

Valéria Cristina Neiva de Almeida Rezende

**DESENVOLVIMENTO DE MANUAL SOBRE A
FISIOTERAPIA NOS CUIDADOS DE IDOSOS
ACAMADOS, POSICIONAMENTO NO LEITO,
TRANSFERÊNCIAS E MOBILIDADE**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG

2016

Valéria Cristina Neiva de Almeida Rezende

DESENVOLVIMENTO DE MANUAL SOBRE A FISIOTERAPIA NOS CUIDADOS DE IDOSOS ACAMADOS, POSICIONAMENTO NO LEITO, TRANSFERÊNCIAS E MOBILIDADE

Monografia apresentada ao curso de Pós-Graduação em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de certificado de conclusão de curso de Pós Graduação em Fisioterapia Geriatria em Gerontologia da UFMG.

Orientadora: Professora Gisele de Cássia Gomes, PhD.

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG

2016

Desenvolvimento de Manual sobre a Fisioterapia nos Cuidados de Idosos Acamados, Posicionamento no Leito, Transferências e Mobilidade.

Argumento: Os profissionais de equipes de saúde que realizam acompanhamento do paciente acamado no domicílio deparam muitas vezes, com várias dificuldades em seu tratamento, dentre elas a falta de uma pessoa para ser referência na família afim de exercer os cuidados que esta pessoa necessita ou porque existe o cuidador, mas esse, muitas vezes, não tem preparo, é desinteressado e alega não ter tempo para cuidar do paciente, já que o baixo nível sócio econômico da maioria leva á sobrecarga de funções e uma inadequações de procedimentos que são considerados pertinentes ao cuidado.

Durante nossa vivência com essa temática, foi possível observar que mesmo com as orientações dos profissionais existe ainda uma grande distância entre o ensinar e o fazer, gerando algumas vezes conflito entre o cuidador e o profissional, sendo o processo educacional do cuidador o principal aliado na recuperação do paciente.

O presente estudo tem como argumento a dificuldade apresentada pelos profissionais do Programa Viver Bem da Unimed de Conselheiro Lafaiete em orientar pacientes acamados quanto a transferência, mobilidade e posicionamento no leito, sendo confeccionado como produto final um manual de Cuidados de idosos acamados, posicionamento no leito, transferência e mobilidade.

RESUMO

A síndrome da imobilidade provoca grandes mudanças no organismo dos indivíduos que estão acamados e com dificuldades de locomoção por longos períodos, comprometendo e diminuindo funcionalidade do paciente, seu bem estar e qualidade de vida. O estudo do cuidado de diversas especialidades para a prevenção de complicações desta condição são extremamente importantes para traçar planos de intervenção adequados e eficazes. Uma forma de atenção com bons resultados pode ser o treinamento dos familiares e cuidadores para que estes possam prestar cuidados mais efetivos. Desta forma, esta revisão teve por objetivo subsidiar, a partir da análise da literatura, a confecção de um manual de cuidados de pacientes acamados apresentando possibilidades de tratamento fisioterápico para síndrome da imobilidade na tentativa de compreender e estabelecer as funções e as metas terapêuticas para o tratamento, assim como a dinâmica do cuidado do paciente acamado dentro do seu domicílio ou em ambiente hospitalar. Para este trabalho foi realizado pesquisas bibliográficas concentradas em livros e artigos científicos que permitissem a identificação de recursos e procedimentos baseados na evidência que embasassem na elaboração de um plano de cuidados com uma forma de comunicação simples e que fosse útil como material de consulta para aqueles que cuidam. Como resultado foi confeccionado um manual com orientações para profissionais de todas as especialidades e familiares que estão envolvidos direto com o idoso acamado.

Palavras-Chave: Fisioterapia. Síndrome da Imobilidade. Prevenção. Idosos. Manuais

ABSTRACT

The immobility syndrome causes great changes in the body of the individuals who are bedridden and with locomotion difficulties for long periods, compromising and diminishing the patient's functionality, well being and quality of life. The study of the care of several specialties for the prevention of complications of this condition are extremely important to draw up adequate and effective intervention plans. One form of attention with good results can be the training of family members and caregivers so that they can provide more effective care. Thus, this review aimed to subsidize, based on the literature review, the preparation of a manual of care of bedridden patients presenting possibilities of physiotherapeutic treatment for immobility syndrome in an attempt to understand and establish the therapeutic functions and goals for the Treatment, as well as the dynamics of the care of the bedridden patient in his own home or in hospital environment. For this purpose was carried out bibliographic research in books and scientific articles that allowed the identification of resources and procedures based on the evidence that base in the elaboration of a plan of care with a simple form of communication and that was useful as material of consultation for those who care as a result, a manual has been prepared with guidelines for professionals of all specialties and families who are directly involved with the bedridden elderly.

Keywords: Physiotherapy. Immobility syndrome. Prevention. Elderly. Handbooks

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1. Alterações Orgânicas Decorrentes do Confinamento no Leito por Períodos Prolongados.....	10
2.2. Objetivos da Abordagem Terapêutica.....	12
2.3. Objetivo da Fisioterapia.....	13
2.4. Tipos de Exercícios Utilizados com Pacientes Acamados.....	13
3. METODOLOGIA.....	14
4. RESULTADOS E CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS.....	17
ANEXO	19

1. INTRODUÇÃO

Uma das maiores conquistas das sociedades contemporâneas é o aumento da expectativa de vida. Este fato resulta da redução significativa das taxas de mortalidade por doenças infectocontagiosas e crônicas em todas as idades como consequência de melhorias das condições de vida em geral, do avanço da tecnologia médica e de um maior acesso a serviços de saúde (CHAIMOWICZ, 2011).

Em quase todo o mundo, o contingente populacional que mais cresce é o de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) 754,6 milhões de indivíduos estavam nessa faixa etária em 2010 (CAMARANO, 2009). Suas projeções apontam para 1,2 bilhão em 2025, podendo chegar aos dois bilhões em 2050. Pela primeira vez na história da humanidade, as pessoas com 60 anos ou mais superarão as crianças menores de 14 anos, correspondendo, respectivamente, a 22,1% e 19,6% da população mundial. Perspectiva para o Brasil é semelhante a essa, indicada pela OMS.

Projeções demográficas apontam para 2020 um contingente de 29,8 milhões de pessoas com 60 anos ou mais e de 4,7 /milhões acima de 80 anos, significando, respectivamente, um acréscimo de 9,2 milhões e 1,7 milhão de indivíduos na faixa etária de 80 anos ou mais, comparado ao contingente de 2010. (CAMARANO, 2009).

O que aumenta a necessidade de cuidados nessa faixa etária, família funciona, mas maioria, não como numa totalidade necessitando de cuidadores formais ou informais, onde cada indivíduo desempenha um papel fundamental. A função de cuidar é assumida por uma única pessoa que assume a responsabilidade do cuidado. A partir do momento em que um membro desse grupo adoece e não cumpre mais esse papel definido, a organização anterior sofre uma alteração que desencadeia uma crise, obrigando à reestruturação de papéis. (SILVEIRA, 2006)

Um relatório do Ministério da Saúde (2012) considera médio/crescente os problemas ocasionados aos pacientes acamados em hospitais em função da ausência de movimentos de locomoção que acabam por trazer consequências graves ao sistema motor.

