

## PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DE CLIENTES COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE E SEUS CUIDADORES

### SOCIOEPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CLIENTS WITH LIMITED MOBILITY AND THEIR CAREGIVERS

### PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DE CLIENTES CON PROBLEMAS DE MOVILIDAD REDUCIDA Y SUS CUIDADORES

Rebeca Ainoã de Souza Viana<sup>I</sup>  
Fernanda Bonatto Zuffi<sup>II</sup>  
Rosali Isabel Barduchi Ohl<sup>III</sup>  
Suzel Regina Ribeiro Chavaglia<sup>IV</sup>

**RESUMO:** Objetivou-se caracterizar o perfil socioepidemiológico de clientes com limitação de mobilidade e cuidadores acompanhados pelas equipes da estratégia saúde da família de um Distrito Sanitário de Uberaba, Minas Gerais. Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Resultados demonstraram que a maioria dos 101 usuários identificados tinha mais de 60 anos, do sexo feminino e aposentada; apresentava Ensino Fundamental incompleto, baixa renda familiar, múltiplas comorbidades autorreferidas e dependência dos cuidadores. Segundo a Escala de Braden, a maioria dos usuários apresentou risco moderado e alto para desenvolver úlcera por pressão e 22(21,8%) deles as evidenciaram. Entre os 95 cuidadores, predominaram as seguintes características: idade entre 40 e 60 anos, sexo feminino, do lar, Ensino Fundamental incompleto, baixa renda familiar, ter parentesco com o usuário, residir com este e desempenhar múltiplas tarefas. Os serviços de saúde devem apoiar e acompanhar usuários com limitação de mobilidade e cuidadores, visando ao empoderamento para melhor enfrentar dificuldades cotidianas.

**Palavras-chave:** Limitação da mobilidade; cuidadores; úlcera por pressão; enfermagem.

**ABSTRACT:** This study aimed to characterize the socio-epidemiological profile of clients with limited mobility and caregivers served on the staff Family Health Strategy of a Sanitary District, Uberaba, Minas Gerais. This study was a descriptive, cross-sectional quantitative approach. The results showed that the majority of the 101 users were more than 60 years old, female, retired, had incomplete Elementary School, low family income, and self-reported multiple comorbidities and dependence on caregivers. According to Braden scale, the majority of the users had moderate and high risk for developing pressure ulcers and 22(21.8%) of them had these ulcers. The predominant characteristics of the 95 caregivers were: aging between 40 and 60 years old, female, housewife, incomplete Elementary School, low family income, relationship to the user, resident with him and performing multiple tasks. Health services should support and monitor users with limited mobility and caregivers aiming at the empowerment to better face the daily difficulties.

**Keywords:** Mobility limitation; caregivers; pressure ulcer; nursing.

**RESUMEN:** El estudio tuvo como objetivo caracterizar lo perfil socioepidemiologico de clientes con la movilidad reducida y los cuidadores, asistidos por equipos de la Estrategia Salud de la Familia de una Jurisdicción Sanitaria de Uberaba, Minas Gerais-Brasil. El estudio fue descriptivo, transversal, con enfoque metodológico cuantitativo. Los resultados mostraron que la mayoría de los 101 usuarios eran mayores de 60 años, mujeres y jubilados; tenían educación primaria incompleta, baja renta familiar, múltiples comorbilidades y eran dependientes de sus cuidadores. De acuerdo con la escala de Braden, la mayoría de los usuarios mostraron un riesgo moderado y alto de desarrollar úlceras por presión y 22(21,8%) sujetos presentaron úlceras por presión. De los 95 cuidadores, predominaron edades comprendidas entre los 40 y 60 años, sexo femenino, ama de casa, educación primaria incompleta, baja renta familiar, relación con el usuario y residentes con este desarrollando multitareas. Los servicios de salud deben apoyar y supervisar a los usuarios con movilidad reducida y los cuidadores que buscan el empoderamiento para enfrentar mejor las dificultades diarias.

