

Unimed 
Lorena

Cartilha de orientação para cuidados do Idoso Frágil

(Ministério da Saúde)



Introdução

Nesta Cartilha de Orientações, você encontrará informações importantes e recomendações necessárias para o cuidado do Idoso frágil. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) idoso é o indivíduo com 60 anos ou mais, segundo dados divulgados em 2018 pelo IBGE “O Brasil tem mais de 28 milhões de pessoas nessa faixa etária, número que representa 13% da população do país”.

O idoso frágil é aquele que necessita auxílio para realizar atitudes cotidianas simples, como: banho, higiene pessoal e locomoção, entre outras atividades.



Higienização das mãos

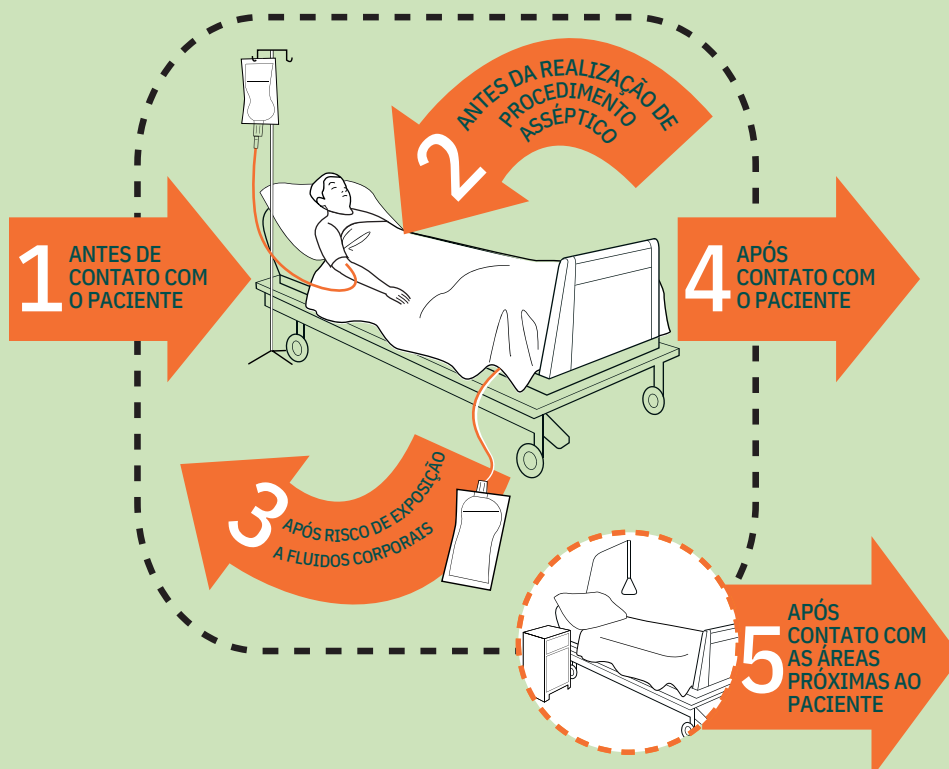
Definição

O termo “Higiene das mãos”, em geral, refere-se a qualquer ação de limpeza das mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e por consequência evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram infecções relacionadas ao atendimento prestado em sua rotina diária.

Vale ressaltar a importância do envolvimento de ações importantes nesse processo, sendo elas: higiene simples (ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum sob a forma líquida), higiene antisséptica (ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico), fricção antisséptica com preparação alcoólica (aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxágüe em água ou secagem com papel toalha, ou outros equipamentos). (Anvisa; BRASIL, 2009).

Indicações para Higienização das Mãos

- 05 Momentos para Higienização das mãos



<p>1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.</p>
<p>2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.</p>
<p>3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.</p>
<p>4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.</p>
<p>5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.</p>

- **Antes de contato com o paciente:** higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente, para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional, que podem causar infecções.
- **Antes da realização de procedimento asséptico:** higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico, para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
- **Após risco de exposição a fluidos corporais:** higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas), para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

- **Após contato com o paciente:** higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente, para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
- **Após contato com as áreas próximas ao paciente:** higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente — mesmo sem ter tido contato com o paciente, para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

As mãos dos profissionais que atuam em serviços de saúde podem ser higienizadas utilizando-se: água e sabonete, preparação alcoólica e antisséptico degermante.