Para FARIAS e NETO (2008), a síndrome da imobilidade envolve um conglomerado de modificações nos indivíduos que estão acamados por um longo

período que acabam por produzir consequências no corpo levando a um comprometimento da funcionalidade do paciente, que o impede de interagir com a sociedade podendo provocar problemas de ordem emocional, física e social.

A imobilidade no leito é um problema de saúde que diminui a qualidade de vida do indivíduo e representa um grande custo familiar e para as agências de saúde. Limitar o seu avanço e seu mau prognóstico para seus desfechos são metas antigas do estudo da Gerontologia. (CAZEIRO, 2010).

A Síndrome da Imobilidade é uma alteração causada pelo denominado acamamento prolongado de pacientes com vários problemas de saúde. Essa síndrome tende a aparecer 15 dias após a internação em função da ausência de locomoção do paciente. (SILVA, 2010).

Para FERNANDES (2012) a Síndrome do Imobilismo tem características peculiares e é caracterizada por alterações nos diversos tecidos e sistemas, secundárias ao repouso prolongado, podendo ser sistêmicas ou segmentares. Várias condições patológicas podem levar a imobilidade, como: doenças neurológicas, ortopédicas, reumatológicas, cardiopulmonares, má nutrição, quadros dolorosos, alterações psicoafetivas, demências, neoplasias, vestibulopatias etc.

De acordo com CARNEIRO e PERES (2010), a imobilidade produz enormes problemas de saúde no indivíduo e sequelas graves, que podem até ser intransponíveis, mesmo com a intervenção da equipe de saúde sendo, desta forma, mais um problema a ser encarado pelos profissionais envolvidos no tratamento.

Seja qual for a sua causa, o repouso prolongado pode trazer sérios agravos à saúde que, quando considerados em conjunto, recebem denominações como Síndrome do Imobilismo, Síndrome da Imobilização, Síndrome do Desuso, Síndrome do Descondicionamento Físico ou são ainda identificados como sequelas/complicações/efeitos deletérios da inatividade, do repouso no leito ou da imobilização prolongada (CARNEIRO e PERES, 2010).

A síndrome da imobilidade é causada pelo repouso prolongado, ou seja, pela situação de confinamento no leito muito longa nos hospitais e; ou em domicílio que provocam no início, um profundo desconforto orgânico e, depois, evolui para outras situações causadas pela ausência da locomoção. Estudos comprovaram a diminuição nas taxas de incidência com a implementação do serviço de fisioterapia domiciliar (Ministério da Saúde, 2012).

Por se tratar de um problema bastante complexo e complicado, envolve a atenção multidisciplinar no ambiente hospitalar e domiciliar, já que são necessários procedimentos clínicos e as vezes cirúrgicos, de medicações e de um maior tempo de internação hospitalar e maiores cuidados domiciliares, o que torna o tratamento muito caro para as famílias ou para o sistema público de saúde (LEAL, 2012).

À medida que a condição piora, o desconforto ocorre com mais frequência. Em casos mais agudos a intervenção precisa ser realizada pela equipe multidisciplinar.

É evidente a falta de orientação dos cuidadores domiciliares e a escassez de trabalhos que visem auxiliar os mesmos. Poucos estudos foram encontrados sobre o tema síndrome do imobilismo no leito e nenhum voltado para a atuação fisioterapêutica, a maioria dos trabalhos que relacionavam-se ao tema eram vinculados a equipe de enfermagem. Dessa maneira, a orientação torna-se muito mais vinculada a prevenção de úlceras de pressão, higiene, alimentação entre outros temas relacionados a prática destes profissionais, evidenciando uma lacuna no que se diz respeito as orientações relativas a prevenção de comprometimentos osteoarticulares e complicações respiratórias que repercutem diretamente na qualidade de vida e prognóstico destes pacientes além da sobrecarga e falta de orientações ao cuidador.

Segundo PERLINI e FARO (2005) a maioria dos cuidadores aborda o cuidado de seus familiares de forma intuitiva, com base em crenças, outras experiências e troca de informações com vizinhos e amigos demonstrando a falta de orientação técnica sobre o assunto.

Os temas mais abordados foram os danos causados pelo decúbito prolongado, tais como úlceras de pressão, diminuição da força muscular, alterações metabólicas, entre outras, a incidência de incapacidade funcional, considerando o aumento crescente da expectativa de vida e conseqüentemente as alterações do organismo, a atenção à educação dos cuidadores apresenta-se de extrema importância para o tratamento fisioterapêutico.

Assim, no trabalho com a saúde, especialmente a prática diária das profissões envolvidas na área, a tomada de decisões importantes é cotidiana e exige conhecimentos técnico, consciente e científico coerentes com a demanda. (ABATE, 2013).

Pacientes confinados no leito apresentam necessidades especiais e básicas, as quais, na maioria das vezes exigem assistência sistematizada, além de uma série de cuidados objetivando evitar complicações. (MIRANDA, 2014).

O trabalho do profissional de Fisioterapia nesses casos tem se mostrado eficaz e imprescindível, sendo considerada parte integrante da equipe responsável pelos cuidados nestes pacientes (STILLER, 2000).

Essas práticas referem-se ao uso consciente das melhores condições de tratamento para o atendimento de pacientes individualmente baseados em evidências científicas. Hoje, a multiplicidade de intervenções, cada uma delas com diferentes potenciais de benefício, risco e custo estão exigindo respostas mais seguras, baseadas em investigações sistematizadas sobre questões clínicas específicas. (LEAL, 2012).

Esse trabalho nasceu da prática clínica em serviço de atendimento de fisioterapia domiciliar realizada em clientela específica em cidade de Conselheiro Lafaiete, interior de Minas Gerais, na reflexão - da questão que a autora considera fundamental: qual o tratamento mais adequado para pacientes com síndrome de imobilidade acamados por longo período em domicílio ou hospitalizado?

Desta forma, este estudo teve por objetivo geral apresentar possíveis técnicas para o tratamento fisioterápico para a síndrome da imobilidade, a partir de uma análise da literatura para subsidiar a melhor compreensão do problema e estabelecer a terapêutica para o tratamento através da produção uma cartilha com recomendações e técnicas de procedimentos para familiares e cuidadores.

Avaliar quais os melhores métodos de minimizar os efeitos deletérios decorrentes da síndrome da imobilidade no intuito de montar um produto em formato de manual para servir de referência como condutas de tratamento do idoso com síndrome de imobilidade.

Pretende-se avaliar as possibilidades de abordagem terapêutica do tratamento de Fisioterapia nos cuidados de transferência, posicionamento e mobilidade para o conforto, melhora da funcionalidade, sobrevivência e qualidade de vida dos idosos acamados.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Alterações Orgânicas Decorrentes do Confinamento no Leito por Períodos Prolongados

SILVA *et al* (2010) afirma que o imobilismo acomete o sistema musculoesquelético, gastrointestinal, urinário, cardiovascular, respiratório e cutâneo e que intervenções precoces são necessárias para prevenir problemas físicos e psicológicos.

