

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

VALÉRIA KELLY DA SILVA SANTOS

PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO PROPORCIONADA AOS IDOSOS
COM IMOBILIDADE PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

CUITÉ/PB

2016

VALÉRIA KELLY DA SILVA SANTOS

**PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO PROPORCIONADA AOS IDOSOS
COM IMOBILIDADE PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité/PB, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof^ª. Ms. Bernadete de Lourdes André Gouveia

CUITÉ/PB

2016



Biblioteca Setorial do CES.

Julho de 2021.

Cuité - PB

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S237p

Santos, Valéria Kelly da Silva.

Prevenção de úlcera por pressão proporcionada aos idosos com imobilidade pela estratégia saúde da família. / Valéria Kelly da Silva Santos. – Cuité: CES, 2016.

69 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCEG, 2016.

Orientadora: Bernadete de Lourdes Andre Gouveia.

1. Úlcera. 2. Úlcera por pressão. 3. Úlcera - prevenção. I. Título.

Biblioteca do CES

CDU 616.001

VALÉRIA KELLY DA SILVA SANTOS

**PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO PROPORCIONADA AOS IDOSOS
COM IMOBILIDADE PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité/PB, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovação em ____/____/____

Conceito final: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Ms. Bernadete de Lourdes André Gouveia

Curso de Bacharelado em Enfermagem – UAENFE/ CES/ UFCG
ORIENTADORA

Prof^ª Ms. Adriana Montenegro Albuquerque

Curso de Bacharelado em Enfermagem – UAENFE/ CES/ UFCG
EXAMINADORA

Prof^ª Ms. Isolda Maria Torquato de Barro

Curso de Bacharelado em Enfermagem – UAENFE/ CES/ UFCG
EXAMINADORA

CUITÉ/PB

2016

A minha linda e amada avó Antônia Maria da Conceição (*in memorian*), por ter sido ela, embora que de forma triste, o motivo instigador para a realização desse trabalho.

A minha mãe Maria de Lourdes da Silva por ser o exemplo de pessoa que vou levar pra vida

A minha linda Pérola Maitê Santos, que me tomou como mãe e meu coração a escolheu como filha.

Dedico

AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar meu caminho, pela proteção e paz a mim conferida;

Aos meus pais Maria de Lourdes da Silva e Valdir Francisco dos Santos, pelo amor e proteção, em especial a minha mãe pelo esforço e dedicação à minha formação em vida, e a minha mãe-irmã Valdete Maria da Silva que teve fundamental importância na minha criação e educação;

A minha família pelo carinho, amor, apoio e confiança, em especial as minhas irmãs que sempre acreditaram e vibraram com minhas conquistas;

A minha Pérola Maitê Santos, pois seu sorriso acalma minha alma;

A minha Professora Orientadora Bernadete de Lourdes André Gouveia pela paciência, dedicação, aprendizado e compreensão a mim cedidos;

A banca examinadora Adriana Montenegro de Albuquerque e Isolda Maria Barros Torquato que possibilitou o enriquecimento desse trabalho;

Aos meus amigos Iago de Sousa Gomes, Mateus Medeiros de Araújo e Fábio Santiago que deram início a sua trajetória junto a mim e embora agora distantes continuamos fortes, apoiando e torcendo pela felicidade e sucesso de ambos;

A minha amada amiga Camila Gabriela da Silva Araújo por estar comigo em todos os momentos durante essa longa jornada. Que seja para a vida;

Aos meus amigos Kyara Nayara de Araújo dos Santos, Eduardo Silva de Lima e José Wagner Dantas da Silva, pois tal presença fez meus dias menos tensos, mais leves e divertidos;

A minha amiga Vanilda Saraiva Dutra por me ajudar no que precisei e foi de seu alcance;

As pessoas que foram de imensurável importância na minha trajetória acadêmica me dando força e apoio para não pensar em desistir.

“Estas são as mudanças da alma. Eu não acredito em envelhecimento. Eu acredito em alterar para sempre o aspecto de alguém para a luz. Eis meu otimismo.”

(Virginia Woolf)

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento é um fenômeno multifatorial, caracterizado por diversas alterações no que diz respeito aos aspectos biológico, psicológico e social que em conjunto, caminham para as limitações fisiológicas e funcionais da pessoa idosa. A fragilidade e a dependência, que torna o idoso incapaz de se movimentar restringindo-o ao leito, geralmente evoluem para as síndromes da imobilização, esta por sua vez tem como principal consequência à formação de úlceras por pressão (UPP). **Objetivo geral:** Averiguar as medidas de prevenção para úlceras por pressão proporcionada aos idosos com imobilidade pela Estratégia Saúde da Família de Cuité. **Específicos:** Caracterizar o perfil sócio demográfico dos idosos com imobilidade do município de Cuité; investigar os fatores de riscos para o desenvolvimento da UPP em idosos com imobilidade a partir da escala de Braden, no município de Cuité; desvendar as orientações de medidas de prevenção pela Estratégia Saúde da Família aos idosos com imobilidade do município de Cuité; identificar as ações para minimizar ou eliminar os fatores de risco para UPP. **Metodologia:** O estudo foi uma pesquisa de campo, com natureza descritiva exploratória de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada nos meses de Maio a Junho de 2015, utilizando um instrumento do tipo formulário com apresentação dos dados através de gráficos e tabelas e análise a partir da literatura pertinente. **Resultados:** Participaram 50 idosos, sendo 70% do sexo feminino e 30% do sexo masculino, com faixa etária prevalente entre 81 e 90 anos, nível de escolaridade predominantemente analfabeto (54%), de cor branca (92%), viúvos (52%) e recebendo proventos governamentais advindos de aposentadoria (90%). Considerando que 80% dos participantes entrevistados apresentam doenças de base, entre elas, as cardiovasculares, endócrinas, osteoarticulares, neurológicas e doenças vasculares periféricas, no qual 100% da amostra apresenta fatores de risco de UPP, porém adotam medidas preventivas e apenas 20% dos participantes recebem orientações para prevenção de UPP. **Considerações Finais:** Dessa forma observa-se que os objetivos geral e específicos foram alcançados e que a enfermagem mostra-se pouco efetiva no que tange as orientações sobre medidas preventivas para injúrias a pele da população idosa no município de Cuité; deixando tais atitudes na responsabilidades dos familiares e cuidadores, não atentando para os devidos cuidados a proteção do tecido tegumentar com desenvolvimento da UPP. Sugere-se a partir desse estudo, que não só a enfermagem, mas também toda a equipe multiprofissional das Estratégias Saúde da Família do município de Cuité-PB possam repensar e adotar medidas e ações educativas, para melhor orientar os idosos dependentes, os cuidadores e seus familiares a prevenir ou minimizar os riscos de UPP.

Palavras- Chave: Idoso. Úlcera por Pressão. Prevenção.

ABSTRACT

Introduction: The aging process is a multifactorial phenomenon characterized by several amendments in the biological, psychological and social aspects of a person, which together, leads to physiological and functional limitations in the elderly population. The fragility and dependence, which makes an elderly patient unable to move and restricted to a bed, usually evolve to the syndromes of detention, this syndrome has as main consequence the formation of pressure ulcers (PU) in the patient. **General Objective:** To investigate the preventive measures to pressure ulcers proportionated to the elderlies with cases of immobility in the Estratégia Saúde da Família (Family Health Strategy) in Cuité. **Specific Objectives:** To characterize the sociodemographic profile of the elderly population with immobility of the town of Cuité; to investigate the risk factors for the development of PU in elderlies patients with immobility from the Braden scale in the town of Cuité; to unveil the guidelines of preventive measures by the the Estratégia Saúde da Família for the elderlies with immobility of the town of Cuité; to identify actions to minimize or eliminate the risk factors for PU. **Methodology:** This study was a field research with an exploratory descriptive character in quantitative approach. The collection of data was conducted during the months of May to June of 2015, using forms with the presentation of collected data by graphs and tables and an analysis from the specialized literature. **Results:** The participants were 50 elderlies with 70% being female and 30% male, with prevalence age group between 81 and 90 years, education level predominantly illiterate (54%), white (92%), widowed (52 %) and receiving government proceeds deriving from retirement (90%). Whereas 80% of the interviewees participants have baseline diseases, including, cardiovascular, endocrine, osteoarticular, neurological and peripheral vascular diseases, in which 100% of the sample has risk factors for PU, but adopting preventive measures and only 20% of participants receive information on the prevention of PU. **Conclusion:** Thus it is observed that the general and specific objectives have been achieved and that nursing shows itself less effective in regard the guidelines on preventive measures to injuries the skin of the elderly population in the town of Cuité; allowing such attitudes in the responsibilities of family members and carers, little heeding a due care to protect the cutaneous tissue with development of the PU. It is suggested that from this study that not only nursing but also the whole multidisciplinary team of the Estratégia Saúde da Família of Cuité-PB can reconsider and adopt measures and educational activities, order better to target the dependent elderlies, carers and their families to prevent or minimize the risk of PU.

Keywords: Elderly population. Pressure ulcer. Prevention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1- Fatores Extrínsecos.....	21
QUADRO 2- Fatores Intrínsecos.....	21
QUADRO 3- Categorias das UPPs.....	22
IMAGEM 1- Escala de Braden.....	23
TABELA 1- Distribuição da amostra (n = 50) segundo Dada Sócio Demográficos.....	29
GRÁFICO 1- Distribuição da amostra (n = 50) segundo Incidência de Doenças de Base dos Participantes. Cuité, 2015.....	33
TABELA 2- Distribuição da amostra (n = 50) segundo Doenças de Base, sendo “F” a quantidade de vezes que a doença foi encontrada no conjunto N. Cuité, 2015.....	33
GRÁFICO 2- Distribuição da amostra (n = 50) segundo Condição de Dependência. Cuité, 2015.....	37
GRÁFICO 3- Distribuição da amostra (n = 50) segundo a Incidência dos Fatores de Risco para UPP. Cuité, 2015.....	38
QUADRO 4- Distribuição da amostra (n = 50) segundo Medidas de Prevenção X Frequência.....	40
GRÁFICO 4- Distribuição da amostra (n = 50) segundo Medidas de Cuidado com a Pele. Cuité, 2015.....	41
GRÁFICO 5- Distribuição da amostra (n = 50) segundo Prevenção de UPP X Cuidado com a Pele. Cuité, 2015.....	42
GRÁFICO 6- Distribuição da amostra (n = 50) segundo Quantidade de Idosos que Recebem Orientações para Prevenção de UPP. Cuité, 2015.....	43
TABELA 3- Distribuição da amostra (n = 20) segundo Profissionais da Saúde que Prestam Orientação de Prevenção de UPP. Cuité, 2015.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIVD-** Atividades Instrumentais da Vida Diária
- AVD-** Atividades de Vida Diária
- AVE-** Acidente Vascular Encefálico
- CEP-** Comitê de Ética e Pesquisa
- COFEN-** Conselho Federal de Enfermagem
- CONEP-** Comitê Nacional de Ética e Pesquisa
- DCNT-** Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- ESF-** Estratégia Saúde da Família
- HAS-** Hipertensão Arterial Sistêmica
- IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ILPI-** Instituição de Longa Permanência para Idosos
- NPUP-** National Pressure Ulcer Advisory Panel
- OMS-** Organização Mundial de Saúde
- OPAS-** Organização Pan-Americana de Saúde
- PNSPI-** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
- TCLE-** Termo de Consentimento Livre Esclarecido
- UPP-** Úlcera Por Pressão
- WHO-** World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 OBJETIVOS.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1 IDOSO E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	15
2.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL.....	17
2.3 ÚLCERA POR PRESSÃO.....	19
2.4 ESCALA DE BRADEN.....	23
2.5 MEDIDAS DE PREVENÇÃO.....	24
3 METODOLOGIA.....	26
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	26
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	26
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	27
3.5 COLETA DE DADOS.....	27
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
3.7 ASPÉCTOS ÉTICOS PARA COLETA DE DADOS.....	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICES.....	56
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	57
APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	59
ANEXOS.....	62

O processo de envelhecimento é um fenômeno multifatorial, caracterizado por diversas alterações no que diz respeito aos aspectos biológico, psicológico e social que em conjunto, caminham para as limitações fisiológicas e funcionais da pessoa idosa (ROBORTELLA et al., 2009). Nesse processo, a diminuição progressiva da capacidade funcional é a principal alteração encontrada podendo levar à falta de habilidade ou dificuldade de a pessoa idosa realizar atividades da vida diária (AVD) e ou atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (AGUIAR et al., 2012).

O Brasil passou por um processo de transição demográfica nas últimas décadas, onde em 2011, a população idosa era de 20,5 milhões, o equivalente a 10,8% da população total. Projeções indicam que, em 2020, a população idosa brasileira será de 30,9 milhões, representando 14% da população total. Isso em virtude do aumento da expectativa de vida que engloba redução da taxa de fecundidade, queda da mortalidade infantil, hábitos alimentares mais saudáveis e maior cuidado com o corpo (KÜCHEMANN, 2012). Paralelo ao processo de transição demográfica tem-se observado uma transição epidemiológica, em que se verifica um declínio no índice de doenças infectocontagiosas, controle da natalidade, melhora das condições de saúde e aumento da população adulta idosa, e chegada das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (GUEDES et al., 2013).

Para Ferreira et al. (2010) a presença de (DCNT) em conjunto com as alterações fisiológicas vivenciadas pelos idosos culmina com a crescente perda da independência, que se traduz por uma necessidade de ajuda, cada vez mais indispensável para a realização das (AVD) e (AIVD).

A fragilidade e a dependência, que torna o idoso incapaz de se movimentar restringindo-o ao leito, geralmente evoluem para as síndromes da imobilização, esta por sua vez tem como principal consequência à formação de úlceras por pressão (UPP) (FREITAS; PY, 2011)

Para Domansk e Borges (2012) UPP são áreas de destruição do tecido tegumentar provocada por compressão do tecido macio contra proeminências ósseas geralmente associadas a dois grupos de fatores de risco, os extrínsecos que incluem exposição da pele à fricção, cisalhamento e umidade; e os fatores intrínsecos que incluem as causas fisiológicas, como carências nutricionais, mobilidade reduzida, déficit neurológico, peso corporal e incontinências.

