

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM**

**ANDREIA SEBASTIÃO SIMÃO
MARIA CRISTINA DOS SANTOS**

**DESAFIOS DOS CUIDADORES DE PESSOAS ACAMADAS COM
RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO EM UM CENTRO
ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER NO EXTREMO SUL
DE SANTA CATARINA.**

**CRICIÚMA
2022**

**ANDREIA SEBASTIÃO SIMÃO
MARIA CRISTINA DOS SANTOS**

**DESAFIOS DOS CUIDADORES DE PESSOAS ACAMADAS
COM RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO EM UM CENTRO
ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER NO EXTREMO
SUL DE SANTA CATARINA.**

Trabalho de Conclusão do Curso,
apresentado para obtenção do grau de
Bacharel no Curso de Enfermagem da
Universidade do Extremo Sul
Catarinense - UNESC.

Orientador: Prof. Letícia Felipe Milak

CRICIÚMA

2022

ANDREIA SEBASTIÃO SIMÃO
MARIA CRISTINA DOS SANTOS

**DESAFIOS DOS CUIDADORES DE PESSOAS ACAMADAS COM RISCO DE
LESÃO POR PRESSÃO EM UM CENTRO ESPECIALIZADO EM
REABILITAÇÃO – CER NO EXTREMO SUL DE SANTA CATARINA.**

Trabalho de Conclusão de Curso
aprovado pela Banca Examinadora
para obtenção do Grau de Bacharel,
no Curso de Enfermagem da
Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC, com Linha de
Pesquisa em um Centro Especializado
em Reabilitação.

Criciúma, 11 de novembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Leticia Felipe Milak
Prof. Leticia Felipe Milak – Mestre - UNESC – Orientadora

Karina e. Gullis
Prof. Karina Cardoso Gulbis – Doutora – UNESC

Prof. Maria Madalena Santiago – Mestre - UNESC

m^a Madalena Santiago

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela nossa vida, e por nos ajudar a passar por todas as adversidades durante nossa graduação.

Ao nossos pais, irmãos, esposos e filhos que nos apoiaram e incentivaram e entenderam cada ausência nossa, enquanto nos dedicávamos a realização desse projeto.

Aos nossos professores, pelos ensinamentos, correções e toda a dedicação no ato do ensinar, e nos permitiu apresentar um melhor desempenho no nosso processo de formação profissional.

As nossas amigas de curso, com quem convivemos intensamente durante esses cinco anos, pelo companheirismo e pela troca de ensinamentos, pela ajuda em nossas dificuldades, que nos permitiram crescer como pessoas e formandos.

Aos colegas de curso, por todas as trocas e incentivos e ensinamentos trocados.

A instituição de ensino, UNESC, essencial no nosso processo de formação profissional, pela dedicação, e por tudo que aprendemos ao longo dos anos do curso.

A nossa colega, aluna de enfermagem da 4º fase da Unesc, Iorrana Vitória da Rocha, que nos auxiliou na coleta de dados do nosso TCC, que Deus possa lhe recompensar em dobro.

E a nossa professora orientadora do TCC, Leticia Felipe Milak, que nos ajudou muito desde o primeiro encontro, sempre com muita paciência, otimismo, e carinho, obrigada.

“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.”

Autor – José de Alencar

RESUMO

INTRODUÇÃO: O paciente acamado é caracterizado por estar impossibilitado de exercer o autocuidado, seja de forma parcial ou total, requerendo auxílio para realização das atividades, este auxílio na grande maioria das vezes é realizado por familiares, os quais se encontram sobrecarregados devido o excesso de demanda de cuidado. Trata-se de um estudo referente aos desafios dos cuidadores de pessoas acamadas com risco de lesão por pressão, em um Centro Especializado em Reabilitação – CER no Extremo Sul Catarinense. **Objetivo:** Avaliar quais os desafios dos cuidadores de pessoas acamadas com risco de lesão por pressão em um Centro Especializado em Reabilitação no Extremo Sul de Santa Catarina. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa por meio da aplicação de questionário com perguntas semiestruturadas sobre os desafios dos cuidadores em relação a pacientes acamados com risco de lesão por pressão e aplicação da Versão Brasileira da Escala de Zarit – Avaliação da sobrecarga dos cuidadores, Escala De Transtorno De Ansiedade Generalizada – GAD -7, Escala de Depressão (CES-D). **Resultados:** Observou-se com esse estudo que os cuidadores sentem-se sobrecarregados, apresentam estresse e depressão além disso a família sofre com a mudança repentina de receber uma pessoa acamada em casa, isso gera conflitos, doenças e desgaste, mas observamos que na sua grande maioria os cuidadores conhecem a LP e que sabem como evitar esse agravo, e que são muito bem atendidos no CER. **Conclusão:** O estudo mostrou em seus resultados estatísticos que os cuidadores apresentaram uma grande carga de estresse devido a mudança de vida inesperada e o cuidado com a pessoa acamada. Apresenta-se com sintomas depressivos e sabe-se que isto pode impactar no cuidado prestado ao acamado e a prevenção de LP. A maioria dos entrevistados demonstrou que não basta apenas a obrigação de vínculo familiar e sim também condições psicológicas, financeira, físicas e de responsabilidade familiar.

Palavras-chave: Acamado; Risco de lesão por pressão; Cuidados de Enfermagem; Cuidador.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMESC	Associação do Extremo Sul Catarinense
AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
AMUREL	Associação Municípios da Região de Laguna
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centro Especializado em Reabilitação
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina
EAS	Eventos Adversos
ISMP	Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos
LPP	Lesões Por Pressão
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PE	Processo de Enfermagem
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SAS	Secretário de Atenção à Saúde
SP	Segurança do Paciente
SRES	Sistemas de Registros Eletrônicos em Saúde 6
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos.....	38.
Tabela 2 - Cuidados Com A Pessoa Acamada.....	39.
Tabela 3 - Atendimento No Centro Especializado Em Reabilitação – CER.....	41.
Tabela 4 - Conhecimento Dos Cuidadores Sobre Lesão Por Pressão - LP.....	42.
Tabela 5 - Sentimento Dos Acompanhantes Com O Cuidado Do Paciente Acamado.....	43.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Versão Brasileira da Escala de Zarit – Avaliação da sobrecarga dos cuidadores.....	45.
Gráfico 2 - Gráfico 2 – Escala De Transtorno De Ansiedade Generalizada – GAD -7.	46.
Gráfico 3 - Gráfico 3 – Escala de Depressão (CES-D)	47.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 JUSTIFICATIVA.....	24
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	24
1.3 HIPÓTESES.....	24
2 OBJETIVO	26
2.1 OBJETIVO GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3 REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1. CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER.....	27
3.2. CUIDADORES	29
3.3 PREVENÇÕES DE LESÃO POR PRESSÃO	31
3.4 CAPACITAÇÕES DO CUIDADOR.....	34
4- MÉTODOS	37
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	37
4.2 TIPOS DE ESTUDO.....	37
4.3 LOCAIS DO ESTUDO.....	37
4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	38
4.4.1 Critério de inclusão	38
4.4.2 Critério de exclusão	38
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	39
4.5.1 Instrumento de coleta de dados	39
4.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	39
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	40
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 - CATEGORIA 1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	42
5.2 - CATEGORIA 2 – CUIDADOS COM A PESSOA ACAMADA.....	43
5.3 - CATEGORIA 3 – ATENDIMENTO NO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER.	45
5.4 - CATEGORIA 4 – CONHECIMENTO DOS CUIDADORES SOBRE LESÃO POR PRESSÃO - LP.	46
6 - CATEGORIA 5 – ESCALAS DE SOBRECARGA DE ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO.	49
7 - CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	58

1 INTRODUÇÃO

Devido ao aumento insidioso das doenças crônicas degenerativas no Brasil, observa-se uma alteração no perfil dos pacientes que demandam cuidados à saúde. Essa alteração tem causado grande impacto na sociedade, em particular nos sistemas de saúde, que apresentam déficit de recursos humanos e materiais para atender essa clientela; diante disso, a organização da oferta da Atenção Domiciliar (AD) no Brasil vem passando por transformações nos últimos anos (CASTRO,2020).

O paciente acamado caracteriza-se por estar impossibilitado de exercer o autocuidado, seja de forma parcial ou total, requerendo auxílio para realização das atividades de vida diária (VIEIRA, 2015). Além dos prejuízos funcionais a diversos sistemas fisiológicos, a restrição ao leito pode favorecer alterações do estado emocional, manifestada por crises de ansiedade, apatia, depressão e isolamento social. Estima-se que 30 a 40% dos idosos internados, independentemente da causa de internação, desenvolvem algum tipo de imobilidade após a hospitalização (LEDUC, 2017).

Em face desse cenário, a família apresenta-se como importante aliada no cuidado de pacientes dependentes, revelando-se um recurso inestimável, principalmente por seus membros configurarem-se como cuidadores informais, sendo responsáveis por promover o bem-estar da pessoa adoecida (NOUGUCHI,2016). Na maioria dos casos, pessoas dependentes de cuidados, em AD, possuem o familiar e/ou pessoas que ofertam cuidados, caracterizando-se como cuidadores informais (MS, 2016; NOUGUCHI, 2016). As práticas assistenciais a pessoas que demandam o uso de tecnologias exigem cuidados diários e contínuos, para os quais nem sempre os cuidadores informais estão preparados tecnicamente. Por vezes encontram-se, repentinamente, obrigados a prestar cuidados que antes só eram realizados no ambiente hospitalar e por uma equipe de saúde especializada (SILVEIRA,2017; SCHWERTFEGER,2019).

Dessa forma, faz-se necessário que os cuidadores sejam bem orientados e capacitados para realizar um atendimento domiciliar adequado ao paciente dependente. Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, possuem um importante papel no suporte aos cuidadores por meio de estratégias eficazes de educação em saúde, que garantam, no ambiente domiciliar, a qualidade do cuidado e a segurança das pessoas dependentes. Nessa perspectiva, considerando as

necessidades multifacetadas e interdisciplinares, essenciais para ações de cuidado transicional de pessoas dependentes tanto de cuidado (do hospital ao domicílio) quanto das abordagens que exigem recursos especiais para a sobrevivência do paciente, as estratégias de capacitação com materiais tecnológicos e visuais necessitam ser evidenciadas (RODRIGUES, 2021; SANTOS, 2022).

É contemporâneo dizer que a família é responsável pelo atendimento das demandas sociais e de saúde do idoso, tendo, portanto, a necessidade de um suporte qualificado e constante, possuindo a equipe da Estratégia Saúde da Família - ESF um papel fundamental (WENDT, 2015).

Para o cuidado de pessoas com limitações a Política Nacional de Saúde à Pessoa com Deficiência foi instituída em 2002, por meio da portaria nº 1.060, visa incluir as pessoas com deficiência na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que um dos pontos dessa Rede é o Centro Especializado de Reabilitação (CER), compreendendo um serviço ambulatorial especializado que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, organizado por tipo de deficiência, podendo envolver: deficiência auditiva, visual, intelectual ou física (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, por serem pessoas restritas, as Lesões por Pressão - LP podem surgir e são eventos adversos que representam complicações associadas ao cuidado em saúde, as quais favorecem o aumento da morbidade e custos hospitalares. Surgem quando a pele está sob pressão constante por longo período de tempo ou referente ao uso de dispositivo médico ou artefato. Ocorrem com mais frequência em locais de proeminência óssea (NPUAP, 2019).

A ocorrência de LP, em países de todo o mundo, varia de 1,9% a 71,6%. Pesquisa nos Estados Unidos identificou variação entre 9% e 41%, além de prevalência estimada em 23%. No Brasil, a taxa de incidência de LPP em pacientes hospitalizados é de 2,42/1.000 pessoas-dia e pode variar de 22% a 49,2%, conforme o setor de internação (ALBUQUERQUE, 2018).