Orientações do banho

A higiene é um fator essencial e importante na recuperação e bem-estar dos Idosos. O banho deve ser feito preferencialmente no banheiro, colocar o idoso na cadeira higiênica e levá-lo para baixo do chuveiro, no entanto, algumas vezes isso não é possível, então a opção é o banho na cama. **Preparação do ambiente:**

Antes do banho: deve-se preparar o ambiente, que deve estar limpo e arejado, deixando somente o que é necessário na utilização do banho, evitar portas e janelas abertas, a água deve ser morna, para evitar queimaduras e ressecamento da pele. **Materiais utilizados para o banho:**

- Esponja
- Sabonete preferencialmente neutro
- Água morna
- Bacia
- Toalhas
- Lençóis
- Roupas limpa

1. *Banho de aspersão aos pacientes que **Deambulam**:*



- Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado;
 - Certificar que o paciente não está recebendo dieta no momento;
 - Explicar o procedimento ao paciente e confirmar a aceitação;
 - Reunir o material e levar ao banheiro;
-
- Proteger incisões cirúrgicas com plástico;
 - Promover a privacidade do paciente fechando portas e janelas; encaminhar o paciente ao banheiro;
 - Higienizar as mãos;
 - Colocar os EPI´s conforme necessidade e condições do paciente;
 - Abrir o chuveiro, regular a temperatura da água e orientar o paciente sobre o manuseio da torneira; ajudar o paciente a se despir, caso não consiga fazer sozinho;
 - Iniciar o banho e se a situação permitir, deixar o paciente sozinho;
 - Enxugar ou ajudar o paciente a fazê-lo, observando as condições da pele e a reação do banho;
 - Vestir e pentear o paciente caso não consiga fazê-lo sozinho;
 - Se o paciente consentir e for do gênero masculino, realizar a tricotomia facial; conduzir o paciente ao seu leito, colocando-o em posição confortável na cadeira; arrumar o leito e deixar a unidade em ordem;
 - Higienizar as mãos;
 - Trocar as fixações da SNE, TOT ou traqueostomia, caso o paciente esteja utilizando estes dispositivos;
 - Elevar a grade da cama, se necessário.

2. Banho de aspersão com auxílio na **Cadeira de Banho:**



- Prepare o banheiro com objetos necessários para higiene;
 - Feche portas e janelas,
 - Separe as roupas a serem utilizadas após o banho;
 - Regule a temperatura da água que deve ser morna;
- Auxílio na retirada de roupas e na ida até o banheiro;
 - Evite deixá-lo sozinho, para evitar quedas;
 - Durante o banho observar se não há lesões no corpo;
 - Após o banho seque bem o corpo.

3. Banho de leito em **Pacientes Acamados:**



- Em uma bacia com água e sabonete começar pela cabeça, lavando o rosto, em seguida as orelhas e pescoço. Após enxague, secar com uma toalha.
 - Lavar a esponja na bacia e higienizar os braços, axilas, mãos e abdômen e peito. Após enxague, secar com uma toalha.
- Lavar a esponja novamente na bacia e higienizar as pernas. Após enxague. Secar com uma toalha.
 - Lavar a esponja novamente na bacia e higienizar os pés e assim secar com a toalha. Em sequência lavar região íntima iniciando da parte da frente para trás, em seguida mudar a posição virando o paciente de lado pode facilitar o procedimento.
 - Fazer a mudança de água e lavar a esponja novamente na bacia e higienizar as costas. Após enxague, secar com uma toalha. Troque os lençóis e roupas por limpas para o conforto do idoso e assim deixando-o de forma agradável.