Segundo Geovanini e Oliveira Júnior (2014) as úlceras por pressão, destacam-se como comorbidade comum em pacientes críticos hospitalizados, os quais apresentam maior risco de déficit tegumentar pela longa permanência no leito ou em cadeiras de rodas na mesma posição por tempo prolongado, não ficando de fora os idosos domiciliares, na atenção primária de saúde e os moradores das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

A UPP é uma doença crônica que representa um grave problema de saúde a nível nacional e internacional, não apenas pelos custos relativos a recursos humanos e materiais, mas, principalmente, por provocar dor e sofrimento aos indivíduos com esse agravo a saúde e suas famílias. Esta questão tem vindo a merecer crescentes preocupações de ordem política, social e econômica a saúde, uma vez que as UPP são uma causa agravante de morbidade e mortalidade, afetam a qualidade de vida do indivíduo idoso e dos seus cuidadores e significam uma demanda onerosa para os serviços de saúde (PINI, 2012).

A manutenção da integridade da pele de uma pessoa acamada tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas preventivas relativamente simples, que devem ser praticadas pelo cuidador e os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do indivíduo vulnerável a desenvolver UPP. A maioria das UPP pode ser evitada por meio da identificação dos riscos e implantação de estratégias de prevenção para eliminar ou minimizar os riscos, avaliação diária da pele, manejo da umidade e redução da pressão (BRASIL, 2013).

Diante da problemática apresentada, justifico a escolha da temática, que se deu a partir do estudo de algumas disciplinas da graduação (Enfermagem na Saúde do Idoso e Avaliação e Tratamento de Feridas e Curativos) somado ao afeto com pessoas idosas e ter vivenciado a experiência de cuidar de um familiar idoso que apresentava UPP. Por estas revelações, surgiu o interesse por averiguar a pessoa idosa na perspectiva de prevenir UPP. Ademais contribuir para chamada de atenção dos profissionais dos serviços primários e a sociedade sobre a importância da educação em saúde na prevenção das UPP.

A partir da identificação do problema que é a prevenção da UPP surgem algumas questões para este estudo, a saber: qual a demanda de idosos com imobilidade de Cuité? Como é feita a orientação e educação aos familiares e cuidadores de idosos com imobilidade sobre prevenção e detecção de UPP? Como é feita a orientação e educação para identificar e minimizar ou eliminar os fatores de risco para UPP?

Foram elaborados os seguintes objetivos para responder as indagações nessa pesquisa.

1.1 Objetivos

Objetivo geral:

– Averiguar as medidas de prevenção para úlceras por pressão proporcionada aos idosos com imobilidade pela Estratégia Saúde da Família do município Cuité.

Objetivos específicos:

– Caracterizar o perfil sócio demográfico dos idosos com imobilidade do município Cuité;

– Investigar os fatores de riscos para o desenvolvimento da úlcera por pressão em idosos com imobilidade a partir da escala de Braden, do município Cuité;

– Desvendar as orientações de medidas de prevenção pela Estratégia Saúde da Família aos idosos com imobilidade do município Cuité.

– Identificar as ações para minimizar ou eliminar os fatores de risco para úlcera por pressão.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Idoso e Processo de Envelhecimento

O processo de envelhecimento, do ponto de vista biológico, é um fenômeno caracterizado pela perda progressiva, gradual e variável da reserva funcional, que torna o indivíduo mais propenso a ter doenças e aumenta suas chances de morte (PORTO, 2009).

Os termos envelhecimento e senescência são usados como sinônimos porque ambos dizem respeito às gradativas mudanças fisiológicas que ocorrem nas células, nos tecidos e nos órgãos de todo ser humano. O envelhecimento biológico é um processo contínuo que vai do nascimento até a morte. O termo senescência descreve um período de mudanças relacionadas à passagem do tempo que causam efeitos deletérios no organismo. A senescência representa um fenótipo complexo da biologia que se manifesta em todos os tecidos e órgãos. Esse processo afeta a fisiologia do organismo e exerce um impacto na capacidade funcional e cognitiva do indivíduo que chega a fase idosa (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010).

O termo cognição corresponde ao desenvolvimento intelectual do ser humano, incluindo percepção, atenção, memória, raciocínio, tomada de decisões e solução de problemas. Esse desenvolvimento intelectual pode apresentar alterações com o passar dos anos e ter ênfase principalmente com a chegada do envelhecimento, onde a principal característica dessa fase é o declínio no processamento cognitivo, redução da atenção, dificuldade no resgate das informações aprendidas e redução da memória (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Nesse processo, a diminuição progressiva da capacidade funcional é a principal alteração encontrada no processo de envelhecimento e que pode levar à falta de habilidade ou dificuldade de a pessoa realizar atividades da vida diária (AVD) e ou atividades instrumentais da vida diária (AIVD), esta última de maior complexidade, para se manter independente no domicílio e na comunidade (AGUIAR et al., 2012).

Para Camarano (2011) não há uma ideia clara do que marca a transição para o envelhecimento. Pode-se falar em processos biológicos, aparência física, surgimento de doenças crônicas, perda de capacidades físicas e mentais e de papéis sociais, entre outros. Muitos desses processos caracterizam essa fase, mas a delimitação do seu início é difícil, pois é afetado por condições sociais, econômicas, regionais, culturais, étnicas e de gênero.

Segundo Eliopoulos (2011) alguns efeitos fisiológicos mais notáveis do processo de envelhecimento começam a aparecer após os quarenta anos de vida quando surgem os cabelos brancos e rugas e a perda da elasticidade do tecido do corpo. Por volta dos 80 anos a estatura tem diminuído aproximadamente quatro centímetros, sendo 1 cm em cada década, devido à perda de cartilagem e ao afinamento das vértebras. Segundo Freitas e Py (2011) os sistemas orgânicos vitais cardiovascular, respiratório, digestório, urinário e músculo esquelético, apresentam declínio considerável, a partir do envelhecimento, como descrevemos a seguir:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Os limites cardiovasculares do envelhecimento incluem discreta alteração no pericárdio, sendo comum o aumento da taxa de gordura epicárdica; alterações no endocárdio como espessamento e opacidade, resultante da longa turbulência sanguínea, podendo resultar em focos de infiltração lipídica particularmente no átrio esquerdo, geralmente após os 60 anos de idade; no miocárdio há o acúmulo de gordura, moderada degeneração muscular com substituição de células miocárdicas por tecido fibroso e depósito de substância amiloide que está relacionada a maior incidência de insuficiência cardíaca. O tecido valvar, composto predominantemente por colágeno, está sujeito a grandes depressões, com o envelhecimento observa-se degeneração e espessamento dessas estruturas; redução da elasticidade da aorta, maior rigidez da parede e redução do calibre, implicando em aumento da pressão sistólica e pressão de pulso.

SISTEMA RESPIRATÓRIO

O envelhecer provoca alterações na parede torácica, tornando-se enrijecida devido à calcificação das cartilagens costais e os pulmões distendidos pela diminuição da capacidade das fibras elásticas retornarem após a distensão na inspiração, diminuindo a capacidade pulmonar e respiratória. Contudo, o sistema respiratório continua, durante o processo de envelhecimento, capacitado a manter adequada oxigenação e ventilação em repouso, no entanto, perde-se progressivamente a reserva respiratória, diminuindo a resposta ventilatória, tornando os idosos mais vulneráveis à insuficiência respiratória.

SISTEMA DIGESTÓRIO

No envelhecimento, o aparelho digestório apresenta alterações estruturais, de motilidade e da função secretória que variam em intensidade e natureza de cada segmento, tendo conseqüências pouco perceptíveis na maioria das vezes, porém adquirem ampla importância quando acometidas em conjunto. No estômago há diminuição da secreção de

ácido clorídrico e de pepsina que dificultam a digestão do alimento, além disso observa-se dificuldade no esvaziamento gástrico pela diminuição da sua mobilidade normal. No intestino delgado, a absorção de várias substâncias está diminuída. A alteração mais comum encontrada no intestino grosso é a presença de diverticulites.

SISTEMA URINÁRIO

A função renal começa a diminuir de maneira progressiva. Aos 60 anos, o rim pesa em média 250g, aos 70 anos, 230g e aos 80 anos, 190g paralelamente diminuindo sua função excretora. O padrão do ritmo urinário torna-se modificado, passando a eliminar água e eletrólitos mais durante a noite que durante o dia.

SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

Com o envelhecimento há uma diminuição lenta e progressiva da massa muscular, sendo paulatinamente substituído por colágeno e gordura, tal declínio está diretamente relacionado à diminuição da força muscular. É significativo saber que o declínio muscular é mais aprofundado nos membros inferiores que superiores podendo aumentar o risco de quedas e comprometer as AVD e AIVD. Longevos e idosos fragilizados tem menor musculatura esquelética, fruto de doenças, subnutrição e dos efeitos acumulativos da idade, assim a musculatura a musculatura esquelética produz menos força e desenvolve suas funções mecânicas com mais lentidão.

2.2 O Envelhecimento Populacional no Brasil

A transição demográfica em conjunto com a transição epidemiológica resulta no principal fenômeno demográfico do século XX, conhecido como envelhecimento populacional. Este fenômeno tem levado a uma reorganização do sistema de saúde, pois esta população exige cuidados que são um desafio, devido às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que desenvolvem (NASRI, 2008).

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS) a população mundial está envelhecendo em ritmo acelerado, entre 2000 e 2050, a proporção mundial de pessoas com mais de 60 anos vai dobrar de 11 para 22% da população total. No Brasil, rapidamente, deixamos de ser um “país de jovens” e o envelhecimento tornou-se questão fundamental para as políticas públicas. Os brasileiros com mais de 60 anos representavam em 2011 o equivalente a 10,8% da população, esta proporção chegará a 14% em 2020 (30,9 milhões de idosos), sendo assim, o envelhecimento populacional muda o perfil de adoecimento dos

brasileiros, tendo agora que aprender a cuidar dos idosos e dar ênfase à prevenção e tratamento de DCNT (BRASIL, 2003).

Ainda atrelado a transição epidemiológica evidencia-se uma transição equivalente na farmacoepidemiologia, o aumento do número de DCNT leva os idosos a fazerem uso de uma maior quantidade de medicamentos e a realizarem exames de controle com mais frequência, porém essas condições não limitam a qualidade de vida. Ao controlarem suas doenças, muitos idosos levam uma vida independente e produtiva. A ausência de doenças é uma condição verdadeira para poucos, na realidade, envelhecer, para a maioria, é conviver com uma ou mais doenças crônicas. O conceito de envelhecimento ativo pressupõe a independência como principal marcador de saúde (NASRI, 2008).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Brasil (2006) Considera idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as AVD. Indivíduos idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas AIVD como preparar refeições, controlar a própria medicação, controlar o próprio dinheiro, fazer pequenas tarefas, sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecem ser acompanhados com maior atenção e frequência, pois sabe-se que a medida que o ser envelhece, tarefas do cotidiano consideradas banais, vão se tornando complexas de forma imperceptível, até que o indivíduo possa chegar a tornar-se dependente.

Enquanto que o idoso frágil ou em situação de fragilidade é considerado aquele que encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças que são causadoras de incapacidade funcional, por exemplo síndromes demenciais, doenças neurodegenerativas e neoplasia terminal e encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica. O idoso frágil apresenta na maioria das vezes elevada dependência e necessitam diariamente do auxílio intensivo de cuidadores. A literatura estabelece que também é frágil, o idoso com 75 anos ou mais (OLIVEIRA; MENEZES, 2011)

Para Freitas e Py (2011) idosos fragilizados que dependem de terceiros para realização de (AVD), que são incapazes de se movimentar, e são geralmente mantidos restritos ao leito, adquirem ou evoluem para outras complicações chamadas de síndrome da imobilização, caracterizada como um complexo de sinais e sintomas resultantes da supressão de todos os movimentos articulares e, por conseguinte, da incapacidade da mudança postural, tendo como uma das principais consequências a formação da úlcera por pressão (ULIANA et al., 2012).

Segundo Aguiar et al., (2012) a perda capacidade funcional não está representada apenas para às atividades da vida diária, acrescenta-se deficiências de mobilidade, de percepção sensorial, controle esfinteriano e deterioração do estado nutricional, que concorrem para tornar os idosos suscetíveis a complicações, como a formação de úlcera por pressão, um problema de saúde pública desafiador para o Sistema Único de Saúde e os profissionais de saúde.

O estatuto do idoso regulamentado pela Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003 assegura atenção integral à saúde de todos os idosos por intermédio do sistema único de saúde (SUS), assim como a garantia do acesso universal, igualitário e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Apresenta ainda como um dos meios para se priorizar o direito à saúde, a capacitação dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos (BRASIL, 2003).

Em virtude do processo do envelhecimento, a demanda por cuidados surge com base nas várias alterações fisiológicas que ocorrem com a senescência, comumente associadas às DCNT e condições mórbidas, que levam o idoso a fragilidades psico-biológicas com necessidades de cuidados para promoção da saúde e prevenção de mais doenças, de acidentes no domicílio e das lesões de pele, feridas e úlceras por pressão (OLIVEIRA; GUERRA; DIAS, 2010).

2.3 Úlcera por Pressão

A avaliação da pele do idoso baseia-se em critérios fisiológicos como hidratação, modificações da secreção sebácea, modificações das glândulas sudoríparas e permeabilidade; e critérios biológicos, baseados nas alterações do tecido conjuntivo. A fragilidade do envelhecimento, associada às condições mórbidas como as alterações do estado neurológico e mental, do estado nutricional, da mobilidade, da atividade e continências anal e vesical, caracterizam esta população como propensa à formação, recidiva e complicações de úlceras por pressão (SOUZA; SANTOS, 2007).

A pele é o maior órgão do corpo, é indispensável para a vida humana e fundamental para o perfeito funcionamento fisiológico do organismo, pois exerce diferentes funções como proteção, regulação da temperatura, reserva de nutrientes, percepção, entre outras. Como qualquer outro órgão, está sujeito a sofrer agressões oriundas de fatores patológicos intrínsecos e extrínsecos que irão causar o desenvolvimento de alterações na sua constituição

(epiderme-camada externa e derme-camada interna) como, por exemplo, as feridas cutâneas (MORAIS; OLIVEIRA, 2008).