De acordo com LEDUC (2010) a imobilidade prolongada leva a deterioração funcional progressiva dos vários sistemas, muito além da senescência normal, chegando-se mais tarde a síndrome da imobilização.

Os sistemas mais atingidos são:

- Sistema tegumentar: atrofia de pele, úlcera de decúbito, escoriação, equimose, dermatite, micose;
- Sistema esquelético: osteoporose, artrose, fraturas;
- Sistema muscular: atrofia, encurtamento de tendões, hipertônias, contraturas;
- Sistema cardiovascular: trombose venosa profunda, embolia pulmonar, isquemia arterial, hipotensão postural, edema linfático;
- Sistema urinário: incontinência, ITU, retenção urinária;
- Sistema nervoso: depressão, piora do *défict* cognitivo (demência), inversão do ritmo do sono, *delirium*;
- Sistema Respiratório: pneumonia, insuficiência respiratória.

Os sistemas importantes para prática da Fisioterapia são: tegumentar, esquelético, muscular, cardiovascular, urinário e respiratório.

O sistema tegumentar a pele senil apresenta declínio na produção de células epiteliais, a derme perde vigor e elasticidade. As micoses são facilitadas pela umidade constante na superfície corporal, fato comum em acamados, pois suor, urina e restos de alimentos se acumulam no colchão e elas são porta de entrada para importantes infecções bacterianas. Higiene, bom estado nutricional, exposição ao

sol, uso de roupa de material poroso (evitar tecidos sintéticos e fraldas), temperatura ambiente agradável, controle glicêmico e os cuidados com higienização medidas preventivas de micoses. (LEDUC, 2010).

Úlcera de decúbito: são decorrentes da compressão de duas horas de uma área tecidual consequente produz pressão e isquemia dos vasos. Desnutrição, desidratação, má higiene, obesidade, sedação excessiva, doença cardiorrespiratória, hipoalbuminemia, predisposição individual, doenças crônicas, colchão inadequado, perda de sensibilidade dolorosa, falta de mobilidade e captação de O₂ pelos tecidos são elementos que contribuem para sua formação. A melhor prevenção é a correção dos fatores citados além de proteção para das proeminências ósseas, posicionamento no leito, mobilização de 2 em 2 horas e assentar o paciente o maior tempo possível. Em termos de colchão o mais adequado é o pneumático sendo o caixa de ovo pouco eficaz.

Segundo FERNANDES (2015), no sistema esquelético a falta de mobilidade ocasiona contratura e devem ser prevenidas com movimento ativo e passivo da articulação e posicionamento no leito com coxins, almofadas, pranchas ou órteses para alongamento.

Sistema muscular: após a sétima década da vida idosos apresentam importante processo degenerativo da musculatura, na imobilidade esse processo é mais intenso e acelerado, tais mudanças resultam em atrofia muscular, sendo prevenidos com mobilização precoce posicionamento. (SILVA, *et al*, 2010).

Sistema cardiovascular: Trombose venosa profunda, a posição supina, a contratura de membros inferiores quadril e joelho e a ausência do efeito de bomba da musculatura da panturrilha predispõe a estase venosa profunda. A prevenção é feita com movimentação frequente de membros inferiores. (FERNANDES, 2015; LEDUC, 2010).

Sistema urinário: na imobilidade quase todos os pacientes são incontinentes já que são portadores de quadro demencial avançado.

Fatores predisponentes a infecção urinária na síndrome da imobilidade são: incontinência urinária, uso de fraldas geriátricas, pouca ingestão de líquidos, o tratamento depende da avaliação laboratorial. (SILVA, *et al*, 2010).

Sistema respiratório: o reflexo de tosse e a capacidade elástica dos pulmões estão diminuídas em pessoas acima de setenta anos. No paciente acamado existe acúmulo de líquido nos pulmões que serve de meio de cultura para

bactérias que causarão pneumonia hipostática. O quadro clínico de pneumonia no idoso é atípica caracterizando por confusão mental, desidratação, hipotensão, e nem sempre acompanhada de frequência respiratória aumentada e febre. Tosse e expectoração também podem estar ausentes devido a perda de reflexos de tosse e diminui a força da musculatura da caixa torácica. Estertores e crepitação basal são comuns sendo sinal de estase pulmonar nesses pacientes (SILVA, *et al*, 2011).

A maior causa é a aspiração e a intervenção do fisioterapeuta respiratório é de grande importância nesse tratamento.

2.2. Objetivos da Abordagem Terapêutica

DREEBEN (2009) preconiza que os principais objetivos da mobilidade do paciente são: melhorar o funcionamento ideal do corpo (por meio de progressão gradativa das atividades para volta as AVDs), evitar complicações ou acidentes adicionais, estabelecer uma relação de suporte com o paciente e seus familiares, utilizar uma abordagem em equipe por profissionais de saúde para tratar de todos os aspectos dos problemas do paciente (médico, farmacológico, nutricional, psicológico, social, físico, ocupacional e fonoaudiológico) e devem ainda incluir o paciente e familiares no processo de decisão.

As indicações de intervenção fisioterapêutica e os tipos de condutas utilizadas variam de acordo com o local e o preparo técnico do profissional.

LOBLER (2008), resume que o exercício é a movimentação ativa e passiva dos diversos sistemas do corpo humano, o que justifica a necessidade do exercício.

Para CARNEIRO e PERES (2010): a técnica de prevenção envolve:

Estimular a movimentação no leito e a independência nas atividades. Estimular a deambulação. Prevenir complicações pulmonares. Auxiliar na resolução de patologias pulmonares já instaladas. Promover um padrão respiratório mais eficaz. Evitar complicações circulatórias. Reduzir a dor. Manter força muscular e a amplitude de movimentos com exercícios.

2.3. Objetivo da Fisioterapia

Os três tipos de abordagem fisioterápica são a analgesia (alívio da dor), alongamento (ganho de movimento) e fortalecimento muscular. Nos alongamentos, os exercícios são realizados com o objetivo de relaxamento das articulações. E fortalecimento através da cinesioterapia que é por fim o tratamento do movimento, onde o fisioterapeuta utilizará o movimento provocado pela própria atividade muscular do paciente com uma finalidade terapêutica, auxiliando, assistindo, resistindo ativa ou passivamente o movimento para atingir um objetivo específico do tratamento (MARTINS, 2003).

Em linhas gerais, os objetivos do tratamento serão o controle da dor, a prevenção de deformidades, prevenção de complicações respiratórias ou cardiovasculares do descondicionamento no paciente acamado, a recuperação da capacidade funcional de um músculo ou de uma articulação, manutenção de um equilíbrio estático e dinâmico do sistema musculoesquelético, estímulo à participação da família e a reintegração do indivíduo no seu meio social quando possível profissional (SOARES, 2006).

2.4. Tipos de Exercícios Utilizados com Pacientes Acamados

Passivo: conduzido por enfermeira (o), terapeuta ou cuidador sem a participação do paciente.

