

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DÉBORA NUNES DA SILVA

PROPOSTA DE ORIENTAÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS A CUIDADORES DE
PACIENTES RESTRITOS AO LEITO

Curitiba

2011

DÉBORA NUNES DA SILVA

PROPOSTA DE ORIENTAÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS A CUIDADORES DE
PACIENTES RESTRITOS AO LEITO

PROJETO TÉCNICO apresentado à
Universidade Federal do Paraná
para obtenção do título de
Especialista em Gestão Pública em Saúde.
Orientador: Profa. Valéria Cabral Neves

Curitiba
2011

SUMÁRIO

<u>SUMÁRIO.....</u>	<u>3</u>
<u>IBGE. Em 2003, expectativa de vida do brasileiro subiu para 71,3 anos. 2004.</u>	
<u>Disponível em:</u>	
<u>http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?</u>	
<u>id_noticia=266. Acesso em de 24 set. 2011.</u>	<u>14</u>

1) Introdução

A expectativa de vida no Brasil vem crescendo nestas últimas décadas, trazendo consigo uma realidade desagradável à sociedade, o aumento na incidência de doenças senis e suas conseqüências (IBGE, 2004). Neste contexto, nos deparamos com muitos idosos portadores de doenças crônicas, dependentes de cuidados e restritos ao leito. Rotineiramente são tratados nas unidades de neurologia, clínica médica e terapia intensiva dos hospitais tanto públicos quanto privados. Em geral, estes pacientes necessitam de cuidados de higiene corporal, alimentação e reabilitação, por motivo de total incapacidade física, o qual muitas vezes, apresenta risco de complicações respiratórias e motoras (KISNER e COLBY, 2001).

Este perfil de pacientes, na maioria das vezes, por razões financeiras e dificuldades no transporte são impossibilitados de ir até uma clínica de fisioterapia para sua reabilitação já na fase ambulatorial (FIELD et al, 1983). Em decorrência dessas limitações, é necessário que o fisioterapeuta realize orientações e ensine procedimentos simples aos familiares e ao cuidador ainda no ambiente hospitalar. Estas orientações têm o intuito de promover a melhora da qualidade da assistência domiciliar ao paciente (EASTON et al, 1994; FARZAN, 1991).

O cuidador é peça fundamental na manutenção do cuidado e saúde do paciente restrito ao leito. Ele sempre deverá receber o treinamento e as orientações adequadas sobre os procedimentos que realizará com o paciente diariamente (EVANS, 1992). Como conseqüência disso, observou-se a necessidade de melhorar a qualidade e a segurança deste tipo de assistência.

O presente projeto propõe o treinamento ao cuidador e a elaboração de um manual de orientações para os cuidados gerais com o paciente restrito ao leito. Além disso, tem por objetivo apresentá-lo ao cuidador antes da alta hospitalar do paciente. Portanto, promovendo o conhecimento aos envolvidos no processo de cuidado ao doente e, com isso, evitando complicações e novos internamentos.

2) Revisão Teórica – Empírica

O paciente restrito ao leito é o indivíduo que permanece numa situação de total dependência. Na maioria das vezes em consequência de sequelas de patologias neurológicas, cardiovasculares, pulmonares e ortopédicas. As sequelas mais comuns são as alterações do tônus muscular, as atrofia musculares e as deformidades articulares. Além disso, limitam e dificultam a higiene corporal, posicionamento e posturas adequadas, agravando ainda mais o estado do indivíduo (KISNER e COLBY, 2001).

Um dos objetivos da fisioterapia é proporcionar melhor qualidade de vida deste tipo de paciente. Portanto, o profissional deve contar com o auxílio de familiares e responsáveis para o complemento e continuidade desses cuidados com o indivíduo. Para isso, deve-se orientar os responsáveis pelo paciente para a realização de procedimentos que proporcionem o seu conforto e bem estar, além de proporcionar manutenção e/ou melhora do quadro clínico do paciente (MELO, 2003).

Para que haja amplitude de movimento normal na articulação é necessário haver mobilidade e flexibilidade dos tecidos moles que circunda a articulação, ou seja, músculos, tecido conjuntivo e pele. A mobilidade adequada dos tecidos moles e articulações parece ser também um fator importante na prevenção de lesões epidérmicas (úlceras de pressão). A mobilidade do indivíduo pode estar comprometida devido ao repouso prolongado no leito ou confinamento em cadeira de rodas. Isto pode resultar em posicionamento estático e geralmente incorreto à longo prazo das articulações e tecidos moles (EISENBERGUER e ZELEZNIK, 2003; CULLUM et al, 2004).

Em algumas doenças neuromusculares a imobilidade física ocorre devido a desequilíbrios musculares, já as que afetam o tecido conjuntivo podem causar dor, espasmo muscular, inflamação e fraqueza, alterando a estrutura dos tecidos moles (KISNER e COLBY, 2001).

Situações como inflamação e edema de partes moles, hemorragia, incisão cirúrgica e queimaduras podem levar à produção de um tecido fibroso denso, que substitui o tecido mole normal. Estes tecidos moles perdem sua elasticidade e plasticidade normal, resultando em perda de amplitude de movimento, dificultando procedimentos de higiene e mobilização (KISNER e COLBY, 2001).

Com a imobilização há o enfraquecimento do tecido devido a reabsorção de colágeno e formação de adesões pelo aumento das ligações entre fibras de colágenos desorganizadas, além de causar ulcerações no tecido cartilaginoso articular, pelas alterações provocadas nesse tecido, tais como perda de proteoglicanas (que é um componente que ajuda na sustentação do tecido conjuntivo), perda de massa muscular e perda do volume total da cartilagem (LANTZ, 1998), além do surgimento das contraturas. Desta forma, é necessário promover mobilização precoce, uma vez que esta promove diminuição da rigidez. (ZARINS, 1982 in: KISNER, 1998).

