEIRA FILHO, V. da C.; SÁ, S. P. C.; BREZOLIN, C. A.; CALDAS, A. L. L.; GUERRA, T. de R. B. Riscos das mídias e tecnologias na capacitação para cuidadores de idosos: estudo de caso: Risks of media and technologies in training for caregivers of elderly: a case study. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 87, n. 25, 2019. DOI: 10.31011/reaid-2019-v.87-n.especial-art.176. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/176>. Acesso em: 1 out. 2023.

PADULA ,W; PRONOVOST PJ; MAKIC, MBF; WALD,HL; MORAN, D; MISHRA, MK. Value of hospital resources for effective pressure injury prevention: a

costeffectiveness analysis. **BMJ Qual Saf.** [Internet]. 2019 28(2):132-41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007505>. Acesso em: 23 ago. 2023.

PETZ, FFC; CROZETA,K; MEIER MJ; LENHANI BE; KALINKE L P; Pott SD. Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: estudo epidemiológico. **Rev Enferm UFPE.** 2017;11(1);287-95. doi: 10.5205/1981-8963-v11i1a11907p287-295-2017. Acesso em 23 ago. 2023.

PLEASANT; MOLINARI; HOBDDAY; FAZIO; CULLEN; HYER. An evaluation of the CARES® Dementia Basics Program among caregivers. **Int Psychogeriatr.** 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610216001526>. Acesso em 14 dez. 2021.

POLIT DF e BECK CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da Enfermagem. **Artmed**, 2011.

PRODONOV. C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo-RS: Editoria Feevale, 2013.

SALGADO L.P, et. al. Escalas preditivas utilizadas por enfermeiros na prevenção de lesão por pressão. **Revista Saber Digital.** N.11 v.1. p.18-35. 2018 Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/468> ISSN 1982-837. Acesso em: 14 abr. 2023.

SANCHES, R de CN, Santos FTG dos, Radovanovic CAT. Construção e validação de questionário para avaliação das competências do cuidador informal. **Cogit. Enferm.** 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.73966>. Acesso em: 12 mai. 2022.

SANCHES, R. C. **Construção e validação de questionário de avaliação das competências do cuidador informal: COPER 14** [Tese de doutoramento não publicada]. Universidade Estadual de Maringá. 2019.

SANTOS, A. A. et al. Integrated Model of Course Based on Edu-Communication and Psycho-Communication in Learning. **Rev. Creative Education**, 2019. Disponível em: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=92975>. Acesso em: 19 dez. 2021.

SANTOS, A. A. *et al.* Saúde bucal na infância e a contribuição dos recursos educacionais. In: OLIVEIRA, W. A. *et al.*, (org). **Perspectivas em saúde coletiva: modelos e práticas interdisciplinares.** Curitiba: CRV, 2019, p. 275-285.

SANTOS, F. G., SANCHES, R. C., BERNARDINO, E., SILVA, E. S., HADDAD, M. C., GONÇALVES, A. S., & RADOVANOVIC, C. A. Propriedades psicométricas de um questionário de avaliação das competências do cuidador informal. **Revista de Enfermagem Referência**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV20206>. Acesso em: 14 dez. 2021.

SERRANO, M. T. P.; COSTA, A. S. M. C.; COSTA, N. M.V. N. Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competências. **Revista de Enfermagem Referência**, Lisboa, v.3, n.3, p.15-23, 2011.

SILVA, JV; REIS, RD; ORLANDI; FS. Impacto da sobrecarga em cuidadores informais de pessoas idosas. **Enferm Bras**. V. 22, n. 1, p.64-78. 2023. Disponível em: doi: 10.33233/eb.v22i1.5228. Acesso em: 24 set. 2023.

STEVEN, R. E.; LEROY, B. Health literacy and medication administration performance by caregivers of adults with developmental disabilities. **Journal of the American Pharmacists Association**, Washington, DC, v. 55, n. 2, p. 169-177, 2015. Disponível em: DOI: 10.1331/JAPhA.2015.14101. Acesso em 14 fev. 2023.

SOARES, Danilo Simoni et al. Análise dos fatores associados a quedas com fratura de fêmur em idosos: um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 239-248, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/KF4QCntFg9YKv3TMpsVJhmy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 fev. 2023.

SOARES, LCB; SILVA, JPC; PIRES, P; CARDOSO, LGV. Desenvolvimento de lesão por pressão e complexidade assistencial em pacientes de um serviço de emergência. **Cogitare Enferm**. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.82550>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SORDI; LOPES; DOMINGUES; CYRINO. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. **Interface Comun Saúde Educ**. v. 19, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1079>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SOUSA, J. E.; SANTIAGO, R. F. .; SILVA SOUSA, B. C. .; ALVES ALENCAR PEREIRA, L. M. .; OLIVEIRA BASTOS, A. .; DOS SANTOS SILVA, A.; DA SILVA PAES LANDIM , J. K.; MILANEZ OLIVEIRA, F. B. . ESCALAS UTILIZADAS PARA MENSURAR O RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: UMA REVISÃO. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 97, n. 2, p. e023059, 2023. DOI: 10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1573. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1573>. Acesso em: 1 out. 2023.

SOUZA LHR, SANTANA IF, JESUS SS. Capacidade Funcional De Idosos Residentes Em Uma Instituição De Longa Permanência. **Acta Biomédica Bras**. 2017;8(2):101. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/322072880>. Acesso em: 23 ago. 2023.

TAN, L. et al. Exploring the use of the Dementia Management Strategies Scale in caregivers of persons with dementia in Singapore. **Aging & Mental Health**, Abingdon, v. 17, n. 8, p. 935-941, 2013. DOI: 10.1080/13607863.2013.768209.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos et al. Frailty syndrome and socioeconomic and health characteristics among older adults. **Colombia Médica**, [s.l.], v. 48, n. 3, p.126-131, 1 jul. 2017. Universidad del Valle. <http://dx.doi.org/10.25100/cm.v48i3.1978>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28137403>>. Acesso em: 17 de mai. de 2023.