Orientações Higienização Íntima

- A higiene íntima deve ser realizada, no mínimo, 1 vez ao turno em pacientes em uso de fraldas, devendo ser repetida sempre após as eliminações;
- Na presença de lesões de pele, deve ser realizada antes do curativo;
- O paciente pode realizar sua higiene íntima com orientação e supervisão do profissional caso não apresente alteração no autocuidado;
- Respeitar a privacidade e estabelecer vínculo terapêutico com o cliente, a fim de minimizar constrangimento, substituir a comadre por lençóis durante a higienização íntima, quando o cliente apresentar lesão por pressão em região sacral, para evitar ferir a pele e provocar sangramentos;

Boas práticas para prevenção de **INFECÇÃO URINÁRIA**



Higiene íntima: realizar a higiene duas vezes ao dia e secar a região com uma fralda ou toalha, em seguida, trocar a roupa íntima.



No caso de uso de fralda: trocar a fralda quatro vezes ao dia ou quando necessário lavar com água corrente de preferência ou utilizar lenços umedecidos não alcoólicos e secar a região com cuidado.



Evitar o uso de pomadas ou maisena na região íntima sem orientação.



Oferecer líquidos ao paciente frágil para manter uma **boa hidratação oral**.



Observar mudanças na coloração e odor ao urinar, e informar a equipe de saúde quando necessário.

Orientações sobre quedas

A queda é um evento bastante comum e devastador em idosos. Embora não seja uma consequência inevitável do envelhecimento, pode sinalizar o início de uma fragilidade ou indicar doença aguda.

Considera-se que mais de 1/3 das pessoas com mais de 60 anos acabam caindo no decorrer de um ano. A maioria das quedas ocorre em mulheres, principalmente em ambiente domiciliar.

É significativo, no número de atendimento nas emergências dos hospitais de pessoas que vieram a sofrer quedas:

- Fraturas, problemas articulares e musculares.
- Artrose e fraqueza muscular que contribuem como causa da queda.
- Presença de osteoporose como fator agravante.

Estratégias de prevenção podem ser elaboradas para modificar ou eliminar aqueles fatores passíveis de atuação, conseguindo-se, com isso, a diminuição significativa do problema.

A importância de exercícios físicos:

É de extrema importância na melhora da força muscular, equilíbrio, flexibilidade e consequente prevenção de quedas, melhorando: o caminhar, subir escadas, dirigir, tomar banho e atividades domésticas. Quando melhoramos a força muscular, teremos reflexo diretamente no: entrar e sair do carro, segurar objetos pesados, segurar crianças, subir e descer escadas, tirar e colocar objetos em prateleiras.

MUDANÇAS QUE CHEGAM COM IDADE

Visão: Uma pessoa idosa pode ter problemas para ver claramente os limites de um tapete, de uma soleira, ou de superfícies molhada. Lentes bifocais impedem um julgamento correto quando se olha para baixo.

Tato: Menor sensibilidade ao calor, frio, dor ou queda de pressão.

Olfato: O sentido do olfato torna-se menos apurado com a idade.

Audição: O ouvido torna-se menos sensível a sons altos, parecendo distorcido ou baixo.

Equilíbrio: O equilíbrio envolve a visão, o Tônus muscular e a flexibilidade das articulações. Os exercícios são, portanto, muito importante para a prevenção das quedas.

Medicamentos: O tipo de medicação em uso (sedativos, antidepressivos, diuréticos, hipoglicemiantes, dentre outros) concomitante com outros, pode predispor ao risco de queda.

Cuidados em casa



Banheiro:

1. Não use chave na porta do banheiro;
2. O piso deve ser antiderrapante;
3. A toalha deve ficar próximo ao poste;
4. Teste a temperatura da água;
5. Use um esfregão com cabo longo, evitando assim abaixar-se para esfregar.



Sala de estar:

1. Utilize cores claras nas paredes para aumentar a iluminação;
2. A televisão e outros aparelhos devem ter controle remoto;
3. Organize os móveis de modo que facilite a circulação.



Cozinha:

1. Evite levantar peso, com panelas pesadas na bancada;
2. Torneiras com alavancas;
3. Os armários e eletrodomésticos devem ser instalados em local de fácil acesso;
4. Enxugue água ou gordura derramado no chão imediatamente;
5. Piso antiderrapante;
6. Luz de emergência.