Para Coltro et al., (2010) a ferida é definida como perda da cobertura cutânea, não apenas da pele, mas também dos tecidos subcutâneos, músculos e ossos. Todas as formas de lesões tissulares iniciam-se com alterações moleculares ou estruturais nas células que podem culminar em lesões celulares, estas podem ser reversíveis ou irreversíveis se os estímulos persistirem ou forem suficientemente intensos. Os principais fatores que podem causar uma lesão celular são: hipóxia, agentes físicos, agentes químicos e drogas, agentes infecciosos, reações imunológicas, distúrbios genéticos, desequilíbrios nutricionais (SILVA et al., 2011).

Qualquer lesão que leve a solução de continuidade da pele pode ser chamada de ferida, ferimento ou até mesmo lesão de pele. As feridas estão classificadas em ferida aguda e crônica. Ferida aguda é aquela que tem um curto tempo de cicatrização, podem ser provocadas intencionalmente ou de forma acidental (LOPES, 2011).

Segundo Dealey (2008) a ferida crônica pode ser definida como agressão a pele que apresenta desvio no processo de cicatrização com déficit na fase de proliferação resultado em lesão crônica ou injúria duradoura ou de recorrência frequente, sua ocorrência é mais frequente em idosos ou pessoas com múltiplos problemas sistêmicos. Para Oliveira, Soares e Rocha, (2010) Feridas crônicas podem ser definidas como aquelas que não cicatrizaram espontaneamente em três meses e que, frequentemente, apresentam como complicação processos infecciosos, podendo ser consideradas feridas complexas.

As úlceras por pressão são feridas do tipo crônicas de origem isquêmica, provocadas por pressão, fricção, cisalhamento e umidade (fatores extrínsecos) ou a combinação desses fatores sobre uma região de proeminência óssea e ainda mobilização reduzida, déficit neurológico, estado nutricional reduzido, peso corporal e incontinência (fatores intrínsecos) que juntos causam a interrupção do suprimento sanguíneo nos tecidos subjacentes tendo como consequência a isquemia e degeneração rápida dos tecidos (ACAMER et al., 2008).

Considera-se que o nível de pressão necessário para que ocorra dano ao tecido pode variar de um paciente para outro, mas aceitam-se 32 mmHg como nível normal da pressão arteriolar e que pressão externa acima da pressão capilar média (28 a 38 mmHg), é suficiente para lesionar o tecido se for mantida por um período prolongado, especialmente no caso de pacientes debilitados. Em geral aceita-se que a pressão mantida por um período de 2h pode ocasionar uma lesão isquêmica. Pacientes com grave comprometimento geral podem

desenvolver lesões em tempo inferior às 2h. Quando a pressão cutânea é superior a pressão capilar média (32 mmHg), em indivíduos saudáveis ocorre isquemia local, caracterizada por edema, eritema, erosão ou úlceras (DOMANSKY; BORGES, 2012).

Para Acamer et al., (2008) fatores extrínsecos são aqueles que estão relacionados ao mecanismo de lesão, pelo impedimento da circulação sobre a superfície da pele, e que refletem o grau em que a pele é exposta. São eles pressão, cisalhamento e fricção.

QUADRO 1- Fatores Extrínsecos

PRESSÃO	Pressão exercida de forma perpendicular entre a pele e proeminências ósseas, comprimindo os tecidos moles;
CISALHAMENTO	A pressão exercida paralelo ao paciente num plano rígido ou semi-rígido, causando bolhas ou erosões por movimento do paciente;
FRICÇÃO	Ocorre pela união de pressão e cisalhamento fazendo com que ocorra um rasgamento interno nos tecidos do paciente.

Fonte: ACAMER et al., (2008).

A concepção de Dealey (2008) sobre os fatores intrínsecos é que mesmo que o corpo humano esteja frequentemente sujeito a alguns ou a todos os fatores extrínsecos, as úlceras por pressão não se desenvolvem automaticamente, os fatores determinantes vem do próprio paciente.

QUADRO 2- Fatores Intrínsecos

MOBILIDADE REDUZIDA	Afeta a capacidade de aliviar a pressão de modo eficaz, predispondo o cisalhamento e a fricção;
DÉFICIT NEUROLÓGICO	Perda da sensação, significa que o paciente não percebe a necessidade de aliviar a pressão;
ESTADO NUTRICIONAL REDUZIDO	Prejudica a elasticidade da pele e, cronicamente leva à anemia e à redução de oxigênio nos tecidos, a desnutrição tem sido considerado forte fator de risco para desenvolver úlcera por pressão;

PESO CORPORAL	Os pacientes muito edemaciados não têm coxins sobre as saliências ósseas, portanto estão menos protegidos contra a pressão;
INCONTINÊNCIAS	A incontinência urinária contribui para a maceração da pele e aumenta assim o risco de fricção, o banho constante, motivado pelas incontinências urinária e fecal, remove os óleos naturais do corpo, ressecando a pele.

Fonte: DEALEY (2008).

CATEGORIAS

Um exame físico bem detalhado incluindo o exame feral das condições clínicas do cliente, da aparência da ferida e da pele circunjacente é primordial para avaliar e classificar a úlcera por pressão. Segundo os critérios estabelecidos pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), as úlceras por pressão são definidas em quatro estágios (SILVA et al.,2011).

QUADRO 3- Categorias das UPPs

Categorias	Descrição
Categoria I	Apresenta eritema não esbranquiçado de pele intacta, descoloração da pele, edema ou endurecimento;
Categoria II	Durante esse estágio ocorre lesão da epiderme e derme, superficial, abrasão e bolhas, além de perda parcial do epitélio. A pele adjacente está vermelha ou escurecida, a úlcera é dolorosa devido ao fato de os terminais nervosos da camada dermal estarem expostos;
Categoria III	Derme e epiderme estão destruídas e o tecido subcutâneo é atingido, podendo haver presença de drenagem de exsudato, cratera pouco profunda, pontos de necrose e até mesmo infecção;

Categoria IV	Durante esse estágio há perda total da pele e do tecido celular subcutâneo, com danos aos músculos, ossos ou estruturas de suporte, tais como tendões, podendo haver comprometimento infeccioso e drenagem.
--------------	---

Fonte: SILVA et al., (2011)

2.4 Escala de Braden

Atualmente a escala de Braden é o instrumento mais utilizado para identificar precocemente o risco para formação de úlcera por pressão. Trata-se de um instrumento norte-americano no qual seus autores desenvolveram um esquema conceitual, para estudar a etiologia da úlcera por pressão, delimitando seis sub-escalas: percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição e fricção e cisalhamento (BERGSTROM et al., 1987).

IMAGEM 1- Escala de Braden

Percepção sensorial	1 – Completamente restrita	2 – Muito restrita	3 – Discreta limitação	4 – Sem restrições
Umidade	1 – Umidade constante	2 – Úmido	3 – Úmido ocasionalmente	4 – Raramente úmido
Atividade	1 – Restrito ao leito	2 – Restrito a cadeira	3 – Deambula ocasionalmente	4 – Deambula com frequência
Mobilidade	1 – Imóvel completamente	2 – Muito restrita	3 – Discreta limitação	4 – Sem restrições
Nutrição	1 – Muito deficiente	2 – Inadequada	3 – Adequada	4 – Excelente
Fricção e cisalhamento	1 – Problema	2 – Problema potencial	3 – Sem problema	TOTAL

Fonte: Google Imagens, 2015

Segundo Zambonato, Assis, Beghetto (2013) sub-escala percepção sensorial mensura a capacidade de sentir e descrever o desconforto da pressão. As sub-escalas atividade e mobilidade são distintas, porém estão relacionadas. Atividade é medida por meio da avaliação de movimentos fora do leito, enquanto a mobilidade estima a capacidade de aliviar a pressão por meio de mudanças de posição no leito; sub-escala umidade dimensiona o nível de exposição da pele à umidade, levando em consideração o controle urinário e intestinal, drenagem de feridas e transpiração; a sub-escala nutrição avalia a ingestão de alimentos pelo paciente de acordo com a via de administração, quantidade e consistência dos alimentos; e a

sub-escala fricção e cisalhamento mensuram a capacidade do indivíduo movimentar-se para que seu corpo não deslize sobre superfícies como lençóis. As sub-escalas percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade e nutrição são pontuadas entre um (menos favorável) e quatro (mais favorável), enquanto na fricção e cisalhamento a pontuação oscila entre um e três. O somatório máximo possível a ser atingido é de 23.

Freitas e Alberti (2013) afirmam que a contagem de pontos baixa, indica uma baixa habilidade funcional, estando, portanto, o paciente em alto risco para desenvolver úlcera por pressão.

2.5 Medidas de Prevenção

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de úlcera por pressão como para quaisquer outras lesões da pele (BRASIL, 2013).

Segundo Brasil (2013) para as medidas de prevenção de úlceras por pressão é necessário seguir algumas etapas essenciais que são:

- **Avaliação diária do risco de desenvolver UPP** – A complexidade e a gravidade dos indivíduos acamados resultam na necessidade de avaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de UPP, essa avaliação permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do indivíduo.
- **Inspeção diária da pele** – Indivíduos que apresentam risco de desenvolvimento de UPP necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, estes podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas, por isso a inspeção diária da pele é fundamental e deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de UPP.
- **Manejo da umidade com manutenção da pele seca e hidratada** – Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares com agentes de limpeza suaves que minimize a irritação e ressecamento da pele. Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinências,

transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de reduzir o contato da pele com a umidade. deve-se atentar para o tratamento da pele ressecada com hidratantes, que tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de UPP.

- **Otimização da nutrição e hidratação** – A avaliação de indivíduos com possível risco de desenvolvimento de UPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pessoas com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil. Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele.
- **Redução da pressão** – A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal, devendo ser feitos todos os esforços para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão (travesseiros, almofadas, coxins).a redistribuição da pressão, tem o objetivo de manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de UPP. Geralmente a pele de pacientes com risco para UPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

O estudo foi uma pesquisa de campo, com natureza descritiva exploratória e abordagem quantitativa.

Gil (2008) define pesquisa como processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico, que utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos e instrumentos científicos.

Marconi e Lakatos (2010) afirmam que a pesquisa descritiva, serve para descrever um fenômeno ou situação, mediante um estudo realizado em determinado espaço de tempo. Enquanto que a pesquisa exploratória busca levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto (SEVERINO, 2007).

Para Richardson (2008) a pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples, como percentual, média, desvio padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação.

3.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada nas Estratégias Saúde da Família (ESF) Abílio Chacon Filho, Diomedes Lucas Carvalho, Ezequias Venâncio dos Santos, Luiza Dantas de Medeiros e Raimunda Domingos de Moura, todas situadas na zona urbana do município de Cuité-PB, o qual, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) está localizado na microrregião do Curimataú Paraibano, apresenta uma área de 741.840 Km², com um bioma predominante na Caatinga, densidade demográfica 26,93 hab/km². O município possui cerca de 19.978 habitantes.

3.3 População e Amostra

A população foi constituída de 50 usuários idosos cadastrados nas cinco ESF citadas, do município de Cuité-PB. Considera-se população o conjunto de todos os seres (pessoas, objetos ou fatos) que apresentem pelo menos uma característica em comum (REY, 2008).

A amostra, definida como parte ou fração do conjunto da população, foi composta por uma representação significativa de 50 usuários idosos das ESF, que tinham, ou apresentavam risco para desenvolver UPP, na condição de acamado, restrição ao leito ou cadeirante.

Foram incluídos na pesquisa os usuários que tinham idade igual ou superior a 60 anos apresentando UPP ou não; acamados, dependentes que apresentassem risco de desenvolver UPP, embasado nos critérios de risco da Escala de Braden; sendo excluídos indivíduos idosos não cadastrados nas ESFs; com lesões que descaracterizem UPP e que recusem assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

3.4 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento utilizado na coleta de dados foi do tipo formulário contendo indagações a cerca das condições sócio demográficas (sexo, faixa etária nível de escolaridade, cor, estado civil e renda/ provento) e objetivas ao tema da pesquisa, incluindo dados clínicos (doença de base, condição de dependência, fatores de risco para UPP, apresenta UPP, medidas de prevenção de UPP, cuidados com a pele e recebe orientação para eliminar os fatores de risco para UPP).

3.5 Coleta de Dados

Foi realizada nos meses de Maio a Junho de 2015, após encaminhamento da Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, para autorização das instituições, local da pesquisa, do responsável legal da Secretária Municipal de Saúde do município de Cuité ou ainda da Coordenação da ESF; e posteriormente tendo recebido o parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa o qual foi encaminhado e autorizado pela Plataforma Brasil, com número de CAAE 44795015.8.0000.5184.

O pesquisador expôs de forma clara os objetivos e importância do estudo, o colaborador do estudo foi convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O pesquisador participante ficou à disposição do entrevistado para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos sobre a pesquisa.

3.6 Análise dos Dados

Os dados coletados foram agrupados na planilha Excel 2010 e os resultados obtidos foram analisados e representados através de figuras e/ou gráficos, e distribuídos conforme frequência e percentuais, adiante discutidos e analisados de acordo com a literatura atual acerca do tema, sob o ponto de vista do método quantitativo.

3.7 Aspectos Éticos para Coleta de Dados

O estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil, com anexo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A) e do instrumento de coleta de dados (apêndice B), entre outros solicitados pelo Comitê de Ética em Pesquisa atrelado a CONEP.

A pesquisa foi iniciada, após apreciação e aprovação da CEP envolvido, respeitando todos os preceitos da Resolução 466/2012 reservada às pesquisas que envolvem seres humanos e com solicitação da assinatura do TCLE pelo sujeito participante da pesquisa. Atendendo também ao código de ética dos profissionais de enfermagem (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados com discussão do material pesquisado acerca do objeto do estudo, no qual foi averiguado as medidas de prevenção para úlceras por pressão proporcionada aos idosos acamados pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do município Cuité-PB, situada na região do Curimataú que detém um total de 3.248 idosos, e destes, foram entrevistados 50 pessoas idosas em situação de dependência parcial e total.

A colaboração dos participantes e de seus familiares ou cuidadores foi de fundamental importância para o desenvolvimento deste estudo, pois, valendo-se das informações apreendidas nos encontros para a coletas dos dados sócio demográficos e clínicos é que foi possível distribuir em tabelas e gráficos os resultados, atendendo aos objetivos propostos.

TABELA 1- Distribuição da amostra (n = 50), segundo Dados Sócio demográficos da amostra participantes da pesquisa. Cuité-PB, 2015.

DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS	n	%
Sexo		
Feminino	35	70
Masculino	15	30
Faixa Etária		
60- 70 anos	06	12
71-80 anos	11	22
81-90 anos	24	48
91-100 anos	08	16
102 anos	01	02
Nível de Escolaridade		
Analfabeto	27	54
Nível Fundamental	20	40
Nível Médio	03	06
Cor		
Branca	46	92
Parda	04	08
Estado Civil		

Casado	18	36
Divorciado	01	02
Solteiro	05	10
Viúvo	26	52
Renda/ Provento		
Aposentadoria	45	90
Pensão	05	10

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A **tabela I** apresenta a distribuição dos dados sócio demográficos característicos da amostra de representantes das pessoas idosas residente no município Cuité-PB, onde serão discutidos os achados referentes ao sexo, a faixa etária, a escolaridade, a cor, ao estado civil e a renda dos participantes da pesquisa.

A respeito do sexo das pessoas idosas entrevistadas ($n = 50$), 35 (70%) são do sexo feminino e 15 (30%) do sexo masculino, o que se justifica pelo fato, de as mulheres no Brasil, ter sobrevida maior que os homens (VIANA et al., 2013). A feminização da população idosa, na fase da velhice é características de fatores biológicos, em especial pela proteção hormonal de estrógeno, pois atua nos sistemas imunológico e cardiovascular além de influir na pele, nos ossos, no fígado e mesmo no cérebro, assegurando a normalidade nos sistemas orgânicos; maior exposição do sexo masculino a fatores de risco de mortalidade; a inserção diferenciada no mercado de trabalho; o uso abusivo de álcool e tabaco e também a diferença de atitude em relação à saúde/doença, considerando que a mulher busca mais os serviços de saúde que os homens, mostrando dessa forma que há uma maior preocupação das mulheres com o autocuidado (SANTOS; CUNHA, 2014; MACHADO, 2010).

Coelho et al. (2012), corroboram com essa pesquisa quando em seu estudo realizado em Fortaleza- CE, dentre os achados sócio demográficos dos 194 idosos entrevistados, a maioria era do sexo feminino, um quantitativo de 132 (68%) idosas.

Na variável faixa etária, nesta pesquisa, o maior número de participantes encontra-se com idade entre 81 e 90 anos, um quantitativo de 24 (48%) idosos, 11 (22%) encontram-se entre 71 e 80 anos, 8 (16%) entre 91 e 100, 6 (12%) entre 60 e 70 e 1 (02%) idosa com 102 anos de idade.

A World Health Organization (WHO), define o idoso em agrupamentos etários: idoso jovem, quando se refere às pessoas com idade entre 60 a 69 anos; idoso velho entre 70 a 79

anos; e idoso mais velho, aqueles com 80 anos ou mais, também denominados longevos, idosos velhos ou octogenários, nonagenários e centenários (WHO, 2004).

A média de idade da população está aumentando, sendo os idosos mais velhos, a faixa etária superior a 80 anos, a que cresce mais rapidamente (ROOSET et al.,2011). A população idosa brasileira mais velha era de cerca de 600 mil em 1980, em 2000, esse número passou para 1,6 milhão, com projeções de aumento para 9 milhões em 2020 e 14 milhões em 2040. Os idosos mais velhos representam 12,8% da população idosa e 1,1% da população total brasileira (IBGE, 2010).

Lima et. al. (2013) corrobora com a pesquisa quando em seu trabalho realizado em João Pessoa-PB, em instituições de longa permanência para idosos, sua amostra constou com 81 participantes, dentre os quais 42 estavam com idade entre 80 e 94 anos, 32 estavam entre 60 e 79 anos e 07 estavam acima de 95 anos.

O nível de escolaridade predominante nos participantes foi de analfabetos, 27 (54%) idosos, enquanto que a instrução escolar no nível fundamental teve uma representação de 20 (40%) idosos, e isto demonstra um dado positivo considerando a população entrevistada; e o nível médio, ficou representado apenas por 3 (6%) pessoas idosas.

Segundo Almeida et al, (2015) o baixo nível educacional dos idosos brasileiros pode ser explicado pelos valores culturais e sociais da primeira metade do século passado, no qual as mulheres assumiam o papel domiciliar e os homens de agricultores, além da dificuldade de acesso ao sistema educacional e os idosos, em sua maioria, viviam na zona rural quando tinham idade de escolarização.

Para Arruda e Avansi (2014), ajudar os pais em casa ou no trabalho, necessidade de trabalhar, falta de interesse e proibição dos pais para ir à escola são os motivos de maior evidência alegados pelos idosos de não terem frequentado a escola ou de terem ingressado, contudo não deram continuidade, tornando-os assim, analfabetos ou analfabetos funcionais.

Quanto à cor, o índice de pessoas idosas de cor branca foi predominante, constando de 46 (92%) participantes, enquanto que os pardos foram apenas 4 (8%). A composição racial da crescente população idosa brasileira vem se modificando ao longo dos últimos anos, em 2000, predominavam as pessoas idosas de cor branca (61,7%) em relação aos idosos pardos (29,5%) e pretos (6,9%) enquanto que em 2010, diminuiu a proporção de idosos brancos (56,8%), aumentando a de pardos (33,8%) e pretos (7,7%), no entanto a população branca ainda se faz prevalente sobre a população parda e preta (IBGE 2010). No estudo de Lopes (2012), uma pesquisa feita em Florianópolis – SC, foi obtida uma amostra de 351 idosos longevos, desses, 329 eram branca e apenas 22 eram de cor preta.

No tocante ao estado civil, o número prevalente é de pessoas idosas viúvas, com 26 (52%) participantes, sendo a grande maioria do sexo feminino, índice que coincide com os relatos acerca da feminização na fase da velhice e os fatores que tornam maior a sobrevivência das mulheres. Corroborando com a pesquisa de Oliveira, Santos e Pavarini (2014) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) de São Carlos-SP, cuja população de 107 idosos entrevistados, 48 (45%) eram viúvos e a predominância era do sexo feminino.

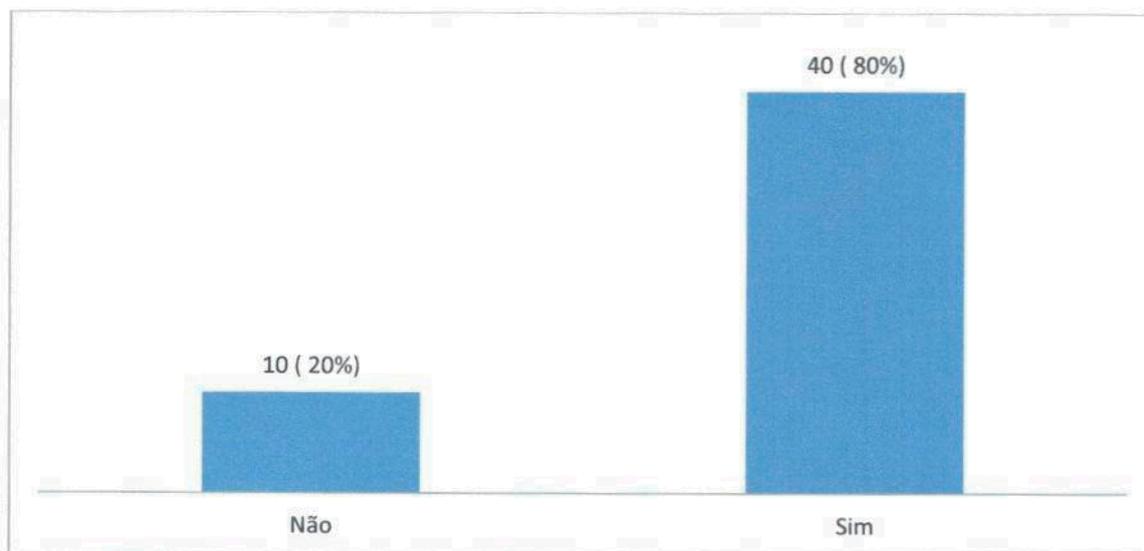
No que se refere a principal fonte de renda entre os idosos, todos recebiam proventos governamentais, cujo valor da renda se enquadra entre 1 a 3 salários mínimos, no qual 45 (90%) dos idosos eram aposentados, e 05 (10%) deles eram pensionistas. A predominância desses dois benefícios previdenciários torna evidente sua importância para a sobrevivência da população idosa e sua contribuição na renda doméstica, pois predominantemente há membros da família que dependem desse rendimento, entre elas, filhos, netos e cônjuges (ALMEIDA et al., 2015).

Nessa segunda etapa, segue a discussão sobre os achados clínicos dos participantes, incluindo doenças de base, condição de dependência, os fatores de risco para UPP e as medidas de prevenção para UPP adotadas pelos idosos e seus familiares, cuidados com a pele e indagações acerca de orientações prestadas por profissionais da saúde para eliminar os fatores de risco para UPP

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2008), o estilo de vida engloba a forma como as pessoas vivem e as escolhas que fazem no dia a dia. Nesse contexto, inserem-se os hábitos e comportamentos que recebem influência da cultura, da religião, das crenças e das condições sócio econômicas da sociedade, na qual estão inseridos.

Entre as Doenças de Base e comorbidades encontraram-se as, cardiovasculares, endócrinas (Diabetes Mellitus) e neurológicas (AVE), as quais podem ser prevenidas com a adoção e prática de hábitos de vida saudáveis, dieta saudável, cessação do tabagismo, realização de atividade física regular e controle do estresse estão relacionados com a melhor qualidade e expectativa de vida (PAES et al., 2008).

GRÁFICO 1- Distribuição da amostra (n = 50) segundo incidência de doenças de base dos participantes. Cuité-PB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O **gráfico 1** evidencia que a maioria dos participantes, 40 (80%), apresentavam pelo menos uma doenças de base, entre elas, as cardiovasculares, endócrinas, osteoarticulares, neurológicas e doenças vasculares periféricas, e apenas 10 (20%) afirmam nunca terem sido diagnosticados com quaisquer tipos de doença crônica não transmissível (DCNT) ou comorbidades .

O avançar da idade, por si só, aumenta o risco de doenças crônicas, com destaque para as cardiovasculares. Entretanto, o desenvolvimento dessas doenças acomete diferencialmente os indivíduos, com maior frequência e gravidade naqueles com trajetória e cotidiano menos saudáveis (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008). Ademais, os mesmos autores relatam que a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma abordagem de prevenção e controle integrado, em todas as idades, baseada na redução dos seguintes fatores: hipertensão arterial sistêmica (HAS), fumo, álcool, inatividade física, dieta inadequada, obesidade, hipercolesterolemia.

TABELA 2- Distribuição da amostra (n = 50) segundo Doenças de Base (N = 40), sendo “F”= a quantidade de vezes que a doença foi encontrada no conjunto (n = 50) dos participantes. Cuité-PB, 2015.

DOENÇAS DE BASE	F	%
Doenças Osteoarticulares		

Osteoporose	16	13,9
Artrite Reumatoide	15	13
Hérnia de Disco	04	3,4
Deformação no Joelho	01	0,8
Doenças Endócrinas		
Diabetes Tipo 1	15	13
Doenças Cardiovasculares		
Hipertensão Arterial	30	26
Cardiopatias	05	4,3
Infarto	01	0,8
Doenças Vasculares Periféricas		
Insuficiência Venosa	01	0,8
Insuficiência Arterial	01	0,8
Doenças Neurológicas		
AVE	23	20
Mal de Parkinson	02	1,7
Meningite	01	0,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na demonstração acima da **tabela 2**, observa-se inclusas as doenças Osteoarticulares, as quais, a osteoporose e a artrite reumatoide são as mais presentes, sendo 16 (13,9%) idosos participantes acometidos pela osteoporose e 15 (13%) pela artrite reumatoide. Enquanto que a hérnia de disco 4 (3,4%) e deformação no joelho, 1 (0,8%).

Queiroz, Pereira e Figueiredo (2014) alertam que a osteoporose caracteriza-se por redução da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, ocasionando fragilidade aos ossos e os tornando mais suscetíveis a fraturas. O aumento da idade proporciona alterações histológicas no tecido ósseo, predispondo o aumento do risco de fraturas, dor, deformidade e incapacidade física. A prevalência da osteoporose apresenta variação, e, atualmente a literatura registra incidência de 50% para as mulheres na oitava década e 20% para os homens na mesma idade (PEREIRA; MENDONÇA, 2011).

A artrite reumatóide é uma doença sistêmica crônica progressiva, caracterizada pela inflamação da membrana sinovial e da bainha dos tendões. À medida que o processo patológico da artrite reumatóide evolui, o indivíduo pode experimentar dificuldades cada vez

maiores induzidas por dor, rigidez e pela deterioração na função articular. A artrite reumatoide é uma das principais doenças responsáveis pelo quadro de limitação nas atividades na vida diária do indivíduo acometido por esta patologia. A prevalência dessa doença aumenta progressivamente com a idade e um terço das pessoas a adquire após os 60 anos (FULFARO et al., 2012).

No que diz respeito às doenças endócrinas, apenas o diabetes mellitus tipo 2 foi citado, acometendo 15 (13%) idosos da amostra pesquisada. Na pesquisa de Cecilio et al. (2015) revela que o diabetes mellitus tipo 2 é uma das DCNT mais comuns em todo o mundo, e sua prevalência continua crescendo, devido ao envelhecimento populacional, desenvolvimento econômico e urbanização que desencadearam mudanças importantes no estilo de vida das pessoas, marcado pela presença de sedentarismo e obesidade. O autor ainda relata em seu estudo que no Brasil, o número de pessoas com diabetes passou de 4,5 milhões, em 2000, para 11,3 milhões em 2013, com previsão de chegar a 19,2 milhões em 2035.

A Hipertensão arterial apresenta-se em incidência bastante elevada entre as doenças cardiovasculares, acometendo mais da metade dos idosos participantes, 30 (26%), outras doenças como cardiopatias e infarto agudo do miocárdio também foram citadas, porém com pouca frequência, sendo as cardiopatias com 5 (4,3%) incidências e o infarto agudo do miocárdio apenas 1(0,8%).