TONETI, BF; PAULA, JM; NICOLUSSI, AC; SAWADA, NO. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos com câncer em tratamento adjuvante. **Rev Rene**. 15(6):1030-8. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3307>. Acesso em: 26 fev. 2023.

URIBE, F. L. et al. Caregiver burden assessed in dementia care networks in Germany: findings from the DemNet-D study baseline, **Aging & Mental Health**, Abingdon, v. 21, n. 9,p. 926-937, 2017. DOI: 10.1080/13607863.2016.1181713.

VALER; AIRES; FENGLER; PASKULIN. Adaptação e validação do Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso em cuidadores de idosos. **Rev. Latino-Americana de Enferm**. Ribeirão Preto. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/3pBKCshJpXXXkJgPyw7f3jx/?lang=pt#>. Acesso em: 11 nov. 2021.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saude Publica**. 2009.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/1929-1936/pt>. Acesso em: 15 fev. 2023.

VIEIRA, C. S. de C. A. et al. Úlcera por Pressão: Avaliando Riscos em Idosos Internados em Instituição de Longa Permanência. **Revista Estima**, v. 13, n. 4, 2015. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/113>. Acesso em: 20 de abril de 2022.

VIEIRA, CPB; FIALHO, AVM; MOREIRA, TMM. Dissertações e teses de enfermagem sobre o cuidador informal do idoso, Brasil, 1979 a 2007. **Texto Contexto Enferm**. 20(1):160-6. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/19.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2023.

8. PRODUTO EDUCACIONAL

8.1. INTRODUÇÃO

A população idosa vem crescendo em diferentes regiões do mundo, detectando-se, no entanto, significativas variações na velocidade desse crescimento (VERAS, 2009). No Brasil, as modificações têm transcorrido de forma veloz em uma sociedade pouco preparada para tal transição: o número de idosos passou dos 2 milhões em 1950 para 15,4 milhões em 2002, um aumento de 700% e as projeções indicam que, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população mundial de idosos, correspondendo a aproximadamente 15% do povo brasileiro, ou seja, aproximadamente 30 milhões de pessoas (BOSI e UCHIMURA, 2007).

O número de idosos que dependem de cuidados tende a aumentar principalmente pelo comprometimento de mobilidade no idoso por origem multifatorial, no entanto com predominância por patologias neurológicas, musculoesqueléticas e com o surgimento de doenças recorrentes ao processo de hospitalização (GIAQUINI, LENI e DORING, 2017).

A presença de condições crônicas não transmissíveis como a imobilidade, característica comum em doenças neurológicas, como o Acidente Vascular Encefálico -AVE, doenças traumatológicas e ortopédicas casos de fraturas em membro inferior e síndrome do imobilismo e doenças oncológicas (BRITO, MENEZES e OLINDA, 2016).

Na atualidade, há uma tendência para que sejam transferidos à família os cuidados para o idoso, com aumento da sobrecarga dos cuidados. Diante disso, surge o cuidador principal, que é responsável pelas tarefas, dentre outras, de auxílio das atividades básicas de vida diária (FERREIRA *et al.*, 2016). Levar em consideração a individualidade do sujeito é importante para a elaboração de recursos educativos, uma vez que cada indivíduo aprende de uma forma e, portanto, possuem maneiras diferentes de absorver o conteúdo (ALVES, 2014; DIAS; SAUAIA; YOSHIZAKI, 2013).

Diante disso, optou-se como recurso educativo um manual sobre cuidados com paciente acamado, construído a partir da compreensão da leitura de artigos científicos que demonstram a importância de desenvolver cuidados específicos para prevenir o surgimento e/ou agravamento das LPP. Este manual tem como objetivo

informar e incentivar cuidadores de idosos acamados a adquirir e/ou manter uma rotina no cuidado do idoso acamado.

8.2. REFERENCIAL TEÓRICO DO PRODUTO

Na contemporaneidade a sociedade inclui cada vez mais atividades tecnológicas no seu cotidiano, que possui grande poder na vida social à medida que propicia uma grande praticidade através de mecanismos que levam à diversão, à comodidade e ao acesso à informação (MERCADO, 2002).

Silva (2006) explica também que a influência ofertada para a compreensão dos conhecimentos durante a comunicação com o indivíduo ou grupo não significa, manipular e nem invadir o outro, e sim assumir e conduzir pessoas de forma ética durante o processo de educação.

A utilização do manual como uma forma de propagação de educação em saúde funciona como um guia de instruções capacitando o indivíduo a ser participante ativo do processo de um novo conhecimento. Para Oliveira, Fernandes e Sawada (2008) a utilização do manual contribui para uma melhor qualidade de vida, melhor conexão entre profissional de saúde e público, promoção da saúde, prevenção além de estimular a autonomia do indivíduo tornando-o empoderado e compartilhador do conhecimento que lhe foi propagado.

Para Maffra e Anjos (2018) a construção do manual como um recurso educativo deve funcionar como uma série de instruções de forma clara e objetiva e que tenha capacidade de prender o leitor para que se atente do começo ao fim, e, para isso, é necessária uma série de estruturações rigorosas, tornando-se assim uma grande ferramenta de conhecimento em sua complexidade.

O manual, de forma simples, demonstra que o mapa conceitual pode ser usado em diversas situações e com diferentes finalidades, como uma ferramenta poderosa e profunda, que permite captura, representação e arquivamento do conhecimento, bem como a criação de novos conhecimentos e, deste modo, gerando uma aprendizagem significativa (MAFFRA e ANJOS, 2018. p.22).

No entanto, apesar de ser uma prática amplamente difundida, o processo de criação dos manuais é pouco discutido, o que afeta a produção dos mesmos, pela ausência de metodologia (PANOBIANCO *et al.*, 2009)

Em suma, o manual busca informar cuidadores de idosos sobre cuidados diários na prevenção e/ou tratamento das LPP, para tal, foi escolhido o método CTM3 como estratégias de concepção do produto que será discutido na sessão a seguir.

