

# MANUAL DO CURSO

## *“Higiene da pessoa idosa em lares e centros de dia”*



---

Curso: “Higiene da pessoa idosa em lares e centros de dia”  
Formador: Ana Cardoso

Co- financiado por:



# *Higiene da Pessoa Idosa em Lares e Centros de Dia*

Autoria de: Ana Filipa Henriques Cardoso

Maio/Junho

2013

---

Curso: “Higiene da pessoa idosa em lares e centros de dia”  
Formador: Ana Cardoso

Co- financiado por:



*“Saber envelhecer é a grande sabedoria da vida”.*

(Henri Frédéric Amiel)

## ÍNDICE

	PÁGINAS
<b>0 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1 – ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>8</b>
1.1 – ANÁLISE DEMOGRÁFICA .....	8
1.2 – PROCESSO DO ENVELHECIMENTO .....	12
1.3 – GRAUS DE DEPENDÊNCIA .....	14
<b>2 – PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DO ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>15</b>
2.1 – ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS .....	15
2.2 – ALTERAÇÕES PSICOSSOCIAIS .....	22
2.3 – ALTERAÇÕES COGNITIVAS .....	22
2.4 – ALTERAÇÕES NOS CUIDADOS DE ALIMENTAÇÃO .....	23
2.5 – ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE .....	24
2.6 – ALTERAÇÕES DOS HÁBITOS DE HIGIENE .....	25
<b>3 – CUIDADOR DE IDOSOS .....</b>	<b>25</b>
3.1 – PERFIL DO CUIDADOR .....	27
<b>4 – CUIDADOS DE HIGIENE .....</b>	<b>29</b>
4.1 – CONCEITO DE HIGIENE.....	29
4.2 – HIGIENE COLETIVA .....	29
4.3 – HIGIENE PESSOAL .....	29
4.3.1 – Funções.....	29
4.3.2 – Objetivos.....	30
4.3.3 – Aspetos a ter em conta durante os cuidados de higiene .....	30
<b>5 – CUIDADOS DE HIGIENE PARCIAIS .....</b>	<b>32</b>
5.1 – CUIDADOS À BOCA.....	32

5.1.1– Cuidados à boca da pessoa inconsciente.....	35
5.1.2– Próteses dentárias.....	37
5.2– CUIDADOS AO CABELO .....	38
5.2.1– Lavagem da cabeça na cama com ajuda total .....	39
5.2.2– Lavagem da cabeça na cama com ajuda total .....	40
5.2.3– Pentear o cabelo .....	41
5.3– CUIDADOS AOS OUVIDOS .....	42
5.4– CUIDADOS AOS OLHOS .....	43
5.4.1– Cuidados aos olhos da pessoa inconsciente.....	43
5.4.2– Cuidados à prótese ocular .....	43
5.5– MÃOS E UNHAS .....	44
5.6– CUIDADOS AOS PÉS .....	45
5.7– CUIDADOS PERIANAIS .....	46
5.7.1– Cuidados perianais femininos.....	47
5.7.2– Cuidados perianais masculinos .....	48
5.7.3– Cuidados ao doente algaliado.....	48
<b>6– CUIDADOS DE HIGIENE TOTAIS .....</b>	<b>50</b>
6.1– BANHO NO LEITO COM AJUDA TOTAL .....	52
6.2– BANHO NO LEITO COM AJUDA PARCIAL.....	55
6.3– BANHO NO CHUVEIRO .....	56
<b>7– POSICIONAMENTOS .....</b>	<b>59</b>
7.1– DECÚBITO DORSAL .....	59
7.2– DECÚBITO LATERAL .....	60
<b>8– MATERIAL DE APOIO .....</b>	<b>61</b>
8.1– ARRASTADEIRA ....	61
8.1.1– Colocação da arrastadeira.....	61
8.1.1– Remoção da arrastadeira.....	62
8.2– URINOL .....	62

8.3– CADEIRA HIGIÉNICA .....	62
<b>9– O QUARTO DA PESSOA IDOSA .....</b>	<b>63</b>
<b>10– HIGIENIZAÇÃO .....</b>	<b>67</b>
10.1– CONCEITOS .. .....	67
10.2– PRINCÍPIOS GERAIS DE HIGIENE E LIMPEZA .....	68
10.3– EQUIPAMENTOS DE LIMPEZA .....	69
10.4– AGENTES DE LIMPEZA .....	70
10.5– PRINCÍPIOS BÁSICOS NA UTILIZAÇÃO DE DESINFETANTES.....	71
10.6– CLASSIFICAÇÃO DO RISCO MATERIAL .....	71
10.7– HIGIENE DE ROUPAS, PROTEÇÕES DE CABELO E SAPATOS.....	72
10.8– LIMPEZA E DESINFEÇÃO DO QUARTO/UNIDADE .....	72
10.9– LIMPEZA E DESINFEÇÃO DAS INSTALAÇÕES SANITÁRIAS .....	73
10.10– LIMPEZA E DESINFEÇÃO DAS COZINHAS .....	74
<b>11– LAVAGEM HIGIÉNICA DAS MÃOS.....</b>	<b>75</b>
<b>12– LIXOS .....</b>	<b>78</b>
12.1– LIXOS HOSPITALARES .....	78
12.2– TRATAMENTO DOS LIXOS .....	80
<b>13 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>83</b>

## 0 - INTRODUÇÃO

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

Envelhecer com **saúde, autonomia e independência**, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.

Coloca-se, pois, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a prática de atividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos fatores de segurança e a manutenção da participação social são aspetos indissociáveis. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos.

A promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus.

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

## 1 - ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, responsável por alterações morfológicas, bioquímicas e psicológicas, na qual implicam uma perda da capacidade do indivíduo ao meio ambiente, bem como uma maior vulnerabilidade aos processos patológicos que acabam por torná-lo dependente e levá-lo à morte (Filho e Alencar, 1998).

“O envelhecimento é um fenómeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude de sua existência, modifica a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e com sua própria existência” (Teixeira, P., 2006). Assim, o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida.

A idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. Envelhecer é um processo no qual o tempo muda fisicamente um organismo, sendo este um processo contínuo, dinâmico e comum a todos os seres vivos. Ser velho é o destino biológico do homem, na qual a vulnerabilidade e o desejo pela morte muitas vezes caminham de mãos dadas.