O paciente restrito ao leito também tem maior probabilidade de desenvolver osteopenia e osteoporose, uma vez que o tecido ósseo é afetado pela imobilização e falta de tomada de peso, contribuindo para a absorção do tecido ósseo (KANEPS, 1997).

Os principais fatores que previnem os eventos adversos da imobilidade prolongada é a manutenção da estabilidade motora do paciente. Com frequência essas medidas são realizadas pelo fisioterapeuta, com a aplicação de técnicas de mobilização denominadas Cinesioterapia. Esta técnica objetiva manutenção e/ou melhora do movimento livre sobre o músculo e articulação (KISNER e COLBY, 2001).

A cinesioterapia pode ser passiva, quando o movimento é realizado pelo profissional; ativo-assistido, quando o profissional ajuda o paciente no movimento; e a ativa, quando o paciente consegue realizar o movimento sozinho (KISNER e COLBY, 2001).

De acordo com Willmore e Costill (2001), os principais fatores que favorecem a estabilidade motora do paciente acamado é a constante mobilização, pois permite o aumento do número de capilares que circundam a fibra muscular. Devido a isso ocorre uma maior troca gasosa de calor, produtos metabólicos e de nutrientes entre o sangue e a fibra muscular em atividade. Isto mantém um ambiente adequado para produção de energia e para contrações musculares repetitivas.

Esta manipulação dos tecidos, da pele e da fáscia também exerce um efeito sobre os músculos não-estriados das arteríolas. A resposta é vasomotora e, portanto, de tonificação das fibras musculares lisas. Além disso, a manipulação dos tecidos moles inevitavelmente inclui a manipulação das arteríolas superficiais, o que ativa uma

contração reflexa adicional de suas paredes musculares, seguida de uma dilatação dos músculos involuntários (CASSAR, 2001). Estes são temporariamente paralisados e não podem mais se contrair, o que resulta em vasodilatação.

Quando é realizado movimento de deslizamento superficial (deslizamento da mão sobre a pele) é observado o efeito vasomotor, manifestando-se pela palidez da pele devido ao esvaziamento das veias. O movimento de deslizamento no sentido distal para proximal melhora o retorno venoso, causando hiperemia local e conduzindo melhora do fluxo do ventrículo esquerdo do coração. Também ocorre o deslocamento do excesso de líquido corporal, favorecendo a diurese. Desta forma, a melhora de edemas e hematomas é acentuada (CASSAR, 2001).

Para que seja possível prevenir todos esses efeitos é necessário que o paciente seja criteriosamente avaliado por profissionais capacitados e tenha uma orientação individualizada aos familiares e cuidadores do mesmo. O fisioterapeuta possui conhecimento e competência para estabelecer um plano terapêutico adequado, no intuito de facilitar a assistência do paciente restrito ao leito, orientando assim uma rotina diária de exercícios e atividades simples que promovam o bem-estar do paciente e contribua para sua estabilidade clínica (BAILE *et al*, 2000).

Contudo, para tais medidas preventivas, também é necessária a presença de um indivíduo capaz de perpetuar essas ações quando o paciente receber alta hospitalar. Este indivíduo pode ou não ter o vínculo familiar, mas deve ter disponibilidade em acompanhar e assistir ao paciente em sua rotina diária de exercícios e tarefas, tais como, alimentação, higiene pessoal, medicações de rotina, acompanhamentos aos serviços de saúde, etc. Este profissional é de grande importância para a manutenção clínica do paciente restrito ao leito. No entanto, na maioria das vezes, estes cuidadores sentem-se insatisfeitos, incapazes e inseguros, assumindo seu papel, porque não têm a segurança se estão atendendo, adequadamente, as necessidades básicas do seu paciente no domicílio (MELLO e DRIUSSO, 2006).

É necessário que o fisioterapeuta promova precocemente o treinamento e o envolvimento da família e do cuidador antes da alta hospitalar. Oferecendo condições

para a aquisição de informações, de conhecimento e de habilidades. Conferindo-lhe segurança e competência mínima em atividades como: mobilização no leito, massagem superficial para ativar a circulação sanguínea (deslizamento superficial) manutenção das vias aéreas, dentre outros cuidados considerados essenciais. (KHUMALO e ZUNGU, 1995).

Baseando-se na proposta de melhorar a qualidade de vida deste perfil de paciente, o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado promoveu uma série de programas voltados à qualidade, denominado Programa de Qualidade e Participação na Administração Pública, sendo que o objetivo principal é levar excelência do atendimento ao cidadão, ao menor custo possível (MINISTERIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, 1997).

Defende-se com esta proposta que a adoção da Qualidade como instrumento de modernização da administração pública brasileira deverá levar em conta simultaneamente a sua dimensão formal - que se refere à competência para produzir e aplica métodos, técnicas e ferramentas - e a sua dimensão política - que se refere a competência para projetar e realizar organizações públicas que atendam às necessidades dos clientes. É importante salientar que a gestão pela Qualidade instrumentalizará o alcance da dimensão política em sua expressão mais ampla: a qualidade de vida. Dentro dos objetivos gerais deste Programa pretende-se: Contribuir para a melhoria da Qualidade dos serviços públicos, por meio da institucionalização dos seus princípios, com ênfase na participação dos servidores. Além disso, apoiar o processo de mudança de uma cultura burocrática para uma cultura gerencial, fortalecendo a delegação, o atendimento ao cidadão; a racionalidade no modo de fazer; a motivação dos servidores e o controle de resultados (MINISTERIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, 1997).

Desta forma, a elaboração deste projeto é voltado à assistência e cuidado aos pacientes dependentes e restritos ao leito, de forma viável, dentro da prática atual de gestão pública deste hospital.

