

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Carolina Leite Ossege

**PRÁTICAS DE CUIDADO DOMICILIAR DE FERIDAS CRÔNICAS REALIZADAS  
POR IDOSOS E SEUS CUIDADORES**

BRASÍLIA - DF

2015

Carolina Leite Ossege

**PRÁTICAS DE CUIDADO DOMICILIAR DE FERIDAS CRÔNICAS REALIZADAS  
POR IDOSOS E SEUS CUIDADORES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréa Mathes Faustino

BRASÍLIA - DF

2015

Carolina Leite Ossege

**PRÁTICAS DE CUIDADO DOMICILIAR DE FERIDAS CRÔNICAS REALIZADAS  
POR IDOSOS E SEUS CUIDADORES**

Brasília, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréa Mathes Faustino**

Faculdade de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem  
Universidade de Brasília - UnB  
Orientadora - Presidente da Banca

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Keila Cristianne Trindade da Cruz**

Faculdade de Ciências da Saúde / Departamento de Enfermagem  
Universidade de Brasília - UnB  
Membro Efetivo da Banca

---

**Prof.<sup>a</sup> Ms. Carla Targino Bruno dos Santos**

Faculdade de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem  
Universidade de Brasília - UnB  
Membro Efetivo da Banca

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leides Barroso Azevedo Moura**

Faculdade de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem  
Universidade de Brasília - UnB  
Membro Suplente da Banca

## APRESENTAÇÃO EM FORMATO DE ARTIGO

### PRÁTICAS DE CUIDADO DOMICILIAR DE FERIDAS CRÔNICAS REALIZADAS POR IDOSOS E SEUS CUIDADORES

**RESUMO:** As lesões de pele em idosos são corriqueiramente caracterizadas como feridas não cicatrizáveis, devido à sua cronicidade. De maneira diretamente relacionada aos cuidados com essas feridas, a dependência e a diminuição da capacidade funcional podem trazer a redução de práticas de cuidado, as quais estão relacionados ao envelhecer saudável e constituem uma promissora alternativa para cuidados em domicílio. Assim, o objetivo deste trabalho consistiu em identificar as práticas de cuidado domiciliar de feridas desempenhadas por idosos e seus cuidadores. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso descritivo, realizado na Clínica Médica do Hospital Universitário de Brasília (HUB), com 10 idosos e seus cuidadores. A idade dos idosos variou entre 60 e 81 anos, sendo a maioria do sexo masculino, casada, com ensino fundamental completo ou incompleto, com cuidador familiar, internada pela especialidade de oncologia, independente para Atividades de Vida Diária e dependente parcialmente para Atividades Instrumentais de Vida Diária. Foram fornecidas orientações para o cuidado com as lesões para 6 pacientes, sendo o enfermeiro o profissional responsável em 5 casos. Quanto às etapas do cuidado com a lesão, realizado pelo próprio idoso e/ou pelo cuidador, observou-se que nenhuma das etapas é realizada adequadamente para todos os idosos entrevistados, sugerindo um despreparo para lidar com a situação adversa. A disponibilidade de recursos materiais é, também, fundamental para a continuidade do cuidado, uma vez que pode comprometer a adesão ao tratamento. Nesse contexto, a equipe multiprofissional e o enfermeiro assumem um papel primordial na educação em saúde.

**Palavras-chave:** Ferimentos e lesões, assistência a idosos, autocuidado, cuidados de enfermagem.

## **PRACTICES OF CHRONIC WOUNDS HOME CARE PERFORMED BY SENIORS AND THEIR CAREGIVERS**

**ABSTRACT:** Skin lesions in the elderly are often characterized as non-healing wounds, due to its chronicity. Therefore, dependence and reduced functional capacity are directly related to wound care and can cause the reduction of care practices, which is connected to healthy aging and constitute a promising option for home care. The objective of this study was to identify practices of chronic wounds home care performed by seniors and their caregivers. The qualitative method of the case series type was used and this study was performed at the Medical Clinic of the University Hospital of Brasilia, with 10 seniors and their caregivers. The age range was from 60 to 81 years; most seniors were male, married, with complete or incomplete primary education, family caregiver, admitted by the oncology, independent for Activities of Daily Living and partially dependent for Instrumental Activities of Daily Living. Only 6 patients were instructed for wound home care, nurses were responsible in 5 cases. On the other hand, for the wound home care steps, performed by the elderly and/or their caregiver, it was observed that none of them was performed properly, suggesting a lack of knowledge to deal with the adverse situation. The availability of material resources is also critical to the continuity of care, since it can undermine treatment adherence. In this context, health professionals and nurses play an essential role in health education.

**Keywords:** Wounds and injuries, old age assistance, self care, nursing care.

## INTRODUÇÃO

As lesões de pele que acometem os idosos são corriqueiramente caracterizadas como *non-healing wounds* (feridas não cicatrizáveis), devido à sua cronicidade e por se tratarem de feridas com as quais se convive, na maioria das vezes, pelo restante da vida. De uma maneira geral, elas podem ser definidas como qualquer lesão que leve à solução de continuidade da pele, de longa duração ou de recorrência frequente, com etiologias subjacentes que retardam o processo de cicatrização e que dependem de uma série de fatores e de peculiaridades, como idade, situações específicas e estados orgânicos (JAUL, 2009; DEALEY, 2008; MAGALHÃES, 2008; LEAL, 2010).

De maneira diretamente relacionada aos cuidados indispensáveis para o tratamento de feridas crônicas, a dependência e a diminuição da capacidade funcional podem trazer a diminuição de atitudes de cuidado, assim como a autonomia pode constituir um fator contribuinte para a qualidade de vida do idoso. Além disso, a idade é um fator comprovadamente associado à perda de capacidade funcional, tendo em vista que seu avanço é acompanhado de perda de funções no organismo, o que acarreta em fragilidade e dependência (TORRES, 2010).

Nesse sentido, faz-se necessário ressaltar o cuidado e o autocuidado, os quais podem ser entendidos como atividades humanas primordiais, que se constituem em um fenômeno complexo e abstrato, e que estão intimamente relacionados ao envelhecer saudável, à autonomia e ao cuidar-se como um recurso, constituindo uma promissora alternativa para cuidados em domicílio, com diminuição de complicações e, inclusive, com a possibilidade de cura das lesões (OSAKI, 2010; HECKE et al, 2011; SILVA, A.C.S e SANTOS, I. dos, 2010; CHEN et al, 2012).