“A velhice é mais uma etapa da vida, não deve ser vista como um fim mas sim como o início de um novo mundo” (Richard Miller, 1994).

### 1.1- ANÁLISE DEMOGRÁFICA

O número de pessoas idosas em todo o mundo está a aumentar. O envelhecimento demográfico é uma realidade que irá certamente caracterizar o século XXI. As Nações Unidas preveem que entre 2000 e 2050 a percentagem de idosos (65 ou mais anos) no total da população mundial atinja os 22%, igualando a percentagem de crianças dos 0 aos 14 anos.



Ao nível mundial, a população idosa está a crescer a uma taxa de 2% ao ano, ou seja, mais rapidamente do que a população total. Prevê-se que em 2050 a população idosa em todo o mundo ronde os 6 biliões, contra os 600 milhões atualmente.

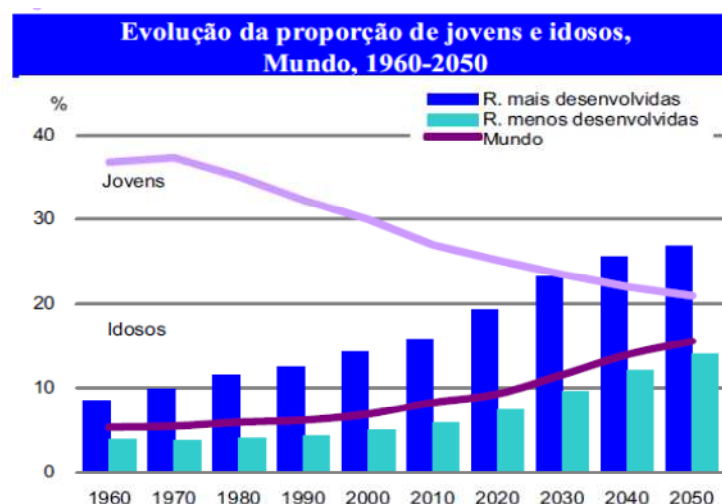
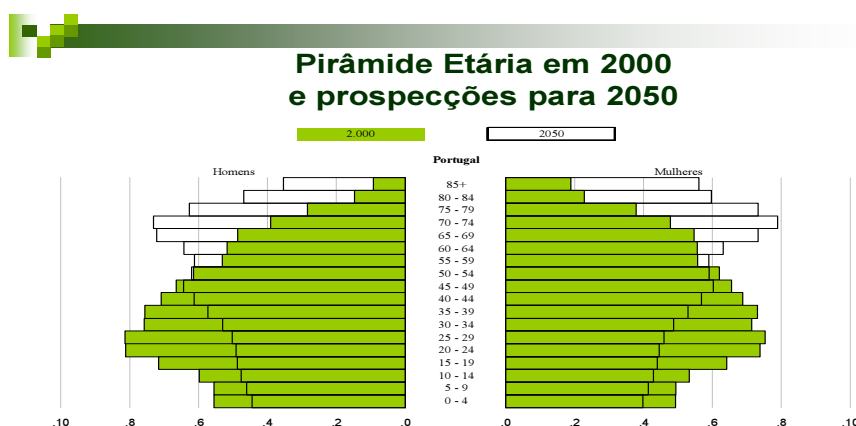


Figura 1

Portugal, de acordo com os Censos 2011, apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, uma população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89% e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos.

Prevê-se que se acentue, em 2050, a tendência de involução da pirâmide etária, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos e 14,4% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos. Portugal regista, em 2011, um índice de longevidade de 79,20 (80,57 para as mulheres e 74,0 para os homens), apontando as projeções para 2050 para um aumento significativo deste índice, já que se prevê que as pessoas possam viver, em média, 81 anos (84,1 as mulheres e 77,9 os homens). Significativa, ainda, é a previsão da esperança média de vida para aqueles que atingirem os 80 anos. Em 2050, dos 7,6 anos que as mulheres dos nossos dias podem viver, em média, para além dos 80 anos, passar-se-á para 10,2 e, dos 5,9 anos para os homens passar-se-á para os 7,3. Notória é, ainda, a presença maioritária de mulheres (58%) grupo etário dos 65 e mais anos, em relação às dos homens do mesmo grupo (42%), sinal da “feminização” do envelhecimento.



- Comparando os anos 2000 e 2050, observa-se uma redução das classes mais jovens em detrimento das mais idosas, gerando uma pirâmide invertida.
- Como consequência assiste-se a um decréscimo da natalidade e envelhecimento da população.

Figura 2



Figura 3

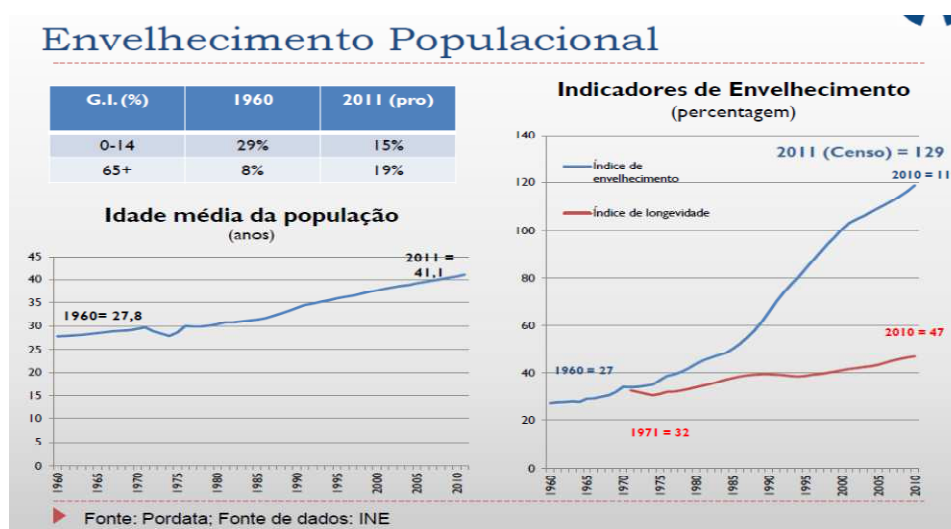


Figura 4

Comparando os anos 2000 e 2050, observa-se uma redução das classes mais jovens em detrimento das mais idosas, gerando uma pirâmide invertida. Como consequência assiste-se a um decréscimo da natalidade e envelhecimento da população.

