

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**MUNICIPIO HORIZONTE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MADELAINE PEREZ-CORCHO ARBOLAEZ**

**FORMAÇÃO DE CUIDADORES PARA DOENTES ACAMADOS, MUNICIPIO**  
**HORIZONTE, ESTADO CEARÁ 2015**

**HORIZONTE**

**Ano 2015**

MADELAINÉ PEREZ-CORCHO ARBOLAEZ

**TÍTULO DO PLANO DE INTERVENÇÃO: FORMACION DE CUIDADORES PARA  
DOENTES ACAMADOS, MUNICIPIO HORIZONTE, ESTADO CEARÁ 2015**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à  
Coordenação do Curso de Especialização em  
Saúde da Família, modalidade semipresencial,  
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) -  
Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em  
Educação a Distância Em Saúde, Universidade  
Federal do Ceará, como requisito parcial para  
obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Profº. Jose Policarpo De Araujo  
Barboza.

Mestre em Saúde Pública

**HORIZONTE**

**MADELAINE PEREZ-CORCHO ARBOLAEZ**

**TÍTULO DO PLANO DE INTERVENÇÃO: FORMACION DE CUIDADORES PARA DOENTES ACAMADOS, MUNICIPIO HORIZONTE, ESTADO CEARÁ 2015**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará (NUTEDS/UFC), como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profº., titulação (Dr./Me.), nome.

Instituição

---

Profº., titulação (Dr./Me/Esp), nome.

Instituição

---

Profº., titulação (Dr/Me/Esp), nome.

Instituição

## **RESUMO**

Cuidar de pacientes acamados é uma tarefa que requer uma atenção especial, o atendimento domiciliar pode propiciar um contato mais estreito dos profissionais da saúde com o paciente e seus familiares em seu próprio meio. São poucos os familiares que desempenham sem dificuldades o papel de cuidador, por isso temos como objetivo neste trabalho melhorar o atendimento dos pacientes acamados, melhorando a qualificação de seus cuidadores, evitando complicações que possam agravar sua doença de base, e desta forma aumentar a segurança em aquelas famílias com pacientes acamados. Nossa proposta é oferecer temas por pessoas qualificadas para melhorar os conhecimentos na atenção e cuidados de istos pacientes. A equipe de saúde necessita estar bem capacitada para intervir no domicilio e construir conjuntamente paciente, família e equipe o caminho da pratica do cuidado, a fim de envolverem-se participativamente no processo, elemento de muita importância para lograr cuidados com qualidade. Com a realização de este trabalho esperamos melhorar a qualidade de vida e garantir o bem estar dos pacientes acamados.

Palavra chave: Pacientes acamados, cuidadores.

## **RESUMEN**

Cuidar de pacientes encamados es una tarea que requiere una atención especial, el atendimento domiciliar puede propiciar un contacto más estrecho de los profesionales de la salud con el paciente y sus familiares en su propio medio. Son pocos los familiares que desempeñan sin dificultades el papel de cuidador, por eso tenemos como objetivo en este trabajo mejorar el atendimento de los pacientes encamados, mejorando la calificación de sus cuidadores, evitando complicaciones que puedan agravar su enfermedad de base, y de esta forma aumentar la seguridad en aquellas familias con pacientes encamados. Nuestra propuesta es ofrecer temas por personas calificadas para mejorar los conocimientos en la atención y cuidados de estos pacientes. El equipo de salud necesita estar bien capacitado para intervenir en el domicilio y construir conjuntamente paciente, familia y equipo el camino de la práctica de cuidado, a fin de involucrarse participativamente en el proceso, elemento de mucha importancia para lograr cuidados con calidad . Con la realización de este trabajo esperamos mejorar la calidad de vida y garantizar el bienestar de los pacientes encamados.

Palabras claves: Pacientes encamados, cuidadores.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA.....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>4.1</b>	<b>GERAL.....</b>	<b>12</b>
<b>4.2</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS.....</b>	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
<b>7</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>20</b>
<b>8</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>21</b>
<b>9</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>22</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>23</b>
	<b>ANEXO .....</b>	<b>25</b>

## 1-INTRODUÇÃO

O avanço da ciência médica, associado às melhorias das condições higiênicas e sanitárias, propiciou um aumento expressivo no número de pacientes altamente dependentes e que necessitam de cuidados contínuos, acarretando graves dificuldades sociais e expressiva carga econômica à família e à sociedade como um todo. Os recursos técnicos e médicos disponíveis atualmente viabilizam uma maior sobrevivência para aqueles pacientes que acabam sendo acamados com mínimas possibilidades de recuperação.

Atualmente, verifica-se uma mudança positiva quanto a antigos preconceitos, em que apenas o ser humano considerado produtivo era merecedor de investimentos relacionados à saúde. Frases como “Isso é normal na evolução da doença” ou “Não há mais o que ser feito” têm sido substituídas por atitudes mais humanas e racionais. A filosofia do atendimento, portanto, impõe-se na defesa intransigente da melhoria da qualidade de vida e da não aceitação passiva do estado de saúde vigente. (ZAYET NORTON, 2011)

A perspectiva de aumento acentuado da longevidade que ocorre nos países em desenvolvimento tem determinado uma mudança no perfil demográfico de todo o mundo e não apenas nos países europeus. Desde a década de 60, evidencia-se no Brasil, um aumento das doenças crônico-degenerativas, principalmente as afecções cardiovasculares é a doença cerebrovascular que apresenta maior incidência, tem maior morbidade e resulta em incapacidades. (OLIVEIRA GIRARDON & MANCUSSI, 2005)

Estudos revelam que a família é a fonte mais comum de apoio e cuidados, tanto para o suporte formal como para as tarefas mais específicas de ajuda, e somente quando esgotam os recursos é que esta procura o caminho da institucionalização.