No contexto do cuidado gerontológico, à medida que se envelhece e ocorrem progressivas alterações funcionais e naturais, a autonomia para diversas atividades apresenta-se restrita, de modo que o autocuidado passa a adquirir outras dimensões. Dessa maneira, faz-se necessário compreender suas particularidades e orientar o cuidado de maneira individualizada, uma vez que o processo de envelhecimento é individual e heterogêneo quanto às características biopsicossociais (OSAKI, 2010; FONSECA et al, 2012).

Nesse sentido, é relevante a preocupação com os cuidados domiciliares dispensados a pacientes dependentes e semidependentes, uma realidade que vem sendo abordada cada vez mais frequentemente. Há uma série de fatores, como o elevado custo de internações e a privação da convivência familiar, que impulsionam o desenvolvimento de possibilidades adaptativas para a manutenção do idoso em seu domicílio (COUTO, 2010). Para esse tipo de

abordagem, interessam todas as alterações que decorrem do envelhecimento, de modo a contribuir para um cuidado sistematizado e independente do local onde venha a se concretizar a assistência, uma vez que a meta do cuidado gerontológico consiste na manutenção do idoso em seu próprio meio, sempre que possível (SAAR E LIMA, 2007; LEAL, 2010).

Conforme o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde (2012), o cuidado domiciliar de feridas constitui um dos procedimentos mais comuns na Atenção Domiciliar (AD), configurando com procedimentos muitas vezes primordiais no cuidado dos pacientes.

Em estudo realizado por Aitken et al (2010), identificou-se, após a admissão de idosos em unidades de pronto atendimento, os seguintes indicadores preditivos de risco de morte: idade avançada, alto escore de gravidade da lesão, feridas causadas por quedas e presença de duas ou mais lesões por paciente idoso. Portanto, pacientes idosos concentram características que se constituem em riscos ao longo do período de hospitalização.

Não obstante, o raciocínio clínico e as intervenções de enfermagem, ambos adequados às necessidades identificadas, contribuem para a atuação segura, o aumento de habilidades dos pacientes e/ou de seus cuidadores, o que é proeminente para uma maior qualidade de vida e diminuição do tempo de cicatrização. Deste modo, essas intervenções incluem o seguimento e o reconhecimento da importância das orientações quanto aos cuidados realizados (CAVALCANTE et al, 2010; CHEN, et al, 2012; HECKE et al, 2011).

A avaliação da dependência e da capacidade funcional do idoso pode ser útil quanto ao cuidado domiciliar de feridas crônicas em idosos. Para tanto, podem ser utilizados instrumentos que consistem em determinar o grau e a extensão da incapacidade, com o intuito de guiar a tomada de decisões, sempre visando ao bem-estar de quem envelhece (TORRES, 2010). Para o presente estudo, foi utilizada a avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): o *Katz Index* (Índice de Independência de Katz) - referindo-se a seis categorias: banho, vestuário, higiene, transferências, continência e alimentação - e a Escala de Lawton - que avalia a capacidade de utilizar o telefone, fazer compras, preparar refeições, realizar tarefas domésticas, utilizar transportes, tomar remédios e cuidar das finanças -, respectivamente, ambos validados para o Brasil. O resultado é expresso por meio de independência, dependência parcial ou moderada ou dependência completa ou total (NERI, 2010).

Sendo assim, o objetivo deste trabalho consistiu em identificar as práticas de autocuidado e cuidado domiciliar de feridas desempenhadas por idosos e seus cuidadores, a partir de variáveis sociodemográficas, clínicas, gerontogerátricas e de autocuidado.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso descritivo. Os estudos de caso são investigações detalhadas de uma única entidade ou de um pequeno número de entidades, sendo que entidade pode ser um indivíduo, família, instituição ou comunidade, sendo que neste tipo de método os pesquisadores obtêm uma riqueza de informações descritivas e podem examinar relações entre fenômenos diferentes ou tendências ao longo do tempo (POLIT, BECK; 2011).

O estudo foi realizado na Clínica Médica do Hospital Universitário de Brasília (HUB), após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da respectiva instituição, sob o parecer nº 1.004.651/2015 (ANEXO 01).

A população desse estudo consistiu em idosos e cuidadores que concederam anuência por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo a amostra composta por idosos internados na unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário de Brasília durante o período da coleta de dados, de abril a outubro de 2015, ou seja, foi uma amostra de conveniência.

Foram seguidos os seguintes critérios de inclusão para os idosos: ter 60 anos ou mais, possuir pelo menos uma lesão crônica nos últimos três meses, ser de ambos os sexos e não possuir o diagnóstico de demência. Para os cuidadores, os critérios foram: ter mais de 18 anos e ser o cuidador que realiza os cuidados diretos com a ferida do idoso.

A coleta de dados foi realizada em um única etapa, a partir de um instrumento elaborado pelas pesquisadoras, por meio do qual foram coletados dados subjetivos (sociodemográficos, clínicos e de cuidado das lesões) e objetivos (dados do prontuário) (APÊNDICE 01). Os dados gerontogeríatricos envolveram a aplicação de escalas já validadas na literatura, a saber: *Index of Activity Daily Living* (Índex de Atividades Básicas de Vida Diária - ABVD) de Katz (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007); e a Escala de Lawton (LAWTON e BRODY, 1969; FREITAS e MIRANDA, 2006), para avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

Para a coleta de dados os idosos eram abordados em relação às questões do autocuidado com a ferida crônica e em casos positivos, nos quais o mesmo realizava, ele era o entrevistado; em casos negativos, em que havia a presença da figura do cuidador na função do cuidado com a ferida, este era o entrevistado.

A análise dos dados, quantitativa, foi realizada por meio de distribuição e frequência absoluta e percentual, com a elaboração de tabelas, em uma planilha eletrônica construída utilizando o programa *Excel* da suíte *Microsoft*.

## RESULTADOS

Devido a aspectos organizacionais e à alteração do perfil dos pacientes idosos atendidos no serviço, influenciada pelo mecanismo de demanda do hospital, foram encontradas dificuldades na identificação dos idosos que correspondiam aos critérios de inclusão. Por esse motivo, em 47 visitas à unidade, segundo a rotina de admissão, foram incluídos 10 casos.

Dos 10 casos incluídos no estudo, 9 foram coletados diretamente com os idosos, sendo 6 desses com a presença do cuidador, e 1 caso diretamente com o cuidador, que era a pessoa responsável pelos cuidados específicos com a ferida crônica.

Observou-se que no serviço da Clínica Médica do HUB a média de idade dos idosos com feridas crônicas foi de  $70,7 \pm 10,6$  anos, com a idade variando entre 60 e 81 anos. Dos 10 idosos que contabilizaram o estudo, a maioria foi do sexo masculino (60%), casados (60%), com ensino fundamental completo ou incompleto (50%), aposentados (80%), com cuidador familiar (80%), sendo que, dos que possuíam cuidador, 75% eram representados pelos filhos desses idosos (Tabela 1).

**Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas dos idosos com feridas crônicas da Unidade de Clínica Médica, HUB. Brasília, 2015.**

Variáveis	n	%	Média $\pm$ Desvio Padrão
<b>Idade (62 a 93 anos)</b>	10	100	70,7 $\pm$ 10,6 anos
<b>Sexo</b>			
Masculino	6	60	
Feminino	4	40	
<b>Situação conjugal</b>			
Casado/companheiro	6	60	
Viúvo	2	20	
Divorciado/separado	1	10	
Solteiro	1	10	
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	1	10	
Ensino fundamental	5	50	
Ensino médio	4	40	
Ensino superior	0	0	
<b>Ocupação</b>			
Aposentado	8	80	
Autônomo	2	20	
<b>Procedência</b>			
Distrito Federal	6	60	
Goiás	3	30	
Minas Gerais	1	10	

<b>Naturalidade</b>		
Goiás	2	20
Minas Gerais	4	40
Outros	4	40
<b>Cuidador</b>		
Com cuidador familiar	8	80
Filhos	6	60
Esposa/Companheira	2	20
Sem cuidador	2	20
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Conforme se observa na Tabela 2, quanto às variáveis clínicas, verificou-se que a maioria dos idosos esteve internada pela especialidade de oncologia (40%), seguida da especialidade de pneumologia (20%). Além disso, 30% referiram terem realizado como tratamentos para as lesões crônicas antibioticoterapia, e outros 30% quimioterapia e radioterapia (feridas tumorais).

**Tabela 2 - Distribuição das características clínicas dos idosos com feridas crônicas da Unidade de Clínica Médica, HUB. Brasília, 2015.**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Especialidade de internação</b>		
Oncologia	4	40
Pneumologia	2	20
Reumatologia	1	10
Cardiologia	1	10
Dermatologia	1	10
Doenças Infecção parasitárias	1	10
<b>Tratamentos já realizados para as lesões</b>		
Quimioterapia e radioterapia	3	30
Antibioticoterapia	3	30
Quimioterapia, radioterapia, antibioticoterapia e cirurgia	2	20
Quimioterapia, antibioticoterapia e acompanhamento em Centro de Saúde	1	10
Nenhum tratamento	1	10
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Durante as abordagens, 40% dos pacientes relataram não terem recebido orientações acerca do cuidado com as lesões. Dos que afirmaram terem recebido orientações (60%), o enfermeiro foi o profissional responsável pela maioria dos casos (83%) (Tabela 3).

**Tabela 3 - Distribuição acerca das orientações recebidas ou não pelos idosos e cuidadores. Clínica Médica, HUB. Brasília, 2015.**

<b>Orientações acerca do cuidado com as lesões</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não recebeu	4	40
Recebeu	6	60
Enfermeiro	5	50
Médico	1	10
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Para a avaliação gerontogeriátrica, observou-se que 9 idosos (90%) apresentaram independência para as ABVD, enquanto 4 (40%) apresentaram independência para AIVD e 5 (50%) dependência parcial para AIVD (Tabela 4).

**Tabela 4 - Distribuição das características da avaliação funcional dos idosos com feridas crônicas da Unidade de Clínica Médica, HUB. Brasília, 2015.**

<b>Atividades Básicas de Vida Diária</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Independência	9	90
Dependência parcial	0	0
Dependência total	1	10
<b>Atividades Instrumentais de Vida Diária</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Independência	4	40
Dependência parcial	5	50
Dependência total	1	10
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Quanto às etapas do cuidado, realizado pelo próprio idoso e/ou pelo cuidador, em relação à lesão crônica, observou-se que nenhuma das etapas é realizada adequadamente para todos os idosos entrevistados (Quadro 1).

Os itens que são realizados adequadamente pela maioria são: preparar e organizar o ambiente; planejar os materiais que serão usados e trazê-los para perto; dispensar o lixo em local adequado após o procedimento e lavar as mãos novamente (90%).

Além disso, percebe-se que os itens com maior frequência de realização inadequada foram: retirar o curativo antigo evitando o contato com secreções (30%); limpar as mãos após a retirada do curativo anterior (20%); posicionar-se evitando que com a limpeza escorra líquido da pele para a lesão, evitando contaminação (20%).

Já para os itens não realizados, obteve-se: abrir a cobertura ou material a ser utilizado, realizando a mensuração de seu tamanho caso seja necessário, evitando o contato com as mãos ou com utensílios domésticos (40%); e guardar o restante do produto utilizado de maneira adequada (30%).

Os itens cuja descrição consiste em não se aplica se referem aos cuidados que não são possíveis de serem realizados, a depender do tipo de lesão (a exemplo de alergias em grandes extensões da pele).

**Quadro 1 - Descrição das etapas do cuidado realizado, pelo próprio idoso ou pelo cuidador familiar, com distribuição do que realizam ou não nos cuidados com as lesões. Clínica Médica, HUB. Brasília, 2015.**

<b>Etapas do cuidado</b>	<b>Realiza adequadamente (n/%)</b>	<b>Realiza inadequadamente (n/%)</b>	<b>Não realiza (n/%)</b>	<b>Não se aplica (n/%)</b>
<b>1. Limpa as mãos antes do procedimento</b>	8 (80)	1 (10)	1 (10)	0 (0)
<b>2. Prepara e organiza o ambiente</b>	9 (90)	0 (0)	1 (10)	0 (0)
<b>3. Planeja os materiais que serão usados e os traz para perto</b>	9 (90)	0 (0)	1 (10)	0 (0)
<b>4. Retira o curativo antigo, evitando o contato com secreções</b>	6 (60)	3 (30)	1 (10)	0 (0)
<b>5. Dispensa o lixo em local separado</b>	8 (80)	1 (10)	1 (10)	0 (0)
<b>6. Limpa as mãos novamente</b>	7 (70)	2 (20)	1 (10)	0 (0)
<b>7. Posiciona-se evitando que com a limpeza escorra líquido da pele para a lesão, evitando contaminação</b>	6 (60)	2 (20)	1 (10)	1 (10)
<b>8. Limpa a perilesão, se possível, com gazes umedecidas e solução fisiológica</b>	7 (70)	1 (10)	1 (10)	1 (10)
<b>9. Realiza a limpeza da lesão com solução fisiológica, evitando esfregar agressivamente a pele</b>	8 (80)	0 (0)	1 (10)	1 (10)
<b>10. Abre a cobertura ou material a ser utilizado, realizando a mensuração de seu tamanho caso seja necessário, evitando o contato com as mãos ou com utensílios domésticos</b>	4 (40)	0 (0)	4 (40)	2 (20)
<b>11. Aplica o produto a ser utilizado com o auxílio de gaze ou espátula, evitando utilizar as mãos</b>	7 (70)	0 (0)	2 (20)	1 (10)
<b>12. Fecha o curativo com gazes e atadura, ou gazes e micropore/fita adesiva</b>	8 (80)	0 (0)	1 (10)	1 (1)
<b>13. Guarda o restante do produto de maneira adequada</b>	6 (60)	0 (0)	3 (30)	1 (10)
<b>14. Dispensa o lixo em local adequado</b>	9 (90)	0 (0)	1 (10)	0 (0)
<b>15. Limpa as mãos novamente</b>	9 (90)	0 (0)	0 (0)	1 (0)

A seguir, apresenta-se uma descrição dos aspectos particulares a cada caso.