As mudanças que ocorrem com o envelhecimento são variadas, dentre elas, aquelas decorrentes de problemas cardíacos, os quais, em maior incidência, representam um problema de saúde pública no cenário nacional, com destaque para as disfunções na pressão arterial (SQUARCINI et al., 2011). Dados apontam que 60% das pessoas entre 60 e 69 anos, e 75% das pessoas com mais de 70 anos convivem com a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Assim, fica evidente que uma parcela significativa da população é acometida por essa doença e, por isso, tem sido considerada a mais prevalente e incidente dentre as doenças crônico-degenerativas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

No que diz respeito às doenças vasculares periféricas, observou-se 1 (0,8%) caso de insuficiência venosa, bem como 1 (0,8%) caso de insuficiência arterial. A insuficiência venosa é definida como “uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso causada por uma incompetência valvular, associada ou não à obstrução do fluxo venoso. Pode afetar o sistema venoso superficial, o sistema venoso profundo ou ambos. Além disso, a disfunção venosa pode ser resultado de um distúrbio congênito ou pode ser adquirida. A úlcera venosa representa cerca de 70% a 90% dos casos de úlceras de perna nas mulheres e apresenta como

principal causa a insuficiência venosa crônica. Essa inadequação do funcionamento do sistema venoso é comum na população idosa, sendo a frequência superior a 4% entre as pessoas idosas acima de 65 anos (CARMO et al., 2007).

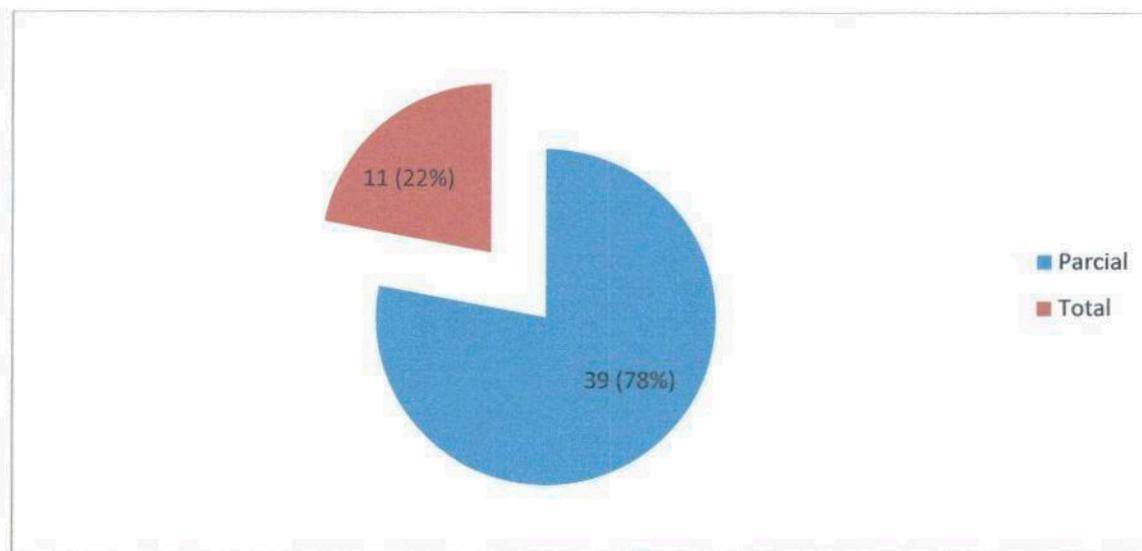
A insuficiência Arterial é um quadro clínico consequente à diminuição do débito sanguíneo arterial em determinada região, produzindo um conjunto de sinais e sintomas que serão específicos aos tecidos e órgãos acometidos, apresentando uma prevalência de 10 a 25% na população masculina a cima de 55 anos. O comprometimento aterosclerótico dos membros inferiores acontece mais, frequentemente, na artéria femoral superficial, seguida depois da artéria poplítea. A redução do fluxo sanguíneo arterial para as extremidades pode se ocorrer de forma aguda, quando em algumas horas pode haver necrose dos tecidos isquemiados; ou de forma crônica, sendo resultado do estreitamento lento e progressivo da luz das artérias (NEVES, 2014).

Em relação às doenças neurológicas, apresentou-se em destaque o Acidente Vascular Encefálico (AVE), já que a incidência desta foi a maior, 23 (20%), em relação ao mal de Parkinson que houve 2 (1,7%) relatos e a meningite que houve apenas 1(0,8%) caso. O AVE é a ausência ou perda repentina da função neurológica causada por uma interrupção do fluxo sanguíneo para o encéfalo, podendo ser subdividido em AVE isquêmico ou AVE hemorrágico. As evidências clínicas demonstram que a incidência de AVE no Brasil é alta, principalmente em pessoas idosas e, com o envelhecimento populacional brasileiro, estima-se que a prevalência de AVE também continue aumentando nessa população (SANTOS; VALENÇA; AMORIM, 2011).

Lima et al (2013) corrobora com o estudo em tela, no qual em sua amostra de 81 idosos encontra-se os seguintes dados a respeito das doenças de base diagnosticadas nos prontuários: hipertensão arterial sistêmica 49 (60,5%), doenças neurológicas 19 (24%), doenças osteoarticulares 19 (24%), diabetes 16 (19,8%), doenças psiquiátricas 9 (11,1%), Acidente Vascular Encefálico 6 (7,4%), câncer 4 (4,9%) e doenças cardíacas 4 (3,7%).

No **gráfico 2** a seguir observa-se a condição de dependência dos idosos participantes.

GRÁFICO 2- Distribuição da amostra (n = 50) segundo Condição de Dependência. Cuité-PB, 2015.



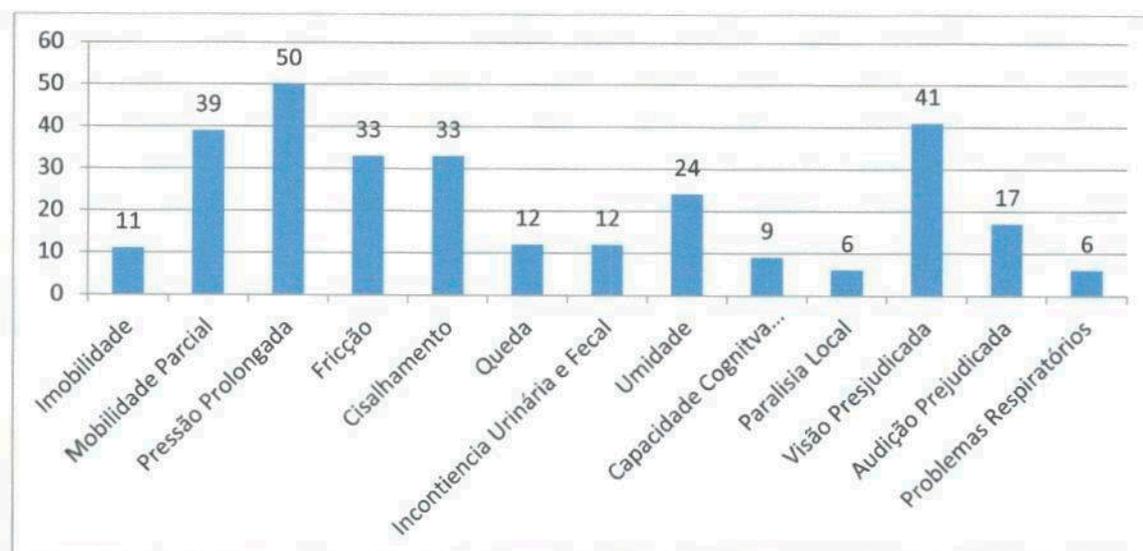
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No total da amostra $n = 50$, observou-se um maior quantitativo de idosos em condições de dependência parcial, 39 (78%), enquanto que 11 (22%) dos idosos apresentaram dependência total.

A “função” é definida como a capacidade de um indivíduo adaptar-se aos problemas cotidianos, incluindo a sua participação como indivíduo na sociedade, ainda que apresente alguma limitação física, mental ou social, de forma mais simplificada, é a capacidade da pessoa viver independentemente e cuidar dos seus negócios e de si própria. A capacidade do indivíduo de desempenhar a sua função é chamada de capacidade funcional que está diretamente ligada à condição de dependência (GONTIJO, 2014).

A atenção à capacidade funcional e ao grau de dependência da pessoa idosa aparece como um dos propósitos principais das políticas públicas e de saúde para essa população. As ações devem ser prestadas, em especial, pelos profissionais das unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois suas equipes têm acesso aos domicílios no qual população idosa e suas famílias estão presentes. Dentre elas, é fundamental a avaliação das capacidades e habilidades funcionais da pessoa idosa, visando à prevenção da perda da independência (SUDRÉ et al., 2012).

GRÁFICO 3- Distribuição da amostra (n = 50) segundo a incidência dos fatores de risco para UPP. Cuité-PB, 2015



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os fatores de risco questionados no instrumento (APÊNDICE B) de coleta de dados foram imobilidade, mobilidade parcial, pressão prolongada, fricção, cisalhamento, queda, incontinência urinária e fecal, umidade, capacidade cognitiva prejudicada, paralisia local, visão prejudicada, audição prejudicada e problemas respiratórios. Todos os participantes da pesquisa afirmaram ter pelo menos um dos fatores de risco listados no instrumento de coleta de dados conforme descrito no **gráfico 3**

O fator de risco em comum para todos os entrevistados foi a pressão prolongada presente nos 50 (17%) idosos; a visão prejudicada acometeu 41 (13,9%) dos participantes; o fator mobilidade parcial estava presente em 39 (13,3); fricção e cisalhamento estão presentes concomitantemente, estando ambos presentes em 33 (11,6%) das pessoas idosas; os demais fatores de risco listados foram mencionados em proporção inferior, estando presentes em menos da metade dos idosos participantes, o que não deixa de ser relevante, pois, quando estes vem acompanhados de um ou mais fatores, especialmente aqueles citados na Escala de Braden (umidade, incontinências, capacidade cognitiva e outros), podem ser responsável pelo surgimento da úlcera por pressão (UPP).

O declínio na função visual dos idosos é fonte de preocupação no âmbito da saúde pública. No sistema visual, o comprometimento pode ocorrer de forma cumulativa e progressiva por meio de danos metabólicos e ambientais, caracterizando a relação de estreita

intimidade entre a visão e a senescência. Associadas às mudanças fisiológicas que ocorrem na visão devido ao envelhecimento, doenças oculares crônicas corroboram para o declínio da habilidade visual na pessoa idosa (LUIZ et al., 2009).

Para Aguiar (2011), a mobilidade que se caracteriza por mudança de decúbito e transferência, pelo levantar e sentar-se em uma cadeira, pelo deambular para distâncias determinadas, e pelo curso da marcha, apresenta-se como um componente da função física extremamente importante, haja vista que constitui um pré-requisito para a execução das atividades de vida diária (AVD) e manutenção da independência, de outra forma seu prejuízo pode levar a dependência e incapacidades. A deficiência de mobilidade é um dos fatores que concorrem para tornar os idosos susceptíveis a injúrias na pele e complicações como a formação de UPP.

Na Revisão Integrativa da Literatura por Santos et al.(2015) os fatores de risco extrínsecos, pressão, cisalhamento e fricção, têm seu efeito relacionado à intensidade, duração e tolerância dos tecidos do indivíduo a esse tipo de forças abrasivas. A pressão prolongada causa distorção dos tecidos moles e resulta na destruição do tecido próximo do osso. As forças de fricção e cisalhamento produzem uma sobrecarga mecânica nas partes moles e, com isso, a pele não se move livremente, causando rompimento dos vasos sanguíneos e dificultando o fluxo de oxigênio, com isquemia tecidual.

Ainda que todos os participantes apresentem os fatores de risco, nenhum deles apresentou naquele momento a UPP. Contudo, três participantes, pessoas idosas, afirmaram que já haviam apresentado e tratado a lesão em momentos anteriores. Manter alguns cuidados com a pele é fundamental para prevenir o desenvolvimento da UPP. Algumas ações são muito importantes no alívio da pressão da pele, nas áreas de maior risco e onde se tem ossos mais proeminentes podendo ser realizadas desde os primeiros momentos que a pessoa ficou sob condição de cadeirante ou acamada (RODRIGUES, 2013).

Desta forma é importante ressaltar a participação do Programa de Saúde “Melhor em Casa” inserido na cidade de Cuité-PB.

Trata-se de um programa de atenção domiciliar cujas ações são implementadas no âmbito do Ministério da Saúde e constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde. A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado contextualizado a sua cultura, rotina e dinâmica

familiar, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

O **quadro 4** a seguir dispõe as medidas de prevenção adotadas pelos participantes e suas frequências.

QUADRO 4- Distribuição da amostra (N=50) segundo medidas de prevenção X frequência

MEDIDAS DE PREVENÇÃO	FREQUÊNCIA		
	Sim	Não	As vezes
Uso de travesseiros, almofadas ou similares	44 (88%)	03 (06%)	03 (06%)
Mantém a pele higienizada e seca	48 (96%)	0	02 (04%)
Uso de fraldas geriátricas	21 (42%)	27 (54%)	02 (04%)
Ingestão frequente de líquidos	22 (44%)	16 (32%)	12 (24%)
Mantém os lençóis da cama bem esticados	09 (18%)	03 (06%)	38 (76%)
Lençóis limpos e livres de resíduos	48 (96%)	0	02 (04%)

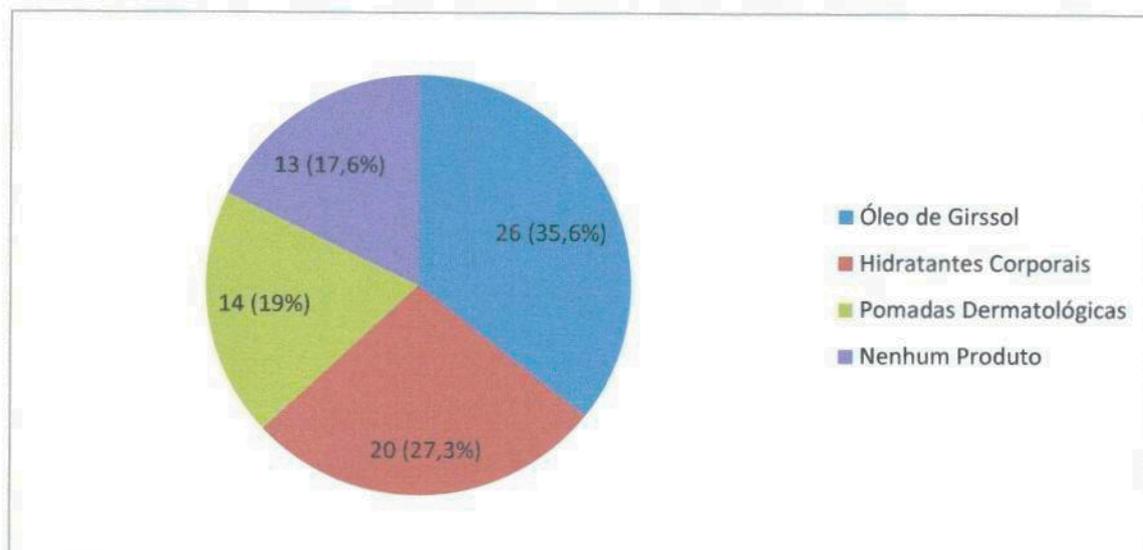
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

As medidas de prevenção elencadas no instrumento (APÊNDICE B) de coleta de dados foram uso de travesseiros, almofadas ou similares; manter a pele higienizada e seca; uso de fraldas geriátricas; ingestão frequente de líquidos; manter os lençóis da cama bem esticados; manter os lençóis limpos e livres de resíduos. Na análise da amostra, foi possível perceber que todos os participantes adotam pelo menos uma das medidas preventivas e com bastante frequência. Estas medidas coloca em evidência o cuidado em relação à prevenção como um ponto bastante positivo na população entrevistada.