O domicílio é visto hoje como um espaço em que pessoas portadoras de doenças crônicas e outras afecções, idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença. Assim, a experiência de cuidar de um doente em casa tem se tornado cada vez mais freqüente no cotidiano das famílias. (CATTANI et al .2009)

Nos hospitais, a política de incentivo à alta dos pacientes o mais cedo possível impõe um desafio constante: preparar pacientes e famílias para reorganizarem a vida em seus lares de modo que possam assumir os cuidados próprios ou de familiares em poucos dias, detectando, prevenindo e controlando situações que possam ocorrer. Para alguns autores é consenso que os cuidadores familiares recebem escassa orientação por parte dos profissionais a respeito dos cuidados com a saúde. No entanto, estes estudos permitem supor que, embora com falta de informações, os cuidadores cuidam de seus familiares doentes, mesmo que de uma forma intuitiva, com base em suas crenças, possíveis experiências anteriores, bem como pela troca de informações com outras pessoas, amigos, vizinhos, grupos ligados à igreja, grupos de voluntários, enfim, a rede de suporte social. ( OLIVEIRA GIRARDON & MANCUSI,2005)

Nos dias de hoje, onde há superlotação de hospitais e falta de leitos, grande parte dos pacientes recebe alta, assim que tem fim a intervenção médica, para retornarem as suas casas o mais rápido possível, com a finalidade de abrirem vagas nos hospitais e que o paciente se recupere no conforto do lar. Contudo, há casos em que a paciente precisa de um acompanhamento profissional, para que sua reabilitação se faça de maneira mais rápida e eficiente, dando condições pra que o ele volte mais rápido ao seu estado de saúde normal, ou mais próximo do normal possível. Mais do que nunca, se faz necessária presença de um profissional que faça a reabilitação domiciliar, que, além de tratar o paciente, irá “educar” seus familiares a como proceder em certas ocasiões, como mudá-lo de decúbito, que condutas são melhores e mais indicadas para cada situação, complexas ou não, que o paciente apresentar. ([www.sogab.com.br/cuidadoscomopacte](http://www.sogab.com.br/cuidadoscomopacte)).

O conhecimento das atividades de cuidado desenvolvidas no domicílio e das dificuldades enfrentadas pelos cuidadores familiares de pacientes acamados poderá contribuir para as atividades educacionais da equipe interdisciplinar, para que desenvolvam ações de acompanhamento domiciliário e de atenção ao cuidador a partir de dados que respondam às necessidades dos cuidadores.

A família, como elemento significativo desta pesquisa, tem papel central na condução do cuidado domiciliar. Na prática, é a família que assume a responsabilidade



direta pelo cuidado. É ela que primeiro identifica a existência de um problema, que tenta traduzir e elaborar uma explicação para a situação e toma decisões em relação à melhor forma de conduzi-lo. (FERREIRA et al,2011)

Cuidar de pacientes acamados é uma tarefa que requer uma atenção especial. Devido ao estado de saúde, essas pessoas, na maioria dos casos, encontram-se debilitadas e precisam de apoio, paciência e compreensão.

Ser um cuidador não pode ser um problema. Deve ser uma bênção. Cuidar de alguém que não tem condições de cuidar de si mesmo é, sobretudo, uma rara oportunidade de realizarmos todos os dias um grande e verdadeiro ato de amor. Por ser o cenário de minha atuação no dia a dia, resolvi escolher este tema pensando em garantir o bem estar dos pacientes acamados em casa e orientar os cuidadores.

## 2- Problema

A necessidade de formação de cuidadores para pacientes acamados no município Horizonte no Ceará.

### 3- JUSTIFICATIVA

A cidade de Horizonte é um município do estado do Ceará, Brasil. Localiza-se na Região Metropolitana de Fortaleza à 40,1 Km da capital cearense. Horizonte foi a cidade no Estado do Ceará que mais cresceu em população entre 2000 e 2010 - 65%. A população de Horizonte é composta por mais de 55.154 pessoas.

Etnias

Cor\Raça	Parda	Branca	Preta	Indígena	Amarelo
População	36.280	15.843	2.385	38	368

Os brancos são majoritariamente compostos de descendentes de portugueses, espanhóis e holandeses. Os pardos são resultado da miscigenação entre brancos e indígenas ou africanos.

O município conta hoje com mais de 40 indústrias, no qual predominam os setores têxteis, de calçados, de granito e de automotivos, e mais de mil estabelecimentos comerciais, gerando juntos cerca de 20 mil empregos diretos. O PIB de Horizonte ultrapassa 1 bilhão de reais. A Agricultura é uma das principais fontes de renda, tendo como principais atividades a cajuno cultura e produtos agrícolas, além da pecuária.

O município conta com 26 unidades de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde. Unidades de Saúde Ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), por tipo:

Clinica especializada----- 1

Hospital geral----- 1

Unidade de vigilância sanitária----- 1

Laboratório central de Saúde ----- 1

Centro de reabilitação ----- 1

Centro de atenção psicossocial -----2

Farmácia ----- 1

Unidade de pronto atendimento ----- 1

Unidades básicas de Saúde----- 17

A portaria No 963, de 27 de maio de 2013 ,redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS),considerando a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar a internação hospitalar de

baixa e média complexidade. Aos cuidados iniciados nos serviços de atenção de urgência e emergência e complementar a atenção básica. As equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) têm como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica ambulatorial, com vistas a redução da demanda por atendimento hospitalar e redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção e a desinstitucionalização.

O município de Horizonte oferece atendimento domiciliar, cumprindo com o estabelecido na portaria referida, através de uma EMAD tipo I, no qual desempenha-se o trabalho, tendo a oportunidade de conhecer e identificar a problemática de muitas famílias com doentes acamados, muitas destas famílias são carentes de preparação para garantir os cuidados. Senti a necessidade de preparar e oferecer o material que serviria de apoio aos cuidadores para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, evitando complicações.

## 4- OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVOS GERAIS

Melhorar o atendimento dos pacientes acamados.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evitar complicações que agravam o quadro de pacientes acamados;
- Melhorar qualificação de cuidadores.
- Aumentar segurança da família com os pacientes.