**Caso 1**

Paciente de 63 anos, sexo masculino, internado devido à piora prognóstica de câncer em laringe, tendo passado por procedimento de traqueostomia há alguns meses (não soube informar o tempo desde a realização), tendo assim uma estomia definitiva. Referiu ter recebido orientações verbais quanto aos cuidados com a traqueostomia por enfermeiros e médicos. Não apresentou complicações, nem recidivas de lesões. O cuidador familiar, sua filha, referiu que o idoso realiza o autocuidado com ajuda, no ambiente de seu domicílio e preferencialmente no banheiro da casa. É independente para ABVD e AIVD. Como recursos necessários para o cuidado, utilizou no último mês sabão neutro, escova para limpeza de cânula de traqueostomia, gazes, luvas de procedimento e máscara cirúrgica. Relatou não ter dificuldades no autocuidado, desde que receba auxílio.

**Caso 2**

Paciente de 63 anos, sexo masculino, internado devido a quadro de dor abdominal, aguardando cirurgia para a retirada de tumores identificados em região abdominal. Referiu diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e pé diabético. Afirmou realizar tratamento dessas feridas em Centro de Saúde, tendo recebido orientações quanto ao cuidado pela Enfermeira. Não apresentou complicações, porém teve recidivas de lesões no pé devido à falta de cuidados preventivos. Não possui cuidador. É independente para ABVD e AIVD. Relatou realizar o autocuidado em domicílio, sem ajuda, preferencialmente no quarto, no período da tarde. Como recursos necessários, relatou ter utilizado gazes, solução fisiológica e óleo mineral; porém no último mês não realizou curativo. Referiu sentir dificuldade para andar, devido às lesões em ambos os calcâneos: "É difícil para andar, mesmo agora que não tem mais ferida aberta."

**Caso 3**

Paciente de 64 anos, sexo masculino, internado devido à quadro de DPOC. Relatou ter iniciado tratamento para câncer de cabeça e pescoço há seis anos, tendo passado por cirurgias em região periorbital. Atualmente realiza sessões de quimioterapia. A lesão ocular teve início, segundo relato, há cerca de quatro meses, com complicações pós-cirúrgicas (comprometimento da visão e infecção local). Relatou não ter recebido orientações quanto ao cuidado com a ferida, de forma que procurou aprender por conta própria. Não possui cuidador. É independente para ABVD e dependente parcialmente para AIVD. Referiu realizar o autocuidado domiciliar, sem ajuda, preferencialmente no banheiro da casa, pela manhã e à

tarde. Como recursos necessários, referiu ter utilizado, no último mês, solução fisiológica, gazes, micropore, alginato de cálcio e espuma de poliuretano. Quanto às dificuldades que sentiu, relatou que a dificuldade em enxergar dificulta o procedimento, porém o fato de ter a lesão em apenas um dos olhos permite que realize o autocuidado: "O curativo não fica a mesma coisa do posto ou do hospital".

#### **Caso 4**

Paciente de 62 anos, sexo masculino, internado devido à tumores em parênquima renal. Apresentou lesões em membros superiores e inferiores, que surgiram repentinamente, há um mês. Segundo relato, as lesões iniciaram com um eritema, evoluindo para a perda de integridade da pele, com exsudação moderada e de aspecto purulento. Relatou não ter buscado tratamento, a não ser quando foi internado. Como complicações, apresentou edema de membros superiores e inferiores, eritema e relatou sensação de ardor na pele. Afirmou não realizar o autocuidado das lesões, sendo o filho o principal cuidador familiar. É independente para ABVD e AIVD. Devido às internações recorrentes, o ambiente da troca de curativo é o hospitalar, de modo que o cuidado é realizado pelo filho. Como recursos necessários para o cuidado, utilizou no último mês luvas de procedimento, gazes e óleo mineral. Segundo o relato do filho: " Quando chegamos aqui, os enfermeiros perguntaram qual era a causa da ferida. Não sabemos. Estamos aqui por isso e ficamos preocupados." Quanto às dificuldades para o cuidado, o idoso relatou: "Sinto arder e queimar as pernas e os braços, principalmente de noite."

#### **Caso 5**

Paciente de 67 anos, sexo masculino, internado devido à plaquetopenia e transplante de coração. Relatou ter feridas por todo o corpo, principalmente em membros superiores, inferiores e tórax, há oito anos, de causa circulatória. Segundo seu relato, a piora das lesões ocorre com o fator emocional e o estresse que vivencia em decorrência do adoecimento, de forma que as lesões possuem recidiva recorrente. Afirmou ter recebido orientações quanto ao cuidado pelo médico. É independente para ABVD e dependente parcialmente para AIVD. Realiza o autocuidado domiciliar, com ajuda de sua esposa, que é a principal cuidadora familiar, preferencialmente no quarto e no banheiro da casa. Declarou realizar trocas frequentes, devido à exsudação da ferida, tendo utilizado como recursos materiais no último mês solução fisiológica, gazes, digluconato de clorexidina e creme para hidratação se necessário. Segundo sua esposa, "A gente faz o que pode... Ele não reclama de nada não. A

gente pega o soro no posto e o merthiolate<sup>®</sup> a gente compra, acaba sendo muito gasto, mas é necessário."

### **Caso 6**

Paciente de 81 anos, sexo masculino, internado devido à penfigoide bolhoso. Apresentou lesões bolhosas em membros superiores e inferiores, exceto no rosto, há cerca de oito meses. Referiu sentir dor e prurido, com aumento das lesões desde então. Relatou não ter recebido orientações quanto ao cuidado. É independente para ABVD e dependente parcialmente para AIVD. Possui cuidador familiar, representado pela filha. Afirmou realizar autocuidado domiciliar, de forma que não realiza curativo - apenas lava a região com água e sabão e utiliza os medicamentos tópicos indicados pelo médico. Segundo seu relato, sente-se chateado com as necessidades de cuidado: "Chateado todo mundo fica... mas tento continuar do mesmo jeito que antes."