3) Metodologia

Este projeto trata-se de uma abordagem qualitativa baseada no estudo bibliográfico em artigos no Lilacs, Bireme e bibliografias escritas. Foi realizada a revisão bibliográfica dos assuntos relacionados ao processo da imobilidade prolongada no leito de pacientes idosos e crônicos, bem como, as consequências da mesma. Além disso, a importância do papel do fisioterapeuta na prevenção desses eventos e na orientação à família antes da alta hospitalar.

Com o intuito de colocar em prática os conhecimentos e colaborar com a manutenção clínica do paciente acamado, foi confeccionado um manual para orientação ao cuidador, o qual ensina procedimentos básicos para a manipulação destes indivíduos, e realizado uma proposta ao Hospital de Clínicas para que esta Instituição viabilize a prática deste projeto.

4) Organização Pública

Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná, situado em Curitiba-PR, é totalmente público, financiado pelo sistema único de saúde (SUS). Possui como visão o atendimento em referência nos níveis terciário e quaternário, articulado com outras instâncias da UFPR, os níveis primário e secundário (UFPR, 2011).

Em 2009 iniciou-se uma nova forma de gestão pública no serviço de reabilitação do HC, denominada unidade de atendimento multiprofissional (UNIMULT), com a finalidade de prestar serviço com qualidade ao usuário do Hospital de Clínicas. A UNIMULT é formada pelos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Musicoterapia, Educação Física, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, completando o quadro com 116 profissionais (UFPR, 2011).

Como os profissionais que atendem no Hospital de Clínicas visam promover tratamento dos paciente e atenção à família, além de projetos de aprendizagem e humanização hospitalar (UNIMULT, 2011), observou-se a necessidade de realizar uma proposta de trabalho para auxiliar os cuidadores de pacientes totalmente

dependentes, tratados na área de neurologia do Hospital, com ênfase na assistência domiciliar. Estes pacientes muitas vezes retornam ao hospital por desenvolver infecções ou piora pulmonar, que em sua maioria poderia ser evitada com cuidados simples e profiláticos no domicílio.

5) Proposta:

Em Junho de 1995 iniciou-se o PROGRAMA DE GARANTIA E APRIMORAMENTO DA QUALIDADE EM SAÚDE, onde se discutiu temas relacionados com a melhoria da qualidade do serviço prestado ao indivíduo. Desta forma, foi encaminhado um projeto que definia metas para implantação de um processo de certificação de hospitais identificado como ACREDITAÇÃO HOSPITALAR. Sendo assim, em 1998, surgiu o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Em abril/maio de 1999 foi então constituída juridicamente a ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA), iniciando-se a partir daí a implantação das normas técnicas do sistema brasileiro de acreditação. Segundo esta organização, o processo de acreditação hospitalar tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial.

Seguindo este pensamento, o Hospital de Clínicas possui um instrumento prático com o intuito de padronizar alguns procedimentos, conhecido como procedimento operacional padrão (POP), com o objetivo de melhoria contínua no atendimento, treinamento e padronização das atividades realizadas por todos profissionais desta instituição, como isso, diminuindo as chances de erros operacionais.

A acreditação hospitalar visa manter a instituição focada no desenvolvimento contínuo das padronizações dessas ações, para melhora da qualidade na assistência. Portanto, deve estimular a capacitação e o treinamento dos profissionais da instituição. Por sua vez, a capacitação de familiares e cuidadores vão de encontro a esta

premissa, pois são estes os indivíduos que irão facilitar e garantir a qualidade dos cuidados dos pacientes em seus domicílios. Desta forma, viu-se a necessidade de elaborar um POP (ANEXO I), voltado à orientação de cuidadores destes pacientes do setor de neurologia do HC, objetivando treinar este cuidador e deixá-lo capacitado a realizar cuidados básicos que, por sua vez, podem auxiliar a melhora da qualidade de vida do paciente restrito ao leito. Além das orientações, observou-se a importância de haver o registro destas, evitando com isso o erro de procedimento pelo esquecimento. Desta forma, elaborou-se juntamente com o POP, um manual explicativo que será fornecido ao cuidador (ANEXO II).

O fisioterapeuta, bem como, outros profissionais de acordo com sua especialidade, serão os responsáveis pelo treinamento e capacitação destes indivíduos. Os fisioterapeutas farão o treinamento de forma individualizada a cada paciente e seu cuidador durante a sua jornada de trabalho. O fisioterapeuta fará um planejamento de orientações que serão repassadas num período médio de 30 minutos por paciente. Este treinamento deverá ser feito de maneira individualizada, já que necessitará demonstrar as orientações na prática, pois desta forma será possível identificar quais as principais dificuldades do cuidador. É necessário que pelo menos dois fisioterapeutas sejam responsáveis pelas orientações, onde poderá ser feito horário de serviço, um profissional pela manhã e outra à tarde. O profissional indicado se responsabilizará pelas orientações ao paciente por solicitação médica, bem como, por solicitação de qualquer profissional, envolvido na assistência deste paciente. Este treinamento deve anteceder a alta hospitalar, constará de dois dias de participação. No primeiro dia o fisioterapeuta seguirá a seqüência de orientações contidas no manual explicativo e repassará as informações. No segundo dia, o fisioterapeuta solicitará que o cuidador realize as orientações repassadas no dia anterior e esclareça suas dúvidas. O manual explicativo deverá ser entregue no primeiro dia. Espera-se com este projeto alcançar grau de conhecimento satisfatório dos cuidadores.