Corroborando com a pesquisa, a revisão integrativa de Rosa (2009), considera que, reduzir a pressão nas proeminências ósseas, fazendo uso de coxins; manter a pele limpa e seca, realizando troca de fraldas e lençóis quantas vezes forem necessárias; controlar a umidade provocada pela sudorese e realizar mudança de decúbito são os métodos mais utilizados para prevenir UPP.

O **gráfico 4** a seguir demonstra a forma de cuidado com a pele, adotada pelos participantes da pesquisa.

GRÁFICO 4- Distribuição da amostra (n = 50) segundo medidas de cuidado com a pele. Cuité-PB, 2015.



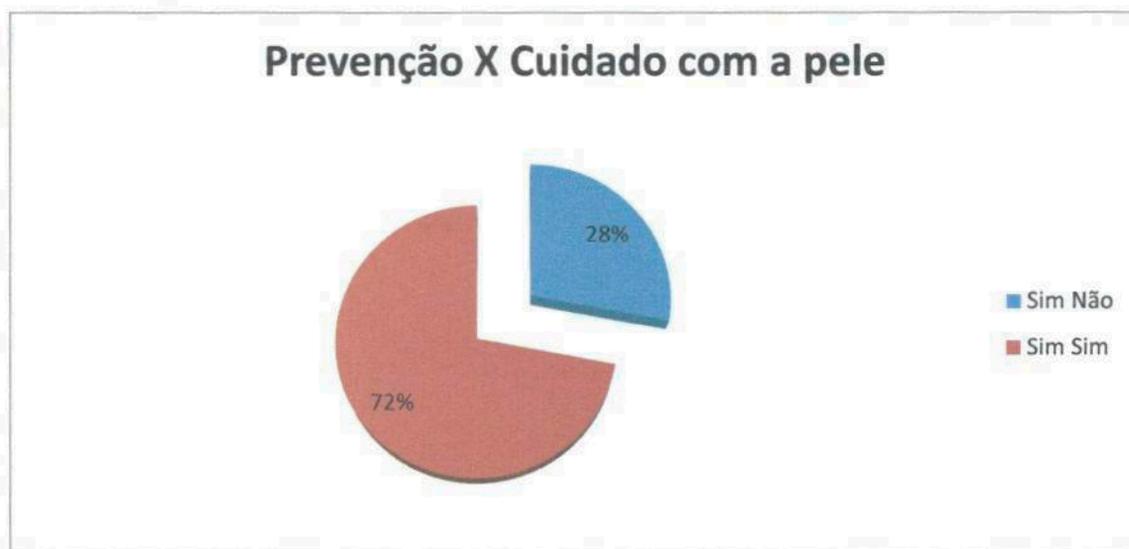
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Para os cuidados com a pele foram elencados os seguintes itens no instrumento (APÊNDICE B) de coleta de dados: uso de hidratantes 20 (27%), uso de óleos essenciais 26 (35,6%), uso de pomadas 14 (19%) e nenhum produto ou substância 13 (17%). Alguns idosos adotam mais de uma forma de cuidado, fazendo uso concomitante de hidratantes, óleos e pomadas, 37 (74%) idosos, outros 13 (26%) idosos não aderiram ao uso de nenhum dos produtos elencados ou de qualquer outro, preocupando-se apenas com a higiene corporal.

Corroborando com a pesquisa, Rodrigues (2013) afirma em seu estudo, que preparações farmacêuticas como pomadas, cremes e óleos, que possuem em sua composição a associação de triglicerídeos e ácidos graxos essenciais, têm sido comumente utilizados tanto para a prevenção quanto para o tratamento de feridas de pele, pois estimulam a nutrição celular e a regeneração tecidual.

A higiene do corpo e a hidratação da pele são fundamentais para manter a integridade da pele do idoso e prevenir UPP. Cuidados devem ser tomados ao utilizar cosméticos com perfumes fortes a fim de evitar a produção de alergias (PINTO, 2012; NASCIMENTO, 2012).

GRÁFICO 5- Distribuição da amostra (n = 50) segundo Prevenção de UPP X Cuidado com a pele.Cuité-PB,2015.

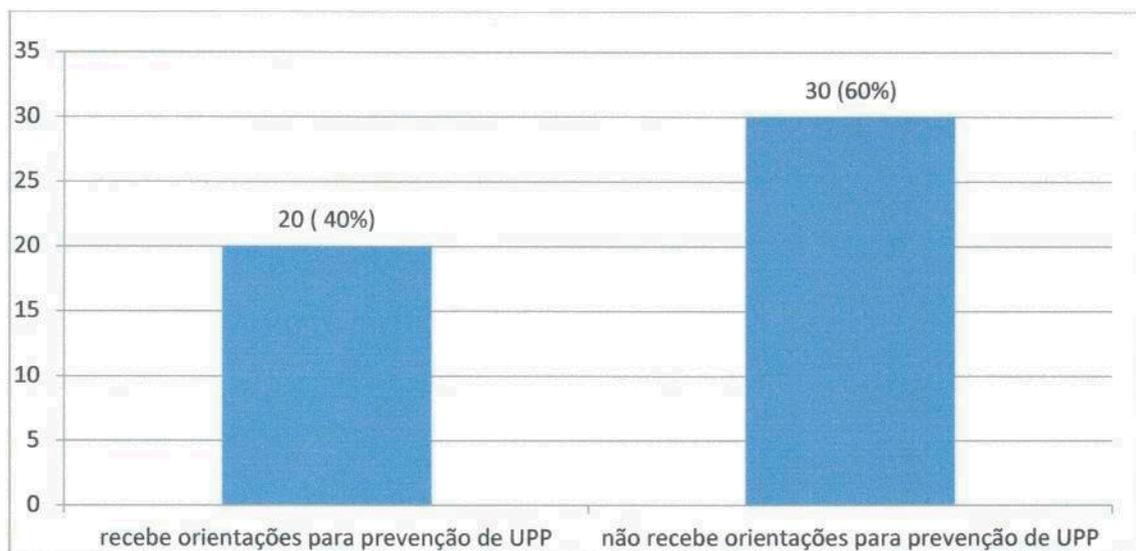


Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

É possível perceber que todos os participantes adotam medidas preventivas contra UPP, porém nem todos tomam cuidados específicos com a pele, o que podemos visualizar no **gráfico 5** acima, no qual 100% dos participantes previnem UPP, porém, 72% se preocupam em cuidados com a pele e 28% não tem essa preocupação.

A enfermagem como ciência que cuida do ser humano deve estar comprometida com a função de educar e orientar, e o enfermeiro são um educador e, dentro de sua prática, precisa estar preparado para desenvolver processos educativos de forma que favoreçam o desenvolvimento de habilidades básicas (LISE; SILVA, 2008).

GRÁFICO 6- Distribuição da amostra (N= 50) segundo quantidade de idosos que recebem orientações para prevenção de UPP. Cuité-PB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O **gráfico 6** discorre sobre a iniciativa dos profissionais da saúde de prestar orientações para prevenção de UPP aos idosos dependentes no município de Cuité-PB. Uma lacuna significativa de participantes 30 (60%), afirmam não ser orientados pelos profissionais da saúde sobre prevenção de UPP, e os 20 (40%) demais participantes afirmam que recebem orientações dos profissionais acerca da prevenção de UPP, dentre eles, 3 participantes só foram orientados após o advento da UPP.

Corroborando com a pesquisa, o estudo de Studart et al. (2011), realizado na cidade de Fortaleza-CE, apresenta falha da equipe de enfermagem com relação as orientações de prevenção de UPP, quando em sua amostra, numa população de 186 pacientes idosos, quase a totalidade dos pacientes não receberam qualquer tipo de informação antes do advento da UPP e mesmo após o aparecimento da UPP somente metade recebeu algum tipo de orientação. A orientação de mudança de decúbito estava na maioria das vezes associadas a outras orientações como manter os lençóis secos, massagens com óleos e compra de colchão articulado.

TABELA 3- Distribuição da amostra (n = 20) segundo profissionais da saúde que prestam orientação de prevenção à UPP. Cuité-PB, 2015.

PROFISSIONAIS	N	%
Médico e Enfermeiro	9	45
Médico	6	30
Enfermeiro	3	15
Enfermeiro e Agente Comunitário de Saúde (ACS)	1	5
Médico e Agente Comunitário de Saúde (ACS)	1	5
Total	20	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Dos 20 idosos participantes que receberam orientações, 9 (45%) foram orientados por médicos e enfermeiros, 6 (30%) por médicos, 3 (15%) por enfermeiros, 1 (5%) por enfermeiro e ACS e 1 (5%) por médico e ACS, formando um quantitativo final de 13 (65%) participantes que receberam orientações pelo enfermeiro. A principal e mais incidente orientação foi a respeito de manter a pele hidratada, seguida de mudança de decúbito e uso de colchão caixa de ovo.

Uma equipe multidisciplinar é a junção de diferentes categorias profissionais que se inter-relacionam de maneira independente em prol de um paciente. O paciente que necessita de cuidados específicos pós-internação de longa permanência ou vítima de sequelas incapacitantes deverá ter uma abordagem multidisciplinar que poderá ser prestada em domicílio, a fim de proporcionar um perfil diferenciado com melhoria da qualidade de vida (NUSS et al., 2015).

A prevenção de UPP, assim como a orientação sobre sua prevenção é um compromisso ético e humanitário dos profissionais da saúde, dentro do processo de construção ensino-aprendizagem (SANTOS, 2012). A avaliação rotineira do risco de UPP é uma lacuna observada na prática e um desafio para a equipe de enfermagem. Muito pode ser feito para essa prevenção e, que segundo os autores, estão: a mudança de decúbito com posicionamento, utilizando coxins e colchões articulados, exame físico diário, avaliação nutricional, massagens de conforto, proporcionar hidratação (STUDART et al., 2011).

É dever e responsabilidade do profissional de enfermagem colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios, e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento. Assim, a gestão de

risco de UPP requer cuidados embasados em protocolos e diretrizes clínicas aplicados por equipe multiprofissional, sendo que o enfermeiro com atitude ética deve ser o pioneiro nas ações, a fim de reduzir os custos do tratamento, impacto social e econômico, e minimizar o sofrimento dos pacientes (COFEN, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise dos resultados mediante coletas dos dados sócio demográficos e clínicos verificados na amostra do estudo em tela, predominou a representação feminina, 37 (70%), na faixa etária, destaque entre 81 e 90 anos, 24 (48%), sendo o analfabetismo a principal representação de escolaridade, 27 (54%). A grande maioria é de cor branca 46 (92%) e a condição de viuvez 26 (52%) tendo a aposentadoria como principal fonte de renda, 45 (90%).

Sobre a apreciação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), observou-se inclusas as doenças Osteoarticulares, as quais, a osteoporose e a artrite reumatoide são as mais presentes, sendo 16 (13,9%) e 15 (13%) idosos participantes, respectivamente. Com respeito às doenças endócrinas, apenas o diabetes mellitus tipo 2 foi citado, acometendo 15 (13%) idosos. Na comorbidade de Hipertensão Arterial Sistêmica há uma incidência bastante elevada, acometendo mais da metade dos idosos participantes, 30 (26%); e em relação às doenças neurológicas, apresentou-se em destaque o Acidente Vascular Encefálico (AVE), enquanto que a incidência desta foi de 23 (20%).

Na investigação sobre os riscos para o desenvolvimento de UPP, verificou-se que todos os participantes apresentaram fatores de risco, sendo a pressão prolongada o principal fator, pois era uma situação vivida por todos os idosos participantes. Contudo, os familiares de todos os idosos adotam medidas na tentativa de minimizar ou eliminar os fatores de risco, sendo a manutenção da pele higienizada e seca juntamente com manutenção dos lençóis limpos e livres de resíduos as mais prevalentes, ambas foram respostas de 48 (96%) idosos, seguida de uso de almofadas, travesseiros ou similares, 44 (88%).

A falta de orientação dos profissionais da saúde para prevenir UPP é perceptível quando mais da metade da amostra participante, 30 (60%), não recebe orientações e 20 (40%) idosos recebem orientações acerca da prevenção de UPP, destes, 13 (65%) são orientados pelo enfermeiro juntamente com outros profissionais da saúde nas ESF.

Foi possível identificar que as principais orientações recebidas pelos idosos e familiares para prevenção de UPP foram manter a pele hidratada, mudança de decúbito e uso de colchões especiais do tipo caixa de ovo. No entanto, as recomendações para prevenção de

UPP abrangem um leque bem maior de observações e esclarecimentos junto a esta população e que os profissionais de saúde precisam incorporar atitudes de maior alcance.

Considerando a amostra de idosos participantes com representação de longevos, viúvos, analfabetos, dependentes parcial e sobrevivendo com a renda da aposentadoria, mesmo com acompanhamento de cuidadores e profissionais de saúde, estes, mostram-se com fragilidades e vulnerabilidades que predispõe o aparecimento e agravamento de UPP.