### **Caso 7**

Paciente de 60 anos, sexo masculino, internado devido a câncer espinocelular em órbita com invasão de osso nasal diagnosticado há dezoito anos. Relata ter apresentado quadro de miíase em lesão ocular, sangramento e exsudação de odor forte, tendo recorrência de infecção da ferida. Referiu não ter recebido orientações quanto ao cuidado. Afirmou realizar o autocuidado domiciliar, com ajuda de sua companheira, que é a principal cuidadora. É independente para ABVD e AIVD. Relatou realizar a troca do curativo preferencialmente no quarto ou no banheiro do domicílio, pela manhã e à tarde, tendo utilizado no último mês como recursos materiais solução fisiológica, gazes, micropore, colagenase e óleo mineral. Quanto às dificuldades do cuidado, sua companheira relatou preocupação com as infecções e com a dificuldade de conseguir material no Centro de Saúde, tendo em vista o alto custo financeiro. Relatou: "Principalmente o emocional (é uma dificuldade)... olhar a saúde que ele tinha e hoje ele no leito."

### **Caso 8**

Paciente de 93 anos, sexo feminino, internada devido à infecção pós-operatória de lesão oncológica na região do rosto. Possui como principal cuidadora familiar a filha, que relatou ter sido diagnosticado o câncer de pele há dois anos, com acometimento dos olhos, realização de biópsia e cirurgia para excisão do tumor há oito dias. Possui histórico de dois acidentes vasculares encefálicos, diabetes mellitus tipo 2 e angina. Ao ser diagnosticado o

câncer de pele, surgiram lesões eritematosas, com descamação e perda da integridade da pele, especialmente na região do rosto e dos membros superiores, com duas recidivas desde o início do tratamento cirúrgico. Afirmou ter recebido orientações quanto ao cuidado pela enfermeira do Centro de Saúde. É dependente para ABVD e AIVD. Não realiza o autocuidado domiciliar, porém a filha realiza os cuidados com as lesões no domicílio, preferencialmente no quarto, no período da manhã. Como recursos necessários ao cuidado, referiu ter utilizado no último mês solução fisiológica, gazes, antibiótico tópico e micropore. A filha relatou como principal dificuldade a necessidade de sempre ter alguém por perto, afirmou: "quando eu chego lá, dependendo de quem fica, o curativo já foi feito, outros dias não...".

### **Caso 9**

Paciente de 83 anos, sexo feminino, internada devido à miíase em região nasal com infecção secundária e suspeita de mal de Hansen e Leishmaniose. Relatou possuir lesões em polpas digitais de ambas as mãos, devido à queimadura por acidente doméstico, pé diabético (amputados os artemhos do pé esquerdo) e lesão em região nasal. Segundo relato, é a segunda vez que ocorre miíase, tendo sido uma complicação recorrente o sangramento da lesão nasal. Referiu ter recebido orientações quanto ao cuidado pela enfermeira do Centro de Saúde. É independente para ABVD e dependente parcialmente para AIVD. Relatou não realizar o autocuidado, porém sua filha, a principal cuidadora familiar, realiza o cuidado domiciliar das lesões. O ambiente preferencial para o cuidado é o quarto, tendo sido utilizados no último mês como recursos materiais solução fisiológica, gazes, colagenase, óleo mineral e micropore. Quanto às dificuldades no cuidado, a filha apresentou um discurso distanciado e relatou não ter dificuldade alguma.

### **Caso 10**

Paciente de 71 anos, internada devido à intercorrência em sessão de quimioterapia. Foi diagnosticada com câncer de mama há seis meses, quando surgiram nódulos no quadrante inferior externo da mama esquerda. Refere sentir fraqueza e inapetência com as sessões de quimioterapia, tendo a equipe de saúde a orientado quanto à espera pela cirurgia. Como complicações da lesão, referiu sangramento, exsudação purulenta e aumento da lesão na mama esquerda. Relata ter recebido orientações quanto ao curativo pela enfermeira do centro oncológico no qual realiza acompanhamento. É independente para ABVD e dependente parcialmente para AIVD. Realiza o autocuidado domiciliar da ferida com ajuda de sua filha, que é a cuidadora familiar, preferencialmente no quarto, no período da manhã. Como recursos

materiais para o cuidado, utilizou no último mês solução fisiológica, gases, micropore e coberturas com espuma. Negou dificuldades na realização desse cuidado e não quis abordar esse assunto.

## **DISCUSSÃO**

A faixa de idade, entre 60 e 81 anos, é semelhante às encontradas em estudos realizados com idosos com perfil de fragilidade e dependência, o que se relaciona à estrutura etária da sociedade atual e é verificada ao encontrarmos idosos mais velhos, centenários, fato que pode contribuir para o agravamento de doenças crônicas e internações hospitalares frequentes (STORTI et al, 2013).

Neste estudo houve predomínio de idosos do sexo masculino (60%), o que condiz com o estudo de Storti et al (2013), porém diverge de pesquisas quanto à composição demográfica brasileira, as quais apontam predomínio de mulheres idosas, na proporção de três idosos para cada quatro idosas (IBGE, 2010). O predomínio de homens neste estudo pode ser explicado pelo fato de que os idosos do sexo masculino, os quais apresentam expectativa de vida menor em comparação às mulheres para a mesma faixa etária (IBGE, 2010), estão mais sujeitos à internação hospitalar, por cuidarem menos de sua saúde, considerando as diferenças nos estilos de vida quanto ao consumo de álcool e a menor procura por serviços de saúde (STORTI et al, 2013; IBGE, 2010).

Quanto à situação conjugal, os dados são semelhantes à média nacional, com 60% dos idosos declarando-se casados (IBGE, 2010). Além disso, obteve-se neste estudo prevalência de 50% de idosos que declararam ter o ensino fundamental completo ou incompleto, o que corrobora com o dado de baixo nível de escolaridade entre os idosos no país, demonstrado em estudos anteriores (IBGE, 2010; LIMA, 2013). Dessa forma, a escolaridade pode ser determinante para maiores riscos de saúde e declínio da capacidade funcional, o que afeta as atividades de vida diária (LIMA, 2013).

Já em relação à presença de cuidador familiar, não houve uma relação direta, para todos os idosos, entre dependência em pelo menos uma das escalas gerontogeriatricas e ter um cuidador. Todavia, faz-se necessário considerar que a maioria dos idosos apresentou independência para ABVD (90%) e dependência parcial para AIVD (50%), o que também foi demonstrado em estudo anterior (ANDRADE E NOVELLI, 2015). Entre os idosos com câncer, para três dos quatro idosos internados por essa especialidade, foi predominante esse mesmo padrão de independência para ABVD e a dependência parcial para AIVD.