As LP afetam negativamente a qualidade de vida dos pacientes e prolongam seu período de internação. Para a prevenção desse evento adverso, é necessária a adoção de estratégias educativas mediadas por Tecnologias Educacionais (TE) para orientar a população sobre as medidas preventivas. Essas tecnologias representam o conjunto de saberes e fazeres interligados a materiais e produtos que definem

processos de trabalho e terapêuticas para execução das ações na produção da saúde. Dentre as TE mais utilizadas e desenvolvidas por profissionais da saúde destacam-se os materiais impressos (CICCERI, 2020).

Observa-se que em um estudo realizado no Reino Unido (DEALEY, 2012) se identificou que o custo do tratamento de uma Úlcera por Pressão - UP variou de £1.214 a £14.108, com aumento do ônus financeiro, de acordo com a gravidade. Corrobora esse resultado uma pesquisa realizada nos Estados Unidos da América que, ao avaliar 19 pacientes com UP categoria IV, constatou que o custo médio do tratamento hospitalar da UP e de suas complicações foi de U\$129.248 (BREM, 2010). Além dos elevados custos econômicos que se relacionam ao tratamento da UP, existem custos intangíveis representados pelo sofrimento do paciente e de seus familiares, sendo mais vantajoso, portanto, preveni-la ao invés de permitir que se instale para depois tratá-la (LIMA, 2010).

Em razão da importância de conhecer as várias facetas do cuidado as pessoas acamadas no domicílio, no que diz respeito ao binômio cuidador informal, definiu-se como objetivo de estudo: avaliar a sobrecarga e identificar os fatores relacionados a sobrecarga em cuidadores informais de pacientes acamados em domicílio assistidos pelo Centro Especializado em Reabilitação – CER – Unesc.

1.1 JUSTIFICATIVA

Os cuidadores são uma parcela significativa de profissionais que estão agindo formalmente ou informalmente, diretamente ligados a pessoas com níveis de dependência. Esses cuidados podem estar relacionados a uma grande sobrecarga além de uma alta demanda de trabalho o que pode afetar no cuidado, ou melhor, na ausência do cuidado.

É importante conhecer quais os desafios dos cuidadores de pacientes acamados com risco de lesão por pressão atendidos pelo CER para entender melhor como este cuidado acontece, de que forma estes pacientes são tratados, qual seu grau de conhecimento sobre as lesões por pressão, prevenção, mudança de decúbito, barreiras físicas utilizadas e como este cuidador participa juntamente com o CER na reabilitação de seu familiar.

Conhecer a rotina destes cuidadores, como estes cuidados com o paciente ou familiar impactam em sua vida diária, a quanto tempo ele cuida deste paciente, se consegue conciliar trabalho e cuidados com o paciente, quantas horas por dia ele se dedica nestes cuidados, se recebe algum apoio de familiares ou outros cuidadores, quanto estes cuidados afetam seu estado emocional e físico.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais os desafios dos cuidadores de pessoas acamadas com risco de lesão por pressão em um Centro Especializado em Reabilitação - CER no Extremo Sul de Santa Catarina?

1.3 HIPÓTESES

H1: Acredita-se que cada vez mais com o aumento de doenças crônicas e degenerativas, estão surgindo cuidadores na maioria das vezes familiares que passam a ser cuidadores.

H2: Acredita-se que os cuidadores nem sempre estão preparados para prestarem estes serviços de saúde no domicílio.

H3: Acredita-se que o cuidador de pacientes acamados com risco de lesão por pressão necessita de um suporte psicológico, familiar e social.

H4: Acredita-se que os cuidadores nem sempre estão preparados para prestarem estes serviços de saúde no domicílio.

H5: Acredita-se que os cuidadores necessitem de mais apoio dos serviços de saúde, ESF e hospitais a respeito do acompanhamento e orientações sobre o paciente acamado.

H6: Acredita-se que os cuidadores sentem-se sobrecarregados, stressados, ansiosos e depressivos devido as demandas exigidas deles.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar quais os desafios dos cuidadores de pessoas acamadas com risco de lesão por pressão em um Centro Especializado em Reabilitação no Extremo Sul de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a percepção dos cuidadores de pacientes acamados com risco de lesão por pressão, como compreendem este processo de cuidados e como a responsabilidade destes cuidados reflete no seu dia a dia.
- Avaliar o conhecimento dos cuidadores em relação ao risco de lesão por pressão e mudança de decúbito.
- Avaliar como estes cuidados com pacientes acamados afetam a vida social e familiar dos cuidadores.
- Analisar através de escalas o nível de sobrecarga de estresse, resiliência, depressão e ansiedade dos cuidadores e como isso pode interferir nos cuidados com o paciente.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1. CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER

Um grande desafio enfrentado pelos sistemas de saúde para garantir a integralidade do cuidado é a má distribuição geográfica dos profissionais, problema este que provoca desigualdade na assistência e, conseqüentemente, agrava as condições de saúde, comprometendo os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) (CAMPOS, 2009; MATUDA, 2013). Concomitantemente, as mudanças do perfil epidemiológico, a crescente prevalência das condições crônicas e o envelhecimento da população no Brasil exigem cada vez mais políticas públicas que desenvolvam ações durante os diferentes ciclos de vida da população, por meio de um sistema de saúde integrado e eficaz, com número adequado de pontos de atenção de diferentes modalidades e profissionais que atuem de forma articulada, visando ao cuidado longitudinal, (BARRETO, 2015;LANCMAN, 2013).

O cuidado ampliado em saúde requer um olhar multidimensional para as necessidades do usuário e deve ser desenvolvido por meio de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, que produza ações mais efetivas nos serviços de saúde, gerando troca de experiências e novos conhecimentos. Dessa forma, o modelo assistencial e as configurações dos serviços na rede exercem expressiva influência na resolutividade, eficiência e integralidade do cuidado. Neste cenário, o profissional assume papel de interlocutor entre os usuários e os diferentes mecanismos humanos e tecnológicos que podem contribuir para o atendimento das demandas sanitárias e epidemiológicas e no processo de reabilitação da população, (MATUDA, 2013; RORIZ,2010).

No estado de Santa Catarina existem cinco CER habilitados pelo Ministério da Saúde, compreendendo a demanda da macrorregião da grande Florianópolis, regiões Carboníferas e Extremo Sul, a macrorregião da Foz do Itajaí, a macrorregião da Serra

Catarinense e região da saúde do médio Vale do Itajaí. Esses CERs são, em sua totalidade, do Tipo II com especialidade no atendimento à pessoa com deficiência intelectual ou física (BRASIL, 2013).

O CER é um dos pontos de atenção especializada que compõem a RCPD, sendo responsável pelo diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e

manutenção de tecnologia assistiva para as pessoas com deficiência, considerado referência para a Redes de Atenção à Saúde (RAS) dentro do seu território adscrito, podendo ter as seguintes configurações:

- CER II, composto por duas modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva e física; auditiva e intelectual; auditiva e visual; física e intelectual; física e visual ou, ainda, intelectual e visual);

- CER III, composto por três modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva, física e intelectual; auditiva, física e visual; auditiva, intelectual e visual, ou, ainda, física, intelectual e visual); e

- CER IV, composto por quatro modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva, física, intelectual e visual) (BRASIL, 2013a).

A enfermagem de reabilitação é uma especialidade que apresenta como finalidade as ações de cuidado que impulsionem o alcance do potencial máximo de saúde do usuário. Para desenvolver essa tarefa, o enfermeiro de reabilitação deve considerar as barreiras que influenciam a acessibilidade, a participação social e o exercício pleno da cidadania (SILVA, 2019).

Essas intervenções requerem do enfermeiro de reabilitação a incorporação de boas práticas baseadas em evidências científicas, assim como a construção de um cuidado centrado na pessoa em reabilitação, identificando situações de preconceito, e buscando envolver os recursos pessoais, familiares, domiciliares e comunitários no processo de cuidado (MASCUSI, 2006).

Porém, mesmo diante da relevância da especialidade, ela é incipiente no contexto brasileiro, não sendo reconhecida, ao menos, como especialidade de enfermagem. Esse contexto desvaloriza o profissional que atua nesse cenário de saúde em nível nacional e fragiliza a produção científica na área (SCLHOELLER, 2018).

Mesmo diante da construção histórica que impulsiona os cuidados de enfermagem de reabilitação a restringirem-se aos muros dos CER (SILVA, 2019), os esforços dos enfermeiros de reabilitação nos últimos anos favorecem a ampliação desse em saúde. Porém, o ano de 2020 surpreendeu a todos com a situação de crise mundial causada pelo cenário pandêmico, causando modificações nas formas de estabelecer as relações humanas, especialmente, pelo distanciamento, isolamento

social, medo, incertezas e frustrações vivenciadas. Dessa maneira, são diversas as razões para repensar o cuidado de enfermagem de reabilitação que se realiza em meio ao atual cenário, considerando que essa profissão é, historicamente, vinculada à presença e toque terapêutico (AREOSA, 2020).

3.2. CUIDADORES

O envelhecimento da população perfaz o aumento de pessoas dependentes (OMS, 2018), chegando-se a uma estimativa de que cerca de 15% da população mundial vive com algum tipo de deficiência. Uma pessoa dependente é definida como aquela que necessita da ajuda de outra pessoa para realizar suas atividades básicas da vida diária. A maior parte desses cuidados, dentre os quais podemos destacar alimentação, vestuário e traslados; são assumidos pelos familiares da pessoa dependente.

Dessa forma, a família tornou-se a principal provedora do mesmo, chegando ao estabelecimento de uma rede de cuidadores informais e/ou familiares, que garantem essas tarefas de forma não remunerada (PIMOUGUET, 2010). Se a esperança de vida continua a aumentar e a população continua a envelhecer, enfrentamos o problema da disponibilidade de cuidadores informais e a necessidade de realizar importantes reformas dos sistemas de saúde público-privados (BOCCA, 2017).

A integração do familiar na função de cuidador informal, exige a atribuição de competências e habilidades para que ele possa sentir-se preparado para realizar a assistência ao familiar adoecido, (CASTRO, 2019) sendo assim, as competências podem ser classificadas em cognitiva, psicomotora, emocional e relacional. A habilidade de conhecer as necessidades do cuidado, desenvolvimento, planejamento e organização das ações é denominada competência cognitiva, esta inclui a capacidade de analisar restrições alimentares, tipos de medicamentos, sinais e sintomas de doenças entre outros conhecimentos necessários (SANCHES, 2019).

A competência emocional é a capacidade de se adaptar em variadas situações relacionadas à saúde, assim como gerenciar situações estressoras e de sobrecarga, com o intuito de melhora da qualidade de vida. A competência psicomotora trata-se da destreza manual e habilidades que são necessárias para executar um cuidado seguro, como saber vestir os pacientes, conseguir reposicioná-

los na cama, realizar transferências da cama para cadeira e vice-versa e estimular exercícios físicos, sempre associando o conhecimento com a prática. A competência relacional é a capacidade de construir um diálogo efetivo, de forma verbal e não verbal e estabelecer vínculo com o familiar, sempre apoiado em uma relação de respeito, sensibilidade e empatia (SANCHES, 2019).

Muitas vezes constatamos que a dor nas costas é um sintoma associado a essa atividade de cuidado. De acordo com Zuluaga (ZULUAGA, 2019), a mobilização manual dos pacientes induz uma carga discal superior ao limite de ação e até superior ao valor de ruptura da unidade disco-vertebral. As lesões físicas (lesões nas costas, problemas musculares e problemas osteoarticulares) acarretam um enorme custo econômico e social, devido ao elevado número de dias de doença e ao desgaste emocional que isso acarreta para os cuidadores (BOCCA,2017), assistência de maneira não remunerada e não possui preparação profissional, sendo muitas vezes o próprio familiar (POCINHO, 2017).

Embora muitos estudos enfoquem a sobrecarga do cuidador informal, as políticas públicas voltadas para o desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde ainda são incipientes, e a efetivação de estratégias e planos de ação tem seu foco constantemente ignorado ou negligenciado em diferentes contextos e níveis de atenção (DINIZ, 2018).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a promoção da saúde compreende a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de suporte profissional para o desenvolvimento de habilidades e competências efetivas que proporcionem a adaptação ao seu papel de cuidador e a redução de riscos (WHO,1986).