Ativo-assistido: exercício levado a efeito com o paciente, com assistência.

Ativo: exercício executado pelo paciente sem assistência.

Contrarresistência: exercício ativo executado contra uma resistência produzida por técnicas manuais ou mecânicas.

Isométrico com fricção muscular: o exercício é executado pelo paciente (tanto ativo quanto contrarresistência). Também contribui para o reforço os músculos e melhora os movimentos das articulações.

Isotônico: o músculo se contrai, obrigando o membro à movimentar-se. Aumenta a força muscular e contribui para a mobilidade das articulações. (KISNER, 2016)

3. METODOLOGIA

O estudo contou com a revisão de livros teóricos e artigos científicos, cartilhas de recomendação de serviços de institucionalização e de secretarias e ministério da saúde que verssem sobre o tema em estudo.

As bases de dados: foram utilizadas artigos de bases científicas tais como *Lilacs*, *Medline*, *PeDRO*, *Scielo*, livros textos e ainda sites de busca como *Google.com* acadêmico entre outros.

As palavras-chave utilizadas: idosos acamados, exercícios, cinesioterapia, reabilitação, síndrome de imobilidade, e sua correlatas em inglês conforme os descritores. O estudo foi realizado por meio de busca eletrônica nos sites *Lilacs* e *Pubmed*.

Foram encontradas 947 referências, as quais tiveram seus títulos e resumos lidos e com o resultado da leitura dos resumos foram selecionados quinze artigos para leitura integral que fizeram parte da composição do presente estudo. Destes 15, seis estudos analisados tiveram parâmetros observados na fundamentação: Astenia (fraqueza, debilidade, falta ou perda e força do organismo), dor muscular (sensação dolorosa localizada resultante do estímulo de terminações nervosas especiais percebidas pelo cérebro), dispneia (respiração difícil ou laboriosa), pneumonia hipostática (infecção dos pulmões causada pelo acúmulo de secreção devido a imobilidade), parestesia (diminuição da sensibilidade, formigamento, dormência), escara de decúbito (lesão causada por fricção ou pressão).

Foram compiladas as informações referentes a condutas terapêuticas ligadas a mobilidade desses indivíduos que melhorem a capacidade funcional relativo a diversas formas de abordagem e cinesioterapia que possam ser relacionadas como boas práticas no sentido de afastar ou minimizar os efeitos deletérios do confinamento no leito.

Os trabalhos selecionados subsidiaram a fundamentação para a confecção de um Manual de Boas Práticas na Prevenção da Imobilidade Prolongada em Idosos confinados no Leito (anexo 1) para utilização clínica no programa Viver Bem da Unimed de Conselheiro Lafaiete com objetivo de evitar instalação de deformidades, garantir integridade de estruturas osteoarticulares e da pele para

orientação de cuidadores e familiares, com objetivo de melhorar o bem estar e a qualidade de vida dos idosos acamados.

4. RESULTADOS E CONCLUSÃO

À medida que a condição da síndrome da imobilidade piora o desconforto ocorre com mais frequência. Em casos mais agudos, a intervenção precisa ser realizada pela presença de equipe multidisciplinar

O resultado do presente estudo teve como produto a criação do Manual do cuidador e teve como objetivo a melhora da qualidade do cuidado na reabilitação motora do paciente acamado como metas principais, evitar a instalação de deformidades, garantir a integridade das estruturas osteoarticulares e da pele evitando intercorrências provenientes da imobilidade.

Além do cuidado ao paciente também foi dada atenção ao cuidador no sentido de evitar as conseqüências referentes à sobrecarga e práticas incorretas no dia a dia com o paciente.

A confecção deste Manual é extremamente importante e sua aplicabilidade repercutirá na melhora da qualidade de vida não só do paciente assim como do cuidador, contribuindo para a efetividade do tratamento fisioterapêutico e, conseqüentemente dos seus resultados.

Como desfecho final deste estudo será realizado um treinamento dentro da sede da Unimed de Conselheiro Lafaiete com todos os cuidadores do Programa Viver Bem para entrega, demonstração e orientação geral do Manual. As orientações específicas e individuais de cada paciente serão realizada no domicílio no dia da visita mensal como parte da atenção integral ao paciente. O produto final deste trabalho encontra-se em anexo.

REFERÊNCIAS

ABATE, Débora Tavares. **Influência da Fisioterapia na Síndrome do Imobilismo.** Artigo 2013. Disponível em: <http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/viewFile/874/1035>. Acesso em 19 Mar. 2016.

BRASIL. **Dados de saúde pública.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.ms.gov.br>. Acesso em 10 Mar. 2016.

CAMARANO AA, Kanso S. **Perspectivas de Crescimento para a População Brasileira: Velhos e Novos Resultados.** Rio de Janeiro: Ipea; 2009.

CARNEIRO, Na Paula; PERES, Patrícia T. **A Terapia Ocupacional na Prevenção e no Tratamento de Complicações Decorrentes de Ações Decorrentes da Imobilização no Leito.** Artigo. 2010. Disponível em <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/351/282>. Acesso em 19 Mar. 2016.

CAZEIRO, Ana Paula M.; PERES, Patricia P. **A Terapia Ocupacional na Prevenção e no Tratamento de Complicações Decorrentes da Imobilização no Leito.** Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, 2010, v. 18, n.2, p. 149- 167. Mai/ago.

CHAIMOWICZ F. **Envelhecimento e Saúde no Brasil.** In: Freitas EV, Py L, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan;2011. p. 74-98

DREEBEN, Olga. **MDS - Manual de Sobrevivência para Fisioterapia.** Guanabara, 2009.

FARIAS. S. H.; MAIA NETO, W. L. **Atuação da Fisioterapia Sobre os Efeitos do Imobilismo no Sistema Osteomioarticular.** Revista Lato & Sensu Universidade da Amazônia, v.9, n. 2, p. 47-53, Nov. 2008

FERNANDES, Tereza de Jesus. **Efeito de um Programa de Mobilização e Exercício Ativo Sobre a Amplitude Articular em Pessoas com Síndrome do Desuso.** Disponível em: <http://docplayer.com.br/13450565-Efeito-de-um-programa-de-mobilizacao-e-exercicio-ativo-sobre-a-amplitude-articular-em-pessoas-com-sindrome-de-desuso-teresa-de-jesus-fernandes.html>. Acesso em 03 Out. 2016.

KISNER, CAROLYN; COLBY, LYNN ALLEN. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas.** 6ª edição. São Paulo: Manole, 2016

LEAL, Márcia. **Intervenção Fisioterapêutica na Prevenção da Síndrome do Imobilismo em Pacientes Acamados por Tempo Prolongado e seus Efeitos no Sistema Locomotor.** Disponível em: <http://portalbiocursos.com.br>. Acesso em 10 Mar. 2016.

LEDUC, Mauro Marcos Sander. **Imobilidade e Síndrome da Imobilização Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed: Guanabara Koogan, 2010.

LOBLER, C.S. e colaboradoras. **A necessidade humana básica de exercício**. Rev. Bras. Enf.; DF, 31 : 123-134, 2008.