**Palabras clave:** Limitación de la movilidad; cuidadores; úlcera por presión; enfermería.

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde brasileiro tem se esforçado para promover o desenvolvimento de modalidades de assistência<sup>V</sup> que visem à desinstitucionalização do

paciente. Para isso, ele tem implantado a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Internação Domiciliar (PID), entre outros, como alternativas para melhoria

<sup>I</sup>Enfermeira. Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: rebecasouza\_mg@yahoo.com.br.

<sup>II</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: fbzuffi@yahoo.com.br.

<sup>III</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: rosali.ohl@unifesp.br.

<sup>IV</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: suzel.ribeiro@yahoo.com.br.

<sup>V</sup>Trabalho desenvolvido como parte de projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

da qualidade do atendimento de saúde da população<sup>1</sup>. O aumento da expectativa de vida e o consequente envelhecimento da população, aliados ao aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, que atingem principalmente a pessoa idosa, trouxeram como resultado o crescimento da demanda dos serviços de saúde. Nesse contexto, surgem os cuidadores familiares que, juntamente com as equipes de ESF, tornaram-se parte integrante das ações em saúde para o atendimento dessa parcela da população<sup>2</sup>.

O envelhecimento da população mundial tem originado políticas de saúde específicas, que têm procurado minimizar o efeito das limitações que essa condição de cronicidade determina no cotidiano das pessoas. Alguns agravos de saúde, comuns ao processo de envelhecimento, geram incapacidade funcional para a realização de atividades cotidianas, afetando, conseqüentemente, a tomada de decisão e a perda de sua autonomia, causando dependência em diferentes níveis.

A incapacidade funcional é definida como qualquer restrição ou falta de habilidade que um indivíduo sofre para desenvolver suas funções, diante do que se considera aceitável para um ser humano. A avaliação dessas limitações é importante em razão de sua estreita relação com os agravos de saúde e condições de cronicidade que podem surgir em consequência desse processo<sup>3</sup>. Pode ser avaliada por meio da indicação de dificuldade ou da necessidade de ajuda em tarefas básicas e/ou mais complexas, necessárias para viver de forma independente na comunidade. As medidas de mobilidade fazem parte, também, dessa avaliação do declínio funcional e têm se provado valiosas no estudo da relação do *status* funcional, com características demográficas, condições crônicas e comportamentos relacionados à saúde<sup>4</sup>.

De modo geral, a mobilidade limitada é vista como a inabilidade do indivíduo em se mover livremente, podendo variar entre indivíduos com condições semelhantes e, num mesmo sujeito, em períodos de vida diferentes. Pode se manifestar de forma súbita ou lenta, conforme sua extensão e duração, sendo um fator contribuinte para problemas de saúde variáveis, que vão desde o *déficit* do autocuidado à interação social prejudicada<sup>5</sup>.

Dessa forma, o conhecimento do perfil dos usuários com mobilidade física prejudicada e de seus cuidadores pode contribuir com subsídios para o planejamento dos serviços locais voltados para o atendimento dessa população, provendo, assim, as necessidades individuais dos clientes e de seus familiares.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil socioepidemiológico de clientes com limitação de mobilidade e cuidadores acompanhados pelas equipes de Estratégia Saúde da Família de um Distrito Sanitário de Uberaba, Minas Gerais.

## REVISÃO DE LITERATURA

**Mobilidade física prejudicada** é um diagnóstico de enfermagem definido como o estado no qual o indivíduo experimenta uma limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades<sup>6</sup>.

O quadro de mobilidade física prejudicada provoca problemas como mudança na marcha, aumentando-se o risco de quedas, além de haver maior dependência quanto às Atividades de Vida Diária, impossibilidade de retorno às atividades laborais, dificuldade para movimentar-se no próprio domicílio, no entorno de casa e em outros locais da comunidade<sup>7</sup>.