No Brasil, mesmo referenciada a necessidade de valorização das práticas promotoras de saúde, as investigações, em sua maioria, concentram-se em avaliar os comprometimentos físicos, mentais e sociais vivenciados durante o cuidar informal à pessoa idosa, assim como buscam fatores associados, preditores e determinantes para deterioração do estado global de saúde e da qualidade de vida do cuidador (AIRES, 2020; DINIZ, 2018).

Considerando as repercussões advindas do cuidar, assim como a necessidade de intervenções capazes de favorecer o autocuidado e a qualidade de vida dos cuidadores (FARIAS, 2019).

Na enfermagem, os modelos e os comportamentos promotores de saúde são multidimensionais e buscam a identificação dos determinantes e dos preditores individuais para a adoção do autocuidado, permitindo a avaliação de resultados, a investigação de fatores motivacionais e a satisfação das necessidades como instrumento mediador do bem-estar (AIRES, 2020).

Nesta situação, os profissionais da saúde, especialmente a equipe de enfermagem, devem se atentar às diversas condições de saúde destes cuidadores, uma vez que trata de um público em situação de vulnerabilidade que, muitas vezes, também apresenta condições de saúde que necessitam de assistência profissional (SANTOS, 2019).

3.3 PREVENÇÕES DE LESÃO POR PRESSÃO

A úlcera por pressão, atualmente denominada lesão por pressão (LP) depois de estabelecida a nova nomenclatura pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), em abril de 2016 (GONÇALVES, 2020), caracteriza-se por uma lesão tecidual causada pelo contato, durante longo período, das proeminências ósseas com superfícies rígidas, tais como colchões, cadeiras e macas que, por sua vez, resultarão em diminuição do fluxo sanguíneo provocando desnutrição da região comprimida, anóxia e necrose do tecido (OLKOSK, 2016).

A compressão da região corporal por longo período causa um processo isquêmico, reduzindo o fluxo sanguíneo para os capilares que circundam o tecido e as adjacências e, conseqüentemente, dificultam ou impedem a chegada de oxigênio e nutrientes. Além da isquemia local, portanto, tem-se como resultado: a hipóxia, a formação de edema, o endurecimento da área afetada, a elevação da temperatura local decorrente da instalação de um processo inflamatório, o aparecimento de vermelhidão da pele ou eritema e, por fim, a apoptose ou morte celular e a necrose do tecido (SILVA, 2012).

Embora a pressão sobre as regiões mais proeminentes do corpo ou com pouca quantidade de tecido subcutâneo – como por exemplo: calcâneos, quadris, maléolos, omoplatas e região sacra-coccigeana – contra uma superfície rígida seja considerado um importante fator de risco para o surgimento das LPs, também são apontadas as forças de cisalhamento, quando o paciente desliza do leito, deformando e destruindo o tecido; e a fricção, quando o paciente é

frequentemente arrastado para movê-lo no leito ou retirá-lo do mesmo (SILVA, 2012).

Conforme orientação da OMS, trabalhar com segurança do paciente (SP) na prevenção de LP significa reduzir os riscos de danos desnecessários ao paciente. Nos dias atuais, existem muitas iniciativas para conseguir prevenir e promover uma assistência qualificada em relação à segurança ao paciente. Conforme os seis protocolos de segurança ao paciente do Ministério da Saúde (MS), é encontrado o protocolo de lesão por pressão (BRASIL, 2013). Segundo o protocolo de LP do Ministério da Saúde, analisa-se seis etapas importantes que devem ser colocadas em prática como uma forma de prevenção a todos os pacientes que são identificados como risco.

Entre os seis protocolos, o primeiro é avaliar a LP na entrada de todos os pacientes, assim, deve-se avaliar a pele do paciente, para revelar se existe lesões, em seguida, deve-se reavaliar diariamente o risco de desenvolver LP de todos os pacientes internados, a terceira é a atenção a pele no dia a dia, manejar o paciente, mantendo o mesmo com a pele hidratada, a penúltima equivale em reforçar a nutrição e a hidratação, e a última em acalmar a pressão, ou seja, dissipar a pressão sobre as proeminências ósseas (MORAES et al., 2016).

Segundo a Resolução nº 510 de 2015, o enfermeiro tem apoio técnico para avaliação, classificação e tratamento das lesões cutâneas nos diferentes níveis de assistência à saúde, capacidade para atuar como vigilante na prevenção e no tratamento dessas lesões, atuar no desenvolvimento de protocolos e, junto de sua equipe, planejar medidas de cuidados que vão trazer um melhor atendimento e uma maior/melhor qualidade de vida para o paciente (COFEN, 2015).

Pacientes desnutridos têm alterações metabólicas que desfavorecem a cicatrização e fragilizam os tecidos (THOMAS,2001). No contexto nacional e mundial, a incidência de desnutrição é alta; no Brasil, estima-se que 48,1% de pacientes internados estejam desnutridos (WATZBERG,2001).

Fatores de risco relacionados com o aparecimento de úlcera por pressão incluem a idade, imobilidade, incontinência urinária ou fecal que leva à umidade local, atrito ou força de fricção, comorbidades relacionadas com gasto metabólico elevado, doenças crônicas e deterioração do estado nutricional (MATHUUS, 2004; RUSSELLII,1998). Dentre tais fatores, o estado nutricional e a capacidade funcional merecem destaque entre as principais causas.

Existem algumas escalas preditivas desenvolvidas para avaliação e identificação de pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão (SOUZA,2004; AGUIAR,2003). Na escolha de um método de avaliação de risco, alguns requisitos devem ser levados em consideração, tais como: eficácia, alta sensibilidade e especificidade, facilidade de aplicação do instrumento de medida e presença de critérios claros e definidos (MORENO, 2007; DEFLOOR, 2005).

A escala Braden engloba seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição ou cisalhamento, que objetivam a avaliação dos diversos fatores de risco envolvidos no aparecimento de LP. Essas subescalas são pontuadas de 1 a 4, com exceção da fricção ou cisalhamento que varia de 1 a 3 (ROGENSKI NMB E KURCGANT P,2012). A somatória total varia de 6 a 23, com a pontuação de 19 a 23 associados a sujeitos sem risco, de 15 a 18 de risco intermediário, de 13 a 14 de risco mediano, de 10 a 12 elevado risco, e escore menor que 9 de risco altíssimo (SIMÃO CMF et al.,2013).

Dos seis aspectos analisados na escala, três avaliam fatores clínicos de exposição para prolongada compressão das regiões investigadas – percepção sensorial, atividade e mobilidade -e tres medem a resistencia da pele à pressão – nutrição, exposição à umidade e fricção e/ou cisalhamento (SOUZA ca et al.,2006).

A escala deve ser aplicada na dmissão de todos os pacientes institucionalizados e reaplicada ao menos a cada dois dias ou quando ocorrer alguma alteração no seu estado de saude,para que assim seja detectado o risco de desenvolvimento de LP, bem como a verificação da existencia de LP, já instaladas (BRASIL,2013; FERNANDES LM,2008; CALIRI MHL, 2008).

Existem alguns estágios que classificam a LP, Estágio 1 Pele íntegra com eritema não branqueável; Estágio 2 Perda de espessura parcial da pele com exposição da derme; Estágio 3 Perda total da espessura da pele; Estágio 4 Perda total da espessura da pele e perda tissular; Lesão por Pressão não Estadiável Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível; e Lesão por Pressão Tissular Profunda descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Descreve ainda as definições adicionais Lesão por Pressão relacionada a Dispositivos Médicos e Lesão por Pressão em Membrana Mucosa (MORAES,2016).

3.4 CAPACITAÇÕES DO CUIDADOR

Segundo Brasil, 2008, a carência das instituições sociais no amparo às pessoas que precisam de cuidados faz com que recaia uma maior responsabilidade sobre a família, surgindo assim à figura do cuidador.

Desde cedo os familiares são chamados e orientados para colaborar na prestação de cuidados no seu contexto familiar, tornando-se assim, elementos indispensáveis na equipa de prestação de cuidados de saúde (MARTINS, et al. 2018).

Contudo e apesar das dificuldades com que se deparam no exercício do papel, de um modo geral, os cuidadores informais (CI) atribuem importância aos desafios que se vão colocando ao longo do tempo e vão desenvolvendo estratégias de forma a adaptarem-se com eficácia, demonstrando nesse processo um sentido de competência positivo (PETRONILHO, PEREIRA, SILVA, 2015).

Os estudos já realizados sobre esta temática, demonstram que os CI raramente recebem informações claras a respeito da doença, orientação e apoio para os cuidados ou indicação de um serviço para capacitá-los no tratamento, embora a educação do CI/Pessoa significativa seja reconhecida como importante componente de uma boa prática na reabilitação (ISRAEL, ANDRADE, TEIXEIRA, 2009).

Assim, como referem Souza et al. (2014), a capacitação do CI/Pessoa deve ser vista como um caminho seguro para se obterem melhores resultados na reabilitação, níveis superiores de autonomia e diminuição de custos e reinternamentos. Nas novas propostas governamentais em saúde, encontra-se em destaque o carácter inovador e impulsionador do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, como sinal de uma nova visão e atitude para a saúde pública e para o sistema de saúde.

Reconhecemos que foram tomadas algumas medidas no sentido de reforçar o poder do cidadão, que parecem sinalizadoras do caminho a seguir. De salientar também os diversos projetos para a promoção da telemedicina e promoção da utilização das tecnologias da informação e comunicação, como parte da reforma dos cuidados de saúde (Resolução do Conselho de Ministros nº 67/2016, de 26 de outubro).

Sabemos que novas necessidades sociais e de saúde, requerem novas e diversificadas ações que venham a satisfazer o incremento esperado por parte da

população com dependência funcional e de doentes com patologia crónica múltipla (MARTINS, HENRIQUES, CARVALHO, 2018). Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária sobretudo no cenário demográfico atual.

A Ordem dos Enfermeiros (OE,2015) tem alertado para a necessidade de reformar os Cuidados de Saúde Primários, tornando-se essencial a resposta de proximidade aos cidadãos, com orientação para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade e equidade. Deverá constituir a sua missão, o desenvolvimento de intervenções centradas na Pessoa, família e comunidade, ao longo do continuum de cuidados, desde o nascimento até à morte.

Estas intervenções incluem a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais de vida, assim como o desenvolvimento de medidas de proteção a grupos humanos vulneráveis, nomeadamente às crianças, aos idosos e a pessoas com deficiência. Procura-se de facto, que a maioria dos cuidados a dependentes seja assegurada por CI em contexto domiciliário.

Porém, estas tarefas podem variar das mais simples (supervisão) às mais complexas (higiene pessoal.....), variando também na frequência, periodicidade, duração e intensidade relacionada com o grau de dependência de quem é cuidado. Por estas razões, os CI enfrentam no seu dia-a-dia enormes desafios, quer do ponto de vista físico, quer emocional, traduzindo-se estes em impactos diretos na saúde do próprio cuidador.

Os Enfermeiros em especial os Especialistas em Reabilitação, na sua área de intervenção, promovem a maximização das capacidades funcionais da Pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal, utilizando estratégias, técnicas e procedimentos específicos. Prescrevem produtos de apoio, identificam obstáculos à acessibilidade e intervêm na educação dos clientes e pessoas significativas em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro).

Quando começamos as coletas de dados, com os cuidares, pudemos perceber a real dimensão e as dificuldades encontradas e vividas por esses familiares que do dia para noite se tornam cuidadores.

Vimos que para eles foi satisfatório poder conversar e contar para alguém a suas frustrações, medo, ansiedades, coisa que em casa isso não é possível, pois os cuidadores não querem passar para seus familiares, o que realmente estão sentindo, e nem passar para o paciente que ele possa estar atrapalhando a sua vida. Vimos como é importante para enfermagem ter um olhar atento, para observar essas situações.