A instituição não será onerada com a prática deste projeto. O plano de implantação deverá ser realizado à medida que houver a validação da proposta pela própria Instituição e a verificação de viabilidade de recursos financeiros. Será

necessária a disponibilização destes recursos, para a confecção dos manuais, o que acarretará em custos por paciente de R\$ 4,60 conforme tabela abaixo (tabela 1):

Custo com confecção por Manual			
Procedimento	Quantidade	Custo Unidade/R\$	Custo Total/ R\$
<i>Fotocópias</i>	8	0,2	1,6
<i>Encadernação</i>	1	3	3
<i>Preço por manual</i>			4,6

Tabela 1: representação do custo estimado da confecção de manual por paciente.

Uma vez alcançado este objetivo, será possível proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes restritos ao leito e evitar custos ao SUS causada pela hospitalização desnecessária. No entanto, situações adversas podem surgir como: cuidador não possuir instrução satisfatória para aprender os cuidados propostos. Neste caso, ele deverá ser reorientado repetidamente as informações e solicitar que o mesmo realize os procedimentos junto com o fisioterapeuta, a fim de proporcionar segurança no manejo do paciente.

6) Conclusão:

A imobilização e falta de cuidados básicos no paciente dependente de cuidados e restrito ao leito, pode trazer sérias conseqüências que interferem em sua qualidade de vida. A ocorrência de atrofias e encurtamentos que dificultam a higiene, surgimento de úlceras de pressão, a piora da função pulmonar, muitas vezes pela falta de informação, no cuidado com as vias aéreas e acúmulo de secreções pulmonares. O cuidador é peça fundamental neste processo de cuidados, fora do ambiente hospitalar. No entanto, deve estar capacitado por uma equipe multiprofissional antes da alta hospitalar do paciente dependente. Com isso, pode atingir a aptidão em realizar de procedimentos necessários e na maioria das vezes simples ao paciente, como

mudanças de decúbito, higiene corporal, mobilização de membros, deslocamentos e deambulação assistida e aspiração de vias aéreas.

Para alcançar a qualidade do serviço e favorecer a estabilidade clínica do paciente em seu domicílio, as orientações do fisioterapeuta e entrega do manual explicativo facilitará as atividades diárias de cuidados com o indivíduo acamado, e proporcionará que a própria família leve o paciente para seu domicílio com mais segurança.

Um cuidador bem orientado e seguro, melhora a segurança e a qualidade da assistência. Portanto, melhora as condições de vida diária destes pacientes e seus familiares. Além disso, diminui os riscos de reinternações, contribuindo também para a redução de custos para a instituição pública e para a família.

7) Referencias

BAILE WF et al. *A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*. *Oncologist*. 2000;5:302-11.

BRASIL. RDC/ANVISA n.11, de 26 de Janeiro de 2006. Atendimento Domiciliar.

Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-domiciliar/ANVISA11.pdf. Acesso em 24 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Programa da qualidade e participação na administração pública / Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado: Brasília: MARE, 1997. 59 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 4)

CASSAR, M. P. Manual de massagem terapêutica: um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta. São Paulo: Manole, 2001

CULLUM N et al. *Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment*. *Cochrane Library*. 2004;(2).

EASTON KL et al. *Developing and implementing a stroke education series for patients and families*. Rehabil Nurs 1994 Nov/Dec; 19(6): 348-51.

EISENBERGUER A; ZELEZNIK J. *Pressure ulcer prevention and treatment in Hospices: a qualitative analysis*. J Palliat Care. 2003;19(1):9-14.

EVANS R. *Poststroke family function: an evaluation of the family's role in rehabilitation*. Rehabil Nurs 1992 May/Jun; 17(3): 127-31.

FARZAN DT. *Reintegration for stroke survivor: home and community considerations*. Nurs Clin North Am 1991 Dec; 26(4):1037-48.

FIELD D et al. *Coping with stroke at home*. Int Rehabil Med 1983; 5(2): 96-100.

FOX, E. L et al. *Bases fisiológicas do exercício e do esporte*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

IBGE. ***Em 2003, expectativa de vida do brasileiro subiu para 71,3 anos. 2004.***

Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266. Acesso em de 24 set. 2011.

JUNQUEIRA LC, CARNEIRO J. *Histologia básica*. 9a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999

KISNER, C; COLBY, L. A. *Execícios Terapêuticos Fundamentos e Técnicas*. 3.ed. São Paulo: Manole, 2001.

KANEPS SJ, STOVER SM, LANE NE. Changes in canine cortical and cancellous bone mechanical properties following immobilization and remobilization with exercise. Bone 1997;21:419-23.. In: PORTINHO ET AL. Efeitos sobre o tecido ósseo e cartilagem articular provocados...)

LANTZ CA. Immobilization degeneration and the fixation hypothesis of chiropractic subluxation. A review of the literature related to the degeneration of connective tissue

following joint immobilization: implications concerning the fixation hypothesis of chiropractic subluxations. *Chiropractic Res J* 1998;1:21-46.. In: Portinho ET AL

LEITE, P. F. *Aptidão Física e Saúde*. 3 ed. São Paulo: Robe, 2000.

MAGLISCHO, E. W. *Nadando ainda mais rápido*. São Paulo:manole, 1999

MELO, M. A; DRIUSSO, P. *Proposta Fisioterapêutica para os cuidados de Portadores da Doença de Alzheimer*. *Revista Envelhecimento e Saúde*, São Caetano do Sul, vol.12, n. 4, 2006.

MELO, A. G. C. *Os cuidados paliativos no Brasil*. *Mundo Saúde*. 2003;27(1):58-63.

Organização Nacional de Acreditação. *O que é acreditação?*. 2004. Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>. Acesso em 29 set. 2011.

SPENCE A. P. *Anatomia humana básica*. 2a. ed. São Paulo: Manole, 1991

STEVENS A, LOWE J. *Histologia humana*. 2a. ed. São Paulo: Manole, 2001.

UNIMULT- Unidade de Atendimento Multiprofissional. <http://www.hc.ufpr.br/dru6/>. Acesso em 24 de setembro de 2011.