Os indivíduos com comprometimento da mobilidade, em especial aqueles restritos ao leito ou em cadeira de rodas, estão sujeitos a maior possibilidade de desenvolver complicações cardiovasculares, respiratórias, musculoesqueléticas e cutâneas, associadas ao grau e à duração da imobilidade. Dentre as complicações mais comuns, está a úlcera por pressão (UPP)<sup>8,9</sup>.

Todos os profissionais da área de saúde devem ter conhecimento acerca das medidas de prevenção, dos fatores de risco e das características das UPPs, visando à implantação de medidas de prevenção e de tratamento mais eficazes, e evitando-se o distanciamento de práticas baseadas em mitos, tradição e no senso comum<sup>10-12</sup>.

Ao avaliar-se o risco para desenvolvimento da UPP em indivíduos de uma comunidade, concluiu-se que, frequentemente, o cliente, em seu domicílio, recebe cuidados de um cuidador informal, sendo competência da enfermagem orientar e supervisionar esse cuidado. O enfermeiro, como profissional de saúde, deve inserir o cuidador como foco de sua práxis diária e envolvê-lo como parte integrante do cuidar, utilizando, para tal, a educação em saúde, e preparando-o para preservar sua saúde e ter vida saudável, para que possa cuidar expressivamente do seu próximo<sup>12</sup>.

Entende-se por cuidador aquele que tem total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados à pessoa dependente, tanto no âmbito do domicílio como em instituições de saúde. O cuidado domiciliário, por sua vez, é entendido como aquele desenvolvido com pacientes e familiares no contexto de suas residências, visando ao acompanhamento, ao tratamento e à reabilitação de indivíduos, em resposta às suas necessidades e a de seus familiares<sup>11</sup>.

O cuidador informal sofre desgaste em sua saúde física, emocional e social, devido, principalmente, à carga advinda da tarefa de cuidar, pois, em muitos casos, permanece em tempo integral junto ao ente cuidado, podendo fornecer, para a equipe de saúde, informações fundamentais sobre a situação do usuário de saúde.

Esse cuidador, nos países estrangeiros, é objeto de atenção e pesquisas, porém, por muitas vezes é ignorado em nosso país, sendo uma parcela que se encontra

desassistida pelo sistema de saúde vigente, que não visualiza adequadamente sua importância na recuperação e na reabilitação da saúde dos indivíduos doentes<sup>13</sup>.

No Brasil, há falta de recursos e de estrutura política para auxiliar o cuidador informal. Muitas vezes, a comunidade pouco valoriza essa função, geralmente centrada em uma única pessoa, consequência das dificuldades para se diversificarem os cuidadores. Também se constata baixa produção de pesquisas sobre essa temática, em parte devido à escassez ou à falta de fomentos para conduzir os estudos ou pela dificuldade em se vislumbrarem perspectivas para a utilização dos resultados<sup>12</sup>.

Assim, acredita-se que o conhecimento das características socioepidemiológicas desses sujeitos deve permitir ao profissional de saúde pensar em novas formas de atuação e tecnologias de assistência para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários, familiares e cuidadores, bem como no desenvolvimento de estratégias que facilitem o alcance do autocuidado.

## METODOLOGIA

**Estudo descritivo** e transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um Distrito Sanitário de Uberaba, Minas Gerais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), conforme parecer nº 1.204/2008.

A amostra constituiu-se de 101 usuários e 95 cuidadores, identificados segundo registro das famílias nas ESFs pertencentes ao distrito, que consentiram em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e de exame clínico, no período de fevereiro a agosto de 2010, durante as visitas domiciliares. Na primeira visita, o objetivo foi conhecer o perfil socioepidemiológico do usuário com mobilidade física prejudicada e de seu cuidador. Para tanto, foi aplicado, junto aos sujeitos, um instrumento constituído por duas partes: a primeira, constando de dados sociodemográficos (sexo, idade, cor, profissão/ocupação, escolaridade, renda familiar, situação familiar e condições de moradia) e a segunda constando de investigação quanto à presença de comorbidades referidas, causa(s) da limitação da mobilidade, tempo da limitação, nível de dependência, escore da avaliação de risco da escala de Braden, presença de UPP e localização dela(s).