O cuidador necessita também de cuidados, físicos, emocionais e estruturais. Pois todos os 13 cuidadores entrevistados relataram que suas vidas mudaram drasticamente, desde o horário de dormir, se alimentar, passear, deixar de trabalhar, estudar, financeiro entre outras coisas. Isso traz desgastes, angustias, depressão e sobrecarga.

Por isso realizamos esta pesquisa para saber o grau e a intensidade dessas sobrecargas.

Quem assume o papel de cuidador, sobretudo no caso de familiar de pessoa com agravo crônico (RIBEIRO BF; OLIVEIRA SG; TRISTÃO FS; JUNIOR JRG; FARIAS TA, 2017), realiza muitas atividades e, portanto, pode sobrecarregar-se física e emocionalmente.

Sentimentos como responsabilização e culpabilização são relatados, pois o cuidador precisa reorganizar sua vida em função do outro, ao encontro das inúmeras e necessárias ações de cuidado (FERRÉ; RONDERO; CID; VIVES; APARICIO, 2011).

Assim, para manter seu bem-estar, é fundamental que o cuidador se adapte às novas circunstâncias (PUING; FERRE; RODRIGUEZ; LLUCH; RONDAN; MORENO, 2017).

Para isso, é preciso que seja foco de atenção e cuidados. Dispor de menos tempo para se dedicar às atividades pessoais, ter dificuldades na realização das ações de cuidado e não ter suporte social são fatores que aumentam os riscos de adoecer (MACHADO; DAHDAH; KEBBE, 2018).

4- MÉTODOS

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e quantitativa por meio da aplicação de questionário com perguntas semiestruturadas sobre os desafios dos cuidadores em de pacientes acamados com risco de lesão por pressão em um Centro Especializado em Reabilitação - CER no Extremo Sul de Santa Catarina.

A abordagem qualitativa, no qual, “tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como na perspectiva do próprio pesquisador” (LEOPARDI, 2002, p.119).

A utilização do método qualitativo proporciona a possibilidade de conhecer diferentes técnicas perante o cuidado ao indivíduo, proporcionando um corte temporal de um estudo, determinando o campo e a dimensão que a pesquisa irá tomar.

4.2 TIPOS DE ESTUDO

Esta pesquisa é de cunho descritivo e de campo, uma vez que descreveu o cenário da perspectiva do pesquisador e dos entrevistados e foi realizada no Centro de Reabilitação da UNESC.

Os estudos de campo e descritivos perpassam a importância de ter o contato com o local de estudo e dos entrevistados, facilitando assim, a análise e apresentação das informações (LEOPARDI, 2002, p.119).

Realizamos este estudo para saber qual é o nível de sobrecarga que o cuidador formal ou informal, sentem, quais são suas angustias e frustrações diante do novo cenário que é cuidar de um paciente acamado.

4.3 LOCAIS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um Centro Especializado em Reabilitação - CER, no Estado de Santa Catarina.

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Cuidadores de pacientes acamados com risco de lesão por pressão atendida no Centro Especializado em Reabilitação CER. Realizamos entrevista com 13 cuidadores, no período de 01 de agosto há 28 de outubro de 2022.

Foram entrevistados 13 cuidadores, no período de 30 de julho à 30 de outubro de 2022.

4.4.1 Critério de inclusão

Os indivíduos que fizeram parte desta pesquisa apresentaram os seguintes critérios de inclusão:

- a) ser cuidador de pacientes atendidos pelo CER;
- b) ter entre 18 à 70 anos;
- c) possuir disponibilidade para realização do mesmo;
- d) assinar o termo de consentimento por livre espontânea vontade;
- e) ter a capacidade preservada para estar respondendo o questionário.

4.4.2 Critério de exclusão

Foram excluídos desta pesquisa cuidadores que não responderem de forma completa o questionário, ou:

- a) Não for o cuidador do paciente fixo do paciente;
- b) Possuir déficit cognitivo, auditivo ou visual, que vá interferir na realização da pesquisa;
- c) Não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.
- d) Desistir de participar da pesquisa parcialmente ou totalmente.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados seguiu um roteiro semiestruturado (Apêndice A), utilizando-se a técnica de um questionário, foram realizadas entrevistas, com 13 cuidadores, onde contempla a abrangência das informações esperadas e aplicação da Versão Brasileira da Escala de Zarit – Avaliação da sobrecarga dos cuidadores, Escala De Transtorno De Ansiedade Generalizada – GAD -7, Escala de Depressão (CES-D). As entrevistas foram realizadas a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

4.5.1 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado para a coleta de dados uma entrevista semiestruturada (Apêndice A), e aplicação da Versão Brasileira da Escala de Zarit – Avaliação da sobrecarga dos cuidadores (ANEXO A), Escala De Transtorno De Ansiedade Generalizada – GAD -7 (ANEXO B), Escala de Depressão (CES-D) (ANEXO C).

4.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Para análise quantitativa de dados, os mesmos foram inseridos em uma planilha eletrônica, após a coleta, a análise estatística foi calculada com auxílio do software estatístico SPSS.

A pesquisa quantitativa é aquela em que se coletam e analisam dados quantitativos sobre variáveis. Dessa forma, este tipo de pesquisa é capaz de identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica. Ela também pode determinar a força de associação ou correlação entre variáveis, a generalização e objetivação dos resultados através de uma mostra que faz inferência a uma população. Além do estudo da associação ou correlação, a pesquisa quantitativa também pode, ao seu tempo, fazer inferências causais que explicam por que as coisas acontecem ou não de uma forma determinada.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Após a assinatura da carta de aceite pelo CER – Centro Especializado em Reabilitação, o presente estudo foi encaminhado ao comitê de ética em pesquisa da UNESC, e aprovado sob o parecer nº 5.675.211/2022.

A preservação da identidade dos sujeitos é garantida por meio da assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que segue as exigências formais contidas na Resolução 466/2012 e da Resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes foram esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que este possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (BRASIL, 2012, p.2).

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem serão assegurados aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa.

Na pesquisa foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cuidar de um membro da família implica uma responsabilidade adicional. Em muitas ocasiões, os cuidadores informais têm que abdicar do trabalho e reduzir o número de atividades sociais para garantir cuidados adequados à pessoa dependente. Essa nova responsabilidade tem sido associada a problemas como sobrecarga de papéis e falta de informação, além de problemas econômicos e mudanças no estado de saúde do cuidador. Tudo isso leva à diminuição da qualidade de vida (BOCCA, 2017) e ao aparecimento da chamada “síndrome do cuidador” (SEIRA, 2002).

Dito isto, iremos apresentar os dados coletados através de entrevista com 13 cuidadores de pacientes acamados que frequentam um Centro Especializado em Reabilitação – CER no extremo Sul Catarinense, as mesmas foram realizadas a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

A partir das entrevistas com os pacientes, organizaram-se as seguintes categorias norteadoras:

Categoria 1 – Dados sociodemográficos;

Categoria 2 – Cuidados com a pessoa acamada;

Categoria 3 – Atendimento no Centro Especializado em Reabilitação - CER.

Categoria 4 – Conhecimento dos cuidadores sobre Lesão por Pressão - LP.

Categoria 5 – Escalas de sobrecarga de estresse, ansiedade e depressão.

Para preservar o sigilo decorrente da aplicação das entrevistas realizadas, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/12 e 510/2016 que envolvem a pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizaram-se a letra “A” para os pacientes, seguido do respectivo número.

5.1 - CATEGORIA 1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Pesquisas revelam que de 83,1% (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012) a 93,4% dos cuidadores são mulheres (FELGAR, 2004). Desde a pesquisa de KARSCH (2004), realizada no início da década de 1990, há a constatação de que os cuidadores estão em casa, cuidando de seus familiares com dependência, sem quase nenhuma orientação e, em sua maioria, estão sozinhos nas tarefas de cuidado.

Tabela 1: Dados sociodemográficos.

Variáveis	Frequência absoluta (n=13)	Porcentagem (n=100%)
Idade (anos) – média ± DP	41,3	
Sexo – n (%)		
Feminino	12	92,3%
Masculino	1	7,6%
Cor da pele – n (%)		
Preta	1	7,69%
Parda	1	7,69%
Branca	11	84,61%
Estado Civil – n (%)		
Solteiro	1	7,69%
Casado/União estável	10	76,92%
Separado/Divorciado	2	15,38%
Anos de estudo – mediana	9,8	
Ocupação – n (%)		
Desempregado	5	38,46%
Emprego formal	5	38,46%
Aposentado/Pensionista	1	7,69%
Do lar	1	7,69%
Outros, trabalha em casa	1	7,69%
Religião – n (%)		
Católica	6	46,15%
Evangélica	7	53,84%
Renda Mensal – n (%)		
1-2 salários mínimos	9	69,23%
3-4 salários mínimos	2	15,38%
5 ou mais salários mínimos	1	7,69%
Não soube informar	1	7,69%

Dados da Pesquisa, 2022

Outro fato que chama a atenção para o grande número de cuidadores familiares que vem surgindo nos últimos anos é a afirmação de Neno (2004), de que pelo menos um terço da população idosa pode ter a expectativa de ser cuidador de

outro idoso durante a sua aposentadoria. Mas tornasse importante ressaltar que, segundo o autor, esses dados podem, ainda, subestimar o quadro real, porque muitos cônjuges não reconhecem a atividade do cuidado como uma ocupação ou trabalho e consideram que cuidar do marido/esposa é apenas mais uma responsabilidade matrimonial, mantendo suas queixas e dificuldades restritas ao lar.

Isso gera conflitos pessoais, familiares e até mesmo profissionais se estes desempenharem outras funções laborais no dia a dia. Tais circunstâncias podem gerar um estado de estresse prolongado, levando o cuidador a ignorar suas próprias necessidades e negligenciar o autocuidado, resultando em doenças ou até mesmo em óbito precoce. Por outro lado, evidências sugerem que a sobrecarga dos cuidadores pode levar, em última instância, à negligência assistencial da pessoa cuidada (PEREIRA,2013; MORAIS,2012).

5.2 - CATEGORIA 2 – CUIDADOS COM A PESSOA ACAMADA.

Investigações realizadas em Nova Zelândia e no Canadá ressaltam que os cuidadores familiares frequentemente não recebem informações necessárias para se sentirem seguros, especialmente, nos estágios iniciais do cuidado, (FLORIANO,2012; FALLER,217). Ora, o fato de desconhecer a condição real de adoecimento do idoso e como atuar frente a ela aumenta a tensão, a insegurança e o medo de falhar na oferta de cuidado.

Tabela 2: Cuidados com a pessoa acamada.

Variáveis	Frequência absoluta (n=13)	Porcentagem (n=100%)
Experiência com pessoa acamada – n (%)		
Não	8	61,53%
Sim	5	38,46%
Possui ajuda com o cuidado – n (%)		
Não	4	30,76%
Sim	9	69,23%
Recebeu orientação sobre cuidados – n (%)		
Não	4	30,76%
Sim	9	76,92%
Onde recebeu a orientação – n (%)		
Hospital	8	61,53%
Outro, realizou curso	1	7,69%

Recebe visita domiciliar da UBS – n		
(%)		
Não	1	7,69%
Sim	12	92,30%

Dados da Pesquisa, 2022

Quando questionados se já haviam realizado anteriormente cuidado de pessoa acamada 61,53% dos cuidadores relataram que não, está era a sua primeira vez exercendo esta função. Já quando questionados a respeito se possuem ajuda nos cuidados com o paciente, 76,92% informaram que possuem ajuda nos cuidados.

Já quando indagados se receberam orientações sobre cuidados que deviam prestar ao paciente, 76,92% responderam que sim. E 61,53% informou que a orientação que receberam foi no ambiente hospitalar. Investigações realizadas em Nova Zelândia e no Canadá ressaltam que os cuidadores familiares frequentemente não recebem informações necessárias para se sentirem seguros, especialmente, nos estágios iniciais do cuidado, (FLORIANO,2012; FALLER,217). Ora, o fato de desconhecer a condição real de adoecimento do idoso e como atuar frente a ela aumenta a tensão, a insegurança e o medo de falhar na oferta de cuidado.