WILMORE, J. H; COSTILL, D.L. *Fisiologia do esporte e do exercício*. 2 ed. São Paulo: Manole, 2001.

8) ANEXO I

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP -(SIGLAS) – Nº 75		Folha 01/0
UNIDADE FUNCIONAL/SERVIÇO/SEÇÃO UNIMULT/Seção reabilitação		
NOME DO PROCEDIMENTO ORIENTAÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS AOS CUIDADORES DE PACIENTES ACAMADOS		
ELABORADO POR DÉBORA NUNES DA SILVA E VALÉRIA CABRAL NEVES		DATA 15/09/2011
APROVADO POR Claudia Bonfim chefe imediata do setor fisioterapia		DATA
RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO VALÉRIA CABRAL NEVES E DÉBORA NUNES DA SILVA		
REVISÕES	DATA	RESPONSÁVEL
1ª REVISÃO		
2ª REVISÃO		
3ª REVISÃO		
4ª REVISÃO		

REGISTRO DE PÁGINAS QUE FORAM ALTERADAS E SUBSTITUÍDAS

1ª REVISÃO	
2ª REVISÃO	
3ª REVISÃO	
4ª REVISÃO	

Objetivo do Procedimento:

Realizar orientação de cuidados básicos para cuidadores de pacientes acamados , durante o processo de alta hospitalar.

- 1- Setor de neurologia solicitar à unimult do hospital de clínicas a visita do fisioterapeuta para orientações de alta.
- 2- Unimult: receber o pedido de realização de orientações fisioterapêuticas realizado pelo médico responsável que planeja dar alta para o paciente.
- 3- Leitura do prontuário médico
- 4- Avaliação fisioterapêutica do paciente
- 5- Identificar o cuidador e verificar grau de instrução
- 6- Verificar quais os conhecimentos prévios do cuidador
- 7- . Realizar as orientações fisioterapêuticas ao cuidador, com a presença de um familiar
- 8- Ensinar como lavar as mãos
- 9- Explicar os pontos mais suscetíveis à úlcera por pressão
- 10- Ensinar posicionamentos no leito e transferências
- 11- Ensinar os cuidados com traqueostomia
- 12- Ensinar o procedimento de aspiração
- 13- Ensinar cuidados com a oxigenioterapia, quando o paciente fizer uso do gás
- 14- Ensinar manobras desobstrutivas simples
- 15- Ensinar mobilização global simples
- 16- Identificar no prontuário médico as orientações realizadas
- 17- Realizar nova visita no dia subsequente solicitando que o cuidador faça sozinho as orientações que recebeu no dia anterior.
- 18- Deixar o manual de orientações fisioterapêuticas com o responsável que recebeu as orientações
- 19- Caso esteja apto, deixar evoluído em prontuário que a solicitação médica de orientações foi efetuada com sucesso. Caso contrário, deixar um familiar apto para este ensinar e acompanhar o cuidador.
- 20- Descrição no prontuário médico se houve alguma intercorrência e como esta foi resolvida
- 21- Descrição em prontuário se o paciente possui condições de alta, no ponto de vista fisioterapêutico.
- 22- Registro da avaliação fisioterapêutica realizada no sistema informatizado do hospital de clínicas

REFERENCIAS:

- 1- BERGASTROM,N; ALLMAN,RM; CARLSON,CE, et al. Pressure Ulcers in Adults: Prediction an Prevention. Clinical Practice Guideline. Quick reference Guide for Clinicians, nº 3. Rockville, MD: US. Departament of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPH Publication nº 92-0050, May 1992-
- 2- KISNER, C; COLBY, L. A. Exercícios Terapêuticos Fundamentos e Técnicas. 3.ed. São Paulo: Manole, 2001.
- 3- INCA- orientações a pessoa traqueostomizada. Ministério da Saúde. Caderno n. 311. Disponível em : [ttp://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/manuais/pessoatraqueostomizada.pdf](http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/manuais/pessoatraqueostomizada.pdf). Acesso em 01 set. 2011
- 4- IRION, Glenn. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 5 -SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10. ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

09) ANEXO II

**ORIENTAÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS PARA
CUIDADORES DE PACIENTES RESTRITOS AO
LEITO**



DÉBORA NUNES DA SILVA

**Curitiba
2011**

SUMÁRIO

<u>SUMÁRIO.....</u>	<u>3</u>
<u>IBGE. Em 2003, expectativa de vida do brasileiro subiu para 71,3 anos. 2004.</u>	
<u>Disponível em:</u>	
<u>http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?</u>	
<u>id_noticia=266. Acesso em de 24 set. 2011.</u>	<u>14</u>

ORIENTAÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS PARA CUIDADORES DE PACIENTES RESTRITOS AO LEITO

1) O que é um cuidador?

Cuidador é a pessoa que , com ou sem vínculo familiar, cuida do paciente doente e o ajuda no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde etc.

2) O que é um paciente restrito ao leito?

É um termo utilizado para referir uma situação de parcial ou total dependência do paciente, o qual permanece deitado sem conseguir levantar-se sozinho. Este manual abordará patologias progressivas como Alzheimer, Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica e outras.