## 5 - REVISÕES DE LITERATURA

O conceito de cuidador é muito discutido. É importante considerar o estado funcional do paciente, número e duração das tarefas que necessitam de supervisão e envolvimento emocional mínimo do cuidador com o paciente. O cuidador é o principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo paciente. Em muitos países, há extensas tentativas de conceituar cuidadores formais e informais, cuidadores principais e secundários e fatores que designam o tipo de cuidador requerido para cada paciente dependente (ARAUJO SCHEFFER, 2009).

Para DUARTE (1997), o cuidador é aquele que dirige seus cuidados a indivíduos com necessidades e demandas de atenção no domicílio. Já ARAUJO SCHEFFER, 2009, ao realizarem um estudo sobre o cuidador e a qualidade de vida, afirmam: “o cuidador é quem assume a responsabilidade de cuidar, dar suporte ou assistir alguma necessidade da pessoa cuidada, visando a melhoria de sua saúde”. Para MENDES, 1998, o cuidador domiciliar é aquele que possui vínculos de parentesco com o paciente. Já o cuidador principal é definido como aquele que tem maior responsabilidade pelos cuidados ao paciente e o cuidador secundário como aquele que realiza atividades complementares.

A recomendação para que os cuidados aos idosos dependentes sejam desenvolvidos no domicílio está ganhando mais força, muitas vezes de maneira incauta por parte dos profissionais de saúde. Delegar à família a função de cuidar necessita de clareza sobre a estrutura familiar, o tipo de cuidado a ser executado, o tempo necessário, as características da doença e o acompanhamento profissional. Em países onde o envelhecimento populacional se deu mais lentamente do que no Brasil, os cuidados e os cuidadores familiares são objeto de políticas e programas de Saúde Pública (DUARTE, 1997).

Cuidar de pacientes acamados exige uma atenção especial. O apoio a essas pessoas é primordial para a recuperação. Os cuidados com a higiene, alimentação e transporte também são itens que requerem atenção.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) inaugura, entre outras coisas, a possibilidade de um mapeamento da população em sua base territorial, ampliando o conheci-

mento das condições de vida e de saúde de pessoas e de grupos sociais de risco e vulnerabilidade social, como é o caso de pacientes acamados e de portadores de necessidades especiais (FERREIRA et al,2011). Antes da ESF, em modelos assistenciais tradicionais, não tínhamos um alcance efetivo deste grupo populacional, uma vez que a organização do trabalho em saúde voltava-se apenas às demandas que chegavam aos serviços e não a partir do cadastramento e diagnóstico dos moradores da área adstrita: (RESTA, 2005).

A ESF supõe que a organização e o planejamento das ações ocorrem a partir de um contato estreito com a população e com suas condições de vida e de acesso à saúde. Estes ocorrem por meio do mapeamento das famílias de uma determinada área; da responsabilidade pela construção de respostas aos problemas de saúde de um dado território, combatendo configurações sociais que possam conduzir ao adoecimento: (MENDES, 2007).

Deste modo, ampliam-se as possibilidades de desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde que lidem com as dimensões técnicas e sociais presentes nos processos de cuidado à saúde. E, sem dúvida, a ESF tem sido importante no processo de qualificação e aprimoramento das práticas em saúde, uma vez que se pode trabalhar de modo mais efetivo com o paciente e seu entorno social e familiar, possibilitando a ampliação da sua autonomia e circulação social (ARAUJO, 2009).

A família, como elemento significativo desta pesquisa, tem papel central na condução do cuidado domiciliar. Na prática, é a família que assume a responsabilidade direta pelo cuidado. É ela que primeiro identifica a existência de um problema, que tenta traduzir e elaborar uma explicação para a situação e toma decisões em relação à melhor forma de conduzi-lo. (FERREIRA et al,2011).

O crescimento do atendimento domiciliar no Brasil é recente, datando da última década do século XX. A difusão desta modalidade de prestação de serviços ocorre tanto no setor privado quanto no setor público, fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde que, pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares, buscam saídas para uma melhor utilização dos recursos financeiros.

No atendimento domiciliar contamos com três modalidades de atendimento. A primeira delas é a visita domiciliar que é realizada através de um contato pontual de profissionais da saúde em populações específicas, doentes e familiares que coletam informações, orientações, mantendo assim um controle, evitando o agravamento do estado de saúde do paciente, além de proporcionar uma segurança e conforto aos familiares. A segunda modalidade é o atendimento domiciliar que é de caráter preventivo ou assistencial, com participação de mais de um profissional da equipe multiprofissional, no qual são desenvolvidos procedimentos de relativa complexidade, contando com até três horas de assistência oferecida ao paciente em sua residência. Este tipo de atendimento geralmente é dirigido à pacientes impossibilitados de comparecer nos serviços de saúde para realizar tratamentos, porque estão acamados e dependentes de equipamentos específicos. A terceira modalidade é a internação domiciliar que tem como característica a continuação das atividades, com tecnologia e recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos para portadores de quadros clínicos mais complexos, fazendo assim um ambiente semelhante ao hospitalar.

A assistência domiciliar é realizada com vistas à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde da pessoa dependente, com o objetivo de favorecer sua independência e preservar sua autonomia (MENDES, 2007). Quando a hospitalização é prolongada, há alterações nos hábitos de vida da pessoa dependente, afastando-o do convívio dos seus familiares, amigos, e de seus objetos pessoais, além do risco de infecção hospitalar. Assim sendo, receber assistência à saúde no próprio domicílio permite a retomada da rotina diária da pessoa dependente e seus respectivos familiares, em um ambiente que não alimenta a idéia de doença e ainda permite a conciliação dos cuidados com as demais atividades domésticas, familiares e/ou profissionais. A privacidade do domicílio, como também o apoio, a atenção e o carinho dos familiares são vantagens proporcionadas pela assistência domiciliar, favorecendo a recuperação do estado de saúde da pessoa dependente. (ZEM-MASCARENHAS, BARROS, 2009).