8.3. REFERENCIAL METODOLÓGICO DO PRODUTO

A construção do Manual: “Cuidados com paciente acamado” (apêndice 04) foi baseado no Método CTM3 que pressupõe três etapas, sendo: C- concepção do produto, T- referencial teórico, M3- referencial metodológico baseado em três teorias: o uso dos sentidos, análise transacional através de um dos instrumentos denominado Estrutura de personalidade e pela estratégia de Programação Neurolinguística (PNL). (Santos *et al.*, 2019)

Blanco e Navajas (2017) afirmam que a ciência depende dos sentidos para capturar informações, ou seja, quanto mais o saber provém deles, maior a eficiência da aprendizagem. Quanto mais se ensina através dos sentidos (auditivo, visual olfativo, sinestésico e gustativo) mais facilmente o envolvido na ação educativa terão a informação retida. Assim todo o manual é baseado na teoria dos sentidos e existem várias palavras e/ou imagens que resgatam os sentidos.

Para Santos *et al.* (2019) todo processo educativo remetem a aprendizagem e existem diferentes canais de receptividade da informação pelo ser humano que podem ser mais aguçados em algumas pessoas que em outras, sendo eles: visual, auditivo, sinestésico, olfativo e gustativo.

As diferentes grandezas de estilos de aprendizagem estão presentes em cada indivíduo e Felder e Silverman (1988) descrevem como:

- Visual: que é referente a captação da informação. O indivíduo visual memoriza melhor o que vê, como figuras, diagramas, filmes e demonstrações;
- Verbal: indivíduos aprendem mais com as palavras;
- Sensorial: diz respeito a percepção, nos indivíduos sensoriais tiram maior aprendizagem através dos sentidos;
- Intuitivo: Os indivíduos fazem uso de forma mais efetiva da memória, reflexão e imaginação;
- Ativo: Refere-se ao processamento das informações; sendo o indivíduo ativo

mais propicio a compreender e reter melhor a informação quando trabalhado de modo ativo;

- Reflexivo: Os indivíduos preferem, primeiro, refletir calmamente sobre a informação;
- Sequencial: Refere-se a forma de compreensão. Indivíduos com aprendizagem sequencial tendem a aprender de forma linear, em etapas;
- Global: Tendem a aprender em grandes saltos, assimilando o material quase aleatoriamente.

Para Alves (2014) todas essas grandezas trabalham de forma simultânea ou opostas fazendo com que o indivíduo possua uma grandeza maior que outra, porém, quando associadas ao processo de aprendizagem trazem um resultado significativo.

Toniolli e Leitão (2001) afirmam que a subjetividade de cada indivíduo faz com que as informações sejam transmitidas e processadas de forma singular e estão associadas a personalidade, que é o reflexo dos primeiros anos de vida do ser humano. Quando os bebês usam os sentidos para explorar o mundo que os cerca, nasce uma conexão cerebral e, à medida que essas experiências se repetem, as conexões se fortalecem, ficam armazenadas e colaboram para desenvolver na criança a maneira como ela pensa, sente, age e se relaciona.

Cada indivíduo possui os três tipos de ego que consistem na maneira como cada um se comporta e, classificam-se em: pai, adulto e criança. Estes são eleitos a cada situação vivenciada. O ego pai e criança são caracterizados pelas reações automáticas e emoções, o adulto é o estado mais racional e realista em que as informações são analisadas, e as decisões são tomadas sem deixar influenciar pelas emoções e pelas regras, de um modo geral, o pai representa o que é ensinado, o adulto o que é pensado e a criança o que é sentido pelo indivíduo (TONIOLLI e LEITÃO, 2001).

A análise transacional também foi utilizada como base teórica para a estruturação do produto educacional através das características da estrutura da personalidade humana, método qual a psicologia analisa os indivíduos pelos padrões de comportamento conhecido como estados de ego (TONIOLLI e LEITÃO, 2001).

Deschamps e Rose Junior (2006), Grégoire (2007) e Santos *et al.*, (2019) revelam que os estados de ego dividem o aparelho psicológico em três instâncias:

Estado de Ego pai, considerado como juízo de valor e representado por aprendizagens adquiridas (normas, limites, regras, cuidados) pela figura paterna; Estado de Ego Adulto, também referido como racional e representado pelo raciocínio lógico e não há lugar para emoções; Estado de Ego Criança, conhecido como ego emocional (alegria, prazer, naturalidade, criatividade, espontaneidade e fantasias) revividos durante a infância.

Uma maneira de fortalecer o recurso educacional é a partir da estruturação de âncoras. Na construção de um recurso educacional, é muito importante que as âncoras sejam bem planejadas uma vez que, remetem a lembranças vividas e, quando positivas, despertam no indivíduo o desejo de agir da mesma forma que agiu em situação vivenciada antes (SANTOS *et al.*, 2019).

A Programação Neurolinguística (PNL) tem intervenções educativas estruturada numa técnica que promove empatia durante a comunicação para facilitar o aprendizado dos conhecimentos, torna a transmissão de conhecimento flexível pois tenta entrar na realidade de quem aprende (MANCILHA, 2008 e SILVA, 2006).

Nessa perspectiva, como forma de atingir os indivíduos em sua totalidade e, com isso, facilitar a aprendizagem, é imprescindível que se estabeleça na construção dos produtos educacionais, mecanismos que remetam ao máximo os cinco sentidos, as âncoras e os três estados de ego (SANTOS *et al.*, 2019).

Após a revisão de literatura, o manual foi construído por meio de roteiro próprio formulado através do conhecimento adquirido por meio da literatura científica, utilizando uma linguagem clara e pertinente ao público-alvo, com informações científicas, incentivadoras e esclarecedoras sobre a importância dos cuidados específicos com o paciente acamado para prevenção de LPP.