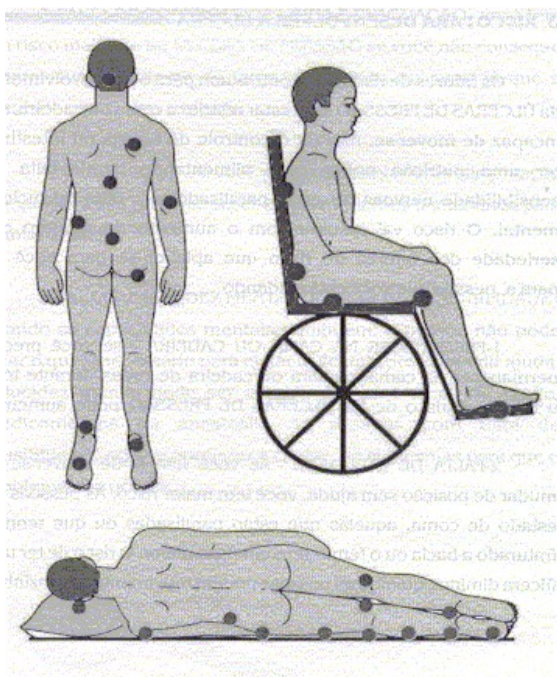
3) Qual o principal cuidado ao manipular um paciente restrito ao leito?

Antes de mais nada, o cuidador deverá fazer a higiene das mãos, lavando-as de maneira adequada. Segue abaixo a sequência correta:



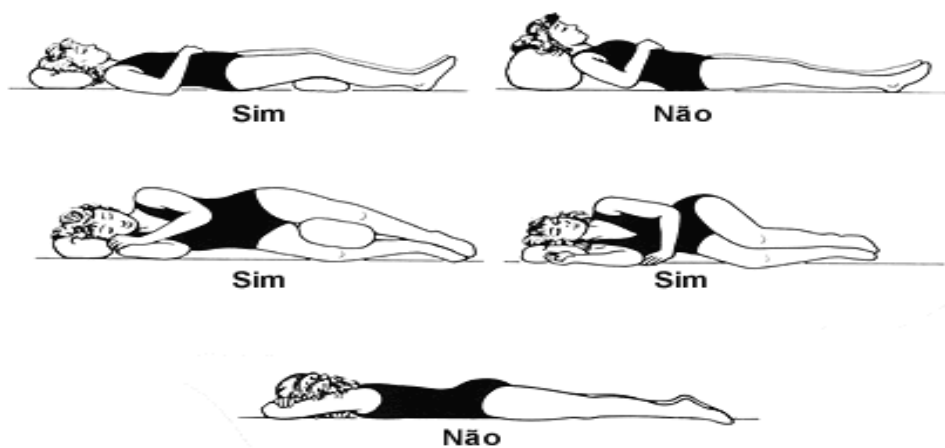
4) O que são úlceras por pressão? O que fazer para preveni-las?

Úlcera por pressão é uma lesão na pele causada por excesso de pressão numa região, principalmente localizada em regiões de proeminências ósseas. Quando a lesão de pele aparece já com necrose (tecido morto), é denominado escara. O primeiro sinal da formação da úlcera é uma vermelhidão localizada em um ponto da pele, evolui com a lesão da pele e do músculo, aprofundando até o osso. (1, 2). A mudança de posição do paciente no leito deve ser realizada a cada 2 horas, pois assim evita-se que áreas de isquemia (falta de circulação do sangue) sejam instaladas. Na figura abaixo, são identificados os pontos mais suscetíveis para instalação de escaras.

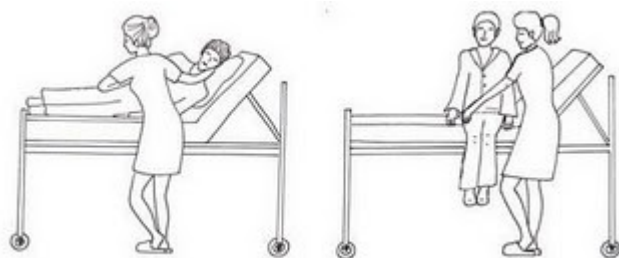


Pontos de maior incidência para formação de escaras (3)

O paciente deverá ser posicionamento no leito sempre com coxins ou apoio macio entre as extremidades ósseas:



Para a mudança de posição no leito, o cuidador deverá ter a seguinte atenção: sempre pegar em articulações; não puxar um membro sozinho para se evitar distensão muscular; sempre apoiar a cabeça e tronco.

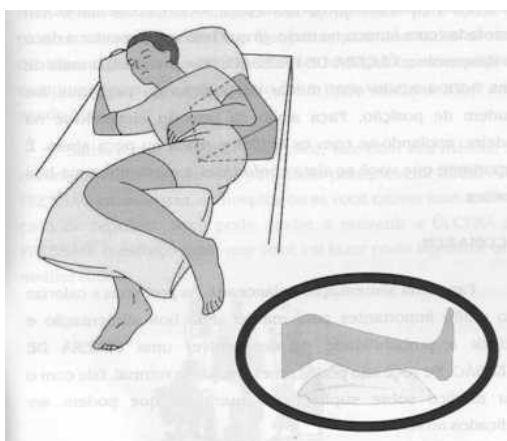


Mudança de posição: sentado para deitado.

* Supino para lateral



Mudança de posição: de barriga para cima para posição de lado



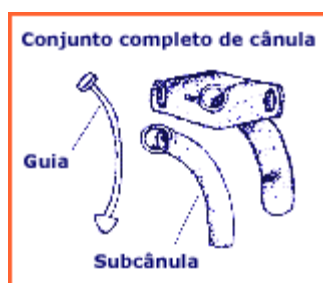
(3)

Paciente em posição lateral. Os calcâneos devem permanecer livres de pressão.
Referencia: Bergstrom, 1992

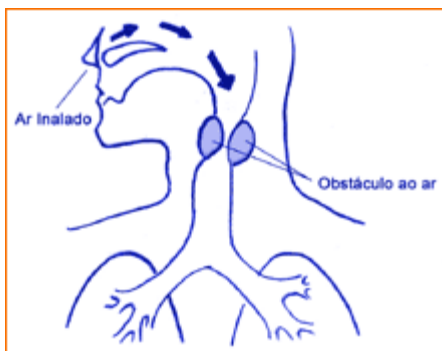
5) O que é traqueostomia? Quais os cuidados a serem realizados?