O cuidador familiar precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis e receber em casa visitas periódicas de profissionais como o médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capa-



citação. Este apoio é fundamental para ajudá-lo a lidar com a grande mudança em seu estilo de vida, já que além de ser responsável pelo seu bem-estar passa a responsabilizar-se pelo indivíduo doente. Além disso, pode não demonstrar ou mesmo não perceber que está precisando de ajuda e orientação para seu autocuidado, já que cada pessoa reage de forma diferente frente à doença familiar. (ARAUJO, 2009).

O termo atendimento domiciliar compreende uma gama de serviços realizados no domicílio e destinados ao suporte terapêutico do paciente. Estes serviços vão desde cuidados pessoais de suas atividades de vida diária (higiene íntima alimentação, banho, locomoção e vestuário), cuidados com sua medicação e realização de curativos de ferimentos, cuidados com escaras e ostomias, até o uso de alta tecnologia hospitalar como nutrição enteral/parenteral, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, com serviço médico e de enfermagem 24 horas/dia, e uma rede de apoio para diagnóstico e para outras medidas terapêuticas.

Os objetivos do atendimento domiciliar são: contribuir para a otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, visando a redução de custos; reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio; proporcionar assistência humanizada e integral, por meio de uma maior aproximação da equipe de saúde com a família; estimular uma maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto; promover educação em saúde; e ser um campo ensino e pesquisa. Assim, os potenciais benefícios com o atendimento domiciliar seriam a diminuição das reinternações e dos custos hospitalares; a redução do risco de infecção hospitalar; a manutenção do paciente no núcleo familiar e o aumento da qualidade de vida deste e de seus familiares. Além do mais, o domicílio ofereceria um lugar seguro, protegendo-o do meio, evitando com isso sua institucionalização, tanto em nível hospitalar quanto asilar. Já os critérios de elegibilidade para a aceitação no atendimento domiciliar costumam levar em consideração os seguintes aspectos: “estabilidade clínica; rede de suporte social(cuidador, família, amigos, voluntários etc.); ambiente apropriado; avaliação profissional das demandas existentes; e o suporte financeiro”.(RIBEIRO et al,2007).

Outra característica importante da ESF é a de proporcionar um resgate dos princípios de vínculo, acolhimento e co-responsabilização, implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de cuidado (MOLINI-AVEJONAS et al ,2010). A partir de tal característica, podem-se ter maiores chances de produzir o trabalho em saúde e criar estratégias de cuidado e de resolução dos processos de adoecimento humano, pautados no princípio da participação ativa de pacientes e seus cuidadores/familiares na definição dos horizontes terapêutico (CAPISTRANO, 1999; LANCETTI, 2001).

Faz-se necessária a mudança de olhar do profissional de saúde a partir de dois princípios básicos que devem guiar qualquer ação sanitária: conhecer o humano e contar com o humano. O primeiro indica que conhecer o indivíduo significa conhecer e, sobretudo, compreender suas crenças, hábitos, papéis e circunstâncias e que somente assim há possibilidades de ações eficientes e permanentes em saúde. No segundo, postula-se que não se pode cuidar da saúde do outro sem cuidar de si mesmo. O essencial é que a comunidade possa compartilhar da construção dos programas que são implantados e não se submeter a ele (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Esta reflexão, bastante pertinente e atual na organização das práticas em saúde, demonstra o desafio de construir estratégias de cuidado, não apenas a partir de perfis epidemiológicos, mas também e fundamentalmente, da escuta das necessidades de saúde de sujeitos e grupos sociais. Caso contrário, corre-se o risco de apenas reproduzir modelos pré-estabelecidos, silenciando sujeitos e comunidade (RESTA, 2005).

Por outro lado, a elaboração de práticas que escapem a estas armadilhas não é tarefa fácil. Parte-se da idéia de que as práticas de cuidado que considerem o saber dos próprios sujeitos (que estão passando por algum tipo de sofrimento) têm maiores chances de responder aos problemas de saúde. Para isso, é preciso assumir uma posição clínica mais favorável à escuta, ao vínculo e ao acolhimento (MENDES, 2007).

A ESF, como o próprio nome sugere, por tomar a família como unidade de cuidado, tem a possibilidade de atuar também na qualidade do vínculo entre os cuidadores e

aqueles que estão na posição de "serem-cuidados". Isso amplia a participação de ambos, juntamente com as equipes de saúde, nas definições de projetos terapêuticos. Ressalta-se a importância de construir práticas em saúde com a participação de todos os atores envolvidos, pois deste modo requalificam-se posições e ações, por meio de parcerias ativas com a população, criando novos modos de vinculação e constituindo soluções singulares às demandas que emergem nesses encontros (MENDES, 2007; MOLINI-AVEJONAS et al,2010).

Uma tarefa que requer uma atenção especial é quando o paciente está acamado. Devido ao estado de saúde, essas pessoas, na maioria dos casos, encontram-se debilitadas e precisam de apoio, paciência e compreensão. Os cuidados com a higiene, alimentação e transporte são fundamentais para evitar problemas durante o tratamento. Manter a limpeza do ambiente, do leito e o cuidado nas trocas de roupas, no banho e no preparo dos alimentos deve ser rotina para evitar infecções e complicações. Não só o cuidador, mas todas as pessoas que têm contato com o acamado devem manter a higiene e sempre lavar bem as mãos antes de tocar em qualquer utensílio ou alimento do paciente.

Mais do que cuidar do corpo, as pessoas doentes precisam também de apoio moral para não se sentirem um "peso" para seus familiares e cuidadores. Trabalhar a autoestima pode ajudar muito na melhora do estado do paciente. Por isso, é função de todos que convivem com ele garantir que se sinta querido e, sempre que possível, integrá-lo às atividades da família. ([www.cccancer.net/site/index.php/cuidando-do-paciente/](http://www.cccancer.net/site/index.php/cuidando-do-paciente/)).