Dessa forma observa-se que os objetivos geral e específicos foram alcançados e que a enfermagem mostra-se pouco efetiva no que tange as orientações pela ESF sobre medidas preventivas para injúrias a pele da população idosa no município de Cuité-PB; deixando tais atitudes na responsabilidades dos familiares e cuidadores, não atentando para os devidos cuidados a proteção do tecido tegumentar com desenvolvimento da UPP.

Sugere-se a partir desse estudo, que não só a enfermagem, mas também toda a equipe multiprofissional das Estratégias Saúde da Família do município de Cuité-PB possam repensar e adotar medidas e ações educativas, para melhor orientar os idosos dependentes, os cuidadores e seus familiares a prevenir ou minimizar os riscos de UPP.

REFERÊNCIAS

ACAMER, Carmen ávila et al. **Guía de Práctica Clínica de Enfermería: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS CRÓNICAS**Valencia: Generalitat, 2008. 134 p.

AGUIAR, Elizabeth Souza Silva de et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos associada ao risco de úlcera por pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p.94-100, 23 jul. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em: 06 nov. 2014.

AGUIAR, Elizabeth Souza Silva de. **RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS COM DECLÍNIO FUNCIONAL DE MOBILIDADE FÍSICA DOMICILIADOS EM JOÃO PESSOA- PB**. 2011. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

ALMEIDA, Alessandra Vieira et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social / The Feminization of Old Age. **Textos Contextos (porto Alegre)**, Porto Alegre- Rs, v. 14, n. 1, p.115-131, 30 jun. 2015. EDIPUCRS. DOI: 10.15448/1677-9509.2015.1.19830. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/19830/13313> . Acesso em: 11 fev. 2016.

ARRUDA, Lucimar Menegon de; AVANSI, Tatiane Almeida. ANALFABETISMO NA TERCEIRA IDADE: pesquisa do analfabetismo em Sinop-MT. **Revista Eventos Pedagógicos**, Sinop- Mt, v. 5, n. 2, p.435-442, jun. 2014.

BERGSTROM N, BRADEN BJ, LAGUZZA A, HOLMAN V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res*1987; 36(4): 205-10.

BRASIL, ministério da saúde. Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. 2013. Disponível em:

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/portaria_2095_2013.pdf Acesso em: 05 nov. 2014.

BRASIL, Ministro do Estado da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. 2006. Disponível em:

<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>Acesso em: 20 nov. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 [Internet]. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2015.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

(Org.). **PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO DO BRASIL POR SEXO E IDADE- 1980-2050- REVISÃO 2008**. Rio de Janeiro: Isbn, 2010. 93 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Constituição (2003). Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. 1. Ed.

BRASIL. PORTAL DA SAÚDE. . **ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SUS (PROGRAMA MELHOR EM CASA)**. 2013. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php . Acesso em: 05 nov. 2015.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência. **Coletiva**, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 5, p.179-187, set. 2011.

CARMO, Sara da Silva et al. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 09, n. 02, p.506-517, ago. 2007.

CECILIO, Hellen Pollyanna Mantelo et al. Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. **Acta Paul Enferm.**, Maringá- Pr, v. 28, n. 2, p.113-119, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0113.pdf> . Acesso em: 06 nov. 2015.

COELHO, Ana Débora Alcantara et al. O IDOSO E A ÚLCERA POR PRESSÃO EM SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR. **Rev Rene**, Fortaleza- Ce, v. 3, n. 13, p.639-649, 24 abr. 2012.

COLTRO, Pedro Soler et al. tratamento cirúrgico das feridas complexas: experiência da cirurgia plástica no hospital das clínicas da FMUSP. **Rev Med**. São Paulo, v. 89, n.3/4, p 153-157, jul/dez. 2010.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 311, de 08 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.

DEALEY, Carol. **CUIDANDO DE FERIDAS: UM GUIA PARA AS ENFERMEIRAS**. 3. ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2008. 244 p.

DOMANSKY, Rita de Cássia; BORGES, Eline Lima. **MANUAL PARA PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE: RECOMENDAÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**. Rio de Janeiro: Editora Rubio Ltda, 2012. 270 p.

ELIOPOULOS, C. Mudanças comuns no envelhecimento. **Enfermagem Gerontológica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 5, p. 78-95.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.1065-1069, 22 mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n4/30.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. **TRATADO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda, 2011. 1741 p.

FREITAS, Jaqueline de Paula Chaves; ALBERTI, Luiz Ronaldo. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 6, p.515-521, 27 nov. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt . acesso: 22 out. 2014.

FULFARO, Mariana de Assis et al. CARACTERIZAÇÃO FUNCIONAL DE IDOSOS COM ARTRITE REUMATÓIDE. **Estud. Interdiscipl. Envelhec**, Porto Alegre-Rs, v. 17, n. 2, p.305-319, 21 set. 2012.

GEOVANINI, T.; OLIVEIRA JUNIOR, A. G. **Manual de curativos**. 2. Ed. São Paulo: Corpus, 2014.

GIL, Antonio Carlos. **MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA SOCIAL**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.a, 2008. 216 p.

GONTIJO, Cristina Franco. **Associação da incapacidade funcional e capital social entre idosos residentes na comunidade**. 2014. 50 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: http://www.cpqr.fiocruz.br/texto-completo/D_114.pdf . Acesso em: 04 nov. 2015.

GUEDES, Danielle Viveiros; BARBOSA, Altemir José Gonçalves; MAGALHÃES, Neide Cordeiro de. **Qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo: auto e heterorrelatos**. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v12n1/v12n1a03.pdf> . Acesso em: 05 dez. 2014.

IBGE. **INFORMAÇÕES ESTATÍSTICAS: CENSO DEMOGRÁFICO**. 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250510&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas> Acesso em: 03 dez. 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios, resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 1, p.165-180, 07 abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf> . Acesso em: 04 fev. 2015.

LIMA, Carla Lidiane Jácome de et al. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife- Pe, v. 10, n. 07, p.6024-6034, out. 2013.

LISE, Fernanda; SILVA, Lurdes Chiossi da. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta Scientiarum. Health Science**, Maringá, v. 29, n. 2, p.01-07, 12 mar. 2008. Universidade Estadual de Maringá. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v29i2.1072.

OLIVEIRA, D. G. de. GUERRA, W. L.; DIAS, S. B. Percepção do portador de insuficiência renal crônica acerca da prevenção da doença. *Revista enfermagem integrada*, Ipatinga, v. 3, n. 2, p. 519-532, nov./dez. 2010. Disponível em: . Acesso em: 28 ago. 2012.

OLIVEIRA, Luciane Paula Batista Araújo de; MENEZES, Rejane Maria Paiva de. Representações de Fragilidade para Idosos no Contexto da Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 2, n. 20, p.301-309, jun. 2011.

OLIVEIRA, Simone Helena dos Santos; SOARES, Maria Julia Guimarães Oliveira; ROCHA, Pascalle de Sousa. Uso de cobertura com colágeno e aloe vera no tratamento de ferida isquêmica: estudo de caso. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 2, n. 44, p.346-351, abr. 2010.

Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. [documento online citado em 2008 agosto 17]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistemas-e-servicos-de-saude/>

PAES, Mjoelma Oliveira et al. IMPACTO DO SEDENTARISMO NA INCIDÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS E INCAPACIDADES E NA OCORRÊNCIA DE ÓBITOS ENTRE OS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal- Redalyc**, São Paulo, v. 5, n. 24, p.183-188, 01 ago. 2008. Disponível em:

http://www.researchgate.net/profile/Jair_Licio_Ferreira_Santos/publication/26616692_Impacto_do_sedentarismo_na_incidncia_de_doenas_crnicas_e_incapacidades_e_na_ocorrncia_de_bitos_entre_os_idosos_do_Municpio_de_So_Paulo/links/09e4150be54cd603a1000000.pdf. Acesso em: 04 nov. 2015.

PEREIRA S. R. M; MENDONÇA L. M.C de. Osteoporose e Osteoalácia. In: **FREITAS, EV. Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap 73, pp.839-859, 2011.

PEREIRA, J.C; BARRETO, S. M; PASSOS, V.M. A. O Perfil de Saúde Cardiovascular dos Idosos Brasileiros Precisa Melhorar: Estudo de Base Populacional. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, Belo Horizonte- Mg, v. 1, n. 91, p.01-10, 03 jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n1/a01v91n1.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2015.

PINI, Luna Ribeiro de Queiroz. **Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração**. 2. ed. Portugal: Meds, 2012. 125 p.

PINTO, Eriane Nascimento. **Medidas Preventivas relacionadas à Úlcera por Pressão no Contexto da Segurança do Cliente: revisão integrativa**. 2012. 194 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

PORTO, Celmo Celeno. **SEMILOGIA MÉDICA**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda, 2009. 1308 p.

QUEIROZ, João Weberthon Matos; PEREIRA, Paula Camila Alves de Assis; FIGUEIREDO, Eberval Gadelha. **FRATURAS OSTEOPORÓTICAS DA COLUNA VERTEBRAL**. **Arq**

- Bras Neurocir**, Cajazeiras- Pb, v. 3, n. 33, p.258-265, jun. 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n3/a4936.pdf> . Acesso em: 05 nov. 2015.
- REY, Luís. **PLANEJAR E REDIGIR TRABALHOS CIENTÍFICOS**. 5. ed. São Paulo: Editora Blucher, 2008. 321 p.
- RICHARDSON, Roberto Jarry. **PESQUISA SOCIAL: MÉTODOS E TÉCNICAS**. 3. ed. São Paulo: Atlas S.a, 2008. 334 p.
- ROBORTELLA, Carolina Nogueira et al. **REPRODUTIBILIDADE DE UMA BATERIA DE TESTES DE ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA PARA INDIVÍDUOS IDOSOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL: TESTES PARA IDOSOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL**. Londrina: Artigo Original, 2009. 21 p.
- RODRIGUES, Luíma Macedo. **DESENVOLVIMENTO E ESTUDO DE ESTABILIDADE PRELIMINAR DE EMULSÕES ÓLEO/ÁGUA (O/A) A BASE DE ÓLEOS VEGETAIS PARA PREVENÇÃO E/OU ADJUVANTE NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO**. 2013. 45 f. TCC (Graduação) - Curso de Farmácia, Universidade de Brasília Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2013.
- RODRIGUES, Rômulo Antunes. **A EXPERIÊNCIA DE UM ALUNO DO CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM SOBRE ÚLCERAS DE PRESSÃO**. 2013. 15 f. TCC (Graduação) - Curso de Curso Técnico em Enfermagem, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola Ghc, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – Ifrs, Porto Alegre, 2013.
- ROSA, Cássia Eliane da. **Úlcera de Pressão Cuidados Preventivos e Curativos para Pacientes em Cuidados Paliativos: Uma Revisão Integrativa**. 2009. 39 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- ROSSET, Idiane et al. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, n. 45, p.391-400, out. 2011.
- SANTOS, Cássia Teixeira dos et al. Desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre- Rs, v. 2, n. 36, p.113-121, jul. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n2/pt_1983-1447-rgenf-36-02-00113.pdf . Acesso em: 05 nov. 2015.
- SANTOS, Gerson Souza; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **AValiação DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES IDOSAS NA COMUNIDADE**. **R. Enferm. Cent. O. Min- Recom**, Minas Gerais, v. 2, n. 4, p.1135-1145, maio 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/593/749> . Acesso em: 04 nov. 15.
- SANTOS, Joseane Brandão et al. Avaliação e tratamento de feridas: orientação aos profissionais de enfermagem. Hospital das Clínicas. Porto Alegre- RS, 2009. Disponível em : <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34755/000790228.pdf?sequence=1> . Acesso em : 09 mar. 2015.

SANTOS, Laíz de Sousa. **A IMPORTÂNCIA DA ESCALA DE BRADEN PARA EVITAR ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES DE UMA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO**. 2012. 44 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia, Eunápolis- Ba, 2012.

SANTOS, Pietro Araújo dos; VALENÇA, Tatiane Dias Casimiro; AMORIM, Camila Rego. Avaliação do equilíbrio e o risco de quedas em idosos acometidos por acidente vascular encefálico. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 4, p.67-77, set.

SBH, Sociedade Brasileira de Hipertensão –. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Campos do Jordão- Sp: Arq Bras, 2010. 41 p.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007. 304 p.

SILVA, Roberto Carlos Lyra da et al. **FERIDAS: FUNDAMENTOS E ATUALIZAÇÕES EM ENFERMAGEM**. 3. ed. São Caetano do Sul-sp: Yendis Editora Ltda, 2011. 728 p.

SOUZA, Diba Maria Sebba Tosta de; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p.01-08, 05 jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt . acesso: 10 nov. 2014.

SQUARCINI, Camila Fabiana Rossi et al. A pessoa idosa, sua família e a hipertensão arterial: cuidados num Programa de Treinamento Físico Aeróbio. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p.105-126, jul. 2011.

STUDART, Rita Mônica Borges et al. Tecnologia de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. **Rev Bras Enferm**, Fortaleza- Ce, v. 64, n. 3, p.494-500, 10 fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a13>>. Acesso em: 01 mar. 2016.

SUDRÉ, Mayara Rocha Siqueira et al. Prevalência de dependência em idosos e fatores de risco associados. **Acta Paul Enferm.**, Cuiabá- Mt, v. 6, n. 25, p.947-953, 12 ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a19.pdf> . Acesso em: 05 nov. 2015.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'aquino Oliveira; GUARIENTO, Maria Elena Gumaria Elena Guariento. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciencia e Saúde Coletiva**, Curitiba, v. 15, n. 6, p.2845-2857, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a22v15n6.pdf> . Acesso em: 20 dez. 2015.

ULIANA, Breciana et al. A IMOBILIDADE DO IDOSO NA PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM. In: UNIFRA, 11., 2012, Santa Maria-rs. **JORNADA DE ENFERMAGEM**. Santa Maria-rs: Eventos, 2012. p. 01 - 02. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/Trabalhos/4139.pdf> Acesso em: 11 nov. 2014.

VIANA, Rebeca Ainoã de Souza et al. PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DE CLIENTES COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE E SEUS CUIDADORES. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 23, p.439-445, out. 2013.

WHO, World Health Organization. **A GLOSSARY OF TERMS FOR COMMUNITY HEALTH CARE AND SERVICES FOR OLDER PERSONS**. 5. ed. Suíça: I.h.d, 2004. 111 p. Disponível em: http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf. Acesso em: 29 fev. 2016.