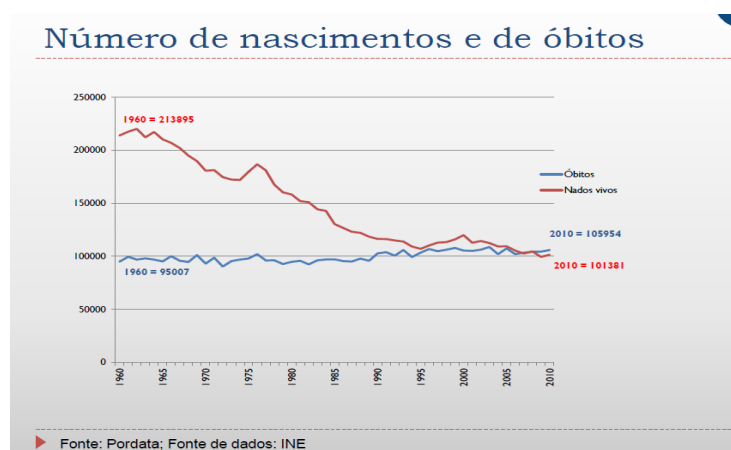


Figura 5

## Índice de Dependência de Idosos

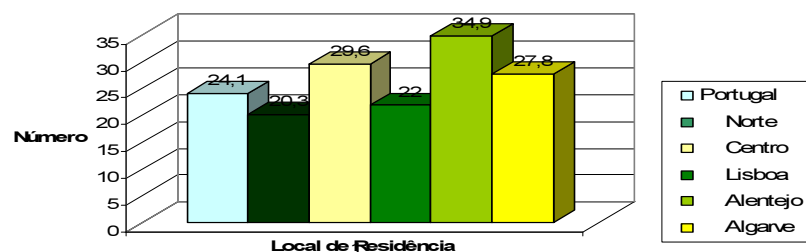


Figura 6

- É no Alentejo que se verifica um maior número de idosos dependentes da população activa. Por sua vez, no Norte esta tendência é mais diminuta.
- O aumento do Índice de Dependência de Idosos conduz a uma sobrecarga da Segurança Social.

Em suma, estes ganhos em anos de vida produzem alterações na existência humana, presente e o futuro, e exigem novos comportamentos, estilos de vida, expectativas e valores obrigando a um questionamento sobre representações sociais estereotipadas e a ter em conta a explosão de singularidades, no âmbito do direito inclusivo.

Se, por um lado, existem pessoas idosas autónomas, que participam ativamente na vida familiar, comunitária e social, por outro, há pessoas que estão condicionadas pelas situações de pobreza, incapacidade, doença e, ou isolamento. As iniciativas devem assim, abranger estas diferentes dimensões e a proteção social deve prioritariamente, responder às situações de maior vulnerabilidade. Para o agravamento da desigualdade é possível que concorra a evolução da estrutura demográfica, com peso crescente da população mais idosa, porém tal significa uma oportunidade para reimaginar a sociedade.

## 1.2- PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

“O conceito de envelhecimento é distinto do conceito de velhice, pois por envelhecimento entende-se como um processo que ocorre desde o nascimento até à morte, enquanto que a velhice é um estado do indivíduo, que supõe uma etapa da vida, a última.”

A senescência é o processo natural do envelhecimento, o qual compromete progressivamente aspetos físicos e cognitivos. Segundo a OMS, a terceira idade tem início entre os 60 e os 65 anos. Entretanto, esta é uma idade instituída para o efeito de pesquisa, já que o processo de envelhecimento depende de três classes de fatores principais: biológicos, psíquicos e sociais. São estes fatores que podem preconizar a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e a instalação de doenças e de sintomas característicos da idade madura (PEREIRA, A., 2004).

A fase final do desenvolvimento do individuo tem sido chamada a “idade de ouro”. É o período onde o individuo não tem que se esforçar para realizar - quando ele pode relaxar e aproveitar os frutos do seu trabalho. É importante a atenção à saúde porque a saúde diminui quando a pessoa envelhece. Isto é caracterizado por um declínio no funcionamento de todos os sistemas orgânicos. O organismo, a respeito disto, é como um motor que começa a mostrar os efeitos do seu uso prolongado. Várias partes do organismo começam a apresentar problemas e os diferentes sistemas são incapazes de tolerar o uso tal como quando a pessoa era mais jovem. As necessidades fisiológicas básicas assumem, então, uma grande importância para as pessoas. As necessidades de proteção e segurança

estão também aumentadas. Há uma diminuição da percepção sensorial com o envelhecimento, de modo que o indivíduo não está tão alerta para o perigo. Há também uma capacidade física diminuída para enfrentá-lo (WITTER,1984).

É necessário um trabalho para que sejam ajustadas as suas relações sociais, com filhos, netos, colegas e amigos, assim como, para que sejam criados novos relacionamentos, já que muitos acabaram, e a aprendizagem de um novo estilo de vida para que as perdas sejam minimizadas.

Foi apenas devido à pressão do envelhecimento demográfico que a dimensão social começou a ter maior importância na compreensão da velhice como problema social.

Em termos sócio-políticos, e tomando em consideração a realidade portuguesa, assistimos a uma histórica distanciação dos indivíduos perante o Estado, ausência do exercício de cidadania e um olhar atomizado para os seus interesses, desencadeando mecanismos de estagnação e aceitação das baixas condições de vida. Esta ideia é reforçada se atentarmos nos valores das pensões de reforma da atual população idosa portuguesa e respetivas carreiras contributivas.

Os valores de reflexão, de meditação, de sabedoria, e as potencialidades que se alteram com o avanço em idade, não são tomadas em consideração, pior que isso – a maior parte das vezes não são mesmo reconhecidas. É então como se o desaparecimento da função de produção marcasse uma perda de utilidade social, sentida pelo reformado e confirmada pela sociedade que prescinde destes indivíduos, independentemente da sua aparência ou competência para o trabalho, estabelecendo assim a sua entrada “oficial” na velhice.