Toda ação em saúde, quando é realizada a partir da responsabilidade compartilhada e da construção conjunta da intervenção sobre o processo saúde-doença, tem maiores chances de produzir melhoras nas condições de vida. Não se atua apenas no esforço de amenizar os sintomas clínico-patológicos, mas também na apropriação de saberes e no fortalecimento das redes sociais (MOLINI-AVEJONAS et al,2010).

## **6- METODOLOGIA**

A saúde física e emocional dos diferentes membros ocupa um papel fundamental no funcionamento da família. Como os membros são interconectados e dependentes uns dos outros, no decorrer de qualquer mudança na saúde de um integrante, todos são afetados e a unidade como um todo será alterada. Ou seja, se o funcionamento da família influencia a saúde e o bem estar de seus membros, pode-se dizer que ele afeta a saúde do indivíduo e que a saúde do indivíduo também afeta a família.

Nossa idéia é de que seria extremamente útil ativar um espaço de apoio e suporte para os problemas vivenciados pelos cuidadores de pacientes acamados. Deste modo, transmitir informações e dados que pudessem servir à produção de conhecimento para a atenção domiciliar; gerar oferta de assistência humanizada que favoreça a responsabilidade pela própria saúde. Com a intenção de passar para os interessados, instruções atualizadas que possam ser de grande ajuda e valia para o seu cotidiano.

Nosso grupo é formado por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista e técnico de enfermagem. A equipe realizará a preparação de cinco palestras direcionadas a uma pessoa da família que possui um paciente acamado. As palestras terão duração de uma hora aproximadamente, e acontecerão nas dependências da secretaria de saúde no município Horizonte, com uma frequência semanal.

Nossa primeira atividade será fazer reunião com a equipe para identificar os temas a tratar, depois fazer reunião com cuidadores para conhecer suas necessidades, que serão de muita utilidade no levantamento de conhecimento para as ações. Estas reuniões resultarão na elaboração da estrutura da formação dos cuidadores. (Anexo 1).



**8- RECURSOS NECESSÁRIOS***Recursos Humanos*

<i>Nome</i>	<i>Horas Semanais</i>	<i>Total de Semanas</i>	<i>Total</i>
Autor	1	5	5
Colaboradores (Equipe de saúde)	1	5	5
<i>TOTAL</i>	1	5	5

*Recursos materiais*

<i>Descrição de recursos</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Custo unitario</i>	<i>Custo total</i>
Caneta	Unidade	10	0.75	7.50
Lapis	Unidade	10	0.08	0.80
Papel ofício	Resma	1	15.00	15.00
Tóner impressora	Unidade	1	60.00	60.00

Infra-estrutura:

Auditório da secretária de saúde no município.

## **9- RESULTADOS ESPERADOS**

Com a realização o este trabalho esperamos melhorar a qualidade de vida e garantir o bem estar dos pacientes acamados, evitando complicações que possam agravar sua doença, também melhorar a qualificação de cuidadores para este tipo de pacientes, aumentando a segurança das famílias com pacientes doentes acamados.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO MB, ROCHA PM. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(Supl 1):1439-52.

ARAUJO, J. Escritas do cotidiano de uma equipe que cuida: Prata da casa 2, 1ª edição. São Paulo: OBORÉ, 2009.

RIBEIRO, A.C. ABRAHÃO, M.S. tradução GOMES, I.L. Home Care – Cuidados Domiciliares, Protocolos para a Prática Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BRICEÑO-LEON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Cad Saúde Públ.1996;12(1):7-30.

CATTANI, R.B.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O,2009) Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, p. 254-271, 2004. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista62/pdf/Orig11 idoso.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista62/pdf/Orig11%20idoso.pdf). Acesso (em: 23 de maio 2009.)

CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. Estud. Avançados. 1999; 13(35): 89-100.

Cuidados com pacientes acamados [www.ebah.com.br/content/.../cuidados-com-pacientes-acamados](http://www.ebah.com.br/content/.../cuidados-com-pacientes-acamados) (Link)

Cuidados com o paciente acamado

<http://www.sogab.com.br/cuidadoscomopacte.pdf>(Link)

Cuidando do paciente | Centro de Combate ao Câncer  
[www.cccancer.net/site/index.php/cuidando-do-paciente/](http://www.cccancer.net/site/index.php/cuidando-do-paciente/)(Link)

DUARTE, Y.A.O. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. O Mundo da Saúde. v.21, n.4, p.226-230,1997.



FERREIRA et al, A construção coletiva de um guia para cuidadores de pacientes acamados: relato de experiência Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2179-64912011000300016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2179-64912011000300016&script=sci_arttext) J. Soc. Bras. Fonoaudiol. vol.23 no.3 São Paulo July/Sept. 2011.

LANCETTI A. organizador. Saúde loucura: saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2001.

MENDES VL. Uma clínica no coletivo: experimentações no programa de saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2007.

MOLINI-AVEJONAS DR, MENDES VL, AMATO CA. Fonoaudiologia e núcleos de apoio à saúde da família: conceitos e referências. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010;15(3):465-74.

OLIVEIRA GIRARDON PERLINI, N.M; MANCUSSI E FARO, A.C Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio:o fazer do cuidador familiar\*, Rev Esc Enferm USP 2005; 39(2):154-63.

RESTA DG, MOTTA MG. Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à pratica profissional. Texto & Contexto Enferm. 2005;14(Nº Esp):109-15.

ZAYET NORTON EDITOR MEDICO Pacientes acamados | AlzheimerMed 2011; Disponível em: [www.alzheimermed.com.br/convivendo...o-paciente/pacientes-acamados](http://www.alzheimermed.com.br/convivendo...o-paciente/pacientes-acamados).

ZEM-MASCARENHAS, S.H.; BARROS, A. C. T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 11, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a06.htm>>. Acesso em: 23 maios 2009.

## **ANEXO 1**

### **Curso de formação de cuidadores**

Os temas abordados serão:

- 1) Cuidados de higiene aos pacientes acamados:

A necessidade de higiene está intimamente ligada à recuperação da saúde do paciente. Não só a higiene corporal, que proporciona maior conforto e bem-estar, como também a higiene do ambiente, que protege o doente contra outras doenças, evitando o aparecimento de infecções e controlando sua disseminação.