ZAMBONATO, Bruna Pochmann; ASSIS, Michelli Cristina Silva de; BEGHETTO, Mariur Gomes. Associação das sub-escalas de braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p.21-28, 04 fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472013000200003. acesso em: 22 nov.2014.

APÊNDICE A
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
Centro de Educação e Saúde – CES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

ESTUDO: Prevenção de úlcera por pressão proporcionada aos idosos dependentes pela Estratégia Saúde da Família

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: Prevenção de úlcera por pressão proporcionada aos idosos com imobilidade pela Estratégia Saúde da Família; atendendo aos seguintes objetivos: **objetivo geral:** Averiguar as medidas de prevenção para úlceras por pressão proporcionada aos idosos com imobilidade pela Estratégia Saúde da Família de Cuité-PB. **Objetivos específicos:** Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos com imobilidade do município de Cuité-PB; Investigar os fatores de riscos para o desenvolvimento da úlcera por pressão em idosos com imobilidade a partir da Escala de Braden, do município de Cuité-PB; Desvendar as orientações de medidas de prevenção pela Estratégia Saúde da Família aos idosos com imobilidade do município de Cuité-PB; Identificar as ações para minimizar ou eliminar os fatores de risco para UPP. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará nenhum prejuízo.

Eu, _____, RG _____ SSP/_____
nascido(a) em _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “prevenção de úlcera por pressão proporcionada aos idosos dependentes pela estratégia saúde da família”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas e que receberei uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para investigar sobre a prevenção de úlceras por pressão proporcionada aos idosos dependentes pela estratégia saúde da família na cidade de Cuité-PB.
- II) Quanto a possíveis desconfortos e riscos, a pesquisa não oferece riscos consideráveis, pois não utilizará produtos ou substâncias para testes nos sujeitos que aceitarem participar da pesquisa; Minimamente podem apresentar inibição em responder aos questionamentos ou até mesmo desconforto e/ou cansaço físico; e para minimizar estas ocorrências a pesquisadora participante poderá dispor de mais tempo que o sujeito necessitar para refazer-se.
- III) Sobre os benefícios da pesquisa esperados da sua participação, é averiguar as medidas de prevenção para UPP à pessoa idosa pela ESF; além de minimizar os fatores de riscos para úlceras; e Esclarecer sobre a importância da prevenção, sobretudo a promoção da saúde na atenção primária.
- IV) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a nenhum tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário em relação aos questionamentos necessários a realização da pesquisa;
- V) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

- VI) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico;
- VII) Os resultados obtidos durante esta pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VIII) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, no decorrer e ao final desta pesquisa.
- Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- IX) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, responsável por autorizar o estudo.

Cuité/PB, ____ de _____ de 2015.

Diante do exposto, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar:

Participante /Responsável



Valéria Kelly da Silva Santos
Pesquisadora Participante

Profª. Ms. Bernadete de Lourdes André Gouveia
Pesquisadora Responsável

Profª. Ms. Bernadete de Lourdes André Gouveia – MAT./SIAPE 1738276 / COREN 80853 Telefone para contato 3372–1959 e endereço profissional: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cuité. email: bernagouveia@yahoo.com.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) – INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DA PARAIBA (IESP).
FONE: (83): 21063834

APÊNDICE B

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Centro de Educação e Saúde – CES

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Data da entrevista: __/__/__
2. Nome do participante/ iniciais do nome: _____
3. Tempo da entrevista: _____

I DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

a. Sexo: 1 () masculino 2 () feminino

b. Idade: _____

3. Escolaridade/ grau de instrução:

1 () analfabeto 2 () nível fundamental

3 () nível médio 4 () nível superior

4. Cor:

1 () branca 2 () preta 3 () amarela 4 () parda

5. Estado civil:

1 () solteiro 2 () casado 3 () divorciado 4 () viúvo

6. Renda: 1 () não tem 2 () tem

Proveniente de:

1 () aposentadoria 2 () pensão 3 () outros: _____

7. Valor mensal referente ao salário mínimo brasileiro: (788,00)

1 () menos que 1 salário 2 () de 1 a 3 salários 3 () de 3 a 5 salários 4 () mais que 5 salários

II DADOS CLÍNICOS:**1. Doenças de base:**

Doenças osteoarticulares: 1 () sim 2 () não 3 () qual _____

Doenças endócrinas: 1 () sim 2 () não 3 () qual _____

Doença cardiovascular: 1 () sim 2 () não 3 () qual _____

Doença vascular periférica: 1 () sim 2 () não 3 () qual _____

Doença neurológica/ AVE: 1 () sim 2 () não 3 () qual _____

Obesidade ou magreza significativa: 1 () sim 2 () não

2. Condição de dependência

1 () parcial 2 () total

Há quanto tempo: _____

3. Apresenta quais fatores de risco para UPP

1 () imobilidade 2 () mobilidade parcial 3 () pressão prolongada 4 () fricção 5 ()
cisalhamento 6 () queda 7 () incontinência urinária e fecal 8 () umidade 9 ()
capacidade cognitiva prejudicada 1º () Paralisia local 11 () visão prejudicada 12 ()
audição prejudicada 13 () problemas respiratórios

14 () outras: _____

5. Apresenta UPP?

1 () sim 2 () Não

Se sim, quantas UPP: _____

Localização: _____

Categoria: 1 () I 2 () II 3 () III 4 () IV

6. Medidas de prevenção de UPP

- a) Uso de travesseiros, almofadas ou similares: 1 () sim 2 () não 3 () as vezes
- b) Mantém a pele higienizada e seca: 1 () sim 2 () não 3 () as vezes
- c) Uso de fraldas geriátricas: 1 () sim 2 () não 3 () as vezes
- d) Ingestão frequente de líquidos: 1 () sim 2 () não 3 () as vezes
- e) Mantém os lençóis da cama bem esticados: 1 () sim 2 () não 3 () as vezes
- f) Lençóis limpos e livres de resíduos: 1 () sim 2 () não 3 () as vezes

7. Cuidados com a pele:

1 () uso de hidratantes 2 () uso de óleos 3 () uso de pomadas 4 () nenhum produto

Outros: _____

8. Recebe orientações para eliminar os fatores de riscos para UPP

() sim () não () as vezes

Quais? _____

Qual profissional? _____

ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DAS PESQUISADORAS

Por este Termo de Responsabilidade, nós, abaixo assinamos como pesquisadora responsável e pesquisadora colaboradora, respectivamente, responsáveis pela pesquisa intitulada: “PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO PROPORCIONADA AOS IDOSOS COM IMOBILIDADE PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA“, e assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que diz respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, ainda, a nossa responsabilidade indelegável e intransferível a outros, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a pesquisa esperada, respeitando a confidencialidade e sigilo dos pesquisadores ao formulário correspondente a cada sujeito incluído no estudo proposto, por um período de 5 (cinco) anos após o seu término. Apresentaremos sempre que solicitados pelo Comitê de Ética e Pesquisa, ou pela Comissão de Ética em Pesquisa (CONEP), ou ainda as procuradorias envolvidas na presente pesquisa, relatório sobre o andamento da pesquisa comunicando sobre o desenvolvimento da mesma ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos que receber o Projeto e conferi parecer favorável à pesquisa, e qualquer eventual modificação na proposta do citado Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com a garantia de anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o sigilo relativo às propriedades intelectuais dos envolvidos.

Cuité (PB), 10 de março de 2015.

Prof. Ms. Bernadete de Lourdes André Gouveia
Orientadora Responsável da Pesquisa

Valéria Kelly da Silva Santos

Valéria Kelly da Silva Santos
Orientanda Colaboradora da Pesquisa



Universidade Federal
de Campina Grande

Cuité, 10 de março de 2015

DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Declaramos para os devidos fins, que eu, Valéria Kelly da Silva Santos e Bernadete de Lourdes André Gouveia, pesquisadoras responsáveis, encaminharemos os resultados da pesquisa intitulada **“PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO PROPORCIONADA AOS IDOSOS COM IMOBILIDADE PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”** para a Plataforma Brasil, logo após a entrega do Trabalho de Conclusão de Curso, que está previsto para acontecer em agosto de 2015.

Valéria Kelly da Silva Santos

Pesquisadora Colaboradora

Bernadete de Lourdes André Gouveia

Pesquisadora Responsável



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO

O Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande conta com o Programa de Graduação dos Cursos de Saúde, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, a concluinte **VALÉRIA KELLY DA SILVA SANTOS**, Mat. 510220079, está realizando uma pesquisa intitulada: **"PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO PROPORCIONADA AOS IDOSOS COM IMOBILIDADE PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA"**, sob a orientação da professora Mestre Bernadete de Lourdes André Gouveia, Mat./SIAPE 1738276.

Desta forma, declaro que esta Unidade Acadêmica de Enfermagem tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizando sua execução.

Cuité, 10 de março de 2015.

Waleska de Brito Nunes

Waleska de Brito Nunes
Coordenadora da Unidade Acadêmica de Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

Ilma. Srta. Waleska de Brito Nunes
Coordenadora da Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da UFCC, *campus* Cuité.

O Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, vimos informar que a concluinte do Curso, **VALÉRIA KEELY DA SILVA SANTOS**, Mat. 510220079, fará pesquisa intitulada por: **“prevenção de úlcera por pressão proporcionada aos idosos com imobilidade pela estratégia saúde da família”**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos usuários das Unidades Básicas de Saúde do município de Cuité – PB.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida aluna para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da Instituição de Ensino, do Centro e da Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENFE).

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo, utilizados somente para realização do estudo, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 10 de março de 2015.

Valéria Kelly da Silva Santos

Valéria Kelly da Silva Santos
(Orientando - Pesquisador)

Bernadete de Lourdes André Gouveia
(Orientadora - Pesquisadora)

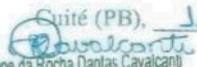
Waleska de Brito Nunes

Waleska de Brito Nunes
Coordenadora da Unidade Acadêmica de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUITÉ
COORDENAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti, Coordenadora do Programa de Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cuité, AUTORIZO o desenvolvimento da pesquisa intitulada: "PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO PROPORCIONADA AOS IDOSOS COM IMOBILIDADE PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", que será realizado nas Unidades de Estratégias Saúde da Família (ESFs), no município de Cuité estado da Paraíba, no período de maio e junho de 2015, com aplicação de um instrumento do tipo questionário com questões abertas e fechadas referente ao tema da pesquisa junto ao público de usuários cadastrados nas ESFs que se responsabilizam por cuidar de idosos. Tendo como pesquisadora responsável Bernadete de Lourdes André Gouveia, docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde (CES) campus Cuité da UFCG e como pesquisadora colaboradora Valéria Kelly da Silva Santos, discente concluinte do Curso de Bacharelado em Enfermagem.

Cuité (PB), 11 de Março de 2015.

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti
Coordenadora da ESF
COREN 354337 - PB

Dra. Joseane da Rocha Dantas Cavalcante
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Cuité - PB

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
SUPERIOR DA PARAÍBA - IESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO PROPORCIONADA AOS IDOSOS ACAMADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Bernadete de Lourdes André Gouveia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44795015.8.0000.5184

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.066.495

Data da Relatoria: 12/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de campo com a finalidade de descrever e quantificar que será realizada nas Estratégias Saúde da Família (ESF), situadas na zona urbana do município de Cuité-PB, localizado na microrregião do Curimataú Paraibano. A amostra será composta por uma representação significativa de usuários idosos das ESF, que tenham, ou que apresentem risco para desenvolver úlcera por pressão (UPP), que estejam na condição de acamado, restrição ao leito ou cadeirante. Os dados serão coletados mediante a aplicação de formulário contendo indagações a cerca das condições sócio-demográficas. Os participantes assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme resolução 466 de 2012 do CNS/MS. Os dados coletados e os resultados obtidos serão analisados e representados através de figuras e/ou gráficos, agrupados e distribuídos conforme frequência e percentuais.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar as medidas de prevenção para úlceras por pressão proporcionada aos idosos acamados pela Estratégia Saúde da Família de Cuité.

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos acamados do município de Cuité;- Investigar os fatores de riscos para o desenvolvimento da úlcera por pressão em idosos acamados a partir da escala de Braden, do município de Cuité;

Endereço: BR 230 - Estrada de Cabedelo Km14

Bairro: Cabedelo

CEP: 58.310-000

UF: PB

Município: CABELO

Telefone: (83)2106-3800

E-mail: coordenfermagem@iesp.edu.br

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
SUPERIOR DA PARAÍBA - IESP



Continuação do Parecer: 1.066.495

Desvendar as orientações de medidas de prevenção pela Estratégia Saúde da Família aos idosos acamados do município de Cuité.

Identificar as ações para minimizar ou eliminar os fatores de risco para UPP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa está em conformidade com a resolução 466 de 2012 do CNS/MS e não apresenta risco considerável a natureza física, psicológica ou moral do pesquisado, apenas deve resguarda os princípios bioéticos fundamentais. Os benefícios se configuram na possibilidade de aperfeiçoamento na intervenção de enfermagem ao portado de úlcera por pressão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta um adequado desenho do processo de investigação e observa os preceitos éticos no envolvimento de seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos foram apresentados: folha de rosto, projeto detalhado, termo de autorização da instituição proponente, carta de anuência da instituição de pesquisa, instrumento de coleta de dados e termo de consentimento livre e esclarecido. Todos os documentos apresentados estão adequados a pesquisa proposta e em conformidade com a resolução 466 de 2012 do CNS/MS.

Recomendações:

Modificações na quantidade dos participantes da pesquisa ou quaisquer outras alterações devem ser informadas ao comitê de ética para devidas orientações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa não apresenta quaisquer inadequações ou pendências, estando de acordo com a resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-IESP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. O projeto está devidamente instruído e não apresenta pendências ou inadequações.

Endereço: BR 230 - Estrada de Cabedelo Km14

Bairro: Cabedelo

CEP: 58.310-000

UF: PB

Município: CABEDELLO

Telefone: (83)2106-3800

E-mail: coordenfermagem@iesp.edu.br

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
SUPERIOR DA PARAÍBA - IESP



Continuação do Parecer: 1.066.495

CABEDELÔ, 18 de Maio de 2015

Assinado por:
Lindoal Luiz de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: BR 230 - Estrada de Cabedelo Km14
Bairro: Cabedelo
UF: PB Município: CABEDELÔ
Telefone: (83)2106-3800

CEP: 58.310-000

E-mail: coordenfemagem@iesp.edu.br