A traqueostomia é um dos recursos que podem ser usados para facilitar a chegada de ar aos pulmões quando existe alguma obstrução no trajeto natural.

fica na parte local, é



Traqueostomia é uma pequena abertura feita na traquéia, que anterior do pescoço, próxima ao "pomo de Adão". Neste introduzido um tubo de metal (chamado cânula traqueal) para



facilitar a entrada de ar.



5.1) Cuidados com a higiene

Seu conjunto de cânula deve ser esterilizado sempre que for trocado. Para isto, faça o seguinte:

1. Retire o cadarço antigo. Lave-o ou jogue-o fora se estiver muito desfiado.
2. Coloque o conjunto de cânula de molho em água e sabão por alguns minutos. Use um recipiente somente para isso.
3. Depois que a crosta de secreções estiver amolecida, esfregue bem a cânula e a subcânula, por dentro e por fora, usando uma esponja ou uma tira de tecido com sabão.
4. Enxagüe com água corrente para tirar todo o resíduo do sabão.
5. Esterilize o conjunto completo em água fervente por 10 minutos, no mínimo.
6. Após a esterilização, guardar em recipiente com tampa (também esterilizado ou bem desinfetado com álcool). Este recipiente deve ser utilizado apenas para a cânula. (INCA)

5.2) Cuidados com o curativo

Limpe a subcânula três vezes ao dia, no mínimo, e a mantenha sempre no lugar. Ela é a sua segurança em casos de entupimento, por exemplo, pois você poderá trocá-la rapidamente, sem ficar sufocado. Mantenha uma boa higiene na área ao redor da traqueostomia, limpando-a cuidadosamente com sabonete neutro (sabonete de bebê ou de glicerina) e água limpa, pelo menos duas vezes ao dia. Conserve a região ao redor da traqueostomia com a pele bem hidratada com um creme suave, sem perfume.

Utilize um acolchoado (com duas gazes dobradas) entre a cânula e a pele do pescoço, mantendo-o sempre limpo e seco. Isso evitará que a cânula incomode ou irrite a pele ao redor do traqueostoma. Mantenha a traqueostomia protegida por um avental pequeno (rede de crochê) para evitar a entrada de poeira ou ciscos e principalmente o ressecamento da traquéia e dos brônquios. Lembre-se de que agora o ar que entra em seus pulmões não passa mais através do nariz, onde era filtrado, aquecido e umidificado naturalmente. Isso significa que você deverá tomar mais cuidado com a qualidade do ar que respira. Use material macio para o cadarço e não o coloque muito apertado, de forma que não machuque seu pescoço.

5.3) Cuidados com a Aspiração de Vias Aéreas

Algumas patologias provocam a retenção de secreções nas vias respiratórias (faringe, traqueia ou brônquios), já que os doentes não conseguem eliminá-las de forma activa através da tosse e da expectoração. Nestes casos, devem ser eliminadas de forma artificial mediante sistemas de sucção ou aspiração. A aspiração de secreções consiste na eliminação das mucosidades respiratórias retidas, através de um equipamento aspirador especialmente desenhado para isso.

Por meio da eliminação das secreções produzidas consegue-se manter a permeabilidade das vias respiratórias para favorecer o intercâmbio gasoso pulmonar e evitar pneumonias causadas pela acumulação de mucosidade.

Tipos de Aspirações: 1. Cavidade oral; 2. Nasofaringe; 3. Orotraqueal; 4. Traqueostomia

Material utilizado: Aspirador elétrico ou de venturi (Aspirador para uso em rede canalizada de oxigênio ou ar comprimido); látex para aspiração; sonda de aspiração; luva de procedimento; luva estéril; ambú conectado à rede de O₂; gase.

Procedimento: 1. Lavar as mãos; 2. Separar material; 3. ligar o aspirador; 4. posicionar paciente e orientá-lo; 5. colocar as luvas de procedimento; 6. abrir recipiente com a luva estéril, sem tocá-la; 7. calçar a luva estéril na mão dominante; 8. pegar a sonda com a mão dominante, cuidando para não encostar em nenhum local não-esteril, e conectá-la ao látex de aspiração; 9. Introduzir a sonda fechada (a outra mão fechando o sistema) na traqueostomia ou nasofaringe, e quando houver reflexo de tosse, puxar a sonda com o sistema aberto, realizando a sucção de maneira circular e suave; 10. Se houver rolha em traqueostomia, instilar soro fisiológico e aspirar novamente; 11. Aspirar região de nasofaringe (após traqueostomia); 12. Aspirar cavidade oral; 13. Desprezar a sonda e luva estéril dentro da luva de procedimento; 14. Lavar o látex com água limpa, colocando-o no recipiente com água ; 15. jogar o material utilizado em lixo infectante; 16. Desligar o aspirador; 17. Lavar as mãos.

Sempre obedecer a seqüência de aspiração: 1)traqueostomia, 2)Nasofaringe, 3) Orotraqueal, 4) Cavidade oral. Para aspirar somente a boca não é necessário luva estéril (somente de procedimento).

Cuidados com o material: Látex: deve ser lavado sempre após o uso. Pode ser lavado aspirando água e sabão neutro; Frasco de aspiração: Deve ser desprezada as secreções em rede de esgoto (descarga) e lavado o frasco com água fervida e sabão neutro.

5.4) Cuidados com a tosse

Faça nebulizações sempre que sentir muito ressecamento nas vias aéreas ou estiver com dificuldade para expelir a secreção dos pulmões. É comum isto ocorrer pela manhã, logo após acordar. Neste caso, faça uma nebulização com soro fisiológico 0,9 % (5ml).

É comum ter tosse após a traqueostomia. Não se preocupe! Isto se deve à maior quantidade de partículas de poeira que entram (antes filtradas pelas mucosas da boca e narinas) e que serão eliminadas pela tosse.