A higiene corporal (banho) deve ser realizada respeitando-se o horário de preferência, a cultura e a privacidade do paciente. Deve-se optar sempre pelo banho de chuveiro e deixar o banho no leito apenas para ocasiões nas quais o paciente esteja impossibilitado de sair da cama. Verifique a temperatura da água, o paciente pode não perceber a temperatura.

Banho no leito:

O banho no leito deve ser realizado quando o paciente estiver impossibilitado de sair dele. Esse é também o momento do cuidador avaliar a integridade da pele, dos cabelos, das unhas e da higiene oral. O primeiro passo importante é organizar todo o material necessário, como: bacia, água morna, sabão suave, toalhas, escova de dente, pasta dental, lençóis, forros plásticos e roupas, evitando assim a interrupção do banho.

A higiene dos cabelos é outro aspecto a ser mencionado, é importante oferecer orientações a respeito dessa higiene, que serve também como estímulo para a circulação sanguínea do couro cabeludo.

Cuidado especial na região sob as mamas nas mulheres, enxugando bem para evitar assaduras e micoses. A higiene dos genitais e da região anal deve acontecer diariamente e após a eliminação urinária e fecal, procurando evitar umidade e assaduras.

Se você perceber que o momento do banho é difícil para seu paciente (observar manifestações como gemidos, dor), peça ao médico para avaliar a necessidade de usar um medicamento analgésico, para facilitar o cuidado e diminuir o sofrimento e as contraturas do paciente.

Aproveite para, depois do banho, massagear a pele dele com um creme hidratante. Observe se há lugares onde a pele parece avermelhada, talvez seja necessário providenciar um colchão do tipo caixa de ovo. Coxins bem macios ou protetores de espuma também podem ser úteis.

A higiene bucal deve ser feita pela manhã, noite e após cada refeição, procure uma escova de dente bem macia, que se adapte melhor às necessidades do paciente. Quando o paciente não possuir dentes próprios, é importante lembrar que a higiene da boca é necessária e o cuidado com as dentaduras consiste em escová-las após as refeições.

## 2) Curativos:

Toda vez que ocorre a ruptura da pele, surge uma ferida. A ferida mais comum em pacientes acamados é a úlcera por pressão (também conhecida como escara). Essa pressão diminui a chegada de sangue na área, prejudicando a nutrição e a oxigenação local. O paciente que fica muito tempo imóvel tem grandes chances de desenvolver escaras ou úlceras por pressão. Para preveni-las, é necessária a mobilização e massagem constante para ativar a circulação dos pacientes acamados por longos períodos.

Fases de formação :

- Vermelhidão no local da pressão
- Inchaço local com calor, podendo haver a formação de bolha de água
- Destruição das camadas da pele.

As áreas em que as escaras aparecem com maior freqüência:

- Atrás da cabeça
- Nas escápulas, nos cotovelos
- No sacro e cóccix
- Na coluna vertebral
- Nos calcânhares.
- Nas costelas
- Nos tornozelos.
- Nos trocanteres.

Fatores que favorecem o aparecimento das úlceras por pressão:

- Longa permanência no leito
- Pressão constante ou prolongada sobre as saliências ósseas
- Estado de coma ou inconsciência
- Umidade no leito
- Pele frágil e debilitada
- Circulação sanguínea debilitada
- Imobilidade no leito
- Idade avançada
- Emagrecimento ou obesidade
- Uso de instrumentos ortopédicos
- Falta de cuidado ao colocar comadre; condições inadequadas de higiene corporal
- Desnutrição
- Dobras, rugas e migalhas no lençol
- Edema.

Como podemos prevenir as úlceras por pressão:

- O mais importante na prevenção de úlceras por pressão é a mudança de posição. O paciente deve ser mudado de posição de hora em hora, e proteger as saliências ósseas.
- Vigiar constantemente a pele para detectar possíveis alterações.
- Colocar comadre com cuidado para não machucar a pele do paciente.
- Promover o alívio da pressão local com travesseiros, almofadas, luvas de água.
- Comunicar alterações de pele em pacientes que usem instrumentos ortopédicos.
- Levar o paciente aos banhos de sol, sempre que possível, no período da manhã.
- Manter colchão caixa de ovo na cama ou cadeira de rodas.
- Cortar e lixar as unhas logo após o banho.
- Oferecer água, sucos várias vezes ao dia e em pequenas quantidades.
- Manter o bom alinhamento de todas as partes do corpo no paciente acamado ou sentado por longos períodos.
- Realizar massagens de conforto.

Como devemos tratar as úlceras por pressão, como fazer um curativo:

- Uma avaliação médica e de enfermagem faz-se necessária para a definição do tratamento das úlceras por pressão.
- O importante é que o paciente, a família e os cuidadores sigam corretamente as orientações fornecidas pelo médico e/ou pela enfermeira, o tratamento não deve ser interrompido ou suspenso sem autorização.
- O curativo deve ser trocado de acordo com a necessidade de cada paciente.
- É importante evitar a presença de fezes ou urina diretamente sobre a ferida.

Atualmente, o curativo de uma úlcera por pressão se processa basicamente da seguinte forma:

Limpar o local com soro fisiológico a 0,9%, em jato direto na ferida, secar delicadamente com gaze estéril, aplicar creme, ocluir com gaze e micropore.

As grandes áreas de necrose (destruição das camadas da pele) serão debridadas pelo médico ou pelo enfermeiro.

As pequenas áreas de necrose serão debridadas com o uso de produtos químicos, após a avaliação do enfermeiro ou do médico.