Um dos fatores de risco mais importantes para o câncer é a idade, uma vez que o envelhecimento, pela sua própria natureza, implica aumento de riscos. Face ao envelhecimento populacional e ao aumento da expectativa de vida, presente em quase todos os países, ainda que em intensidade variável, e muito importante no Brasil, esse é um fator que tem contribuído para o aumento da incidência e da mortalidade por câncer (MARTINS et al, 2009).

Além disso, o câncer, assim como a velhice, são vistos como processos estigmatizados, o que torna o atendimento a esses idosos altamente complexo. Nesse contexto, torna-se relevante a manutenção da capacidade funcional e da autonomia, prevenindo condições de fragilidade (ROCHA et al, 2014).

Assim, as doenças crônicas, especialmente as que geram riscos e processos incapacitantes, podem afetar a funcionalidade e dificultar o desempenho independente nas atividades da vida cotidiana. A dependência, por conseguinte, gera a necessidade de auxílio, pelo menos em determinadas atividades, sendo que, na maioria das vezes, essa ajuda provém de membros da própria família (OLIVEIRA et al, 2012).

No cotidiano da enfermagem, constata-se que os familiares dos pacientes idosos já iniciam sua participação no processo de cuidar no hospital, ação que se estenderá ao domicílio, no qual a família passa a assumir a totalidade dos cuidados. Estudos anteriores apontam que há um despreparo técnico do cuidador domiciliar, fazendo com que ele não consiga cuidar de si e do outro, ação que é essencial para prestar, ao idoso, um cuidado com qualidade (SCHOSSLER, CROSSETTI, 2008).

Dessa forma, o enfermeiro assume um papel primordial na educação em saúde e no cuidado preventivo. A prática educativa visando à prevenção de lesões cutâneas não deve se limitar à transmissão de saberes, mas sim considerar a interação entre o sujeito que irá aprender e o enfermeiro que ensinará. Por mais que se tenha consciência da ciência e da filosofia que amparam o processo educativo, é necessário enxergar os fatos, as pessoas e o meio no qual a ação será executada para que se alcancem resultados positivos. Para tanto, podem ser adotadas estratégias de ensino centradas na pessoa que aprende, por meio, por exemplo, da simulação da situação de cuidado (DOMANSKY; BORGES, 2014).

Verificou-se, também, que a antibioticoterapia é o tratamento mais frequente para as lesões crônicas em idosos (30%). Nos doentes hospitalizados acima de 65 anos, estudos anteriores (YALÇIN et al, 2006) apontam que a ocorrência de infecções cutâneas bacterianas é de 7%, sendo mais frequente impetigo, erisipela/celulite e não havendo diferenças sazonais significativas. Dessa forma, são fatores predisponentes para a infecção de feridas: dermatoses

e condições prévias (doenças inflamatórias, bolhosas, úlceras, infecções virais e fúngicas, traumas, procedimentos cirúrgicos e cateteres intravasculares), fatores bacterianos (diminuição da flora normal da pele, aumento no crescimento de cepas patogênicas, presença de enzimas e toxinas bacterianas) e fatores do hospedeiro (doenças sistêmicas, desnutrição, insuficiência renal, etilismo, diabetes mellitus, neoplasias, quimioterapia, imunodeficiências primárias) (MARTINS et al, 2009).

Entretanto, face ao tratamento e aos cuidados dispendidos com as lesões, observou-se o despreparo para lidar com a situação, o que acaba por comprometer a adesão ao tratamento e dificultar, mais ainda, o processo de cicatrização das feridas crônicas.

Segundo o estudo de Dourado et al (2011), podem ser motivos para a não-adesão ao tratamento o esquecimento dos cuidados a serem realizados, a não compreensão da necessidade do cuidado, a desmotivação pelo tratamento, bem como os numerosos tratamentos medicamentosos utilizados. Já para Marques, Petuco e Gonçalves (2010), quanto à adesão à terapia medicamentosa, os motivos encontrados incluíram: custo financeiro, reações adversas aos fármacos utilizados, alterações físicas e mecânicas que comprometem a capacidade funcional, utilização de tratamentos sem indicação, falta de apoio familiar, questões culturais e inadequação do tratamento ao cuidado domiciliar.

Portanto, a fim de melhorar a qualidade do cuidado domiciliar de lesões crônicas, é necessário levar em conta o preparo da equipe, o ambiente em que será realizado o cuidado, o apoio familiar, a compreensão da necessidade de cuidados específicos e a adaptação do idoso com perdas funcionais, sempre que possível, em seu próprio meio. Não obstante, a disponibilidade de recursos materiais é um fator fundamental para a continuidade do cuidado, uma vez que pode comprometer a adesão ao tratamento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A maioria dos idosos apresentou um perfil de capacidade funcional e de rede de apoio familiar compatível com a prática de cuidados no domicílio. Entretanto, é relevante que haja uma avaliação periódica pela equipe multidisciplinar e que as orientações fornecidas ao idoso e seu cuidador sejam adequadas, tendo em vista as melhores práticas de cuidado no contexto da alta hospitalar. Desse modo, o preparo e a educação em saúde devem permear todo o processo de hospitalização.

Além disso, a necessidade de educação em saúde para os idosos e seus cuidadores, nas mais diversas situações de cuidado, é bem documentada na literatura, de maneira que no contexto do idoso com lesões crônicas faz-se primordial a compreensão da importância de

cuidar-se, de utilizar técnicas apropriadas e materiais adequados. Nesse sentido, a meta do cuidado consiste em garantir uma melhor recuperação, com maior probabilidade de cura das lesões, favorecendo, sobretudo, a qualidade de vida e o retorno dos idosos com condições crônicas à independência para ABVD e AIVD.