O instrumento de coleta de dados do cuidador foi composto por duas partes: a primeira incluindo dados sociodemográficos (sexo, idade, profissão/ocupação, escolaridade e renda familiar) e a segunda com dados de identificação do cuidador: grau de relacionamento com o usuário, distância da moradia do usuário, atividades desempenhadas, tempo de cuidado, execução ou não do curativo(s) de UPP(s).

Na segunda visita domiciliar, foi realizada a orientação do usuário, cuidadores e familiares, com base numa cartilha educativa denominada *Orientações para pessoas com mobilidade física prejudicada*, elaborada por docentes e discentes membros da Liga de Feridas da UFTM (LiFe-UFTM).

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel® e, posteriormente, procedeu-se à análise descritiva dos mesmos, com o software estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 16.0.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Usuários de saúde

Dos 101 usuários, 54(53,5%) eram do sexo feminino, com idade entre 6 a 98 anos e média de 62,12 anos. O maior número de sujeitos, 63(62,3%), encontra-se com idade acima de 60 anos. Predominou a cor de pele branca, com 61(60,4%) usuários.

A maioria de usuários era idosa e do sexo feminino, o que se justifica pelo fato de a mulher, no Brasil, ter sobrevida maior que a do homem. O envelhecimento populacional tem sido uma realidade mundial e particularmente em nosso país, há, dentre várias características, a feminilização da velhice<sup>13,14</sup>, conforme demonstrado na Tabela 1.

Quanto à profissão/ocupação, 98(97%) dos sujeitos recebiam proventos governamentais por meio de aposentadoria, benefícios, auxílio-doença ou pensão, não tendo, naquele momento, nenhuma ocupação; 79(78,2%) usuários eram aposentados; enquanto apenas 3(3%) não desenvolviam nenhuma atividade e nem recebiam quaisquer proventos.

O nível de escolaridade predominante foi de usuários com o Ensino Fundamental incompleto com 55(54,4%) sujeitos, enquanto 24(23,8%) eram analfabetos. Quanto à renda familiar, 58(57,4%) recebiam entre 1 e 2 salários mínimos.

A baixa renda, aliada ao baixo grau de escolaridade, repercute negativamente na capacidade de cuidado dos usuários, uma vez que há comprometimento do suporte ambiental, compreendido como os recursos físicos, materiais e humanos a que as pessoas têm acesso<sup>8</sup>.

A mobilidade restrita, na maioria das vezes, incapacita o usuário para o exercício profissional, acarretando em um grande gasto, por parte do governo, com o pagamento de aposentadorias, auxílios e benefícios, além de requerer cuidado integral e assistência à saúde constante<sup>15</sup>.

Apenas 2(2%) sujeitos viviam sozinhos e 65(64,4%) viviam com familiares. Todos os usuários residiam em casas de alvenaria, das quais 96(95%) possuíam quatro cômodos ou mais.

**TABELA 1:** Distribuição dos dados sociodemográficos de usuários de saúde. Distrito Sanitário, Uberaba, Minas Gerais, 2010 (N=101).

Variáveis	f	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	54	53,5
Masculino	47	46,5
<b>Idade</b>		
< 20 anos	6	5,94
20 a 39 anos	15	14,85
40 a 60 anos	17	16,83
> 60 anos	63	62,38
<b>Cor da Pele</b>		
Branca	61	60,4
Negra	21	20,8
Parda	19	18,8
Amarela	-	-
<b>Profissão/ocupação</b>		
Afastado	8	7,9
Aposentado	79	78,2
Recebe benefício	2	2
Pensionista	9	8,9
Não tem	3	3
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	24	23,8
1º grau incompleto	55	54,8
1º grau completo	7	6,9
2º grau incompleto	4	4
2º grau completo	5	4,9
3º grau incompleto	2	2
3º grau completo	4	4
<b>Renda Familiar/Salário mínimo</b>		
<1	-	-
1	15	14,8
2	43	42,6
≥3	43	42,6
<b>Situação familiar</b>		
Vive sozinho	2	2,0
Vive com companheiro	16	15,8
Vive com companheiros e filhos	6	5,9
Vive com familiares	65	64,4
Vive com familiares e pessoas sem laços familiares/conjugais	8	7,9
Vive com pessoas sem laços familiares/conjugais	4	4,0