### 3) Cuidados na refeições:

- a) Estimule o paciente a fazer suas refeições sozinho (sempre que isso for possível) mesmo que no começo ele o faça muito lentamente.
- b) O prato, o copo ou a xícara devem estar adaptados para facilitar o seu uso.
- c) Coloque-lo com a cabeceira bem elevada se a refeição for feita no leito.
- d) Não se esqueça de oferecer líquidos mesmo que ele não os solicite. Lembre-se de que é importante mantê-lo hidratado.
- e) Observe a temperatura do alimento antes de servi-lo.
- f) Observe se as refeições estão sendo bem aceitas, caso contrário, procure a nutricionista para conhecer alternativas de dieta.
- g) A dor desestimula o apetite. Por tanto, certifique-se de que o paciente esteja medicado com os analgésicos prescritos pelo médico para que a dor não dificulte a alimentação.
- h) Se for possível, ofereça sempre pequenas quantidades de comida e permita que a paciente escolha entre várias opções de alimentos.

- i) No caso dos pacientes com problemas na movimentação dos braços, lembre-se sempre de colocar os alimentos e a água próxima ao lado não afetada.
- j) Deve-se ficar atento aos sinais de constipação intestinal ou diarreias.

A acumulação de secreções na faringe representa um sério problema. Quando o paciente é incapaz de deglutir e os reflexos faríngeos estão ausentes, essas secreções devem ser retiradas para eliminar o perigo de aspiração, é necessário realizar aspirações freqüentes e também higiene oral.

Para evitar o ressecamento dos lábios, recomenda-se a aplicação de uma fina camada de vaselina.

Uma dieta balanceada deve conter alguns nutrientes essenciais para uma boa saúde, sendo eles:

1. Carboidratos - açúcar, pão, batata, macarrão, arroz, etc.
2. Proteínas - carnes, leite, ovos, queijos, feijão, soja.
3. Gorduras - óleos, margarina, azeite.
4. Vitaminas e minerais - frutas e verduras.

Quando a ingestão alimentar por via oral não estiver sendo satisfatória, há a necessidade de suplementação através de dietas específicas– suplementos nutricionais – ou mediante alimentação por sonda (dieta enteral). Isso é feito para evitar perda de peso, má cicatrização de feridas, diarreia, constipação, inchaços e vômitos.

Alguns cuidados são importantes na infusão da dieta enteral, como:

- 1 - Manter o paciente sentado ou com a cabeceira da cama elevada.
- 2 - Infundir a dieta lentamente para evitar diarreia, distensão abdominal, vômitos e má absorção.
- 3 - Fracionar a dieta durante o dia. (de acordo com orientação do nutricionista).
- 4 - Infundir água filtrada nos intervalos - quantidade a ser definida pelo médico ou pelo nutricionista.
- 5 - Limpar a sonda com seringa com água morna nos intervalos da dieta.

Quando a paciente não aceita a dieta enteral ou em casos específicos determinados pelos médicos, é prescrita a dieta parenteral, que consiste na oferta de nutrientes

através da veia. A nutrição parenteral só é utilizada quando não houver alternativa para alimentação e seu controle deverá ser rigoroso.

#### Cuidados na hora de dar os remédios

A organização dos remédios (com suas doses e horários) deve ser feita com muita atenção, esclareça suas dúvidas com os médicos antes de oferecer os remédios, não ofereça comprimidos, cápsulas ou outros medicamentos que devem ser engolidos quando o paciente estiver deitado. Mantenha a cabeceira bem elevada para isso. Se não for possível conseguir uma cama adaptada, use travesseiros ou almofadas grandes; se não for possível elevar a cabeceira, vire-o de lado, se houver dificuldade de engolir os comprimidos, triture-os e dissolva o pó em uma pequena quantidade de água. Não se esqueça de verificar sempre a data de validade dos medicamentos.

- Os medicamentos de uso oral devem ser tomados com água e não com outro tipo de bebida (leite, suco, chá, café ou bebidas alcoólicas).

- Os medicamentos de uso sublingual devem ser colocados debaixo da língua e deixados até que se dissolvam, não devendo ser ingeridos com água.

- Na introdução de comprimidos e medicamentos líquidos pela sonda enteral, os comprimidos deverão ser triturados e misturados em um copo de água, passar o medicamento pela sonda e, após, utilizar mais duas seringas de água filtrada.

#### 4) Cuidados de fisioterapia motora:

O cuidador deve ajudar a pessoa cuidada a recuperar movimentos e funções prejudicados pela doença e para isso deverá fazer exercícios.

O quarto do paciente deve conter apenas o necessário, ou seja, móveis e utensílios para o uso do paciente. Retirar tapetes, cortinas, tudo o que prejudique a saúde do paciente e dificulte o trabalho do cuidador. O quarto deve permanecer sempre com ventilação e iluminação adequadas. É necessário que haja uma cômoda ou mesa próxima à cama, onde estarão os objetos de uso diário do paciente e do cuidador, facilitando o seu trabalho rotineiro.

Os ambientes não devem conter muita mobília. Devem ser mais largos, maiores, bem arejados e ventilados. A distribuição dos móveis deve ser feita de maneira a

possibilitar o fácil deslocamento do paciente e do seu cuidador, seja andando com andador ou bengala, seja na cadeira de rodas.

Os outros cômodos da casa não devem possuir pisos escorregadios, nem deve ser passada cera no chão. Os pisos devem ser preferencialmente, porosos, que não escorreguem muito.

#### Posicionamento do paciente no leito

O posicionamento ideal deve proporcionar ao paciente conforto, comodidade, segurança e liberdade aos movimentos, para que possa ser realizado o mais cedo possível. O paciente deve estar sempre em posições que facilitem o seu manuseio pelo cuidador, evitando assim complicação na postura de ambos (paciente e cuidador).

#### Dicas de posicionamento

##### Deitado de costas

O braço “afetado” deve estar estendido sempre com um travesseiro embaixo, para seu relaxamento; e a perna “afetada” deve estar fletida (joelho dobrado) e também com um travesseiro ou almofada embaixo dela, para um melhor relaxamento.

##### Deitado de lado (em cima do lado afetado)

O paciente deve ficar com o braço afetado em extensão (esticado) à frente do seu corpo, com apoio total no leito (apoiado sempre por um travesseiro ou almofada). As pernas devem permanecer dobradas, com travesseiro entre os joelhos.