## REFERÊNCIAS

1. AITKEN, L.M.; BURMEISTER, E.; LANG, J.; CHABOYER, W.; RICHMOND, T.S. **Characteristics and Outcomes of Injured Older Adults After Hospital Admission.** *Jornal of the American Geriatrics Society.* vol. 58, p. 442-449. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20163484> Acesso em: 29 setembro 2014.
2. ANDRADE, N.V.; NOVELLI, M.M.P.C. **Perfil cognitivo e funcional de idosos frequentadores de Centros de Convivência para idosos na cidade de Santos, SP.** *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 23, n.1, 2015. p. 143-152. Disponível em: <http://www.cadernosdeto.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/662/592>>. Acesso em 15 novembro 2015.
3. CAVALCANTE, A. M. Z. et al. **Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família.** *Rev Eletr. Enf.* [Internet]. v. 12, n. 4, p. 727-735. 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a19.htm>>. Acesso em 29 setembro 2014.
4. COUTO, E.R. **Cuidado Domiciliar na Visão do Profissional da Fisioterapia.** In: GUARIENTO, M.E.; NERY, A.L. *Assistência ambulatorial ao idoso.* São Paulo: Editora Alínea, p. 419-426. 2010.
5. CHEN, Y-C. et al. **The effectiveness of a health education intervention on self-care of traumatic wounds.** *Jornal of Clinical Nursing.* v. 22, p. 2499-2507. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23121467>>. Acesso em: 29 setembro 2014.
6. DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras.** 3 ed. São Paulo: Ateneu Editora, p. 1-50. 2008.
7. DOMANSKY, R. C.; BORGES, E.L. **Manual de prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências.** Rio de Janeiro: Rubio, 2014. p.274.
8. DOURADO, C.S. et al. **Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba.** *Rev Acta Scientiarum Health Sciences, Maringá*, v. 33, n. 1, 2011. p. 9-17. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7708/7708>>. Acesso em 02 novembro 2015.
9. FONSECA, C.; FRANCO, T.; RAMOS, A.; SILVA, C. **A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada de cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura.** *Rev Esc Enferm USP*, v. 46, n.2, p. 480-486. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200029&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200029&script=sci_arttext)>. Acesso em 10 novembro 2014.
10. FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D. **Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla.** In: FREITAS E.V. et.al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, p. 900-909. 2006.
11. HECKE, A.V.; GRYPDONCK, M.; BEELE, H.; VANDERWEE, K.; DEFLOOR, T. **Adherence to leg ulcer lifestyle advice: qualitative and quantitative outcomes associated with a nurse-led intervention.** *Jornal of Clinical Nursing.* v. 20, p. 429-443. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21219522>>. Acesso em: 29 setembro 2014.

12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 26 outubro 2015.
13. JAUL, E. **Non-healing wounds: The geriatric approach**. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. v. 49, n. 2, p. 224-226. 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494308001672>>. Acesso em: 26 agosto 2014.
14. LAWTON, M.P.; BRODY, M.H. **Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living**. *The Gerontologist*, v. 9, p. 179-186. 1969.
15. LEAL, L. de S. **O Papel do Enfermeiro e a Assistência à Pele Íntegra do Idoso**. In: MALAGUTTI, W.; BERGO, A.M.A. *Abordagem Interdisciplinar do Idoso*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, p. 223-233. 2010.
16. LIMA, C.L.D. et al. **Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados**. *Rev. enferm. UFPE online*. Recife: 2013, v. 7, n. 13. p. 6027-34. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/8203>>. Acesso em 28 outubro 2015.
17. MAGALHÃES, M.B.B. **Anatomia topográfica da pele**. In: BORGES, E.L. et al. *Feridas: como tratar*. Belo Horizonte: Coopmed-Editora Médica, p. 15-30. 2007.
18. MARQUES, E.I.W.; PETUCO, V.M.; GONÇALVES, C.B.C. **Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo - RS**. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 7, n. 2, 2010. p. 267-279. Disponível em: <<http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/view/865/pdf>>. Acesso em 02 novembro 2015.
19. MARTINS, M.A.; CARRILHO, F.J.; ALVES, V.A.F.; CASTILHO, E.A.; CERRI, G.G.; WEN, C.L. **Clínica Médica Vol. 3 - Doenças hemoatológicas, oncologia, doenças renais e geniturinárias**. Barueri: Manole, 2009. p. 469.
20. MARTINS, M.A.; CARRILHO, F.J.; ALVES, V.A.F.; CASTILHO, E.A.; CERRI, G.G.; WEN, C.L. **Clínica Médica Vol. 7 - Alergia e Imunologia Clínica, Doenças de Pele, Doenças Infeciosas**. Barueri: Manole, 2009. p. 275.
21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Domiciliar**. v. 2. 2012.
22. NERI, A.L. **Dependência e Autonomia**. In: GUARIENTO, M.E.; NERY, A.L. *Assistência ambulatorial ao idoso*. São Paulo: Editora Alínea, p. 31-44. 2010.
23. OLIVEIRA, W.T et al. **Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente**. *Cienc Cuid Saúde*, v. 11, n. 1; 2012. p. 129-137.
24. OSAKI, Y. **Autocuidado em Saúde**. In: GUARIENTO, M.E.; NERY, A.L. *Assistência ambulatorial ao idoso*. São Paulo: Editora Alínea, p. 377-383. 2010.
25. POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7° ed. Porto Alegre: Artmed. 2011, 669p.
26. ROCHA, L.S. et al. **O cuidado de si de idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial**. *Florianópolis: Rev Texto Contexto Enferm*, v. 23, n. 1; 2014. p. 29-37.
27. SAAR, S.R. da C. **Avaliação da pessoa portadora de ferida**. In: BORGES, E.L. et al. *Feridas: como tratar*. Belo Horizonte: Coopmed-Editora Médica, p. 45-53. 2007.
28. SILVA, A.C. dos S.; SANTOS, I. dos. **Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender**. *Rev. Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v. 19, n.4, p. 745-753. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000400018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000400018&script=sci_arttext)>. Acesso em 26 agosto 2014.

29. SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, M.G. **Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson.** Texto Contexto Enferm, v. 17, n. 2, 2008. p. 280-287.
30. STORTI, L.B.; FRABRÍCIO-WHEBE, S.C.C.; KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R.A.P.; MARQUES, S. **Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário.** Revista Texto Contexto Enferm. Florianópolis: 2013, v. 22, n. 2. p. 452-459. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a22.pdf>>. Acesso em 28 outubro 2015.
31. TORRES, M.V. **Capacidade Funcional e Envelhecimento.** In: MALAGUTTI, W.; BERGO, A.M.A. Abordagem Interdisciplinar do Idoso. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, p. 169-188. 2010.
32. THE HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING. **Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL).** 1998. In: DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 41, n. 2, p. 317-325. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>>. Acesso em 28 outubro 2014.
33. YALÇIN, B. et al. **The prevalence of skin diseases in elderly: analysis of 4099 geriatric patients.** Int J Dermatol, 2006. p. 672-6.