A presença da família no cuidado ao usuário ficou evidente neste estudo. Destaca-se que a relação do usuário com um cuidador, que, em sua maioria, é um familiar, deve ser de confiança. Além disso, uma relação favorável deve ser estabelecida com a equipe de ESF, proporcionando um bom acompanhamento do usuário com mobilidade física prejudicada.

Quanto às comorbidades referidas, observou-se que 57(56,4%) usuários investigados apresentaram hipertensão arterial sistêmica (HAS) isolada ou associada à outra condição crônica. Entre elas, a mais frequente foi o *Diabetes Mellitus*, com 16(28,7%) sujeitos, seguida pela Doença de Alzheimer, com 3(5,9%); 33(32,6%) não apresentavam qualquer outra condição mórbida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como crônicas as doenças cardiovasculares

(cerebrovasculares e isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o *Diabetes Mellitus*, incluindo nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, como desordens mentais e neurológicas, doenças bucais, ósseas e articulares, desordens genéticas e patologias oculares e auditivas<sup>16</sup>.

As complicações decorrentes da HAS e do *Diabetes Mellitus* Tipo 2 comprometem a perfusão tecidual, predispondo o indivíduo ao desenvolvimento da UPP.

As doenças crônicas não transmissíveis e as condições crônicas de saúde, como paralisia cerebral e a paraplegia, também podem implicar outros *déficits*, como labilidade emocional, depressão, diminuição da tolerância às situações estressantes e falta de cooperação no tratamento, o que coloca os pacientes em situação de risco para complicações secundárias<sup>17</sup>.

Vários foram os fatores causadores da restrição da mobilidade física, sendo o de maior frequência o acidente vascular encefálico (AVE), com 37(36,6%) usuários, dos quais 34(91,8%) eram idosos.

Como a segunda maior frequência de causas referidas de mobilidade limitada, encontram-se os acidentes automobilísticos e motociclísticos, com 9(8,9%) usuários, seguidos da paralisia cerebral e da fratura de colo de fêmur, com 8(7,9%) sujeitos cada. Investigações em condições semelhantes indicam como fator causador da limitação da mobilidade a própria doença de base, principalmente as de origem neurológica, musculoesqueléticas e o AVE<sup>18</sup>.

Para os sujeitos na faixa etária entre 20 e 59 anos, predominaram, como causas referidas de limitação da mobilidade, os acidentes automobilísticos e motociclísticos.

Quanto à dependência de cuidados, 95(94,0%) usuários eram dependentes ou semidependentes de cuidadores, necessitando de auxílio em algumas atividades de vida diária, como higiene corporal e vestir-se, e apresentavam a condição de mobilidade física prejudicada há aproximadamente 5 anos. Apenas 5(4,9%) sujeitos eram independentes e não possuíam cuidadores.

A limitação da capacidade do indivíduo para desempenhar suas atividades básicas da vida diária, como tomar banho, vestir-se, evacuar e urinar, alimentar-se, caminhar, sentar-se, levantar-se sem ajuda, é um fator que contribui para o aumento de risco à UPP, o que pode ser agravado pela ausência de intervenções adequadas<sup>19</sup>.