Outro ponto importante é a realização de visitas domiciliares da equipe da UBS/ESF, e quando questionados sobre receberem visita domiciliar da UBS, 92,30% informaram que já receberam visitas de algum profissional da UBS/ESF em sua residência. No regresso a casa, a família encontra-se fragilizada e o cuidador familiar assegura os cuidados, muitas vezes, de forma intuitiva, podendo existir falhas no cuidado, decorrentes tanto da ausência ou lacunas de orientações recebidas no hospital que não vão ao encontro das reais necessidades do cuidador como do pouco tempo que tem para se apropriar das orientações, (OLIVEIRA,2011).

Para OLIVEIRA, 2011, os cuidadores não se sentem preparados para prestar os cuidados necessários ao familiar pois na maioria das vezes retornam para suas casas desprovidos de informações básicas e este sentimento gera muita insegurança para o cuidador.

5.3 - CATEGORIA 3 – ATENDIMENTO NO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER.

O CER utiliza a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) como modelo de atendimento multi e interdisciplinar, e, também, como instrumento avaliativo do usuário que chega à procura de atendimento. Concebe o modelo explicativo da funcionalidade e incapacidade de forma relacionada às condições de saúde, apresentando uma proposta conceitual multifatorial que engloba fatores biopsicossociais e tem como componentes as condições de saúde, as funções e estruturas do corpo, as atividades, a participação, os fatores pessoais, e os fatores ambientais (MEDEIROS, 2017).

Tabela 3: Atendimento no Centro Especializado em Reabilitação - CER.

Variáveis	Frequência absoluta (n=13)	Porcentagem (n=100%)
Como foi encaminhada ao CER – n (%)		
Hospitais	8	61,53%
UBS/ESF	1	7,69%
Médico	1	7,69%
Vizinhos	1	7,69%
Fonoaudióloga	1	7,69%
Não soube informar	1	7,69%
Profissionais que possuem atendimento no CER– n (%)		
Fisioterapeuta	11	84,61%
Fonoaudióloga	7	53,84%
Terapeuta Ocupacional	2	15,38%
Nutricionista	2	15,38%
Neurologista	4	30,76%
Psicóloga	1	7,69%
Ortopedista	1	7,69%
Odontologia	1	7,69%
Como avalia o atendimento que recebe no CER – n (%)		
Bom	2	15,38%
Muito Bom	2	15,38%
Excelente	9	76,92%

Quando indagados sobre como foram encaminhados ao CER 61,53% responderam que foram encaminhados pelos hospitais. Em relação aos atendimentos realizados pelo paciente no CER 84,61% realizam atendimento com fisioterapeuta, 53,84% com fonoaudióloga, 30,76% com neurologista, 15,38% com terapeuta ocupacional, 15,38% com nutricionista, 7,69% com psicóloga, 7,69% com ortopedista, 7,69% dentista.

A equipe de profissionais entende que a incapacidade desse sujeito é resultado da interação dele com o meio ambiente, o que ocasiona trocas de natureza bastante distintas, experienciadas pelos indivíduos, sempre relacionadas às atividades humanas, assim essa equipe é composta por profissionais de distintas áreas do conhecimento e suas ações são executadas de acordo com as necessidades verificadas para cada usuário, sempre de acordo com o impacto que a deficiência exerce sobre sua funcionalidade (ANDRADE, 2013).

Em relação a qualidade do atendimento que recebe no CER 76,92% classificou o atendimento que recebem como excelente, 15,38% como muito bom e 15,38% como bom.

5.4 - CATEGORIA 4 – CONHECIMENTO DOS CUIDADORES SOBRE LESÃO POR PRESSÃO - LP.

Ressalta-se a extrema importância da equipe de Enfermagem para o alcance da excelência no cuidado direcionado à prevenção, à avaliação e à classificação das lesões, por sua maior proximidade ao paciente e por ser uma temática constante na grade curricular da sua formação, sendo uma grande aliada na prevenção das LPs. (ALBUQUERQUE, 2018).

Tabela 4: Conhecimento dos cuidadores sobre Lesão por Pressão - LP.

Variáveis	Frequência absoluta (n = 13)	Porcentagem (n = 100%)
Conhece / sabe o que é a LP – n (%)		
Não	3	23,07%
Sim	10	76,92%
O paciente já teve LP- n (%)		
Não	8	61,53%
Sim	5	38,46%
Como realizou o tratamento		

Curativo com produtos específicos	3	23,07%
Mudança de decúbito	1	7,69%
Não especificou	1	7,69%
Teve orientação sobre os cuidados – n (%)		
Não	2	15,38%
Sim	11	84,61%
Conhece mudança de decúbito		
Não		
Sim	1	7,69%
Com que frequência realiza mudança de decúbito	12	92,30%
2-2 horas		
3-3 horas	3	23,07%
Várias vezes	3	23,07%
Não realiza	2	15,38%
Não soube especificar	2	15,38%
Métodos para evitar LPP	4	30,76%
Mudança de decúbito		
Hidratação	3	23,07%
Óleo de girassol	2	15,38%
Troca de frauda várias vezes	2	15,38%
Colchão pneumático	1	7,69%
Reflexologia e acupuntura	1	7,69%
Nenhum método	1	7,69%
Não soube especificar	1	7,69%
	2	15,38%

Dados da Pesquisa, 2022

Quando questionados sobre os cuidados sobre o conhecimento sobre o que é a LPP 76,92% informaram que sabem do que se trata. Ao serem questionado se o paciente o qual realizam os cuidados já teve LP 61,53% informaram que não. A respeito de orientações sobre os cuidados com LP 84,61% informaram que receberam orientações a respeito dos cuidados que devem ser realizados para que possa evitar as LP. Na maioria das vezes estes cuidadores recebem seus familiares em casa sem ao menos ter ouvido falar sobre mudança de decúbito ou risco de lesão por pressão. Vale ressaltar a importância de os cuidadores conhecerem o que é a lesão por pressão e o impacto que a lesão pode trazer e agravamento do quadro clínico para que possam utilizar métodos para evitar tais lesões.

Ao serem indagados sobre conhecerem a mudança de decúbito 92,30% informaram que conhecem sim a prática. Já quando indagados sobre a frequência com que realiza a mudança de decúbito, 23,07% informaram que de 2-2 horas,

23,07% informaram que de 3-3 horas, e 30,76% não soube especificar. Em relação aos métodos para evitar a LP, 23,07% realizam mudança de decúbito, 15,38% realizam hidratação do local, 15,38% utilizam óleo de girassol, e 15,38% não soube especificar quais métodos utiliza. A mudança de decúbito é um método simples que irá impactar de forma positiva para prevenção das LP, quando realizado de forma correta. Ressaltamos também a importância deste método ser ensinado aos cuidadores, antes mesmo destes irem para casa e serem lembrados da importância a cada intervenção de profissional de saúde.

Dentre outros métodos para a prevenção das LP, a mesma pode ser alcançada através de diferentes estratégias adotadas pelos Enfermeiros, tais como: aporte nutricional; tratamento tópico; controle da umidade da pele; e a mudança de decúbito ou decúbito de execução relativamente simples e que não implica gastos hospitalares, tornando conveniente a sua adoção como parte da rotina de cuidados ao longo do período de internação do paciente (MATTOS, 2015).

Quando questionados a respeito de como se sentiram quando receberam o paciente acamado em casa e se tornaram responsáveis pelos cuidados deste paciente, os cuidados relataram que mudou toda a rotina de forma repentina, expressaram com as frases abaixo:

Sentimento dos acompanhantes com o cuidado do paciente acamado.

A1: Muito, toda a rotina, desde horário de dormir, comer, cuidar da casa, atenção com o esposo.
A2: Mudou tudo, cortei até meu cabelo, porque não tenho tempo para mim.
A3: Mudou muito, sai do emprego, um novo processo, uma nova adaptação da vida.
A4: Mudou tudo, acabou, mudou a rotina, não sai mais, não trabalho mais.
A5: Mudou tudo, horário para dormir, para comer e para trabalhar.
A6: Mudou totalmente, tive que sair de casa, e sai do serviço. .
A7: Mudou, a questão do cuidado o carinho, atenção.
A8: Sim, mudou horários e rotina.
A9: Mudou fiquei mais sensível.
A10: Mudou muito, comida, atendimento com ele, larguei a faculdade de pedagogia, para cuidar dele.
A11: Com certeza, empatia, carinho, mudança de vida para melhor.
A12: Mudou, principalmente, financeiro, privacidade, passeio. Começo foi bem difícil.
A13: Toda rotina, saúde, trabalho, psicológico.

Dados da Pesquisa, 2022

Segundo Oliveira, 2011, as famílias do decorrer do ciclo da vida são surpreendidas com a situação de se deparar com um familiar acamada e dependente dentro de casa e na maioria das vezes estes familiares que viram cuidadores sofrem e ficam angustiados com uma situação única que jamais tinham vivido, cuidar e ser responsável pelo familiar que não tem mais condições físicas de promover seu próprio autocuidado.

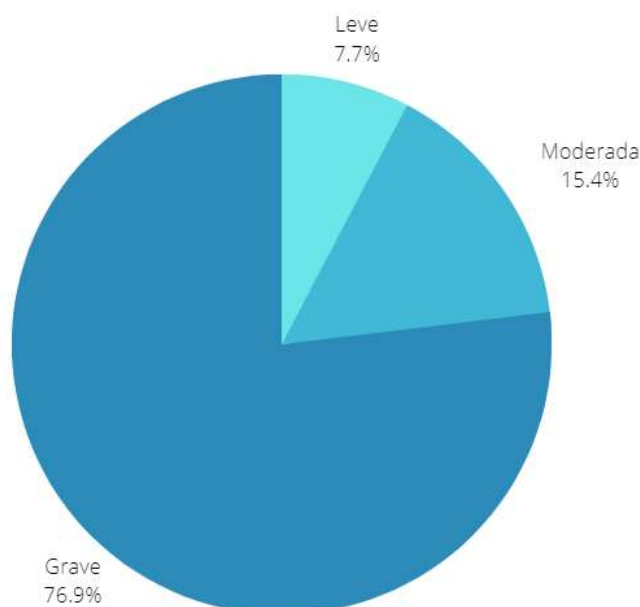
A experiência de cuidar de um doente dependente em casa tem se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias e surge como um recurso para as instituições de saúde. Este novo papel é experienciado através de uma multiplicidade de necessidades e sentimentos, muitas vezes contraditórios e antagônicos, pela tensão, competência e conflito associado (LILLY,2011).

O aparecimento da doença no seio de uma família, conduzindo o membro doente à dependência, leva à necessidade de modificação de suas atividades de vida diárias, sendo esse papel normalmente assumido pelo cuidador, geralmente mulheres, solteiras, domésticas ou desempregadas e que coabitam com a pessoa dependente. A expectativa de que as mulheres devam continuar a suportar este fardo desproporcional continua a ser um pressuposto de silêncio em grande parte da decisão política (LILLY, 2012).

6 - CATEGORIA 5 – ESCALAS DE SOBRECARGA DE ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO.

Sobrecarga Percebida: identificada por meio da *Zarit Burden Interview* (ZBI), escala composta por 22 itens com cinco pontos cada um (0 = nunca a 4 = sempre), variando de 0 a 88, pontuação que reflete o nível de sobrecarga do cuidador, quanto maior o escore, maior é a sobrecarga percebida. A ZBI foi validada no Brasil com amostra de cuidadores de idosos com quadros psiquiátricos por Scazufca e colaboradores (SCAZUFCA, 2015) e será alvo, no presente estudo, de investigação de indicadores psicométricos quando aplicada a idosos que cuidam de outros idosos com dependências de diversas naturezas.

Gráfico 1 – Versão Brasileira da Escala de Zarit – Avaliação da sobrecarga dos cuidadores.



Dados da Pesquisa, 2022

A partir da aplicação da Versão Brasileira da Escala de Zarit – Avaliação da sobrecarga dos cuidadores, obtivemos em 76,9% dos cuidadores entrevistados escores com níveis graves de sobrecarga dos cuidadores, percebe-se a importância de cuidarmos também destes cuidadores para que possam prestar melhores atendimentos a pessoa acamada.