Por fim, o manual se destina a cuidadores de idosos acamados, e foi desenvolvido com finalidade de orientar, informar, nutrir de informações e incentivar os cuidados. As escolhas das imagens ocorreram por meio da busca do acervo da plataforma digital “Canva.com” e o manual está dividido em tópicos que se interligam e estão correlacionados os fatores de risco para o surgimento e/ou agravamento de LPP de Braden, tais como: percepção sensorial, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento.

REFERÊNCIAS

ALVES, T. C. O pequeno professor: uma reflexão sobre a estrutura, o desenvolvimento e a evolução do adulto na criança. In: FORUM BRASILEIRO DE ANÁLISE TRANSACIONAL, VIII., 2014, Foz do Iguaçu. **Anais** [...]. Foz do Iguaçu: UNAT, 2014.

BLANCO, O. G. P.; NAVAJAS, P. F. Neurociência e os cinco sentidos na educação. **Revista de Pós-graduação Multidisciplinar**. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRITO; MENEZES; OLINDA. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Rev Bras Enferm**. 2016

BOSI, ML; UCHIMURA, KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. **Rev Saude Publica**. 2007.

DESCHAMPS, S. R.; ROSE JÚNIOR, D. Os aspectos psicológicos da personalidade e da motivação no voleibol masculino de alto rendimento. **Rev. Elet. Efdeportes.com**. v. 10, n. 92, 2006.

DIAS, G. P. P; SAUAIA, A. C. A; YOSHIZAKI, H. T.Y. Estilos de aprendizagem Felder-Silverman e o aprendizado com jogos de empresa. **Rev. adm. empres**. São Paulo, v. 53, n. 5, out. 2013.

FELDER, R. M; SILVERMAN, L. K. Learning and teaching styles in engineering education. **Engineering Education**, v. 78, n. 7, p. 674-681, abr. 1988.

FERNANDES, F.; LEITE, J.; NASCIMENTO, B.; BACIUUK, E. P. Atuação fisioterapêutica em imobilismo no leito prolongado. **Revista Intellectus**, v.9, n. 25, 2009. Disponível em: <http://www.revistaintellectus.com.br/artigos/25.272.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2021.

GIAQUINI F, LINI EV, DORING M. Prevalência de dificuldade de locomoção em idosos Institucionalizados. **Acta Fisiátrica**. 2017;24(1):1-6. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0104-7795.20170001>

GRÉGOIRE, J. Estados del ego como nexos vivientes entre las experiencias del pasado y el presente. **Rev. Análisis Transaccional y Psicología Humanista**, n. 57, 2007.

GREGÓRIO, J. S. **Formação de professores em Educação Ambiental: o ensinar e aprender com audiovisuais**. 2016. 149 f. Dissertação de mestrado apresentada

ao Programa de Pós-Graduação em Educação para Ciências e Matemática do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. 2016.

GUEDES; OLIVEIRA; CARVALHO. Deleterious effects of prolonged bed rest on the body systems of the elderly- a review. **Rev. Bras. Geriatria. Gerontol.** 2018.

LIMA, M.I.V.O. *et al.* Lesão por pressão em pacientes acamados com idade avançada e os cuidados de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Research, society and development.** v.10, n.15, 2021. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3188453-les%C3%A3o-por-press%C3%A3o-em-pacientes-acamados-com-idade-avan%C3%A7ada-e-os-cuidados-de-enfermagem-uma-revis%C3%A3o-integrativa-da-literatura. Acesso em: 13 fev. 2022.

MAFFRA, S. M.; ANJOS, M. B. Ensinando/aprendendo sobre mapas conceituais - convite ao uso de um manual como orientador de práticas pedagógicas. **Rev. Práxis, Rio de Janeiro.** 2018.

MANCILHA, J. **Programação neurolinguística aplicada ao ensino e à aprendizagem.** São Paulo: INAP, 2008.

MERCADO, Luis Paulo. **Novas Tecnologias na Educação: Reflexões sobre a prática.** Maceió: EDUFAL, 2002.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem.** 2008.

PANOBIANCO et al. Construção do conhecimento necessário ao desenvolvimento de um manual didático-instrucional na prevenção do linfedema pós-mastectomia. **Texto contexto – enferm.** 2009.

SANTOS, A. A. et al. Integrated Model of Course Based on Edu-Communication and Psycho-Communication in Learning. **Rev. Creative Education,** 2019.

SILVA, W. B. **A pedagogia dialógica de Paulo Freire e as contribuições da programação neurolinguística: uma reflexão sobre o papel da comunicação na educação popular.** Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Federal da Paraíba. 2006. Disponível em: http://www.acervo.paulofreire.org:8080/jspui/bitstream/7891/4302/1/FPF_PTPF_01_0950.pdf

TONIOLLI, A. C. S., LEITÃO, G. C. M. As posições existenciais de Eric Berne em mulheres com fibromialgia. **Rev. RENE, Fortaleza,** v. 02: p. 94-100, dez.2001.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saude Publica.** 2009.

APÊNDICE

Apêndice 01 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE para cuidadores



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS –
UNCISAL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPEP
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM SAÚDE E TECNOLOGIA**

Campus Governador Lamenha Filho – Rua Jorge de Lima, 113, Trapiche da Barra, CEP 57.010-382,
Maceió/AL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo **“Avaliação das competências de cuidadores de idosos acamados com lesões por pressão em uma unidade docente assistencial”**, de responsabilidade do pesquisador principal Thauan Narciso de Lima Ferro e das pesquisadoras Prof^ª Dr^ª Ana Carolina Rocha Gomes Ferreira e da Prof^ª Dr^ª Heloísa Helena Motta Bandini, da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Para sua participação neste estudo é necessária a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que será emitido em duas vias, ficando uma via com você e a outra com os integrantes da equipe de pesquisa. Sua participação não é obrigatória e poderá ser interrompida assim que desejar.