É neste sentido que a reforma favorece o isolamento social, a inatividade e a depressão, uma vez que a retirada do mundo do trabalho independentemente da sua vontade, gera no indivíduo um sentimento de falta de importância, utilidade e auto-estima, sobretudo numa sociedade onde o estatuto da pessoa idosa está ligado ao trabalho e à rentabilidade.

Ocorre ainda num ponto do ciclo de vida em que a capacidade adaptativa está mais limitada. Por outro lado a imposição da reforma, sem alternativa de ocupação útil, uma vez

que normalmente esta não é devidamente preparada, leva frequentemente à inatividade que, por sua vez, gera deficiência, limitação funcional e dependência, sendo a incomunicação, o desamparo e a solidão sociológica as maiores causas de sofrimento da pessoa idosa, fazendo-a cair no vazio existencial e na depressão.

### 1.3- GRAUS DE DEPENDÊNCIA

A independência nos idosos define-se pela capacidade de recurso dos seus próprios meios para satisfação das suas necessidades, contrapondo a dependência, que pressupõe a ajuda de outros para alcançar a satisfação das necessidades básicas. A dependência observa-se ao longo de todo o ciclo vital:

**AO NASCER**, o bebé mantém uma relação de dependência com a mãe e as demais pessoas que o cercam, relação que vai diminuindo, gradativamente à medida que cresce, dando lugar à competência.

**NA IDADE ADULTA**, esse mesmo ser, agindo por vontade própria, de forma independente, na grande maioria dos seus atos ou realizações, apresenta um grau de dependência muito pequeno em relação aos outros adultos.

**NA VELHICE**, esse processo de dependência reaparece, por conta do processo fisiológico do envelhecimento, e manifesta-se, com maior intensidade e frequência, pela ocorrência de doenças e condições adversas, tais como pobreza, fome, maus tratos, abandono.

Segundo KOZIER ET AL. (1993), *dependência* entende-se pela incapacidade de o indivíduo alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, pelo facto de não ter capacidade em adotar comportamentos ou realizar tarefas sem ajuda de outros.

A dependência física pode refletir-se ao nível da marcha, da circulação, da higiene ou da alimentação.

Existem escalas que permitem descrever quantitativamente e qualitativamente a dependência da pessoa, promovendo um acompanhamento da evolução da sua dependência tendo por base a avaliação objetiva das necessidades do indivíduo. Assim podem classificar-se em:

- **Baixa dependência:** os idosos são somente supervisionados em todas as suas tarefas e atividades de vida diária. Muitas vezes, são idosos saudáveis, mas de idade bastante avançada.
- **Média dependência:** os idosos, aqui, encontram-se numa situação em que necessitam não só de supervisão, mas também de ajuda efetiva de cuidador, no desempenho de algumas atividades básicas, como tomar banho, tomar medicamentos, cuidar de suas finanças, ir ao médico, etc. São os idosos que apresentam alguma deficiência ou doença, tais como osteoartrose importante, patologias cardíacas, défice visual ou auditivo, etc.
- **Elevada dependência:** necessitam diariamente do auxílio intensivo de cuidadores, não tendo capacidade para desempenhar qualquer tipo de atividades de vida diária (AVD). São os idosos já com um processo avançado de doenças incapacitantes, como as demências, a doença de Parkinson, as neoplasias. Normalmente, estão restritos ao leito e à cadeira, tem dificuldades cognitivas sérias e apresentam descontrolo esfinteriano (incontinência urinária e fecal).

## 2. PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DO ENVELHECIMENTO

### 2.1- ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar (STRAUB ET AL., 2001; LEITE, 1990).

O envelhecimento do ponto de vista fisiológico, depende significativamente do estilo de vida que a pessoa assume desde a infância ou adolescência, tais como fumar cigarros, praticar regularmente exercício físico, ingerir alimentos saudáveis, tipo de atividade ocupacional, etc. (LEITE, 1990).

Por outro lado este envelhecimento implica um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte.

Tal como o envelhecimento a outros níveis, a nível biológico, a evolução é variável, sendo que, de um modo geral:

- os tecidos perdem alguma flexibilidade
- os órgãos e os sistemas reduzem a qualidade e a agilidade das suas funções.

É neste sentido que se afirma que o envelhecimento humano biológico se dá ao nível dos órgãos, dos tecidos e das células, e que as alterações que se verificam nos vários aparelhos e sistemas não têm a mesma velocidade de declínio. O envelhecimento biológico passa por uma série de alterações a vários níveis:





## **SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO**

- Perda da densidade óssea;
- Perda da força e tamanho musculares;
- Degeneração da cartilagem articular.

### **COMPOSIÇÃO E FORMA DO CORPO**

Estatura: Redução de 1 cm por década a partir dos 40 anos.

### **PELOS E UNHAS**

Redução geral dos pelos em todo o corpo, exceto: narinas, sobrancelhas e orelhas.

- Sexo feminino: surgimento de pelos no queixo e lábio superior
- Perda da pigmentação dos pelos: “cabelos brancos”.
- Queda de pelos, calvície.
- Unhas tornam-se frágeis, com perda de brilho, surgimento de estrias longitudinais e descolamento.
- Unhas dos pés c/ alterações de espessura e opacificação e/ou áreas de escurecimento da lâmina são frequentes por anormalidades ortopédicas que se agravam com a idade.

### **TECIDO ADIPOSEO**

Aumento da contribuição do tecido adiposo para o peso corporal, redução da “massa magra” e perda de massa óssea.

### **A PELE**

- Diminuição da proteção contra os traumatismos e exposição solar;



A pele é composta por três camadas:

- Epiderme: camada externa;
- Derme: camada cutânea mais espessa que contém feixes de colagénio e fibras elásticas;
- Tecido subcutâneo: que contém vasos sanguíneos, vasos linfáticos, nervos e tecido conjuntivo com células adiposas;

### **Funções da pele**

- Proteção: uma pele intacta é a primeira linha de defesa contra a invasão de bactérias e de substâncias estranhas, traumatismos físicos leves, calor ou radiações.
- Regulação do calor: a temperatura corporal é controlada por irradiação do calor da pele, condução do calor da pele a outros objectos ou ao ar, remoção do calor por correntes de ar sobre a pele, ou a evaporação da água, das superfícies da pele.
- Percepção Sensorial: na pele encontram-se se receptores da dor, tacto, calor e frio.
- Eliminação: a água perdida através da pele é um factor de manutenção do equilíbrio de água no organismo.
- Produção de vitamina D: a síntese desta vitamina ocorre na pele por efeito dos raios ultra violeta. A vitamina D é necessária ao metabolismo do cálcio e fósforo.
- Expressão: sendo a pele a parte do corpo visível aos outros, representa um meio privilegiado de comunicar sentimentos.