A percepção de sobrecarga relatada por cuidadores de idosos é tomada na literatura gerontológica como uma variável importante na compreensão dos desfechos em saúde do cuidador e da qualidade do cuidado prestado por este (ALDERMAN, 2014). Sobrecarga percebida é um indicador psicológico que designa as atitudes e respostas emocionais do cuidador às exigências do cuidar. Considerado um conceito multidimensional e multifacetado (BASTAWROUS, 2013), envolve avaliações cognitivas negativas referentes ao contexto e a prestação de cuidados e a alterações no estado de bem-estar e do self (ALDWIN, 2007).

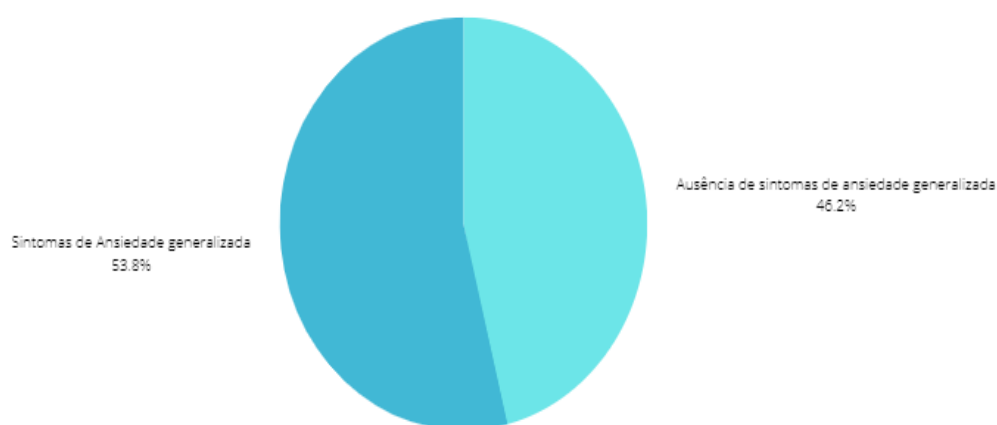
Cuidar de idosos e assumir o papel de cuidador expõe pessoas de qualquer idade à possibilidade de perceberem-se sobrecarregadas. Entretanto, assumir esse papel sendo também idoso, pode configurar um cenário peculiar de demandas uma

vez que variáveis relativas ao envelhecimento pessoal podem interagir com estresse proveniente da situação de cuidar. O cuidador idoso e suas peculiaridades como percepções de sobrecarga, recursos de enfrentamento e a descrição de seus níveis de bem-estar ainda são temáticas pouco exploradas na literatura de pesquisa, para as quais faltam evidências que norteiem a atenção do cuidado a tais idosos. Por consequência, não há medidas de autorrelato especialmente desenvolvidas especialmente para esse grupo etário de cuidadores.

As tarefas realizadas pelo cuidador podem vir a gerar eventos estressores significativos, causando sofrimento e prejuízos ao profissional (CARRARO; MAGALHÃES; CARVALHO, 2016). Isso especialmente quando os profissionais buscam o trabalho de cuidador como algo informal, como uma segunda profissão (LOPES; MITRE; COELHO; QUEIROZ, 2012). Somam-se, ainda, as duplas jornadas de trabalho, aliadas à repetição de tarefas, à falta de garantias e direitos, e, ao baixo salário da profissão (MARTINEZ; BRÊTAS, 2004).

A Escala De Transtorno De Ansiedade Generalizada GAD-7 – instrumento breve para avaliação, diagnóstico e monitoramento de ansiedade, foi elaborado por Spitzer e cols. (2006) e validado por Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan e Löwe (2007), de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). A tradução para a língua portuguesa foi feita por Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY), com registro de evidência de validade no Brasil (Mapi Research Institute, 2006). É composta por sete itens, dispostos em uma escala de quatro pontos: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 21, ao medir frequência de sinais e sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas. Considera-se indicador positivo de sinais e sintomas de transtornos de ansiedade, valor igual ou maior que 10.

Gráfico 2 – Escala De Transtorno De Ansiedade Generalizada – GAD -7.



Dados da Pesquisa, 2022

Ao realizarmos a aplicação da Escala De Transtorno De Ansiedade Generalizada – GAD -7, observamos em 53,8% dos cuidadores entrevistados escores que apresentam sintomas de ansiedade generalizada. Tais dados podem estar ligados aos cuidados com o paciente acamado.

A experiência de cuidar de um familiar doente pode representar uma grande sobrecarga emocional, física e financeira, que afeta a qualidade de vida dos cuidadores, uma vez que cuidar de um familiar exige disponibilidade, tempo e dedicação. Cuidar de um paciente com doença crônica ou avançada em casa pode gerar uma sobrecarga considerável nos cuidadores familiares, que podem vir a adoecer, justamente devido ao fato de lidarem diretamente com a maior parte das tarefas na assistência ao paciente em casa, recaindo sobre eles os encargos inerentes do cuidar (QUEIROZ, 2013).

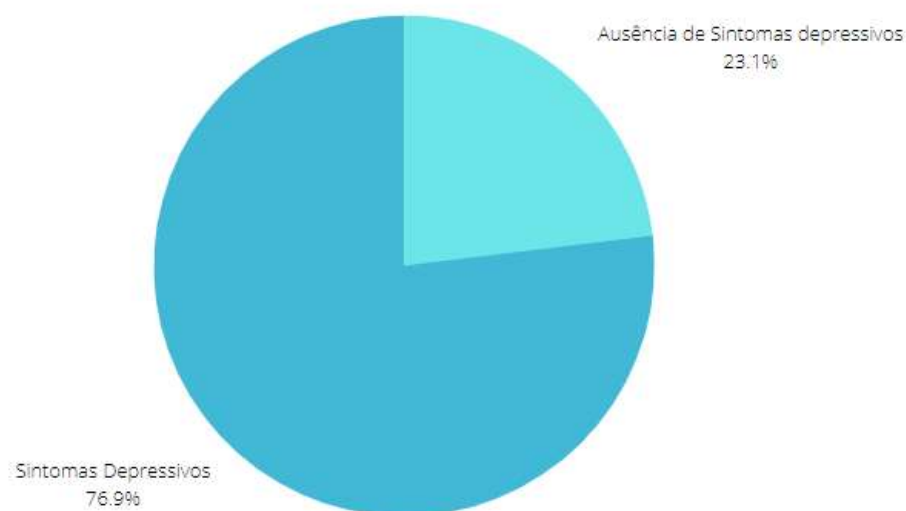
Cuidadores familiares desempenham um papel fundamental na manutenção da vida dos indivíduos doentes que necessitam de cuidados. No entanto,

estudos relatam que, inerentes à prestação de cuidados, estes cuidadores poderão apresentar ansiedade e depressão, estresse e tensão, privação de sono, redução da qualidade de vida, sentimento de impotência, desamparo, dificuldades financeiras decorrentes de possíveis alterações no emprego e gastos médicos. Os cuidadores também ficam mais isolados socialmente e apresentam dificuldades para gerir o trabalho fora de casa e os cuidados com o familiar doente. Em particular, tem-se detectado que os cuidadores de pacientes com câncer terminal experimentam um agravamento geral na saúde física, qualidade de vida e distress emocional relacionado com a prestação de cuidados (NIJBOER, 2000).

A sobrecarga do cuidador aparece muito frequentemente associada a estados de fadiga física e mental, stress, depressão, ansiedade, falta de apoio social e pior qualidade de vida dos cuidadores. A sobrecarga pode estar associada também a características do paciente como o distress psicológico, qualidade de vida e falta de controle dos sintomas do paciente (HARDING, 2003).

Escala de rastreio de sintomas depressivos CES-D - *Center for Epidemiological Studies - Depression* (Radlof, 1977), composta por 20 itens, que comportam avaliação da frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista (0=nunca ou raramente, 2=às vezes, 3=maioria das vezes ou sempre). O escore final varia de 0 a 60 pontos; os itens 4, 8, 12 e 16 são pontuados em ordem decrescente. Originalmente, o ponto de corte da escala CES-D para identificar presença de sintomas depressivos é de >16 pontos. Em amostras norte-americanas não-idosas a consistência interna alcançou de 0,8 a 0,9. Em estudo de validação com idosos brasileiros, Batistoni, Neri e Cupertino (2007) identificaram o ponto de corte >12 pontos para identificar possíveis casos de depressão.

Gráfico 3 – Escala de Depressão (CES-D)



Dados da Pesquisa, 2022

Ao realizarmos a escala de depressão (CES –D) podemos obter o resultado de 76,9% de cuidadores com escores compatíveis a sintomas depressivos. Tal dado é corroborado com a pesquisa de SAMPAIO, 2018, uma pesquisa realizada com 36 cuidadores de idosos dependentes atendidos em uma Unidade de Saúde da Família de Jequié (BA) revelou que 50% dos cuidadores investigados apresentaram indicativos de depressão e que esse transtorno se relaciona de forma inversamente proporcional com a qualidade de vida (QV).

Além disso, outros estudos evidenciaram que os cuidadores reportando pior QV foram aqueles que cuidavam mais horas diárias do idoso e que realizavam essa tarefa há mais anos, com interferência no domínio psicológico e das relações sociais, e isso ressalta a depressão e ansiedade como sendo efeitos adversos gerados pela sobrecarga do cuidado (HENRIQUES, 2018).

Investigar a relação da atividade dos cuidadores de idosos e a depressão que muitos deles apresentam tem despertado o interesse de vários pesquisadores há algum tempo. Segundo MATSUU ET AL. (2000), a alta prevalência de depressão entre os cuidadores de idosos pode estar associada ao tempo despendido com os cuidados ao idoso. Aqueles cuidadores que atendem aos idosos durante vários dias do mês e por várias horas no dia diminuem seu tempo para visitar amigos e/ou relaxar, e têm maiores chances de apresentar episódios de depressão. BEESON (2003) afirma, em

seu estudo sobre solidão e depressão entre casais cuidadores e não cuidadores, que a solidão é a única variável preditiva para depressão entre cuidadores de pacientes portadores da doença de Alzheimer. A importância do suporte familiar e da religiosidade sobre os episódios de depressão ocorridos entre os cuidadores de idosos foi estudada por ZUNZUNEGUI et al. (1999), e esses fatores foram associados à preservação da saúde mental dos cuidadores.

Pode-se ainda dizer que mudanças na demanda de cuidados por parte dos idosos ao longo do tempo podem influenciar os sintomas depressivos dos cuidadores. Um aumento nessa demanda resulta em aumento dos sintomas depressivos, ao passo que uma diminuição da demanda de cuidados pode diminuir tais sintomas nos cuidadores familiares de idosos, mostrando íntima relação entre a atividade desenvolvida pelo cuidador e a sua saúde (NIEBOER et al., 1998).

7 - CONCLUSÃO

Constatamos assim, que este estudo vem trazer informações importantes sobre a percepção do cuidador. Depois de vários estudos em artigos científicos e também com uma pesquisa qualitativa e quantitativa aplicado com estes cuidadores, chega-se a uma conclusão que cada vez mais encontramos cuidadores que de alguma forma prestam cuidados a um familiar acamado, seja ele, mãe, pai ou filho.

Os principais dados levantados neste estudo relatam a preocupação que o cuidador demonstra com seu familiar, mesmo sendo colocado em uma situação inesperada de cuidados especiais de saúde, o mesmo se demonstra preocupado e com o mínimo de conhecimento para aplicar estes cuidados. O estudo também nos mostra que os cuidadores abdicam de sua vida pessoal como, trabalho, estudos vida social para dedicar-se exclusivamente ao seu familiar. Mesmo que esta situação o coloque em uma rotina de vida que o mesmo não gostaria de estar, o amor e dedicação ao ente cuidado supera qualquer sentimento de insatisfação ou revolta com a situação.