Eu, _____, tendo sido convidado a participar, de forma voluntária, deste estudo, informo que as seguintes informações me foram fornecidas e me fizeram entender, sem dificuldades e sem dúvidas, os seguintes aspectos do estudo:

2. Este estudo se destina a correlacionar às competências do cuidador quanto o nível de capacidade funcional e os fatores de risco de lesão por pressão em idosos acamados; considerando que a importância deste estudo é as competências do cuidador são primordiais para oferecer um cuidado integral ao paciente acamado. Uma vez que, quanto maior a competência do cuidador melhor as habilidades referentes ao cuidado; que os resultados que se desejam alcançar são quanto maiores as competências dos cuidadores menor a chance do surgimento e/ou agravamento de lesões por pressão; tendo início planejado para começar após a aprovação pelo sistema CEP/CONEP, aproximadamente novembro de 2022 e terminar em junho de 2023.

3. O (a) Senhor (a) participará do estudo da seguinte maneira, respondendo perguntas dos instrumentos: Questionário COPER-14, que avalia as competências do cuidador; Índice de

Katz, que avalia as atividades básicas de vida diária e escala de Braden, que avalia os riscos do surgimento e/ou agravamento de lesões por pressão. Os instrumentos serão respondidos de forma presencial. Sabendo que os possíveis riscos à sua saúde física e mental são: culpa, tristeza, vergonha, ansiedade ou cansaço ao responder questionários; desconforto em evidenciar o não conhecimento e a quebra de sigilo sobre os dados dos indivíduos. No entanto, os participantes que apresentarem quaisquer sintomas psicossomáticos contarão com suporte do psicólogo Gustavo Barbosa Barros, inscrito no CRP/AL 4352, atendendo na avenida Dona Constança, 585, Jatiúca, Maceió-Alagoas, ocorrerá um atendimento semanal, nos dias de sexta feira, no horário vespertino e sessão de 50 minutos. Haverá comprometimento em manter todos os dados pessoais com acesso apenas ao pesquisador principal protegidos no computador por senha que somente será apreciado para fazer parte dos dados da coleta de pesquisa. Nos casos em que o resultado for negativo o cuidador receberá instruções e orientações sobre os cuidados em saúde, tais medidas serão utilizadas para minimizar os riscos.

4. Os benefícios previstos com a sua participação são: os cuidadores serão orientados através de um recurso audiovisual sobre medidas de segurança ao cuidado, como: posicionamentos, cuidados para alimentação, cuidados para o banho, cuidados para a transferências que por sua vez melhoram a qualidade de vida diária do paciente acamado. Por sua vez, os cuidadores serão beneficiados com orientações seguras, tornando-se mais aptos na execução do cuidado; e os pacientes acamados, que beneficiarão obtendo melhores condições ao cuidado, como: higiene, manejo alimentar, posicionamentos, transferências entre outros.

5. Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

6. O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL é um colegiado transdisciplinar de caráter consultivo, educativo e deliberativo. O CEP/UNCISAL tem por Finalidade defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos obedecendo aos pressupostos da Resolução 466/12 do Conselho nacional de Saúde – CNS e de todas as suas complementares. (Regimento Interno do CEP UNCISAL artigos 1º e 2º).

7. A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

8. O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos. Ou seja, o senhor (a) será indenizado (a) por qualquer dano que venha sofrer com a sua participação na pesquisa.

8. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “Avaliação das competências de cuidadores de idosos acamados com lesões por pressão em uma unidade docente assistencial”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação,

concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

9. Este documento foi elaborado em 2 vias de igual teor, firmado por cada uma das partes envolvidas no estudo: participante voluntário (a) da pesquisa e pelo Pesquisador Principal responsável pela pesquisa.

Também sei que em caso de dúvidas poderei entrar em contato por meio do telefone (82.99970-1423) e e-mail (thauan.ferro@academico.uncisal.edu.br). Além disso, fui informado (a) que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, situado na Rua Doutor Jorge de Lima, s/n, Trapiche da Barra, Maceió, Alagoas, CEP: 57010-382 ou através do Telefone: (82) 3315-6787.

Maceió, _____ de _____ de 2022.

Assinatura da Participante da Pesquisa ou Impressão
Dactiloscópica

Endereço do(a) participante voluntário(a)
Domicílio: (rua, avenida, praça):
Bloco/Nº/Complemento:
Bairro/ CEP/ Cidade:
Telefone:
Ponto de referência:

Nome e Assinatura dos responsáveis pelo estudo

Thauan Narciso de Lima Ferro
CPF: 075.801.374-45
Pesquisadora principal

Ana Carolina Rocha Gomes Ferreira
CPF: 891.553.274-00
Pesquisadora assistente

Heloísa Helena Motta Bandini
CPF: 162.925.898-97
Pesquisador assistente



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS –
UNCISAL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPEP
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM SAÚDE E TECNOLOGIA**

Campus Governador Lamenha Filho – Rua Jorge de Lima, 113, Trapiche da Barra, CEP 57.010-382,
Maceió/AL

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo “**Avaliação das competências de cuidadores de idosos acamados com lesões por pressão em uma unidade docente assistencial**”, de responsabilidade do pesquisador principal Thauan Narciso de Lima Ferro e das pesquisadoras Prof^a Dr^a Ana Carolina Rocha Gomes Ferreira e da Prof^a Dr^a Heloísa Helena Motta Bandini, da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Para sua participação neste estudo é necessária a assinatura deste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, que será emitido em três vias, ficando uma via com você, uma com o seu responsável e outra com os integrantes da equipe de pesquisa. E da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seu responsável. Sua participação não é obrigatória e poderá ser interrompida assim que desejar.