MARTINS, Letícia. **Cinesioterapia**. Disponível em: <http://www.tudoin.com.br/portal>. Acesso em 13 Mar. 2016.

MIRANDA, Helda Áurea Alves Amorim. **Correlação entre Funcionalidade, Mobilidade e Risco de Quedas em Idosos com Doença ee Alzheimer**. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/18402>. Acesso em 07 Mar. 2016.

PERLINI, Nara Marilene Oliveira Girardon; FARO, Ana Cristina Mancussi. **Cuidar de Pessoa Incapacitada por Acidente Vascular Cerebral no Domicílio: O Fazer do Cuidador**. Rev.Esc.Enferm. USP. São Paulo, 2005, v. 35, n.2, p 154-163. Jan.

SILVA, A., Jesus, H., Morais, A., Silva, M., Pinto, R., Pereira, S. & Pedro, S. **CIPE versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Santa Maria da Feira: Lusodidata, 2011.

SILVA, Ana Paula Pereira; MAYNARD, Kenia; CRUZ, Monica Rodrigues. **Efeitos da Fisioterapia Motora em Pacientes Críticos: Revisão de Literatura**. Revista Brasileira de Terapia intensiva, 2010, v. 22, n. 1, p. 85-91. Fev.

SILVA, E. W. N. L.; ARAÚJO, R. A.; OLIVEIRA, E. C.; FALCÃO, V. T. S. L. **Aplicabilidade do Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Brasileira, Ter. Intensiva, 175-185, 2010.

SILVEIRA T. M. **O Sistema Familiar e os Cuidados com Pacientes Idosos Portadores de Distúrbios Cognitivos**. Textos sobre Envelhecimento 2006; 2º sem (3/4): 13-28.

SOARES, Marcus. **Fisioterapia**. São Paulo: Summus, 2006.

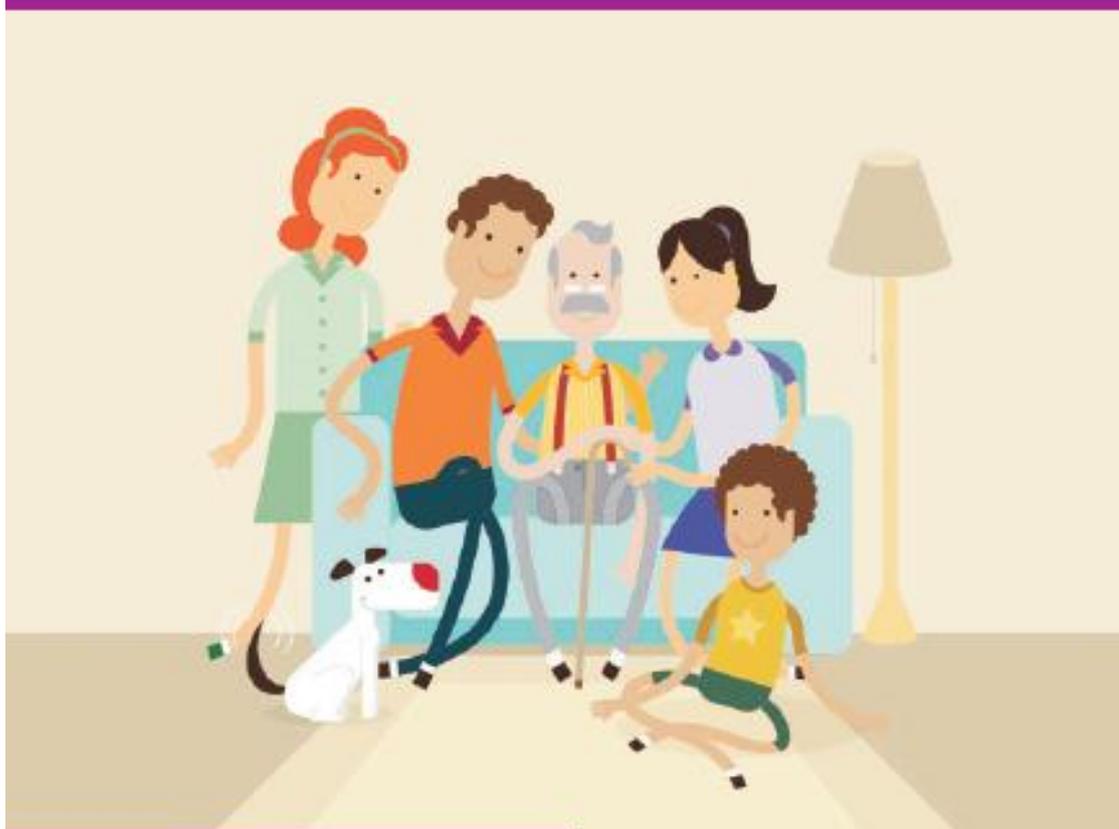
STILLER, K.. **Fisioterapia intensiva**. Porto Alegre. Artmed, 2000.

WORLD, Health Organization. **Ageing and Life Course**. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/en/>. Acesso em 03 Out. 2016.

ANEXO

Manual do Cuidador

Este manual traz algumas informações importantes para orientá-lo no cuidado de mobilidade, transferência e posicionamento com o paciente no hospital ou em casa.



Programa
VIVER BEM

Cuidar de você. Esse é o plano

Unimed 
Conselheiro Lafaiete

36
ANOS

Prezado cuidador,

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. Os cuidados com a higiene, alimentação e transferência são fundamentais para evitar complicações como infecções, aspirações e feridas que podem surgir durante o tratamento. Manter a limpeza do ambiente, do leito e o cuidado nas trocas de roupas, no banho e no preparo dos alimentos devem ser rotina para evitar infecções e complicações

Este manual traz algumas informações importantes para orientá-lo no cuidado de mobilidade, transferência e posicionamento com o paciente no leito, transferência para cama e cadeira e mobilidade no hospital ou em casa.

Leia tudo com muita atenção e, caso tenha dúvidas, procure a equipe do programa Viver Bem para esclarecê-las. Não tenha vergonha de perguntar! Nossos profissionais estarão sempre dispostos a ajudá-lo no que for possível para garantir o bem-estar do paciente.



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



Antes de iniciar a prática algumas considerações importantes:

*Faça uma lista das tarefas do dia e procure fazer primeiro aquelas relacionadas com seu paciente.

*Talvez ele tenha dificuldade em se expressar, tente reconhecer os sinais que ele apresente. Tenha paciência.

*Repita as perguntas quantas vezes forem necessárias de formas diferentes. Pode ser que ele tenha dificuldade em entendê-las.

*Sempre informar a pessoa o que será feito, permitindo assim sua colaboração.

*Não permita que outras pessoas ou membros da família falem sobre problemas na sua presença. Isso pode deixá-lo angustiado.

*Quando se sentir cansado ou estressado, divida com outro familiar as tarefas. O trabalho de cuidar é de toda a família, pense que se você não estiver descansado, não conseguirá um bom trabalho, cuide de você.