Sala de estar:

1. Utilize cores claras nas paredes para aumentar a iluminação;
2. A televisão e outros aparelhos devem ter controle remoto;
3. Organize os móveis de modo que facilite a circulação.



Escada:

1. Evite carregar itens pesados ou grandes;
2. Sempre mantenha uma das mãos no corrimão;
3. Use sempre sapato fechado para utilizar a escada;
4. Não use tapetes no começo ou fim da escada;
5. Piso antiderrapante ou com fita de borracha ou abrasiva;
6. Interruptor na escada;
7. Se possível, corrimão nos dois lados;
8. Se possível, cor diferente nos degraus.



Entradas e Garagens:

1. Instalação de sensor de presença que acenda a luz;
2. Maçanetas do tipo alavanca;
3. Sapatos com solado antiderrapante;
4. Interruptores fáceis de serem acionados;
5. Passagem livre;
6. Evite desníveis no piso;
7. Piso e calçada conservado, sem trincas ou quebrado;
8. Evite pisos encerados e lisos e mantenha sempre seco;
9. Se necessário use fitas adesivas abrasivas no piso e evite uso de tapetes, passadeira e capachos.

Cuidados com Alimentação dos Idosos

A alimentação é fundamental para a saúde e para a prevenção de doenças em diferentes fases da vida. Ela representa um direito humano básico que inclui a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada às necessidades biológicas e sociais do indivíduo.

A alimentação deve estar também conforme as necessidades especiais, ser referenciada pela cultura e pelas dimensões de gênero, raça e etnia, ser acessível do ponto de vista físico e financeiro, ser harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer, e ser baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis.

O envelhecimento é considerado um processo natural, no qual ocorrem alterações morfológicas, bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicossociais. No entanto, essas mudanças podem acarretar, na pessoa idosa, perdas progressivas da capacidade de adaptação ao meio ambiente e prejuízo na forma de se alimentar, com aumento da vulnerabilidade, da incidência de má nutrição e de processos patológicos.

É importante compreender as modificações do estado nutricional desse grupo para aconselhar uma alimentação saudável e retardar alterações visuais, motoras, cognitivas e do paladar.

Uma queixa comum é a falta de apetite, sendo aconselhável verificar o fator desencadeante junto ao médico ou nutricionista, profissionais que podem elaborar estratégias para melhorar esse quadro, como a modificações de elementos da refeição ou em caso de dores o uso de medicação.

Além desses fatores citados algumas estratégias devem ser consideradas para melhorar a aptidão a refeição como:

- Colocar o paciente com a cabeceira bem elevada, caso a refeição seja feita no leito (travesseiros podem ajudar a alcançar a melhor posição);
- Sempre oferecer líquidos para manter a hidratação;
- Se for possível, oferecer sempre pequenas quantidades de comida e permitir que o paciente escolha entre várias opções de alimentos;
- Verificar sempre a temperatura do alimento, pois alguns pacientes tendem a ter sua sensibilidade reduzida;
- Se possível, estimular o paciente a fazer suas próprias refeições, com talheres apropriados para cada condição.

Cuidados na Administração de Alimentos na Nutrição Enteral

Nutrição enteral é o nome que se dá a um tipo de tratamento destinado a indivíduos que não podem ou não conseguem se alimentar totalmente pela boca, a despeito de contarem com a integridade do aparelho digestivo. Assim, esses pacientes recebem a alimentação por meio de um tubo ou sonda flexível.

Essa via alternativa de alimentação pode ser introduzida pelo nariz e posicionada no estômago (a sonda nasogástrica) ou no intestino delgado (a sonda nasoentérica). Também pode ser acoplada direto no abdômen com uma punção ou pequeno corte e direcionada ao estômago (gastrostomia) ou ao intestino (jejunostomia). Por conta disso, os alimentos são administrados em forma líquida para fornecer todos os nutrientes de modo similar ao que se obteria pelo consumo de comida — tanto em qualidade como em quantidade. A nutrição enteral visa, portanto, oferecer tudo de que uma pessoa necessita diariamente, como:

CARBOIDRATOS



PROTEÍNA



GORDURAS



VITAMINAS



MINERAIS



ÁGUA



Cuidados para ter:

- Lave as mãos com água e sabão antes e após manipular a sonda.
- Providencie os materiais: pano limpo, equipo ou seringa de 50 ou 20ml, dieta prescrita e copo com água (filtrada ou fervida em temperatura ambiente).
- Administre a dieta pela sonda utilizando equipo. A infusão deve ser lenta entre 30 minutos a 1 hora.
- Mantenha sempre a cabeceira elevada acima de 30° durante a administração da dieta. E por pelo menos 30 minutos após o término da dieta para diminuir o risco de engasgo, refluxo e bronco aspiração (quando a nutrição volta do estômago e vai para o pulmão).
- Lave a sonda com 40 ml de água antes e após administrar a dieta e medicamentos, para evitar sua obstrução. Se forem utilizados medicamentos na forma de comprimidos, triture bem e dilua em água antes de infundir pela sonda. Medicamentos em cápsula, a mesma deve ser aberta e diluída em água.
- Para sondas nasais, limpe a pele ao redor da narina com água e sabão, seque e fixe com fita adesiva. Para gastrostomias limpe a pele ao redor da sonda com água e sabão.
- Os materiais como frascos, equipos e seringas, utilizados para infusão da dieta, devem ser trocados a cada 24 h Visando prevenir contaminação dos mesmos e infecção no paciente, higienizar os materiais utilizados (frasco, equipo, seringa, copo) e armazená-los em caixa plástica.
- Em caso de resistência ou obstrução da sonda, tente lavá-la com água morna e seringa. Não obtendo resultado, procure o hospital para substituição da sonda.
- Comunique o médico se o paciente apresentar náuseas, vômitos, distensão abdominal, diarreia, constipação, obstrução ou tracionamento da sonda, febre, ferimento no local de inserção da sonda e sinais de sangramento.



NÃO TENTE REINTRODUZIR A SONDA E NEM FORÇAR!
Importante lembrar: não deverão ser administrados pela sonda outros alimentos sem orientação do nutricionista.

Higiene Oral

A higiene oral deve ser realizada mesmo se a alimentação não acontecer pela boca. O modo aconselhável a se fazer é:

- Elevar a cabeceira do paciente. Molhar uma gaze enrolada num abaixador de língua (espátula de madeira) ou escova de dente macia em solução enxaguatória (antisséptico oral) diluído em água.
- Limpar as bochechas, gengivas, língua, palato (céu da boca) e dentes (se houverem). Se o paciente usar dentadura, higienizá-la com escova e creme dental;
- Realizar a higiene oral, no mínimo, 3 vezes/dia.

Observação:

- Se houver dificuldade para fazer com que o paciente abra a boca e a mantenha aberta para realizar a higiene oral, introduzir delicadamente um conjunto de espátulas entre os dentes laterais, se for seguro.

- Durante o banho, não esquecer de tampar a sonda para não entrar água e sabão nela. **(NÃO UTILIZAR ESPARADRAPO POIS PODEM CAUSAR LESÕES NA PELE)**

- Realizar a fixação da sonda quando notar que se desprende da pele e/ou logo após o banho, para ajudar a sonda a não se movimentar e deslocar de posição.

Cuidados com a Pele do Idoso

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de **LPP** (*Lesões por Pressão*), por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores:

a) *mobilidade;*

b) *incontinência;*

c) *déficit sensitivo;*

d) *estado nutricional (incluindo desidratação).*

- **Inspeção diária da pele:** Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de **LPP** (*Lesões por pressão*), necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores

de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP (Lesões por pressão).

- **Manejo da Umidade:** manutenção do paciente seco e com a pele hidratada. Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele. Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, para minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados. O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de LPP.
- **Otimização da nutrição e da hidratação:** A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil. Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes malnutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas. Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas

- **Minimizar a pressão:** A redistribuição da pressão, sobre especialmente as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão. O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de LPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal. 12 O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis, que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados apropriadamente, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para LPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento. Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da lesão.
- **Mudança de decúbito ou reposicionamento:** A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo. Sendo assim:
 1. *A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso.*

2. *Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos.*
3. *A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo.*
4. *Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas.*
5. *O reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30°C para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30°C, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semi deitado.*
6. *Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°C, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix.*
7. *Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.*
8. *Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão. Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a LPP surgirá muito rapidamente.*

- **Medidas preventivas para fricção e cisalhamento:** Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30 °C e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento.