Na avaliação de risco para o desenvolvimento de UPP segundo a Escala de Braden, 60(59,4%) usuários apresentaram risco moderado e 23(22,8%) alto risco e 18(17,8%) usuários não revelaram risco. Do total de usuários, 22(21,8%) sujeitos apresentaram úlcera. Destes, 14(63,6%) eram idosos. Considerando-se os sujeitos com úlcera, 11(50,0%) possuíam alto risco para o

desenvolvimento de UPP, enquanto que os outros 11 (50,0%) foram classificados como de risco moderado.

O reconhecimento dos indivíduos em risco para UPP depende da habilidade clínica do profissional e do uso de instrumentos de avaliação apropriados. Entre estes, a Escala de Braden é considerada a mais apropriada, por ser instrumento de validade preditiva, com maior número de itens e parâmetros de avaliação com especificidades adequadas, estando traduzida e validada para o português<sup>19</sup>.

A diminuição da capacidade funcional nos idosos e a própria fisiologia do envelhecimento contribuem para elevar o risco de desenvolver úlceras. Assim, o processo de envelhecimento compromete todos os estágios da cicatrização, independentemente das comorbidades que, por si mesmas, também interferem no processo de reparação tecidual<sup>20,21</sup>.

A região corporal de maior prevalência de UPP foi a sacral, com 7 (31,8%) sujeitos, seguida da região trocantérica com 5 (22,7%) sujeitos. Outros 5 (22,7%) usuários apresentaram, concomitantemente, úlceras nas regiões sacral e trocantérica.

Outros estudos também apontam essas regiões como áreas corporais de excelência para o desenvolvimento das UPP, em razão da maior presença de proeminências ósseas associada ao posicionamento dorsal majoritariamente mantido pela pessoa acamada ou restrita à cadeira<sup>7,22-24</sup>.

## Cuidadores

Participaram da pesquisa 95 (100%) cuidadores, dos quais 80 (84,2%) eram do sexo feminino. A maioria dos cuidadores, 78 (82,1%), tinha mais de 40 anos, dos quais, 26 (27,3%) com mais de 60 anos, conforme apresentado na Tabela 2.

A predominância da mulher no cuidado, resulta também de outros estudos, advém de tendências históricas e sociais, que reproduzem a figura feminina como a principal responsável pelo cuidado da saúde no lar. A ela foi atribuído esse papel cultural e social de cuidar dos filhos, marido e familiares. As mulheres têm sido consideradas geradoras do cuidado e, para exercer esse cuidar, organizam-se, fazem arranjos internos, deixando outras atividades, solicitando ajuda, em geral, de outras mulheres e assumindo, assim, o controle, especialmente em casos de doença e de cuidado cotidiano com filhos pequenos e idosos<sup>8,18,25,26</sup>.

No que tange à profissão/ocupação, 29 (30,5%) cuidadores eram *do lar*, não tendo renda própria, 23 (24,2%) domésticas, 23 (24,2%) aposentados/pensionistas, 2 (2,1%) técnicos de enfermagem, 2 (2,1%) costureiras e 16 (16,8%) exerciam outras profissões variadas, como vigia, marceneiro, secretária, entre outras.

O cuidador estabelece um importante elo entre a família, o usuário e os serviços de saúde, entretanto, há carência de políticas econômicas, sociais e de saúde

de que impliquem a sua valorização, o incremento de suas habilidades e a identificação de suas necessidades de saúde, permitindo que ele cuide do outro, sem prejuízo de seu autocuidado<sup>12,18,25</sup>.

O nível de escolaridade predominante foi o Ensino Fundamental incompleto, com 59 (62,1%) cuidadores. Apenas 1 (1,0%) cuidador concluiu o Ensino Superior. A baixa escolaridade dos cuidadores e a falta de formação específica devem ser consideradas como características importantes para a atuação do enfermeiro, no que diz respeito ao desenvolvimento de intervenções educativas junto a essa população. Muitos fatores estão intimamente relacionados ao sucesso do processo terapêutico, como o comprometimento dos cuidadores, a boa relação entre equipe de saúde, paciente e cuidador, o apoio familiar e social<sup>27</sup>.