*Se tiver dificuldades ou dúvidas sobre os cuidados a serem prestados, entre em contato com a equipe assistencial. Um profissional poderá orientá-lo por telefone (talvez não haja necessidade de comparecer ao domicílio).

*Se for necessário, o Setor funciona de 7h30 às 12h e de 14h às 17h. Saiba que nossa equipe estará sempre presente e disposta a atendê-lo da melhor maneira possível.

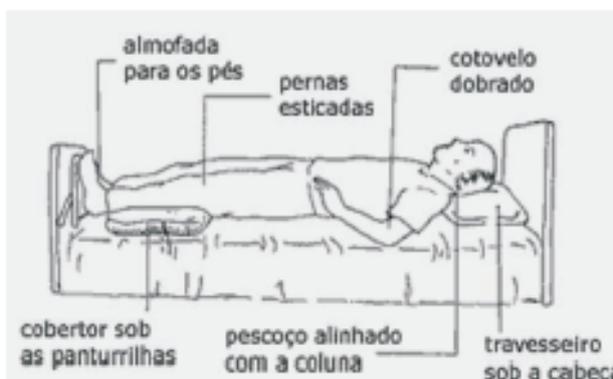


Acomodando o paciente na cama

A posição em que a pessoa permanece deitada pode causar dores na coluna e dificuldades respiratórias e dessa maneira diminuir a qualidade do sono e ainda aumenta o risco de infecções pulmonares.

A seguir é descrito como deitar a pessoa cuidada da forma correta nas diversas posições:

Deitada de costas: Coloque um travesseiro fino e firme embaixo da cabeça da pessoa de modo que o pescoço fique no mesmo nível da coluna. Coloque um travesseiro firme embaixo da panturrilha, assim diminui a pressão dos calcanhares sobre a cama e melhora a drenagem venosa. Dobre os cotovelos levemente e coloque as mãos da pessoa apoiadas nos quadris. Mantenha as pernas esticadas e as pontas dos dedos voltadas para cima. Apóie os pés em uma almofada recostada no final da cama, a uma inclinação de 60° ou 90°, se necessário utilize coxins ou almofadas.

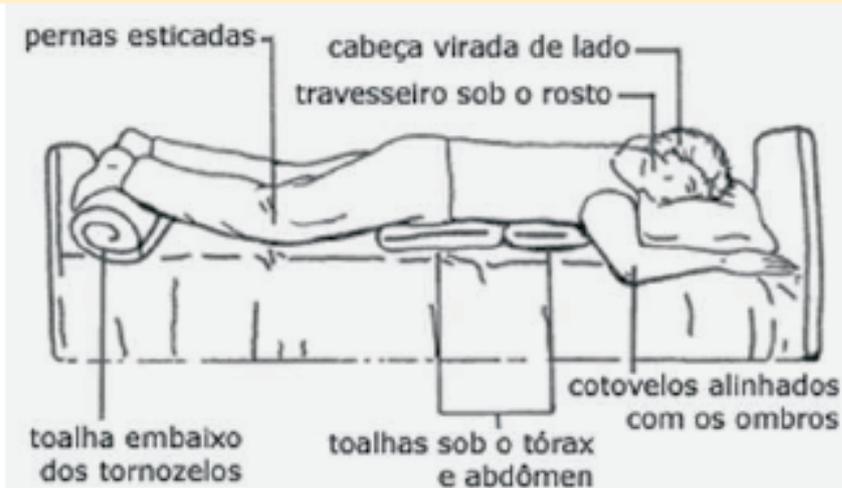


Deitada de lado: Coloque a pessoa deitada de um dos lados. Coloque um travesseiro mais alto sob a cabeça e o pescoço de modo que a cabeça fique alinhada com a coluna. Escore as costas do paciente com um travesseiro maior ou rolo, para evitar que ele vire de costas, e coloque outro travesseiro entre os braços dele para dar maior conforto. A perna que fica por cima deve estar levemente dobrada e apoiada em um travesseiro, a fim de mantê-la no nível dos quadris. Dobre levemente o joelho e coloque uma toalha dobrada ou travesseiro, a fim de manter o tornozelo afastado do colchão, evitando a formação de feridas.



Deitada de bruços: Deite o paciente de bruços, vire a cabeça delicadamente para um dos lados acomodando-o com um travesseiro fino ou toalha dobrada. Ajude a pessoa a flexionar os braços para cima de modo que os cotovelos fiquem nivelados com os ombros. Depois, coloque toalhas dobradas embaixo do peito e do estômago. Por fim, ajeite as pernas apoiando os tornozelos e elevando os pés com uma toalha ou lençol enrolado. Esta posição é super importante para melhor ventilação do pulmão e evitar feridas sacrais.

Fique Atento: Ter maior cuidado no posicionamento que apresente parte do corpo que não se movimenta (braço ou perna "esquecida"), para evitar surgimento de feridas e deformidades. No caso de seqüela, o braço comprometido deve estar sempre estendido e apoiado em um travesseiro e a perna afetada deve ser colocada ligeiramente dobrada e apoiada com um travesseiro embaixo do joelho, impedindo que a perna fique toda esticada. Se o paciente consegue ficar em pé com ajuda do cuidador, mesmo por pouco tempo, é importante que o cuidador encoraje, apoie e estimule ficar nessa posição, pois isso ajuda a melhorar a circulação do sangue e a evitar as feridas.



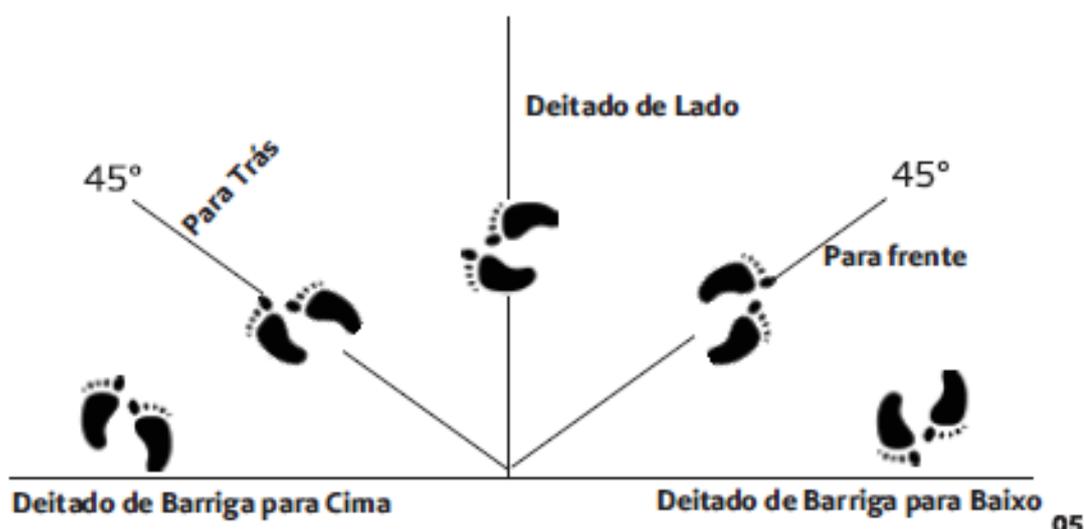
Mudança de posição do corpo: As pessoas com algum tipo de incapacidade, que passam a maior parte do tempo na cama ou na cadeira de rodas, precisam mudar de posição a cada 2 horas. Todo esse cuidado é importante para prevenir o aparecimento de feridas na pele (úlceras de pressão) - que são aquelas feridas que se formam nos locais de maior pressão, onde estão as pontas ósseas como: calcanhar, final da coluna, cotovelo, cabeça, entre outras regiões que acarretam danos e gastos extras.