### **Cuidados gerais com a pele**

- Integra (sem lesões);
- Deve estar seca ou seja sem humidade, em particular nas pregas cutâneas;
- Devidamente hidratada, usando para isso um creme hidratante ou óleo;
- Coloração normal, atenção às zonas com rubor ou escurecidas pois podem tratar-se de úlceras de pressão.

### **ALTERAÇÕES DA TEMPERATURA (TERMORREGULAÇÃO)**

- A regulação homeostática da temperatura corporal e habilidade de adaptar a diferentes ambientes térmicos deteriora com idade avançada.
- Dificuldade em manter a temperatura corporal.
- Sudorese é também prejudicada no idoso.

### **VISÃO E AUDIÇÃO**

Diminuição da capacidade visual e auditiva sendo, esta última o défice sensorial mais comum. Existe uma degeneração de todos os componentes oculares desde as pálpebras até à córnea tendo como consequência patologias como: cataratas, glaucoma e degeneração macular.

### SISTEMA GASTROINTESTINAL

- Diminuição da salivação;
- Dificuldade de deglutição de alimentos;
- Esvaziamento esofágico e gástrico retardados;
- Redução da motilidade gastrointestinal
- Xerostomia (boca seca): associação de factores (doenças orais ou sistémicas, medicamentos, distúrbios nutricionais);
- Perda de dentes
  - ✓ Músculos da mastigação: perda de massa.
  - ✓ Redução da massa muscular: pode comprometer mastigação e deglutição.
  - ✓ Redução do paladar: pode reduzir a ingestão de alimentos e contribuir para perda de peso e desnutrição.



### SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Alterações funcionais;
- Redução do débito cardíaco em repouso e esforço;
- Aumento da pressão sistólica;
- Recuperação mais lenta da frequência cardíaca;
- Maior risco de hipertensão sistólica isolada;
  - ✓ Associação a perda funcional, redução da reabilitação e da qualidade de vida.
  - ✓ Normalmente tem causas definíveis e reversíveis.
  - ✓ Prevalência em torno de 6% nos idosos saudáveis e de 11% a 33% em pacientes com múltiplas doenças e/ou medicações



<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perda da elasticidade pulmonar;</li> <li>▪ Enfraquecimento do diafragma;</li> <li>▪ Endurecimento da caixa torácica;</li> <li>▪ Diminuição da frequência respiratória;</li> <li>▪ Aumento do volume residual pulmonar;</li> <li>▪ Diminuição da eficiência da tosse.</li> </ul>
<b>SISTEMA GENITO-URINÁRIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Homem e mulher: diminuição da capacidade vesical;</li> <li>▪ Maior risco de infeções urinárias (que aumentam também no sexo masculino);</li> <li>▪ Risco de incontinência urinária (existem várias etiologias associadas);</li> <li>▪ No homem: aumento de próstata eleva riscos de infeção e incontinência;</li> <li>▪ Mulher: músculos perineais relaxados.</li> </ul>
<b>SISTEMA IMUNOLÓGICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Declínio do sistema imune com envelhecimento;</li> <li>▪ Aumento do risco de doenças infecciosas.</li> </ul>
<b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diminuição da velocidade da condução nervosa;</li> <li>▪ Aumento da confusão e enfermidade física e perda das referências ambientais;</li> <li>▪ Diminuição da circulação cerebral;</li> </ul>
<b>SISTEMA NERVOSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atrofia do cérebro (diminuição de volume);</li> <li>▪ Mortalidade neuronal;</li> <li>▪ Lentificação do reflexo pupilar;</li> <li>▪ Diminuição da força muscular (simétrica);</li> <li>▪ Ataxia: lentificação da marcha, com passos curtos e arrastados, flexão do corpo, olhar para o chão.</li> </ul>

Do envelhecimento decorrem diversas alterações nos aparelhos: respiratório (afeções mais comuns: pneumonia, enfisema, tuberculose), cardiovascular (afeções mais comuns: enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, angina, anemia), músculo-esquelético (afeções mais comuns: osteoporose, osteoartrose, artrite reumatoide, fraturas), nervoso (doenças vasculares cerebrais, doença de Parkinson), urinário (afeções mais comuns: incontinência urinária, infeções, hipertrofia benigna da próstata), endócrino (afeções mais comuns: colecistite, obstipação).

De acordo com GARCÍA (2002), não podemos negar que envelhecer conduz a uma diminuição do rendimento por parte dos órgãos. Daí que o risco de doença aumente. Na realidade, a prevalência de doenças crónico-degenerativas é bastante expressiva entre as pessoas idosas, e, em virtude deste facto, VERAS (2003), afirma que envelhecer sem nenhuma doença crónica se constitui mais como uma exceção do que como uma regra.

Há não entanto quem defenda que considerar que uma pessoa idosa pode ser saudável, não é uma ideia falsa, sendo mesmo um dos princípios da Medicina Geriátrica, pois segundo afirma LANDERFELD ET.AL.(2004), o declínio gradual da reserva homeostática não deve causar sintomas nem obriga a restrições nas atividades de vida (AVD). Tal argumento não significa ignorar que quando as pessoas envelhecem, têm maiores probabilidades de sofrer doenças ou incapacidades.

As alterações fisiológicas também têm consequências ao nível da sexualidade, sendo que a idade tem alguma influência sobre o desempenho sexual. Tal não significa que essas alterações sejam inibitórias da sexualidade, ao contrário do que socialmente se crê. De facto, como defendem diversos autores, a atividade e o interesse sexual mantêm-se, bem como a necessidade de afeto e companheirismo.