1. *A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar danos tecidual.*
2. *Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário.*
3. *Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção. Observação: Apesar da evidência de redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30°, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito acima de 30° para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação — PAV. c).*
4. *Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão.*
5. *Uso de colchões na prevenção de LPP.*

— Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP.

— Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de lesões por pressão, quando o reposicionamento manual frequente não é possível.

— Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de lesões por pressão.

— Uso de superfícies de apoio para a prevenção de lesão por pressão nos calcâneos.

- *Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão).*
- *Os dispositivos de prevenção de LPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão.*
- *Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes. Observação: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda – TVP.*
- *Uso de superfície de apoio para prevenir lesões por pressão na posição sentada*
- *Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de úlceras por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira.*

Orientações paciente em uso de Sonda Vesical de Demora

Trata-se de um procedimento invasivo, que deve ser realizado por meio de Técnica estéril. Consiste em manter um cateter para drenagem contínua da urina do interior da bexiga.

Cuidados de manutenção da sonda e prevenção de infecção urinária:

- *Lava bem as mãos com água e sabão antes e após manusear a sonda;*
- *Sempre deixar sua sonda presa na coxa com fita (esparadrapo ou micropore) para não ocorrer tracionamento da mesma;*
- *Nunca deixar a bolsa coletora no chão;*
- *Clampear a extensão da sonda durante a movimentação do paciente. (deitar/levantar/mudar-se o decúbito);*
- *Esvazie com frequência a bolsa coletora, para prevenir o refluxo da urina;*
- *Não erguer a bolsa coletora acima do nível da cintura;*
- *Realize a higiene íntima diariamente ou após evacuação;*
- *Comunique o médico se o paciente apresentar febre, coloração escura da urina ou sangramento, odor fétido da urina, presença de pus na urina ou dor.*

Troca da sonda: Não há indicação de troca periódica da sonda, devendo ser trocada apenas em caso de mau funcionamento ou a critério médico. Retirar a sonda logo que possível, conforme recomendação médica.

Quando procurar a **EQUIPE DE SAÚDE?**



- *Obstrução da sonda;*
- *Saída de mais de 5 cm (marcação da ponta do nariz até a extremidade da sonda);*
- *Feridas e/ou lesões na narina próximos à fixação da sonda;*
- *Vazamento na extensão da sonda e/ou da gastrostomia;*
- *Diarreia com mais de 3 evacuações em 24 horas;*
- *Intestino preso por mais de 3 dias;*
- *Náuseas e vômitos persistentes;*
- *Dor na barriga durante a administração da nutrição enteral;*
- *Perda de peso;*
- *Sangramentos;*
- *Febre acima de 37,8 °C*

Referências

1. ANVISA. *MANUAL. Série — Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2013.*
2. ANVISA. *Manual de Referência Técnica para a Higiene das Mãos. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. BRASÍLIA, 2013.*
3. ANVISA. *Segurança do paciente: higienização das mãos, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília 2007.*
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *NOTA TÉCNICA n.º01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: ORIENTAÇÕES GERAIS PARA HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. 2018, 16p.*
5. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA — ANVISA. *Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: Acesso em: 18 de outubro de 2022.*
BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA — ANVISA. *RDC n.º. 42, de 25 de outubro de 2010.*
6. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA — ANVISA. *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde — Higienização das Mãos. Brasília, 2009*
7. PRADO, Marta Lenise do. *Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: Ufsc, 2013. 548 p. Revisada e ampliada*
8. Unimed Fesp - www.unimedfesp.coop.br. Fonte: Caderno explicativo: *Prevenção de quedas em idosos : Cuidado e precaução não tem idade – Viver bem.*

Unimed 
Lorena

ANS Nº 38562.0