O estudo demonstra que, além dos cuidados prestados ao familiar, este cuidador passa a adotar uma postura de “enfermeiro”, sim porque é desta forma que os de fora os enxergam, como uma pessoa que tinha uma vida comum e de uma hora para outra, passou a ter um “paciente” em sua casa, este dependente em tudo para sua sobrevivência. Estes cuidadores, apesar de ter uma sobrecarga incansável, passam a ser os heróis na vida do familiar acamado, apesar de que, muitas vezes estes heróis passem despercebidos pelos familiares e o próprio paciente.

Ser cuidador é uma tarefa árdua, que nem sempre é aceitável no primeiro momento, mas o ato de cuidar de alguém, sendo um familiar muito próximo ou um mero estranho, necessita de dedicação, tempo e disponibilidade para aprender com as dificuldades encontradas a cada dia.

O papel do enfermeiro como educador permanente nunca deve ser deixado de lado, pois é de suma importância também aos cuidadores as informações e orientações que são realizadas pelos enfermeiros, em qualquer âmbito que este esteja atendendo, seja no hospital, UBS/ESF, atendimento domiciliar ou CER. Podemos ver com o estudo que os cuidadores recebem as orientações acerca do cuidado e prevenção de LP, muitas das vezes realizam diariamente, mas alguns destes acabam deixando de realizar com frequência, o que deve ser reforçado pelo enfermeiro a cada atendimento.

Muitas das vezes estes cuidadores abdicam de cuidar da sua própria saúde para cuidar da saúde do outro, o profissional de saúde ao atender o paciente que precisa de cuidados deve também dedicar atenção ao cuidador, pois este, como podemos ver a partir dos resultados obtidos com as escalas, também está precisando de cuidados.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE AM, Vasconcelos JMB, Souza APMA, Chave TRCL, Costa IKF, Soares MJGO. Teste de conhecimento sobre lesão por pressão. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(6):1738-50. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234578p1738-1750-2018>.

Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(1): 111-17.

ANVISA. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2007.

BELELA-ANACLETO, A. S. C.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. L. G. Higienização das mãos como prática do cuidar: reflexão acerca da responsabilidade profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 70, n. 2, p. 461-464, mar./abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mfwspZTRBs3f9SJvLxHtHwg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 02: protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz. 2013. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Njk2Mw%2C%2C>. Acesso em: 18 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.303, de 28 de junho de 2013. Estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília, 1º jul. 2013a.

BRITO, Cleidiane Maria Sales de, Figueiredo, Maria do Livramento Fortes e Tyrrell, Maria Antonieta Rubio Comportamentos promotores de saúde por cuidadores informais de idosos: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2022, v. 35 [Acessado 17 Maio 2022], eAPE003782. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR03783>>. Epub 14 Mar 2022. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR03783>. Acesso em: 18 maio 2022.

CICCERI G, Vita F, Bruneo D, Merlino G, Puliafito A. A deep learning approach for pressure ulcer prevention using wearable computing. *Cantarolar Cent Comput Inf Sci*. 2020;10(5):1635-42. <https://doi.org/10.1186/s13673-020-0211-8>

COFEN. Resolução nº 501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html.

Acesso em: 18 maio 2022.

COREN (Maranhão). Dia 5 de maio é o dia mundial de higienização das mãos. Maio/2017. Disponível em: <https://www.corenma.gov.br/site/dia-5-de-maio-eo-dia-mundial-de-higienizacao-das-maos/print/>. Acesso em: 18 maio 2022.

Cerutti, Priscila et al. O trabalho dos cuidadores de idosos na perspectiva da economia do care. Revista Katálysis [online]. 2019, v. 22, n. 02 [Acessado 9 Outubro2022] , pp. 393-403. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-02592019v22n2p393>>. Epub 26 Ago 2019. ISSN 1982-0259. <https://doi.org/10.1590/1982-02592019v22n2p393>.

The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury [Internet]. 2019[cited 2021 Jan 11]. Available from: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/04/qrg-2020-spanish.pdf>.

GUEDES LPCM, Oliveira MLC, Carvalho GA. Efeitos deletérios do tempo prolongado no leito nos sistemas corporais dos idosos: uma revisão. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2018;21(4):499-506. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170167>.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.). Métodos de pesquisa. Porto Alegre: UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 18 maio 2022.

GUIJARRO-REQUENA, María Dolores et al . Mejora de la calidad de vida en cuidadores informales de personas dependientes mediante talleres educacionales. **Enferm. glob.**, Murcia , v. 21, n. 65, p. 43-73, 2022 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000100043&lng=es&nrm=iso>. accedido en 17 mayo 2022. Epub 28-Mar-2022. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.478351>. Acesso em: 18 maio 2022.

GONÇALVES ADC, Binda ALM, Pinto EN, Oliveira ES, Netto IB. A mudança de decúbito na prevenção de lesão por pressão em pacientes na terapia intensiva. Revista Nursing [revista em Internet] 2020 março.DOI:

<https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i265p4151-4160>. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/265/pg68.pdf>.

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>.

HENRIQUES RTM, Cabana MCFL, Montarroyos UR. Prevalência de Transtornos mentais comuns e sua associação com a sobrecarga em cuidadores familiares de idosos. *Mental* [Internet]. 2018;12(22):35-52. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v12n22/v12n22a04.pdf>

LEDUC MMS, Leduc VR, Suguino MM. Imobilidade e Síndrome da Imobilização. In: Freitas EV, Pi L, orgs. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.

LOUREIRO, V. et al. Percepção dos enfermeiros sobre adesão às boas práticas de higienização das mãos. 2021. Pôster apresentado ao Congresso Internacional de Controlo de Infecção, 2021. Disponível em: 55 https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9681/1/Poster_Loureiro_et_al_cici_2021.pdf. Acesso em: 18 maio 2022.

Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão E Desenvolvimento*, (28), 117-137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>

MachadoL. C. L. R., FontesF. L. de L., SousaJ. E. R. B. de, NetaA. de S. S., AlencarE. J. C., CostaA. C. R. R. da, CardosoR. de L., FigueiredoJ. O., RodriguesM. de S., SantanaE., MatosD. R. de, NascimentoL. da S., SousaS. S. G. de, SousaE. K. B. de, & PrudêncioL. D. (2019). Fatores de risco e prevenção de lesão por pressão: aplicabilidade da Escala de Braden. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (21), e635. <https://doi.org/10.25248/reas.e635.2019>

Mattos RM, et al. Educação em saúde aos trabalhadores de Enfermagem e acompanhantes sobre prevenção e tratamento de lesões de pele em dois hospitais de Petrolina-PE. *Interfaces*. 2015 ju./dez.; 3(1):22-32.

MEDEIROS LSP, Silveira MC, Bom BM, Souza GN, Mangilli EM, Hanus JS et al. A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como instrumentos de avaliação e tratamento do paciente com deficiência. *Anais da VII Semana de Ciência e*

Tecnologia: Ciência Alimentando o Brasil; 17 a 21 de outubro de 2016; Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Criciúma: Ediunesc; 2017.

MENDES, Polyana Norberta et al. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2019, v. 32, n. 1 [Acessado 16 Maio 2022], pp. 87-94. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>>. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>. Acesso em: 18 maio 2022.

MENDES, Vera Lucia Ferreira et al. A construção coletiva de um guia para cuidadores de pacientes acamados: relato de experiência. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia* [online]. 2011, v. 23, n. 3 [Acessado 17 Maio 2022], pp. 281-287. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S2179-64912011000300016>>. Epub 14 Out 2011. ISSN 2179-6491. <https://doi.org/10.1590/S2179-64912011000300016>. Acesso em: 18 maio 2022.

MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001. Leituras recomendadas SANTOS, J. L. G. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1590016.pdf>.

MORAES, J. T. et al. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, São João del-Rei*, v. 6, n. 2, p. 2292-2306, maio/ago. 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423/1111>. Acesso em: 18 maio 2022.

NIJBOER C, Triemstra M, Tempelaar R, Mulder M, Sanderman R, van den BG. Patterns of Caregiver Experiences Among Partners of Cancer Patients. *Gerontologist* 2000; 40(6):738-746.

Nunes, Daniella Pires et al. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2019, v. 21, n. Suppl 02 [Acessado 9 Outubro 2022], e180020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>>. Epub 04 Fev 2019. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>.

OLKOSKI E, Assis GM. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de Enfermagem antes e após uma campanha educativa. Esc Anna Nery. 2016 abr./jun.; 20(2):363-9.3.

PERRONE, Francine et al. Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. Revista de Nutrição [online]. 2011, v. 24, n. 3 [Acessado 17 Maio 2022] , pp. 431-438. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000300006>>. Epub 22 Set 2011. ISSN 1678-9865. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000300006>. Acesso em: 18 maio 2022.

Pita Fernández S, Pértegas Díaz S. Investigación cuantitativa y cualitativa. Cad Aten Primaria, 2002, vol. 9, p. 76-8. Disponible en: http://fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali2.pdf

QUEIROZ AHAB, Pontes RJS, Souza AMA, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. Cien Saude Colet 2013; 18(9):26152623.

ROCHA Júnior, Paulo Roberto et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2011, v. 16, n. 7 [Acessado 19 Junho 2022] , pp. 3131-3137.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800013>>. Epub 21 Jul 2011. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800013>. Acesso em: 19 junho 2022.

SAMPAIO LS, Santos SP, Silva MV, Sampaio TSO, Reis LA. Qualidade de vida e depressão em cuidadores de idosos dependentes. Rev APS [Internet]. 2018. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16235>.

Santos WP, Freitas FBD, Sousa VAG, Oliveira AMD, Santos JMMP, Gouveia BLA. Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. RevCuid. 2019; 10(2): e607. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.607>

Santos, Mônica Farina Neves, Friche, Amélia Augusta Lima e Lemos, Stela Maris Aguiar. Atenção à pessoa com deficiência: composição das equipes e distribuição geográfica do componente especializado em reabilitação. CoDAS [online]. 2021, v. 33, n. 1 [Acessado 20 Novembro 2022] , e20190184. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019184>>. Epub 12 Abr 2021. ISSN 2317-1782. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019184>.

SILVA MRV, Dick NRM, Martini AC. Incidência de úlcera por pressão como indicador de qualidade na assistência de Enfermagem. Rev. Enferm. UFSM. 2012 mai./ago.; 2(2):38-48.

PATIAS, Naiana Dapieve e Hohendorff, Jean Von Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. Psicologia em Estudo [online]. 2019, v. 24 [Acessado 19 Junho 2022], e43536. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536>>. Epub 05 Dez 2019. ISSN 1807-0329. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536>. Acesso em: 19 junho 2022.

Pozzoli, Sandra Maria Luciano e Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. Saúde em Debate [online]. 2017, v. 41, n. 115 [Acessado 9 Outubro 2022], pp. 1116-1129. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711510>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711510>.

VIEIRA HF, Bezerra ALD, Sobreira MVS, Silva JB, Feitosa ANA. Assistência de enfermagem ao paciente acamado em domicílio: uma revisão sistemática. FIEP Bull. 2015;85(Esp.):478-86. Disponível em: <https://doi.org/10.16887/85.a2.60>

APÊNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento de Coleta de Dados:

Perfil sociodemográfico

Nº do questionário: _____.

Iniciais do entrevistado: _____.

1- Idade: _____ anos.

2- Sexo: () masculino () feminino.

3- Cor da pele ou raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena.

4- Escolaridade: _____ anos.

5- Estado civil: () casado / união estável () divorciado / separado (a) () solteiro (a) () viúvo (a).

6- Ocupação: () empregado/a () desempregado/a () dona de casa () pensionista () aposentado/a () outro: _____

7- Religião: () católica () evangélica () espírita () umbanda/candomblé () sem religião () outras religiosidades.

8- Número de pessoas que convivem no domicílio: _____ pessoa (s).

9 – O paciente acamado recebe algum benefício financeiro?

a) Sim, qual? _____.

b) Não.

10 – Renda mensal aproximada:

a) Menos de um salário mínimo.

b) 1 a 2 salários mínimos.

c) 3 a 4 salários mínimos.

d) Mais de 5 salários mínimos.