Eu, _____, tendo sido convidado a participar, de forma voluntária, deste estudo, informo que as seguintes informações me foram fornecidas e me fizeram entender, sem dificuldades e sem dúvidas, os seguintes aspectos do estudo:

2. Este estudo se destina a correlacionar se os conhecimentos do cuidador diminuem os fatores de risco do surgimento de lesão por pressão em idosos acamados. Esta pesquisa tem previsão de iniciar após aprovação pelo sistema CEP/CONET, aproximadamente em janeiro de 2022 e terminar em junho de 2023.

3. O (a) senhor (a) participará do estudo respondendo perguntas dos instrumentos: Índice de Katz, que avalia como é realizado as atividades do dia a dia e a escala de Braden, que avalia os riscos do surgimento das lesões por estar acamado. Se ao responder as perguntas o senhor (a) sentir: culpa, tristeza, vergonha, ansiedade e cansaço e sentir necessidade de acompanhamento psicológico o psicólogo Gustavo Barbosa de Barros, inscrito no CRP/AL 4352, lhe atenderá na avenida dona Constança, 585, Jatiuca, Maceió-Alagoas. O atendimento ocorrerá uma vez por semana, nos dias de sexta-feira, no horário da tarde, com sessões de 50 minutos. Tudo que o senhor (a) responder será mantido em total sigilo.

4. Participar da pesquisa poderá lhe trazer como benefício que seu cuidador será orientado por vídeos para lhe oferecer um melhor cuidado.

5. A qualquer momento o senhor (a) poderá perguntar sobre as etapas do estudo;

6. O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL é um colegiado transdisciplinar de caráter consultivo, educativo e deliberativo. O CEP/UNCISAL tem por Finalidade defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos obedecendo aos pressupostos da Resolução 466/12 do Conselho nacional de Saúde – CNS e de todas as suas complementares. (Regimento Interno do CEP UNCISAL artigos 1º e 2º).

7. A qualquer momento, o (a) senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu assentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

8. O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo.

8. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “Avaliação das competências de cuidadores de idosos acamados com lesões por pressão em uma unidade docente assistencial”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura neste termo.

9. Este documento foi elaborado em 3 vias de igual teor, firmado por cada uma das partes envolvidas no estudo: participante voluntário (a), responsável pelo participante da pesquisa e pelo Pesquisador Principal responsável pela pesquisa.

Também sei que em caso de dúvidas poderei entrar em contato por meio do telefone (82.99970-1423) e e-mail (thauan.ferro@academico.uncisal.edu.br). Além disso, fui informado (a) que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, situado na Rua Doutor Jorge de Lima, s/n, Trapiche da Barra, Maceió, Alagoas, CEP: 57010-382 ou através do Telefone: (82) 3315-6787.

Maceió, _____ de _____ de 2022.

Assinatura da Participante da Pesquisa ou Impressão
Dactiloscópica

Endereço do(a) participante voluntário(a)
Domicílio: (rua, avenida, praça):
Bloco/Nº/Complemento:
Bairro/ CEP/ Cidade:
Telefone:
Ponto de referência:

Nome e Assinatura dos responsáveis pelo estudo

Thauan Narciso de Lima Ferro
CPF: 075.801.374-45
Pesquisadora principal

Ana Carolina Rocha Gomes Ferreira

CPF: 891.553.274-00
Pesquisadora assistente

Heloísa Helena Motta Bandini
CPF: 162.925.898-97
Pesquisador assistente

Apêndice 03 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE para responsáveis dos idosos acamados.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS –
UNCISAL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPEP
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM SAÚDE E TECNOLOGIA**

Campus Governador Lamemha Filho – Rua Jorge de Lima, 113, Trapiche da Barra, CEP 57.010-382, Maceió/AL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a autorizar a participação da pessoa que o senhor (a) é responsável para participar como voluntário (a) do estudo “**Avaliação das competências de cuidadores de idosos acamados com lesões por pressão em uma unidade docente assistencial**”, de responsabilidade do pesquisador principal Thauan Narciso de Lima Ferro e das pesquisadoras Prof^a Dr^a Ana Carolina Rocha Gomes Ferreira e da Prof^a Dr^a Heloísa Helena Motta Bandini, da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Para a participação da pessoa que o senhor (a) é responsável é necessária a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que será emitido em duas vias, ficando uma via com você e a outra com os integrantes da equipe de pesquisa. Sua participação não é obrigatória e poderá ser interrompida assim que desejar.

Eu, _____, tendo sido convidado a autorizar a participação do Sr. (a) _____, de forma voluntária, deste estudo, informo que as seguintes informações me foram fornecidas e me fizeram entender, sem dificuldades e sem dúvidas, os seguintes aspectos do estudo:

2. Este estudo se destina a correlacionar às competências do cuidador quanto o nível de capacidade funcional e os fatores de risco de lesão por pressão em idosos acamados; considerando que a importância deste estudo é as competências do cuidador são primordiais para oferecer um cuidado integral ao paciente acamado. Uma vez que, quanto maior a competência do cuidador melhor as habilidades referentes ao cuidado; que os resultados que se desejam alcançar são quanto maiores as competências dos cuidadores menor a chance do surgimento e/ou agravamento de lesões por pressão; tendo início planejado para começar após a aprovação pelo sistema CEP/CONEP, aproximadamente novembro de 2022 e terminar em junho de 2023.