##### Deitado em cima do lado não afetado

O paciente deve ficar com o braço estendido à frente do seu corpo, por cima do outro e com um travesseiro entre eles.

##### Sentado em cadeira ou poltrona

A coluna do paciente deve estar em posição correta (alinhada), totalmente apoiada no encosto da poltrona; pernas fletidas (dobradas), com quadris e joelhos fletidos e os pés totalmente em contato com o chão; braços apoiados nos braços da poltrona ou cadeira, com os cotovelos dobrados e os ombros alinhados, próximos ao corpo do paciente. O posicionamento dos braços na poltrona pode ser reforçado por travesseiros ou almofadas do mesmo tamanho, favorecendo um bom alinhamento. Esse posicionamento é válido também para quando o paciente estiver na cadeira de rodas.



### Vícios posturais

O que é um vício postural?

É quando o indivíduo permanece em posições erradas, prejudicando ou aumentando ainda mais suas dores e/ou limitações de movimentos.

Se esses vícios não forem corrigidos a tempo, podem causar deformidades irreversíveis, prejudicando até mesmo o tratamento dos fisioterapeutas.

### Deformidades:

As deformidades ocorrem quando o indivíduo adota vícios de postura, provocando o encurtamento dos tecidos moles e o alongamento de outros nas articulações. Dessa maneira, as juntas ficam rígidas (duras), provocando assim deformidades de difícil correção.

### Prevenção

As deformidades podem ser prevenidas com um posicionamento cuidadoso do paciente dependente: na cama, poltrona e cadeira de rodas. Esse posicionamento deve ser feito de maneira que o paciente não permaneça por um período prolongado em uma mesma posição. Os membros e o tronco devem ser colocados em uma variedade de posições durante o dia, procurando alternar as posições de braços e pernas durante a permanência do paciente em uma mesma postura (sentado ou deitado).

### 5) Cuidados de fisioterapia respiratória:

O objetivo da fisioterapia respiratória é proporcionar aos cuidadores informações básicas dos cuidados respiratórios considerados importantes para o bem-estar do paciente.

#### Adequação ambiental

1 - O quarto deve estar sempre bem arejado e ser higienizado corretamente para não acumular poeira.

2 - Manter no quarto apenas o que for necessário para utilização do paciente e do cuidador.

3 - Receber sol com moderação em algum período do dia.

#### Higiene das vias aéreas superiores

-Solicitar ao paciente que assue o nariz. Se ele não conseguir, limpar com cotonetes as crostas que costumam acumular (no nariz).

-Em pacientes com muita idade ou que tenham alguma patologia cuja deglutição é mais lenta, o cuidador deve higienizar também a boca do paciente, impedindo que se acumulem resíduos que poderiam provocar uma possível micro aspiração de alimento.

-Depois de realizada higiene do nariz e da boca, se possível solicitar tosse e observar se há coloração na secreção.

#### Higiene brônquica:

##### Mudanças de decúbito

-São importantes para evitar acúmulo de secreção. Devemos, portanto, ter a preocupação de proporcionar posições em que o tórax esteja sempre livre, visando favorecer a ventilação do paciente.

-Movimentar braços e pernas respeitando a amplitude de movimento do paciente aumenta o fluxo respiratório. Isso favorece a tosse quando a secreção se encontra em vias aéreas mais proximais.

- As manobras de higiene brônquica devem ser feitas quando o paciente apresentar um quadro de hipersecreção pulmonar com dificuldade de tossir e expectorar.

As manobras devem ser feitas sempre sob a orientação do fisioterapeuta.

#### A aspiração pode ser: Nasotraqueal, orotraqueal e traqueal:

##### -Aspiração nasotraqueal ou orotraqueal:

A sonda é introduzida pelo nariz ou pela boca do paciente, respectivamente. Devemos tomar alguns cuidados quanto a estas aspirações em pacientes com uso de sonda enteral para alimentação.

##### -Aspiração traqueal:

No caso de pacientes que fazem uso de oxigênio, o mesmo deve estar sempre perto da traqueia no momento da aspiração.

#### Higiene do mandril:

Manter sempre o mandril da traqueostomia bem limpo (mandril é a peça que se encaixa dentro da traqueostomia e que deve ser retirada para a higiene). Essa limpeza

deve ser feita duas vezes ao dia em paciente sem muita secreção, podendo ser intensificada a partir do momento em que a secreção aumente.

Como fazer?

Limpeza do mandril: depois de retirado, o cuidador deve colocá-lo embaixo de uma torneira com água corrente para deixar que a água limpe a secreção. Após isso, deve passar uma gaze de um lado para o outro do mandril, limpando as secreções ressecadas, que obstruem a luz do mesmo.

Após a aspiração nunca devemos aproveitar a mesma sonda, pois a sonda que fica em qualquer recipiente, seja este com água ou não, pode estar favorecendo uma infecção. Não é necessário o uso de luvas estéreis para estes procedimentos.

Exercícios respiratórios:

- Utilização de incentivadores respiratórios (Respiron).
- Respiração diafragmática.
- Exercícios de braço associados à respiração.
- Se o paciente estiver fazendo o uso de inaladores, estar atento à melhor posição em que ele deve estar durante esse procedimento, conforme orientação do fisioterapeuta.
- Sentado com o corpo ereto, solicitar que ele respire profundamente durante a inalação.

Quando procurar um médico:

Toda vez que o cuidador observar:

1. Que o paciente se apresenta agitado.
2. Que aumenta a frequência respiratória.
3. Que aumenta a frequência cardíaca.
4. Que aumenta a secreção ou há mudança de coloração.
5. Sensação de cansaço.
6. Sudorese.
7. Febre.

Estes temas foram enriquecidos pelo resultado de revisão de artigos científicos de diferentes autores, que podem ser encontrados na página [WWW.pacientes.acamados no Brasil](http://WWW.pacientes.acamados.no.Brasil), e na experiência da prática diária de nosso trabalho.