Não deixe que a secreção expectorada fique acumulada ao redor da cânula. Isso favorece a infecção pulmonar e atrai insetos devido ao mau cheiro que produz.

Também é comum que a subcânula saia durante os acessos de tosse. Se isto acontecer, coloque outra subcânula limpa no lugar. Lave e esterilize novamente aquela que caiu. Se você não conseguir encontrá-la, traga o conjunto que ficou incompleto para trocar por outro novo no ambulatório de curativos, assim que puder.

Quando seu conjunto de cânula estiver amassado ou perdendo o cromado, troque por outro novo no ambulatório. Cuidados com o material de inalação: Realizar a limpeza do material a cada 24 horas, utilizando água e sabão neutro para a limpeza e em seguida passar álcool 70%.

6) O que é oxigenioterapia? Quais os equipamentos utilizados?

Consiste na administração de oxigênio numa concentração de pressão superior à encontrada na atmosfera ambiental para corrigir e atenuar deficiência de oxigênio ou hipóxia (falta de oxigênio). Ela pode ser administrada das seguintes formas: 1) cateter nasal; 2) máscara de venturi sob névoa úmida; 3) máscara de aerosol, por inalação. O oxigênio pode ser fornecido por cilindros (torpedos) ou concentrador, sendo utilizado umidificador para qualificar o oxigênio oferecido ao paciente.

6.1) Quais os cuidados com o material de oxigenioterapia?

Para manter a segurança e praticidade, deve ser realizado os seguintes cuidados:

1-Deixar sempre o cilindro na base de apoio ou carrinho preso por correntes para evitar quedas; Deixar os cilindros em ambientes ventilados e temperaturas normais;

2-Não fumar próximo aos cilindros. O oxigênio é inflamável!!!;

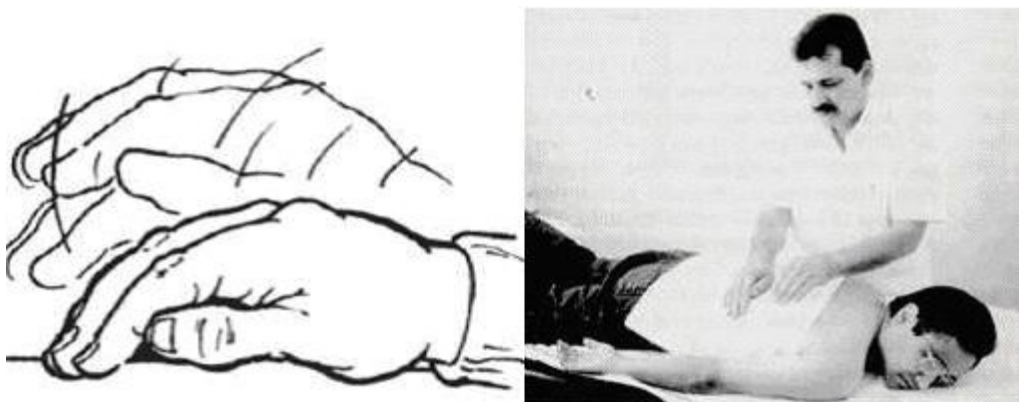
3-Nunca utilizar óleos ou graxa para facilitar a abertura dos cilindros. A reação destas substancias com o oxigênio pode causar explosões!! Devido a isso, o oxigenio não pode entrar em contato com GRAXA, QUEROSENE, ÓLEO e TINTA.

4- Nunca utilizar ferramentas para abrir a válvula do cilindro. Sempre girá-la no sentido anti-horário.

7) ORIENTAÇÕES DE EXERCÍCIOS

7.1) Tapotagem

A tapotagem é uma manobra usada para ajudar o paciente a expectorar a secreção pulmonar. Deve ser feita com o paciente deitado de lado para poder ter acesso às costas dele. Coloca-se um pano para proteger a pele. As mãos ficam em forma de concha, e elas devem bater levemente nas costas do paciente num ritmo constante. O que é mais importante é o ritmo, e não a força. Deve ser feito de preferência depois da inalação, e em média uns 5 a 10 minutos em cada lado. NÃO fazer se o peito do paciente estiver CHIANDO.



7.2) Vibração

Pode ser realizada com aparelho massagador, onde o cuidador coloca o aparelho nas costas do paciente, e o deixa funcionando parado no local, cerca de um minuto em cada posição. Fazer na região das costas e peito.

7.3) Mobilização Global

Iniciar mobilização pela cabeça, seguindo a seguinte sequência: ombros, cotovelo, punhos e mãos, quadril, joelhos, tornozelos e pés. Fazer movimentos de flexão e extensão nestas principais articulações.

Usar creme de hidratação ou óleo para massagem: deslizar as mãos em direção dos pés para o quadril, e das mãos para o ombro.

Mudar a posição no leito a cada 2 horas, conforme orientado anteriormente.

8) REFERÊNCIAS

1- BERGASTROM,N; ALLMAN,RM; CARLSON,CE, et al. *Pressure Ulcers in Adults: Prediction an Prevention*. Clinical Practice Guideline. *Quick reference Guide for Clinicians*, nº 3. Rockville, MD: US. Departament of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication nº 92-0050, May 1992-

2- KISNER, C; COLBY, L. A. *Execícios Terapêuticos Fundamentos e Técnicas*. 3.ed. São Paulo: Manole, 2001.

3- INCA- orientações a pessoa traqueostomizada. Ministério da Saúde. Caderno n. 311.

Disponível em : [ttp://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/manuais/pessoatraqueostomizada.pdf](http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/manuais/pessoatraqueostomizada.pdf).

Acesso em 01 set. 2011

4- IRION, Glenn. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

5 -SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 10. ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.