3. O (a) Senhor (a) autoriza a participação da pessoa que é responsável pra este estudo da seguinte maneira, respondendo perguntas dos instrumentos: Questionário COPER-14, que avalia as competências do cuidador; Índice de Katz, que avalia as atividades básicas de vida diária e escala de Braden, que avalia os riscos do surgimento e/ou agravamento de

lesões por pressão. Os instrumentos serão respondidos de forma presencial. Sabendo que os possíveis riscos à sua saúde física e mental são: culpa, tristeza, vergonha, ansiedade ou cansaço ao responder questionários; desconforto em evidenciar o não conhecimento e a quebra de sigilo sobre os dados dos indivíduos. No entanto, os participantes que apresentarem quaisquer sintomas psicossomáticos contarão com suporte do psicólogo Gustavo Barbosa Barros, inscrito no CRP/AL 4352, atendendo na avenida Dona Constança, 585, Jatiúca, Maceió-Alagoas, ocorrerá um atendimento semanal, nos dias de sexta-feira, no horário vespertino e sessão de 50 minutos. Haverá comprometimento em manter todos os dados pessoais com acesso apenas ao pesquisador principal protegidos no computador por senha que somente será apreciado para fazer parte dos dados da coleta de pesquisa. Nos casos em que o resultado for negativo o cuidador receberá instruções e orientações sobre os cuidados em saúde, tais medidas serão utilizadas para minimizar os riscos.

4. Os benefícios previstos com a sua participação são: os cuidadores serão orientados através de um recurso audiovisual sobre medidas de segurança ao cuidado, como: posicionamentos, cuidados para alimentação, cuidados para o banho, cuidados para a transferências que por sua vez melhoram a qualidade de vida diária do paciente acamado. Por sua vez, os cuidadores serão beneficiados com orientações seguras, tornando-se mais aptos na execução do cuidado; e os pacientes acamados, que beneficiarão obtendo melhores condições ao cuidado, como: higiene, manejo alimentar, posicionamentos, transferências entre outros.

5. Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

6. O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL é um colegiado transdisciplinar de caráter consultivo, educativo e deliberativo. O CEP/UNCISAL tem por finalidade defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos obedecendo aos pressupostos da Resolução 466/12 do Conselho nacional de Saúde – CNS e de todas as suas complementares. (Regimento Interno do CEP UNCISAL artigos 1º e 2º).

7. A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

8. O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos. O ressarcimento será de compensação material dos gastos decorrentes da participação na pesquisa, ou seja, despesas do participante e seus acompanhantes, tais como transporte e alimentação, quando houver.

8. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “Avaliação das competências de cuidadores de idosos acamados com lesões por pressão em uma unidade docente assistencial”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de

Consentimento.

9. Este documento foi elaborado em 2 vias de igual teor, firmado por cada uma das partes envolvidas no estudo: participante voluntário (a) da pesquisa e pelo Pesquisador Principal responsável pela pesquisa.

Também sei que em caso de dúvidas poderei entrar em contato por meio do telefone (82.99970-1423) e e-mail (thauan.ferro@academico.uncisal.edu.br). Além disso, fui informado (a) que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, situado na Rua Doutor Jorge de Lima, s/n, Trapiche da Barra, Maceió, Alagoas, CEP: 57010-382 ou através do Telefone: (82) 3315-6787.

Assinatura da Participante da Pesquisa ou Impressão
Dactiloscópica

Endereço do(a) participante voluntário(a)
Domicílio: (rua, avenida, praça):
Bloco/Nº/Complemento:
Bairro/ CEP/ Cidade:
Telefone:
Ponto de referência:

Nome e Assinatura dos responsáveis pelo estudo

Thauan Narciso de Lima Ferro
CPF: 075.801.374-45
Pesquisadora principal

Ana Carolina Rocha Gomes Ferreira
CPF: 891.553.274-00
Pesquisadora assistente

Heloísa Helena Motta Bandini
CPF: 162.925.898-97
Pesquisador assistente

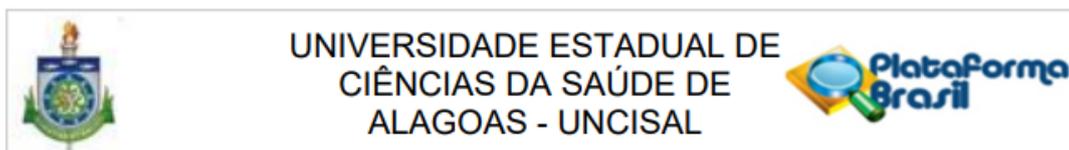
Maceió, _____ de _____ de 2022.

Apêndice 04 – Manual: Cuidados com o idoso acamado.

Apêndice 05 – Artigo: Perfil sociodemográfico e competências dos cuidadores de idosos acamados com imobilismo no leito.

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CUIDADORES DE IDOSOS ACAMADOS COM LESÕES POR PRESSÃO EM UMA UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL

Pesquisador: THAUAN NARCISO DE LIMA FERRO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 62526522.0.0000.5011

Instituição Proponente: Campus sede

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.800.361



ANEXO II- QUESTIONÁRIO COPER-14

QUESTIONÁRIO COPER 14 AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO CUIDADOR INFORMAL

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO											
				Não desejo responder				Não desejo responder			
Idade:								Grau de parentesco com a pessoa:			
Sexo: () M () F								Quantas horas/dia cuida da pessoa?			
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Outros:								Quantos meses/anos você cuida da pessoa?			
Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental I () Fundamental II () Médio () Superior								Já cuidou de alguém anteriormente? (S/N) Quem?			
Renda Familiar: () Até 2 Salários Mínimos () 3 a 5 () 6 a 9 () Superior a 10.								Já fez algum curso de formação de cuidador? (S/N) Qual/Quando?			
Trabalha? (S/N) Com o quê?								Você cuida de mais alguma pessoa? (S/N) Quem?			
Contato:								Você tem algum problema de saúde? (S/N) O quê?			
II PARTE – ESPECÍFICO											
Nº	D	Como você avalia o seu conhecimento para	Péssimo	Regular	Bom	Ótimo	Excelente	Não desejo responder			