**TABELA 2:** Distribuição dos dados sociodemográficos dos cuidadores. Distrito Sanitário, Uberaba, Minas Gerais, 2010 (N=95).

Variáveis	f	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	80	84,21
Masculino	15	15,79
<b>Idade</b>		
20 a 39 anos	17	17,90
40 a 60 anos	52	54,73
> 60 anos	26	27,37
<b>Profissão/Ocupação</b>		
Do lar	29	30,53
Doméstica	23	24,21
Aposentado/ Pensionista	23	24,21
Técnico em Enfermagem	2	2,1
Costureira	2	2,1
Outras profissões/ocupações	16	16,85
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	4	4,21
1º grau incompleto	59	62,11
1º grau completo	12	12,63
2º grau incompleto	3	3,16
2º grau completo	14	14,74
3º grau incompleto	2	2,1
3º grau completo	1	1,05
<b>Renda familiar/Salário mínimo</b>		
1	13	13,69
2	43	45,26
≥3	39	41,05
<b>Grau de proximidade com o usuário</b>		
Cônjuge	21	22,11
Parentesco familiar	60	63,16
Vizinho (a)	1	1,05
Conhecido (a)	13	13,68
<b>Distância da casa usuário</b>		
Mora junto	79	83,16
Mora na casa ao lado	3	3,16
Mora na mesma rua	2	2,10
Mora no mesmo bairro	8	8,42
Longe, necessita de condução para chegar à casa	3	3,16
<b>Atividades desempenhadas</b>		
Faz apenas companhia	6	6,32
Cuidados com a casa	1	1,05
Cuidados com o usuário	20	21,05
Cuidados com a casa e com o usuário	68	71,58

Quanto à renda familiar, 43(45,2%) cuidadores recebiam, em média, 2 salários mínimos. Em relação ao grau de proximidade com o usuário, ressalta-se que 60(63,1%) cuidadores possuíam parentesco familiar e 79(83,1%) moravam junto com o usuário. A maioria dos cuidadores, 68(71,5%), além do cuidado do usuário, desempenhava outras atividades, como tarefas domésticas de limpeza da casa, preparo das refeições e lavagem das roupas.

Quanto ao tempo de cuidado do usuário, 64(67,3%) cuidadores exerciam essa função há 3 anos ou mais. Dos 95 cuidadores, somente 17(17,8%) realizavam curativo de UPP no usuário. Destes, 14(82,3%) o faziam 2 vezes ao dia; 5(29,4 %) deles consideravam correta a forma como realizavam o curativo.

Os achados apontam para a falta de qualificação dos cuidadores e a carência de suporte a eles fornecido, com destaque para a importância de treinamentos e do apoio da equipe multiprofissional da saúde. Devem, ainda, proporcionar atenção à saúde dos cuidadores, considerando que a atividade de cuidar de um idoso dependente é desgastante e implica riscos à saúde daquele que cuida<sup>28</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo mostraram que as pessoas restritas ao leito ou à cadeira de rodas são, em sua maioria, idosos, do sexo feminino, cor branca, com baixo nível de escolaridade, renda familiar entre um e dois salários mínimos e moram com familiares. Elas apresentaram predisposição para o desenvolvimento de úlceras e eram acometidas por morbidades múltiplas, principalmente hipertensão arterial sistêmica e *Diabetes Mellitus* Tipo 2 e outras condições crônicas, que levam à diminuição da capacidade funcional e à necessidade de cuidados, tornando-se dependentes da assistência de cuidadores.

Quanto à avaliação de risco pela escala de Braden e presença da UPP, os sujeitos apresentaram menores escores, significando maior risco para desenvolvimento de úlceras e maior prevalência destas na região sacral.

Quanto aos cuidadores, houve predomínio do sexo feminino, idade entre 40 e 60 anos, do lar, com o Ensino Fundamental incompleto, renda familiar igual a 2 salários mínimos, com parentesco familiar com o usuário e residentes com este, sendo responsáveis pelos cuidados da casa e do usuário por um período maior que 3 anos.