## 2.2- ALTERAÇÕES PSICOSSOCIAIS

Labilidade afetiva	Mudança rápida de humor, explosão diante de estímulos insignificantes.
Depressão	Prostração, alteração do apetite e do sono, autoestima baixa, falta de interesse pelo que se passa à sua volta, irritabilidade, forte sentimento de culpa.
Comportamento de queixa	Diminuição da capacidade em se adaptar à realidade e às frustrações, tendo como consequência queixas frequentes.

## 2.3- ALTERAÇÕES COGNITIVAS

	FUNÇÕES PRESERVADAS	FUNÇÕES QUE DECLINAM
INTELIGÊNCIA GERAL	Habilidades verbais estão inalteradas	Inteligência fluida que envolve resolução de problemas, inteligência não verbal e velocidade de processamento de informação
ATENÇÃO	Atenção em um tipo de informação por período	Atenção dividida ou capacidade de concentrar-se em mais que uma atividade ao mesmo tempo
MEMÓRIA	Memória remota e memória semântica	Aumento da dificuldade de aprender novas informações
LINGUAGEM	Compreensão e vocabulário	Recuperação de palavras espontâneas e fluência verbal

## 2.4- ALTERAÇÕES NOS CUIDADOS DE ALIMENTAÇÃO


Geralmente o idoso evidência:


- Menos apetite e menos atividade física;
- Menor necessidade de alimentos que fornecem energia;
- Menos interesse em cozinhar e preparar refeições;
- Cada vez mais dependência dos outros para selecionar e preparar os alimentos.

As funções da nutrição no paciente idoso estão alteradas de forma social, psicológica e fisiológica. A sua atividade física é menor, o metabolismo é mais lento, fazendo com que diminua também a sua necessidade calórica para manter o peso ideal.

A apatia, depressão, solidão, imobilidade, pobreza, pouco conhecimento sobre alimentos saudáveis, paladar modificado, falta de saúde oral e hábitos alimentares indevidos, também contribuem para uma ingestão inadequada as necessidades do idoso. Os gastos com medicações, a reforma, as limitações físicas, também atrapalham na alimentação, quando dificultam a aquisição de alimentos e a sua preparação de forma adequada.

### ➤ Consequências dos problemas nutricionais dos idosos

Carência isolada em micronutrientes	- Vitaminas - Minerais  Aumento de doenças infecciosas, mentais, neoplásicas, cardiovasculares.
Obesidade	Aumento da frequência de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetes Mellitus tipo2</li> <li>▪ Hipertensão arterial</li> <li>▪ Enfarte do miocárdio</li> <li>▪ AVC</li> <li>▪ Insuficiência cardíaca</li> <li>▪ Artroses</li> <li>▪ Cancro do cólon e mama</li> </ul>

Desnutrição	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumento do risco de doenças infecciosas</li> <li>▪ Diminuição da capacidade funcional</li> <li>▪ Anemia</li> <li>▪ Úlceras de pressão</li> <li>▪ Quedas e fraturas</li> </ul>  <p><b>Causas da desnutrição no idoso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diminuição dos recursos económicos</li> <li>✓ Ignorância nutricional</li> <li>✓ Padrão alimentar inadequado e falta de refeições</li> <li>✓ Dificuldade na confeção e ingestão</li> <li>✓ Isolamento social</li> <li>✓ Solidão e Depressão</li> <li>✓ Alcoolismo</li> </ul>
-------------	---

## 2.5- ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE

Geralmente o idoso apresenta restrições da mobilidade causadas por doença, tratamento ou de fatores inerentes ao individuo ou ao meio.

Os músculos dos idosos diminuem de tamanho, perdem a força, a flexibilidade e resistência. A dor lombar é comum. As cartilagens de articulações iniciam a sua deterioração a partir da meia idade.

A imobilidade total ou parcial podem provocar diversos efeitos:

- Alteração da sensibilidade;
- Diminuição da atividade motora;
- Labilidade emocional;
- Perturbações emocionais e de comportamento;
- Atrofia muscular;
- Osteoporose;
- Alteração da função cardíaca, respiratória, digestiva e, endócrina e renal;



- Alterações na pele – risco de úlceras de pressão;
- Risco de queda – traumatismos/fraturas.

## **2.6- ALTERAÇÕES DOS HÁBITOS DE HIGIENE**

No idoso gradualmente vão-se perdendo algumas habilidades/competências a nível da mobilidade e de motivação psicológica que por sua vez vão alterar os cuidados e hábitos de higiene. A higiene corporal e o gesto de vestir é muitas vezes alterado pelas doenças existentes como:

- Diminuição de força e energia;
- Presença de dor ou desconforto;
- Incapacidade de acesso a determinadas partes do corpo (ex.: pés, pernas, costas);
- Medo de se ferir durante o procedimento (insegurança pessoal);
- Presença de confusão mental, dificuldade de compreensão, esquecimento do que deve ser realizado e como.

## **3. CUIDADOR DE IDOSOS**

A rápida progressão do número de pessoas de idade avançada, no contexto das profundas mudanças sociais, económicas e culturais em curso na sociedade portuguesa, exige uma análise rigorosa sobre a adequação do sistema de cuidados às necessidades dos indivíduos deste grupo etário e respetivas famílias;

Individualmente o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida. Contudo, o processo de envelhecimento não pode ser definido apenas por critérios cronológicos, mas sim segundo uma abordagem holística que tenha em conta a análise do conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada indivíduo.

Embora a maioria das pessoas idosas não seja nem doente, nem dependente, a verdade é que as transformações bio-psico-sociais pelas quais todas as pessoas idosas passam levam ao aparecimento de algumas deficiências e ao aumento da predisposição à

doença. A este respeito a Direção Geral de Saúde refere que os últimos anos de vida são acompanhados de situações de doença e incapacidade, suscetíveis de prevenção (DGS, 2004).

Cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja a necessitar de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração.

Nesta perspetiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário. A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa que se cuida, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Ressaltando sempre que não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem. Cabe ressaltar que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. É fundamental ter a compreensão de se tratar de tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios.

O cuidador deve compreender que a pessoa cuidada tem reações e comportamentos que podem dificultar o cuidado prestado, como quando o cuidador vai alimentar a pessoa e essa se nega a comer ou não quer tomar banho. É importante que o cuidador reconheça as dificuldades em prestar o cuidado quando a pessoa cuidada não se disponibiliza para o cuidado e trabalhe os seus sentimentos de frustração sem se culpar.