1	C	Identificar as limitações físicas da pessoa de que você cuida (caminhar, andar, movimentar).	1	2	3	4	5	
2	P	Identificar os sinais e sintomas de piora da saúde da pessoa de que você cuida (se está respirando; coração batendo etc.).	1	2	3	4	5	
3	P	Identificar as necessidades de alimentação da pessoa de que você cuida (seleção, restrições e oferta dos alimentos; cuidados com SNG).	1	2	3	4	5	
4	P	Identificar sinais e sintomas de desidratação da pessoa de que você cuida.	1	2	3	4	5	
5	C	Identificar os remédios que a pessoa de que você cuida faz uso como horários, efeitos colaterais, indicações, contraindicação, alergias.	1	2	3	4	5	
6	R	Identificar expressões faciais (dor, raiva, felicidade) que a pessoa de que você cuida pode apresentar.	1	2	3	4	5	
7	P	Reconhecer sinais de alterações nas eliminações da pessoa de que você cuida (características das fezes, urina, secreções).	1	2	3	4	5	
Nº	D	Quanto você se sente adaptado	Sem adaptação	Pouco adaptado	Adaptado	Bem adaptado	Totalmente adaptado	
8	E	Com a rotina diária de cuidados.	1	2	3	4	5	
9	E	Em exercer o papel de cuidador.	1	2	3	4	5	
Nº	D	Como você se sente em relação ao seu preparo para	Sem preparo	Pouco preparado	Preparado	Bem preparado	Totalmente preparado	

10	C	Administrar/ ofertar os remédios.	1	2	3	4	5	
11	P	Avaliar a temperatura corporal da pessoa de que você cuida (extremidades frias, calor, suor, frio).	1	2	3	4	5	
12	C	Despir e vestir a pessoa de que você cuida.	1	2	3	4	5	
13	R	Comunicar-se com a pessoa de que você cuida.	1	2	3	4	5	
14	R	Estimular a autonomia da pessoa de que você cuida (alimentar-se sozinho, tomar banho, movimentar-se).	1	2	3	4	5	

*Nº: é o número de cada item. D: Dimensões/constructos das competências avaliadas (C: competências cognitivas; E: competências emocionais; P: competências psicomotoras; R: competências relacionais). A soma dos escores é realizada pela soma dos itens pontuados na escala de respostas.

SOMA: 1-17 (BAIXA COMPETÊNCIA) / 18-35 (POUCA COMPETÊNCIA) / 36-52 (BOA COMPETÊNCIA) / ≥53 (ÓTIMA COMPETÊNCIA)

ANEXO III- INDICE DE KATZ

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA: ÍNDICE DE KATZ

ABVDS		SIM	NÃO	Não desejo responder
1. Em relação ao banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo	1	0	
2. Em relação a se vestir	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos	1	0	
3. Quanto a higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)	1	0	
4. Em relação a transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)	1	0	
5. Quanto a continência	Controla completamente urina e fezes	1	0	
6. Em relação à alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar ou passar manteiga no pão)	1	0	

TOTAL: _____

Resultados

- () **Independência:** 05 a 06 pontos
- () **Dependência parcial:** 03 a 04 pontos
- () **Dependência importante:** 0 a 02 pontos

ANEXO IV- ESCALA DE BRADEN

<p>Percepção Sensorial:</p> <p>Capacidade de reagir significativamente à pressão; Relacionada com o desconforto</p>	<p>1- Totalmente Limitado: Não reage (não geme, não se esquivar ou agarrar-se) a estímulo doloroso, devido à diminuição do nível de consciência ou sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.</p>	<p>2- Muito Limitado: Reage somente a estímulos dolorosos. Não é capaz de comunicar o desconforto, exceto por gemidos ou agitação, ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.</p>	<p>3- Levemente Limitado: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.</p>	<p>4- Nenhuma Limitação: Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.</p>	<p>Não desejo responder</p>
<p>Umidade: Nível ao qual a pele está exposta à umidade.</p>	<p>1- Completamente Molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. A</p>	<p>2- Muito Molhada: A pele está freqüentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama precisa ser</p>	<p>3- Ocasionalmente Molhada: A pele fica ocasionalmente molhada, requerendo uma troca extra de</p>	<p>4- Raramente Molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos</p>	

	umidade é detectada às movimentações do paciente.	trocada pelo menos uma vez por turno.	roupa de cama por dia	horários de rotina.	
Atividade: Grau de atividade física.	1- Acamado: Confinado à Cama	2- Confinado à Cadeira: Capacidade de andar severamente limitada ou inexistente. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar.	3- Caminha Ocasional-mente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno na cama ou cadeira.	4- Anda Freqüente-mente: Anda freqüentemente fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas que está acordado.	
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do	1- Totalmente Imóvel: Não faz nem mesmo Pequenas mudanças na	2- Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na	3- Levemente Limitado: Faz freqüentes, embora pequenas	4- Não Apresenta Limitação: Faz importantes mudanças e	

corpo	posição do corpo ou Extremidades sem ajuda.	posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças freqüentes ou significantes sozinho.	mudanças na posição do corpo ou da extremidades, sem ajuda.	freqüentes na posição sem auxílio.	
Nutrição:	1- Muito	2- Provavel-mente	3- Adequada:	4- Excelente:	
Padrão usual de consumo alimentar.	Pobre: Nunca come uma Refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do Alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne,	Inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. Ingestão de	Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia.	Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios.	

	<p>laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita Nenhum Suplemento Alimentar líquido, ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou hidratação IVS por mais de 5 dias.</p>	<p>proteína inclui somente 3 porções de carne ou de laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar, ou recebe abaixo da quantidade satisfatória da dieta líquida ou alimentação por sonda.</p>	<p>Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido; é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>Ocasionalmente come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar.</p>	
<p>Fricção e Cisalhamento:</p>	<p>1- Problema: Requer Assistência moderada ou</p>	<p>2- Problema em Potencial: Move-se sem vigor ou requer</p>	<p>3- Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama</p>		

	<p>máxima para mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com os lençóis. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando a freqüentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva quase constantemente a fricção.</p>	<p>mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira e outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente escorrega.</p>	<p>ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer o corpo completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.</p>		
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Fonte: Adaptada para a língua portuguesa por PARANHOS; SANTOS (1999).