**ANEXOS****01. PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP**

Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

**PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

**TÍTULO DO PROJETO:** “PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DOMICILIAR DE FERIDAS CRÔNICAS EM IDOSOS”

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** ANDREA MATHES FAUSTINO

**DATA DE ENTRADA:** 05/02/2015

**CAAE:** 41460115.2.0000.0030

Com base na Resolução 466/12, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu APROVAR o projeto intitulado “PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DOMICILIAR DE FERIDAS CRÔNICAS EM IDOSOS”. Parecer nº 1.267.141, em 7 de outubro de 2015.

Notifica-se o(a) pesquisador(a) responsável da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sobre o desenvolvimento do projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da data de aprovação.

Brasília, 26 de outubro de 2015.

Profa. Dra. Marie Togashi  
Coordenador do CEP-FS/UnB

## 02. ÍNDICE DE KATZ

ÍNDICE DE KATZ			
Atividades Pontos (1 ou 0)	Independência (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	Dependência (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral	
Banhar-se Pontos:	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo, como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada.	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho.	
Vestir-se Pontos:	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapato.	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido.	
Ir ao banheiro: Pontos:	(1 ponto) Dirige-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda.	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre	
Transferência: Pontos:	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	(0 pontos) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	
Continência Pontos:	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar).	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga.	
Alimentação Pontos:	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral.	
Total de pontos =	5-6 = Independente	3-4 = Dependência moderada	2 ou menos - Muito dependente

The Hartford Institute for Geriatric Nursing (1998) In: DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L (2007).

### 03. ESCALA DE LAWTON

ESCALA DE LAWTON			
1	O(a) Sr(a). consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
2	O(a) Sr(a). consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
3	O(a) Sr(a). consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
4	O(a) Sr(a). consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
5	O(a) Sr(a). consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
6	O(a) Sr(a). consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
7	O(a) Sr(a). consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
8	O(a) Sr(a). consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
9	O(a) Sr(a). consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
TOTAL		_____ pontos	
Independência = 21		Dependência parcial = 5 - 20	
		Dependência total = 0-4	

FREITAS e MIRANDA (2006) In: FREITAS E.V. et.al (2006)

## APÊNDICES

### 01. INSTRUMENTO DE PESQUISA

Nº \_\_\_\_\_

#### A) IDENTIFICAÇÃO/DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome: \_\_\_\_\_ 2. Registro HUB: \_\_\_\_\_  
 3. DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 4. Sexo: ( ) F ( ) M 5. Etnia: ( ) B ( ) N ( ) P ( ) I ( ) A  
 6. Endereço: \_\_\_\_\_ 7. Cidade: \_\_\_\_\_  
 8. Estado: \_\_\_\_\_ 9. Naturalidade: \_\_\_\_\_ 10. Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 11. Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_ 12. Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 13. Cuidador: ( ) não ( ) sim, \_\_\_\_\_  
 14. Data de admissão na Clínica Médica: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 15. Data da coleta de dados: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### B) HISTÓRIA CLÍNICA

1. Especialidade: \_\_\_\_\_ 2. Motivo da atual internação: \_\_\_\_\_  
 3. Diagnósticos médicos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 4. Etiologia/história da lesão: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 5. Tratamentos já realizados: \_\_\_\_\_  
 6. Complicações? ( ) não ( ) sim, quais? \_\_\_\_\_  
 7. Recidivas? ( ) não ( ) sim, quantas em quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 8. Recebeu orientações da equipe que presta a assistência? ( ) não ( ) sim, quem? \_\_\_\_\_

#### D) AVALIAÇÃO GERONTOGERIÁTRICA

ÍNDICE DE KATZ		
Atividades Pontos (1 ou 0)	Independência (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	Dependência (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: _____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo, como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada.	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho.
Vestir-se Pontos: _____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapato.	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido.
Ir ao banheiro: Pontos: _____	(1 ponto) Dirige-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda.	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência: Pontos: _____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	(0 pontos) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.
Continência Pontos: _____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar).	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga.
Alimentação Pontos: _____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral.
Total de pontos = _____	5-6 = Independente	3-4 = Dependência moderada
		2 ou menos - Muito dependente

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing (1998) In: DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L (2007).

ESCALA DE LAWTON			
1	O(a) Sr(a). consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
2	O(a) Sr(a). consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
3	O(a) Sr(a). consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1

4	O(a) Sr(a). consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
5	O(a) Sr(a). consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
6	O(a) Sr(a). consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
7	O(a) Sr(a). consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
8	O(a) Sr(a). consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
9	O(a) Sr(a). consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
TOTAL		_____ pontos	
Independência = 21		Dependência parcial = 5 - 20	
		Dependência total = 0-4	

Fonte: FREITAS e MIRANDA (2006) In: FREITAS E.V. et.al (2006)

#### E) AUTOCUIDADO DA FERIDA

1. Realiza autocuidado da ferida? ( ) sim ( ) não, quem realiza o cuidado? \_\_\_\_\_
2. Realiza troca domiciliar do curativo? ( ) sim ( ) não
3. Questões ambientais:
  - I. Possui água encanada no domicílio? ( ) sim ( ) não;
  - II. Em qual ambiente realiza a troca do curativo? \_\_\_\_\_
  - III. Esse ambiente é ventilado? ( ) sim ( ) não
  - IV. Esse ambiente é adequadamente iluminado? ( ) sim ( ) não;
  - V. Em qual horário realiza a troca? ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite
  - VI. No último mês, quais foram os recursos materiais necessários para a troca do curativo? \_\_\_\_\_

4.

Etapas da troca do curativo	Realiza adequadamente	Realiza inadequadamente	Não realiza
I. Limpa as mãos antes do procedimento			
II. Prepara e organiza o ambiente			
III. Planeja os materiais que serão usados e os traz para perto			
IV. Retira o curativo antigo evitando contato com secreções			
V. Dispensa o lixo em um local separado			
VI. Limpa as mãos novamente			
VII. Posiciona-se evitando que com a limpeza escorra líquido da pele para a ferida, evitando contaminação			
VIII. Limpa a perilesão, se possível, com gazes umedecidas com solução fisiológica			
IX. Realiza a limpeza da ferida com solução fisiológica, evitando esfregar agressivamente a pele			
X. Abre a cobertura, com a devida mensuração do tamanho da ferida (quando necessário), evitando pegá-la com as mãos ou utilizar utensílios domésticos			
XI. Aplica a cobertura com o auxílio de uma gaze ou espátula, evitando utilizar as mãos			
XII. Fecha o curativo com gazes e atadura, ou gazes e esparadrapo/micropore/fita adesiva			
XIII. Guarda o restante da cobertura de maneira adequada			
XIV. Dispensa o lixo em local adequado			
XV. Limpa as mãos novamente			

5. Principais dificuldades/necessidades: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ass. Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_