O stress pessoal e emocional do cuidador imediato é enorme. Esse cuidador necessita manter sua integridade física e emocional para planear maneiras de convivência. Entender os próprios sentimentos e aceitá-los, como um processo normal de crescimento psicológico, talvez seja o primeiro passo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. É importante que o cuidador, a família e a pessoa a ser cuidada façam alguns acordos de

modo a garantir certa independência tanto a quem cuida como para quem é cuidado. Por isso, o cuidador e a família devem reconhecer quais as atividades que a pessoa cuidada pode fazer e quais as decisões que ela pode tomar sem prejudicar os cuidados. Incentive-a cuidar de si e de suas coisas. Negociar é a chave para se ter uma relação de qualidade entre o cuidador, a pessoa cuidada e sua família.

### 3.1- PERFIL DO CUIDADOR

Ao aumento do número de pessoas idosas dependentes corresponde uma necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência que são prestados pelas redes sociais de apoio formal e informal.

Desde sempre as famílias são reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros e, como a principal entidade prestadora de cuidados informais aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível.

Apesar das mudanças estruturais na família evidenciadas nos últimos anos em Portugal, esta continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente (DGS, 2004).

Para além dos mecanismos de ordem pessoal, os serviços de apoio formal das áreas social e de saúde disponíveis na comunidade deverão ter um papel fundamental no alívio da sobrecarga do cuidador.

Quando o cuidador principal se sente acompanhado, dividindo as tarefas com outros que garantam o essencial durante o dia, é possível manter a pessoa idosa no domicílio até ao fim da vida e, o cuidador poderá mais facilmente sentir satisfação pelo cuidado prestado, que poderá originar sentimentos de prazer e de conforto. Para isso, é fundamental criarem-se soluções de âmbito estatal ou privado e fazer crescer o número de instituições de solidariedade social com papel cada vez mais ativo e de complementaridade com os cuidadores informais.

O cuidador terá que ter um determinado perfil das quais fazem parte as seguintes características:

- Manter capacidade e preparo físico, emocional e espiritual
- Cuidar da sua aparência e higiene pessoal
- Demonstrar educação e boas maneiras
- Adaptar-se a diferentes estruturas e padrões familiares e comunitários
- Respeitar a privacidade da Família e cuidado
- Demonstrar sensibilidade e paciência
- Saber ouvir
- Perceber e suprir carências afetivas
- Manter a calma em situações críticas
- Demonstrar discrição
- Observar e tomar resoluções
- Em situações especiais, superar seus limites físicos e emocionais
- Manter optimismo em situações adversas
- Reconhecer suas limitações e quando e onde procurar ajuda
- Demonstrar criatividade
- Lidar com a agressividade
- Lidar com seus sentimentos negativos e frustrações
- Lidar com perdas e mortes
- Buscar informações e orientações técnicas
- Obedecer a normas e estatutos
- Reciclar-se e atualizar-se por meio de encontros, palestras, cursos e seminários



## 4. CUIDADOS DE HIGIENE

### 4.1- CONCEITO DE HIGIENE

Consiste na prática do uso constante de elementos ou actos que causem benefícios para os seres humanos. De forma mais comum, podemos dizer que significa limpeza acompanhada do *asseio*.

Mais amplamente, compreende de todos os hábitos e condutas que nos auxiliem a prevenir doenças e a manter a saúde e o nosso bem-estar, inclusive o coletivo.

A higiene é um conjunto de meios e regras que procuram garantir o bem-estar físico e mental, promovendo a saúde e prevenindo a doença. Na vida quotidiana, satisfazemos as nossas próprias necessidades, no entanto durante o envelhecimento e durante a doença, a capacidade de nos auto-cuidarmos diminui e a carência de cuidados de higiene aumenta.

### 4.2- HIGIENE COLETIVA

É o conjunto de normas de higiene implantadas pela sociedade de forma a direcioná-la a um conceito geral de higiene, especificando em normas especiais, o manuseio de produtos de higiene e suas interações com o Ser Humano.

### 4.3- HIGIENE PESSOAL

É o conjunto de Hábitos de limpeza e asseio com que cuidamos do nosso corpo. Por ser um fator de importância no nosso dia-a-dia, acaba por influenciar no relacionamento intersocial, pois implica a aquisição de hábitos, que se transformam em normas de vida.

#### 4.3.1 Funções

- Fomenta a limpeza, elimina os microrganismos, as secreções e as excreções corporais;
- Estimula o conforto e o relaxamento, refresca e relaxa a tensão e cansaço muscular;

- Melhora a auto-imagem favorecendo o aspecto físico;
- Acondiciona a pele e estimula a circulação sanguínea.

#### 4.3.2 Objetivos

- Assegurar a limpeza do corpo, de modo a manter e favorecer o papel protector e secretor da pele
- Assegurar o bem-estar e uma boa auto-estima da pessoa cuidada
- Prevenir a irritação da pele
- Evitar a maceração
- Manter as mãos e unhas limpas e com bom comprimento
- Favorecer o relaxamento e a comunicação

Os cuidados de higiene promovem:

- ✓ **CONFORTO**: previne a deteriorização cutânea e evita o aparecimento de lesões;
- ✓ **OBSERVAÇÃO DO IDOSO**: despistando possíveis alterações de pele (eritemas, zonas de pressão, pele descamativa.) estado nutricional, e mobilidade
- ✓ **RELAÇÃO DE AJUDA COM O IDOSO**: o momento é ideal para se educar par a saúde e poderá ser aproveitado para uma observação física minuciosa, ajudando na colheita de dados.

#### 4.3.3 Aspetos a ter em conta durante os cuidados de higiene

- Algumas pessoas idosas, doentes ou com incapacidades podem, às vezes, se recusar a tomar banho. É preciso que o cuidador identifique as causas.
- Pode ser que a pessoa tenha dificuldade para movimentar-se, tenha medo da água ou de cair, pode ainda estar deprimida, sentir dores, tonturas ou mesmo sentir-se envergonhada de ficar exposta à outra pessoa, especialmente se o cuidador for do sexo oposto.
- É preciso que o cuidador tenha muita sensibilidade para lidar com essas questões.