Como limitação deste estudo destaca-se o fato de que a pesquisa foi realizada apenas em um Distrito Sanitário de Uberaba. Os dados encontrados representam somente uma parcela da população atendida pelas equipes da estratégia saúde da família do município, apontando para a necessidade de que outros estudos como

este sejam também desenvolvidos nos dois outros distritos de Uberaba, para que, assim, possa ser exposta uma realidade mais ampla da situação do município.

Acredita-se que as equipes de Estratégia Saúde da Família e os serviços de saúde devam oferecer apoio aos usuários com mobilidade física prejudicada, seus familiares e cuidadores, por meio de um permanente e contínuo processo de educação em saúde, que respeite as necessidades, limitações e saberes de cada indivíduo e provoque o empoderamento desses sujeitos para o autocuidado, com segurança e qualidade, assim como interação familiar e social.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Editora MS; 2011.
2. Fernandes JM. O papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família. [monografia]. Araçuaí (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
3. Costa AJL. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasil, 2003. Ciênc saúde coletiva. 2006; 11:927-40.
4. Parahyba MI, Veras R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2008; 13:1257-64.
5. Costa AGS, Oliveira ARS, Alves FEC, Chaves DBR, Moreira RP, Araujo TL. Diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. Rev esc enferm USP. 2010; 44:753-8.
6. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
7. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. Acta Paul Enferm. 2010; 23:29-34.
8. Brito MAGM, Bachion MM, Souza JT. Diagnósticos de enfermagem de maior ocorrência em pessoas com lesão medular no contexto do atendimento ambulatorial mediante abordagem baseada no modelo de Orem. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Internet]. 2008; [citado em 20 mai 22013] 10:13-28. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a02.pdf>.
9. Figueiredo MLF, Luz MHBA, Brito CMS, Sousa SNS, Silva, DRS. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. Rev Bras Enferm. 2008; 61:464-9.
10. Araújo CRD, Lucena STM, Santos IBC, Soares MJGO. A enfermagem e a utilização da Escala de Braden em Úlcera por Pressão. Rev enferm UERJ. 2010; 18:359-64.
11. Fernandes LM, Caliri MHL, Haas VJ. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão. Acta Paul Enferm. 2008; 21:305-11.
12. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007; 15:337-43.
13. Rech V, Teixeira L, Sachetti A, Fontana C, Romano A. Pressão arterial após atividades físicas orientadas em idosos hipertensos. SaudPesq. 2013; 6:75-83.

14. Tavares DMS, Martins NPF, Diniz MA, Dias FA, Santos NMF. Qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:438-44.
15. Marques GQ, Freitas IBA. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde. *Rev esc enferm USP*. 2009; 43:825-32.
16. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva (Swi): WHO; 2011.
17. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
18. Pimenta GMF, Costa MASMC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Rev esc enferm USP*. 2009; 43:609-14.
19. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19:523-30.
20. Stotts NA, Hopf HW. Facilitating positive outcomes in older adults with wounds. *Nurs Clin North Am*. 2005; 40:267-79.
21. Souza DMST, Santos VLCC. Incidência de úlceras por pressão e fatores de risco em idosos institucionalizados. *Estima*. 2006; 4:45.
22. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciênc saúde coletiva*. 2004; 9:833-40.
23. Irion G. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
24. Costa MP, Sturtz G, Costa FPP, Ferreira MC, Barros Filho TEP. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. *Acta Ortop Bras*. 2005; 13:124-33.
25. Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Esc Anna Nery*. 2007; 11:520-5.
26. Thober E, Creutzberg M, Viegas K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58:438-43.
27. Abrahão SS, Ricas J, Andrade DF, Pompeu FC, Chamahum L, Araújo TM. Estudo descritivo sobre a prática da diálise peritoneal em domicílio. *J Bras Nefrol*. 2010; 32:45-50.
28. Rocha MPF, Vieira MA, Sena RR. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61:801-8.