Avaliação sobre o conhecimento de LPP:

11 - Você já havia passado por esta experiência de cuidar de pessoa acamada? Como foi e com quem?

12 – Há quanto tempo o paciente está acamado? _____ meses/anos.

13 – Há quanto tempo você é responsável pelos cuidados do paciente? _____ meses/anos.

14 - Você recebe ajuda de outros familiares para estes cuidados?

- a) Sim.
- b) Não.
- c) Apenas nos finais de semana.
- d) Apenas quando solicito.

15 – Como foi para você se deparar com a situação de ter que cuidar de uma pessoa acamada em casa?

16 – Você recebeu alguma orientação sobre os cuidados do paciente acamado?

- a) **Sim.**
- b) **Não.**

16.1 - Se sim, aonde?

- a) **No hospital.**
- b) **Na unidade de saúde.**
- c) **Na UPA.**
- d) **No CER.**
- e) **Outros: _____.**

17 – Já recebeu visita domiciliar dos profissionais da unidade de saúde para acompanhamento do paciente?

- a) **Sim.**
- b) **Não.**

18 – Como você chegou ao CER, foi encaminhada por alguma instituição?

19 – Como é a rotina de acompanhamento no CER? Quais serviços utiliza?

20 – Como você avalia o atendimento recebido no CER?

- a) **Péssimo.**
- b) **Ruim.**
- c) **Bom.**
- d) **Muito bom.**
- e) **Excelente.**

21 – Você já ouviu falar sobre lesão por pressão ou escara?

22 – O seu familiar tem ou já teve alguma lesão por pressão? Onde, em qual região do corpo?

23 – Como você cuida/ cuidou desta lesão?

24 - Recebeu alguma orientação sobre estes cuidados? De quem?

25 – Que métodos você utiliza para evitar as lesões atualmente?

26 – Você já ouviu falar sobre mudança de decúbito? De quanta em quantas horas você realiza? Quem orientou?

27 – Sua vida mudou muito depois que recebeu em casa um familiar acamado? O que mudou?

28 – E sua saúde? Você apresentou algum problema de saúde depois que começou a cuidar de seu familiar acamado?

ANEXOS

ANEXO A – VERSÃO BRASILEIRA DO ZARIT BURDEN INTERVIEW

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira: nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

S* refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista o entrevistador usa o nome desta pessoa. S** item (22) as respostas são: nem um pouco(0), um pouco(1), moderadamente (3), muito(3), extremamente(4)

1-O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele/ela necessita?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

2-O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, não tem tempo suficiente para si mesmo/a?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

3-O Sr/Sra se sente estressado/a entre de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

4-O Sr/Sra se sente envergonhado/a com o comportamento de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

5- O Sr/Sra se sente irritado/a quando S está por perto?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

6- O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

7- O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

8- O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

9- O Sr/Sra se sente tenso quando S está por perto?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

10- O Sr/Sra sente que sua saúde foi afetada por causa de seu envolvimento com S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

11- O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

12- O Sr/Sra sente que sua vida social tem sido prejudicada O Sr/Sra sente porque Sr/Sra está cuidando de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

13- O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

14- O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se fosse a única pessoas de quem ele/ela pode depender?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

15- O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

16- O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito tempo?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

17- O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

18- O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

19- O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer com S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

20- O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

21- O Sr/Sra sente que pode cuidar melhor de S?

Nunca (0) raramente (1) algumas vezes (2) frequentemente (3) sempre (4)

22- De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado/a por cuidar de S?

Nem um pouco (0), um pouco (1), moderadamente (3), muito(3), extremamente(4)

ANEXO B – ESCALA DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA – GAD

-7

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo? (Marque sua resposta com um “x”).

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

ANEXO C – DEPRESSION SCALE (CES-D)

Instruções: Abaixo há uma lista de sentimentos e comportamentos. Por favor, assinale a frequência com que lhe ocorrem na última semana.

Raramente ou nunca (menos que 1 dia)

Poucas vezes (1-2 dias)

Às vezes (3-4 dias)

Quase sempre ou sempre (5-7 dias)

Durante a última semana:	Nunca	PV	Às vezes	QS ou S
1. Eu me chateei por coisa que normalmente não me chateavam.	0	1	2	3
2. Não tive vontade de comer, estava sem apetite.	0	1	2	3
3. Sinto que não consegui me livrar da tristeza mesmo com a ajuda da minha família e dos meus amigos.	0	1	2	3
4. Eu me senti tão bem quanto as outras pessoas.	0	1	2	3
5. Eu tive problemas para manter a concentração (prestar atenção) no que estava fazendo.	0	1	2	3
6. Eu me senti deprimido(a).	0	1	2	3
7. Sinto que tudo queeu fiz foi muito custoso	0	1	2	3
8. Eu me senti com esperança em relação ao futuro.	0	1	2	3
9. Eu pensei que minha vida tem sido um fracasso.	0	1	2	3
10. Eu me senti com medo.	0	1	2	3
11. Meu sono esteve agitado.	0	1	2	3
12. Eu estive feliz.	0	1	2	3
13. Eu conversei menos que o meu normal.	0	1	2	3
14. Eu me senti sozinho.	0	1	2	3
15. As pessoas não foram amigáveis.	0	1	2	3
16. Eu me diverti.	0	1	2	3
17. Eu tive crises de choro.	0	1	2	3
18. Eu me senti triste.	0	1	2	3
19. Eu senti que as pessoas não gostam de mim	0	1	2	3
20. Eu me sinto desanimado.	0	1	2	3
TOTAL:				

ANEXO E - CARTA DE ACEITE



CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar o Centro Especializado em Reabilitação – CER da Instituição Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC, localizada na Av. Universitária, nº 1.105 Bairro Universitário – Criciúma/SC – CEP: 88.806-000, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “A percepção dos cuidadores em relação ao risco de lesão por pressão em pacientes acamados em um centro especializado em reabilitação CER no extremo sul de Santa Catarina” sob a responsabilidade do professor(a) responsável Leticia Felipe Milak e pesquisador(s) Andreia Sebastião Simão e Maria Cristina dos Santos do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC pelo período de execução previsto no referido projeto.

Prof. Me. José Otávio Feltrin
 COORDENADOR
 Coordenador Geral das Clínicas Integradas
 Portaria 110/2013/Reatens

 José Otávio Feltrin
 Coordenador Geral das Clínicas Integradas


Aires Mondardo Junior
 Fisioterapeuta
 CREFITO-10 2019/36-F
 Centro Especializado em
 Reabilitação - CER (UNESC)

 Aires Mondardo Junior
 Coordenador Centro Especializado em Reabilitação

FUCRI - FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE CRICIÚMA (MANTENEDORA)

Avenida Universitária, 1105 - Bairro Universitário - Cx. Postal 3167 - Fone: (0**48) 3431-2500 - Fax: (0**48) 3431-2750 - CEP 88806-000 - CRICIÚMA - SC
 Cód. 4692 <http://www.unesc.net>

ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



CEP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DOS CUIDADORES EM RELAÇÃO AO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES ACAMADOS EM UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER NO EXTREMO SUL DE SANTA CATARINA.

Objetivo: Avaliar a percepção dos cuidadores em relação aos cuidados de pacientes acamados com risco de lesão por pressão em um Centro Especializado em Reabilitação no Extremo Sul de Santa Catarina.

Período da coleta de dados: 01/08/2022 a 30/10/2022.

Tempo estimado para cada coleta: 30 minutos.

Local da coleta: Centro Especializado em Reabilitação – CER da Instituição Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC, localizada na Av. Universitária, nº 1,105 Bairro Universitário – Criciúma/SC – CEP: 88.806-000

Pesquisador/Orientador: Leticia Felipe Milak **Telefone:** (48)9 9628-7467

Pesquisador/Acadêmico: Andreia Simão e Maria Cristina dos Santos **Telefone:** (51)9 9904-3265
(48)9 9979-0324

9º fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 3

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.



CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

A coleta de dados seguirá um roteiro semiestruturado, utilizando-se a técnica de um questionário, contempla a abrangência das informações esperadas. As entrevistas serão realizadas a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre.

O tempo estimado para responder cada questionário deve ser em média de 30 minutos.

1º Momento: Abordagem e assinatura do termo de consentimento do cuidador.

2º Momento: Prazo de 7 dias para entrega do questionário respondido.

3º Momento: Coleta dos questionários.

4º Momento: Levantamento dos dados

5º Momento: Resultados final da pesquisa com as respostas do questionário.

6º Momento: Aplicação do resultado da pesquisa no projeto proposto.

7º Momento: Finalização da pesquisa.

8º Momento: Resultados

Local da coleta: Centro Especializado em Reabilitação – CER da Instituição Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC, localizada na Av. Universitária, nº 1,105 Bairro Universitário – Criciúma/SC – CEP: 88.806-000

RISCOS

Os participantes devem ser esclarecidos sobre a "natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que este possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades" (BRASIL, 2012, p.2).

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem serão assegurados aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa.

Na pesquisa será utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa.



CEP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

BENEFÍCIOS

O estudo traz contribuições importantes para os cuidadores, pacientes, instituição e seus profissionais. O mesmo irá auxiliar os cuidadores a ter uma melhor percepção em relação ao paciente acamado com risco de lesão por pressão, melhorar a sua qualidade de vida, em relação ao seu cotidiano diário como cuidador. Além da enfermagem, toda a equipe multidisciplinar será beneficiada com a eficácia desse protocolo na instituição.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(á) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Leticia Felipe Milak pelo telefone (48)9 9628-7467 e/ou pelo e-mail: leticiaklima@unesc.net

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 3 de 3

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 86.806-000 – Criciúma / SC
Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | etica@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.



CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
<p>Assinatura</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p>	<p>Assinatura</p> <p>Nome: <u>Andreia S. Simão</u></p> <p>CPF: <u>683.110.100-30</u></p>
	<p>Pesquisador(a) Responsável</p> <p>Assinatura</p> <p>Nome: <u>Maria Cristina dos Santos</u></p> <p>CPF: <u>141.842.998-81</u></p>

Criciúma (SC), 20 de junho de 2022.

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 4 de 3

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
 Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep
 Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.

ANEXO G – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



Termo de Confidencialidade

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DOS CUIDADORES EM RELAÇÃO AO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES ACAMADOS EM UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER NO EXTREMO SUL DE SANTA CATARINA.

Objetivo: Avaliar a percepção dos cuidadores em relação aos cuidados de pacientes acamados com risco de lesão por pressão em um Centro Especializado em Reabilitação no Extremo Sul de Santa Catarina.

Período da coleta de dados: 01/08/2022 a 30/10/2022

Local da coleta: Centro Especializado em Reabilitação – CER da Instituição Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC, localizada na Av. Universitária, nº 1,105 Bairro Universitário – Criciúma/SC – CEP: 88.806-000.

Pesquisador/Orientador: Leticia Felipe Milak

Telefone: (48)9 9628-7467

Pesquisador/Acadêmico: Andreia Simão e Maria Cristina dos Santos

Telefone: (51)9 9904-3265
(48)9 9979-0324

9º fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados (em entrevistas, questionários aplicados aos cuidadores) do local informado a cima.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.

Termo de Confidencialidade CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 2

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.



CEP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



Termo de Confidencialidade

- Manter as informações em poder do pesquisador (Andreia S. Simão e Maria Cristina dos Santos) por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
Orientador(a)	Pesquisador(a)
Assinatura	Assinatura
Nome: _____	Nome: <u>Andreia Sebastião Simão</u>
CPF: _____	CPF: <u>683 . 110 . 100 - 30</u>
Pesquisador(a)	Pesquisador(a)
Assinatura	Assinatura
Nome: _____	Nome: <u>Maria Cristina dos Santos</u>
CPF: _____	CPF: <u>341 . 842 . 998 - 81</u>

Criciúma (SC), 20 de junho de 2022.

Termo de Confidencialidade CEP/UNESC – versão 2018 | Página 2 de 2

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.