45° graus para a frente e 45° graus para trás.



Apresenta pouco contato com as proeminências ósseas e menor risco de úlcera.

Indicado na prevenção de doenças de alto risco e aconselhável para minimizar dores na posição de decúbito dorsal.



Exercícios

Uma das atividades do cuidador é ajudar a pessoa cuidada a se recuperar, isso é, ajudá-la a recuperar movimentos e funções do corpo, prejudicados pela doença. Alguns exercícios podem ser feitos mesmo que a pessoa cuidada esteja na cama ou em cadeira de rodas, caso ela consiga pelo menos um pouquinho, peça para fazer com sua ajuda, é muito importante a participação no movimento. A seguir alguns exercícios que podem ser feitos na cama ou na cadeira de rodas.

Movimente cada um dos dedos dos pés, para cima e para baixo, para os lados e com movimentos de rotação.



Segure o tornozelo e movimente o pé para cima, para baixo, para os dois lados e em movimentos circulares.



Dobre e estenda uma das pernas, repita o movimento com a outra perna (sem atritar o calcanhar na cama, que favorece o surgimento de feridas).



Com os pés da pessoa apoiados na cama e os joelhos dobrados, faça movimentos de separar e unir os joelhos.



Com os pés apoiados na cama e os joelhos dobrados, solicite que a pessoa cuidada levante os quadris e abaixe lentamente quando ele consegue.



Levante e abaixe os braços da pessoa, depois abra e feche.



Fça movimentos de dobrar e estender os cotovelos, os punhos e depois os dedos.

Ajude a pessoa a flexionar suave e lentamente a cabeça para frente e para trás, para um lado e depois para o outro, sempre lentamente e retornando a posição inicial antes de começar o movimento, isto alonga os músculos do pescoço. Estimule para que a pessoa faça os movimentos sozinha, se necessário o cuidador pode ajudá-la. No caso de tonturas suspenda o movimento até melhorar do sintoma.



É importante que o cuidador estimule a pessoa cuidada a utilizar ao máximo o lado do corpo que está comprometido, realizando todos os exercícios citados anteriormente e também com o lado não afetado. Caso seja necessário, o cuidador pode ajudá-la na realização desses exercícios. Sempre que possível é bom que a porta do quarto e os móveis estejam do lado mais comprometido, pois isso faz com que o paciente se volte mais para esse lado estimulando os movimentos do membro afetado.

Exercícios Respiratórios

Quando o paciente está com os movimentos limitados ou permanece acamada por longos períodos é comum que se acumule secreção (catarro) nos pulmões. Por isso é importante que o cuidador a estimule e ajude a fazer exercícios respiratórios para eliminar essas secreções, melhorar a entrada de ar nos pulmões e prevenir o aparecimento de pneumonia. A seguir, serão descritos alguns exercícios, que dependendo das condições físicas, podem ser realizados: deitado, sentado ou em pé:

Ajude a pessoa a se sentar e peça a ela que coloque as mãos sobre a barriga, puxe o ar pelo nariz, e solte pela boca, de forma lenta e prolongada. Dessa forma ela vai perceber a mão se movimentando para cima quando o pulmão enche e para baixo quando solta o ar. Pode também ser realizado com a mão do cuidador na barriga do paciente estimulando a entrada e saída do ar.



Peça ao paciente para puxar o ar pelo nariz e ao mesmo tempo levantar os braços estendidos, depois peça para a pessoa soltar o ar pela boca abaixando os braços, também pode ser realizado sem ajuda observando o fluxo de ar de entrada e saída dos pulmões.

É importante oferecer à pessoa cuidada maior quantidade de líquido para facilitar a saída do catarro e estimulá-la a tossir e cuspir. Lavar as narinas com soro fisiológico e a cavidade oral diariamente pois acumulam secreções.

Fique atento: Procure observar a cor do catarro, pois se o catarro estiver amarelo, verde ou com sangue é preciso comunicar à equipe de saúde.

O ambiente da casa precisa estar sempre limpo, arejado e livre de fumaça e poeira. A limpeza do chão e dos móveis deve ser feita diariamente com pano úmido. Os produtos de limpeza com cheiro forte devem ser evitados, pois podem provocar alergias e alterações respiratórias.



Massagem e seus benefícios

- melhora da circulação sanguínea;
- aumento da circulação linfática;
- alívio da dor;
- redução do stress e da ansiedade;
- aumento da amplitude da mobilidade articular;
- melhoria nos padrões de sono;
- facilitam o trânsito intestinal;

Devem ser realizadas massagens no corpo (pés, tornozelos, mãos, ombros, músculos próximos à coluna, mãos, face e etc), principalmente no paciente diabético. A massagem pode ser circular ou de deslizamento suavemente, sem colocar força. É benéfica para o relaxamento, para a circulação sanguínea e a percepção do próprio corpo.

Pode-se beneficiar também:

Banho morno: um banho de imersão com água tépida (evite a água muito quente, uma vez que pode aumentar o cansaço) é um excelente bálsamo para os espasmos musculares e as câibras.

Bola anti-stress: as pequenas bolas de borracha flexíveis, denominadas bolas anti-stress, são recomendadas para uso manual uma vez que contribuem para a redução dos tremores que afetam as mãos

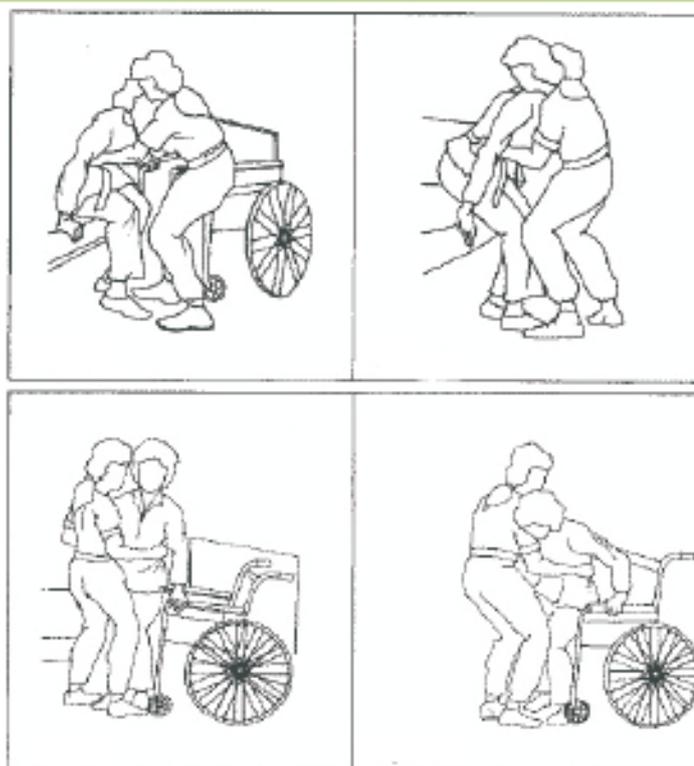
Compressa quente: é uma forma rápida e eficaz de aliviar espasmos musculares e câibras, principalmente em zonas localizadas do corpo com rigidez e dor; é importante que seja tolerável a temperatura quando se encosta no nosso rosto ou ante braço.

Massagem no abdômem para a melhora do trânsito intestinal: realiza-se com as mãos sobrepostas. Deslizar da região superior do quadril direito em direção a virilha, estimulando assim o nervo vago que inerva o intestino, em seguida da parte superior do quadril direito passando pela parte superior do umbigo indo em direção ao quadril esquerdo realiza-se o mesmo que é o trajeto das fezes ao longo do intestino em movimentos circulares e finalmente a descida das fezes para o reto aumenta-se a pressão e o deslizamento para região inferior direita do abdômen passando para uma pressão e deslizamento esquerda.



Essa massagem poderá ser realizada pelo próprio paciente ou pelo seu cuidador.

Transporte para a cadeira de rodas ou para a cama



*Coloque a poltrona ou cadeira de rodas bem próxima à cama, de preferência do lado não afetado;

* Quando for transferir o paciente para a poltrona, traga-o para a beirada do leito. Não se afaste nesse momento, pois ele poderá ter tonteiças e cair;

*Para ter uma boa base de apoio, mantenha seus pés um pouco afastados: um apontando para a cama e o outro para a cadeira de rodas.

* Apóie os braços dele sobre os seus ombros;

* Os seus joelhos devem estar um pouco flexionados e suas mãos devem segurar a cintura do paciente; as mãos sempre espalmadas, abertas para não machucar o paciente.

* Se quiser melhorar o apoio, coloque nele um cinto bem largo para poder segurá-lo com mais firmeza.

* Não "puxá-lo" pelo lado acometido, evitando luxações no ombro que causariam dor e prejudicariam o processo de reabilitação.

* Segurar o paciente bem próximo ao corpo.

* Ter certeza de que está firme para não cair.

* Apoiar o peso do corpo nos músculos das suas coxas e não nos músculos das costas. Coloque os dois joelhos nas laterais do joelho do paciente para que ele não dobre o joelho.

* Para colocá-lo novamente no leito é só seguir esses passos em sequência invertida.



Quando não fazer os exercícios com a pessoa acamada

É contra indicado fazer os exercícios quando a pessoa acamada:

Acabou de comer porque poderá vomitar;

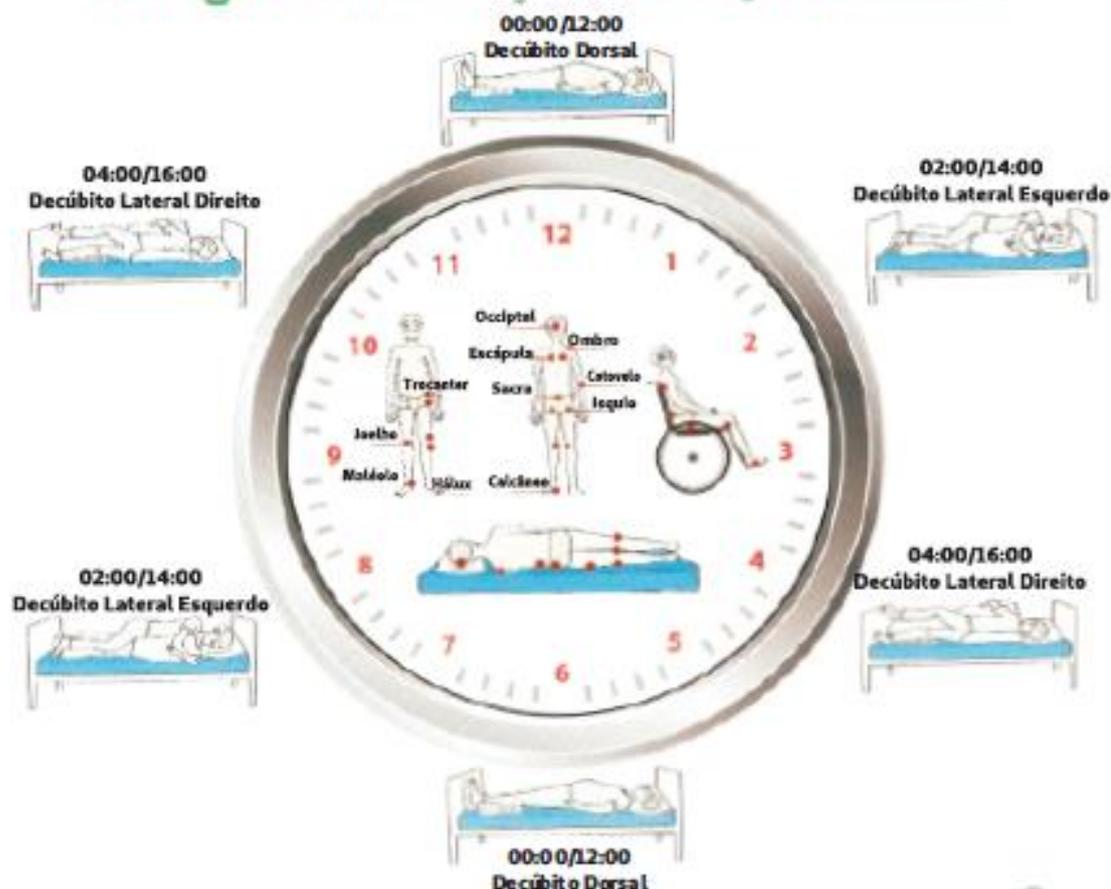
Acabou de tomar algum medicamento que causa sonolência;

Está com febre porque os exercícios poderão aumentar a temperatura;

Está com a pressão alta ou desregulada porque poderá subir ainda mais ou quando o médico não autorizar por algum outro motivo.

A pessoa cuidada com demência se sente melhor quando existe uma rotina de horários para as atividades do dia-a-dia. Essa rotina é extremamente importante, pois isso ajuda a pessoa a organizar sua mente.

Relógio de Mudança de Posição (Decúbito)



Lembrete: Ainda existem os posicionamentos de decúbito ventral e 45 graus, que também devem ser utilizados intercalando com as posições acima.

Referências:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50034-71671978000100123 quadro enfermagem

Guia do cuidador de pacientes acamados WWW1.INCA.GOV.BR

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/protocolo_domiciliares_2009.pdf

Elaboração: Orientadora Professora Gisele de Cássia Gomes, PhD, Departamento de Fisioterapia UFMG.

Especializanda em Geriatria e Gerontologia UFMG 2016: Valéria C. N. A. Rezende.