- Respeite os costumes da pessoa cuidada e lembre que confiança se conquista, com carinho, tempo e respeito;
- Proporcionar higiene e conforto, promovendo a saúde e prevenindo a doença;
- Avaliar grau de dependência;
- Favorecer independência/autonomia (não substituir quando o Idoso tem capacidade para realizar determinada tarefa, incentivar ao auto-cuidado);
- Observar todo o corpo, avaliando a integridade cutânea;
- Promover a integridade cutânea (secar todas as pregas cutâneas e espaços interdigitais, aplicar creme e massajar todo o corpo, etc.);
- Promover mobilização passiva e activa;
- Promover uma relação interpessoal com Idoso e Família (por exemplo: identificar-se, explicar procedimento, incentivar a colaborar);
- Não impor nova rotina, se possível atender à vontade do Idoso e aos seus hábitos (por exemplo: hora e frequência do banho);
- Verificar condições ambientais (temperatura, iluminação e ventilação);
- Respeitar privacidade, dignidade e valores culturais do Idoso;
- Assegurar as regras de segurança para o Idoso e para o Cuidador (grades e barras de protecção, tapetes antiderrapantes, não deixar o idoso sozinho, não deixar que tranque a porta, utilizar luvas, atender à ergonomia, etc.);
- Estimular auto-estima e auto-imagem do Idoso (utilizar espelho, pentear, barbear, cuidar das unhas, etc.);
- Atentar ao material invasivo do Idoso (sonda naso-gástrica, algalias, soros, catéteres, pensos, drenos, etc.);
- Preparar todo o material anteriormente;
- Iniciar higiene propriamente dita, pela cabeça em direcção aos pés, partindo da parte mais limpa para a mais suja;
- Utilizar material de uso pessoal e se possível descartável;
- Promover trabalho em equipa, integrando o Idoso e Família na mesma;
- Se surgirem dúvidas, problemas ou alterações comunicar à família ou outro elemento responsável da Equipa;

- Atender a salubridade do meio envolvente do Idoso

É importante o respeito do espaço que nos rodeia, no qual satisfazemos as nossas necessidades de segurança, realização e identidade. Este deve mostrar-se através de:

- ✓ Providenciar a privacidade;
- ✓ Bater à porta antes de entrar no quarto;
- ✓ Minimizar a exposição corporal;
- ✓ Manter a privacidade na conversação;



Todos nós temos uma perspetiva individual da necessidade de higiene e conforto, esta desenvolve-se através das experiências de vida antecedentes culturais e sociais, práticas das pessoas significativas, estilos de vida individuais, estado emocional.

## 5. CUIDADOS DE HIGIENE PARCIAIS

Os cuidados de higiene parciais, entendem-se como os cuidados específicos a cada parte do corpo a ter em conta. Também podem ser chamados cuidados de higiene parciais à higiene de parte do corpo, frequentemente a regiões com secreção abundante e maior carência de higiene (cara, mãos, axilas e genitais).

### 5.1- CUIDADOS À BOCA

É a higiene da cavidade oral tendo em vista o conforto e bem-estar da pessoa.

#### **OBJECTIVOS:**

- Manter a boca limpa e húmida;



- Ajudar a conservar os dentes e a mucosa oral em bom estado;
- Remover secreções ou restos alimentares;
- Massajar as gengivas e estimular a circulação;
- Fazer ensino sobre a importância da higiene oral;
- Prevenir complicações.



✓ É muito importante fazer a higiene da boca das pessoas acamadas para evitar cáries, dor de dentes e inflamação da gengiva.

✓ Se a pessoa consegue escovar os dentes sozinhos, deve ser encorajada a fazê-lo. O cuidador deve providenciar o material necessário e ajudá-lo.

- ✓ A higiene oral adequada aumenta o bem-estar e estimula o apetite;
- ✓ A higiene oral dos adultos e idosos, independentemente da pessoa ter ou não dentes, deve ser feita após cada uma das refeições e após o uso de remédios pela boca.
- ✓ Embora se saiba da importância da saúde oral, os cuidados à boca são muitas vezes negligenciados no dia-a-dia.
- ✓ Pessoas com a boca ou lábios secos, ou outras alterações, podem necessitar de higiene oral de 8/8H ou até de 1/1H para melhorar as condições da mucosa oral.

## **MATERIAL**

- Copo com água;
- Escova de dentes ou espátula montada com compressas
- Pasta dentífrica;
- Solução desinfetante da mucosa (O “mau hálito” que, às vezes está presente, pode ser eliminado com a realização da higiene e uso da solução anticéptica bucal após as refeições.)

- Tina riniforme;
- Toalha.

### **ORIENTAÇÕES GERAIS**

- O material deve ser individual;
- Deve haver o máximo de cuidado com as próteses dentárias, por se tratar de um objeto dispendioso, de demorada recuperação e indispensável à alimentação, expressão verbal e aspeto pessoal.
- Prestar atenção especial a Idosos com presença de sonda nasogástrica ou necessidade de aspiração de secreções, tendem a apresentar maior acumulação de sujidade na boca e maior desidratação da mucosa oral. Pelo que é fundamental a higiene cuidada da mesma. Dever-se-á trocar o adesivo de fixação da sonda nasogástrica diariamente, após o banho.

### **PROCEDIMENTO**

- Providenciar a preparação e transporte do material para junto do utente;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao utente e pedir a sua colaboração;
- Elevar a cabeceira da cama, caso não haja contra indicações ou pedir ao utente para se sentar;
- Colocar a toalha sobre o tórax do utente (sob o queixo);
- Colocar o material ao alcance do utente caso esteja em condições de executar o procedimento por si próprio ou executá-lo caso o utente não o possa fazer;
- Colocar uma tina riniforme sob o queixo do utente;
- Deitar a água sobre a escova e colocar a pasta ao longo da mesma ou embeber a espátula montada com compressa, com água e elixir;
- Dar a água ao utente para bochechar;
- Pedir ao utente para proceder à lavagem das gengivas e língua ou dos dentes, da raiz para a coroa em movimentos, ou substituí-lo, se necessário;

- Pedir ao utente para bochechar de novo e secar a cara com uma toalha;
- Reinstalar o utente;
- Providenciar a recolha e lavagem do material;
- Lavar as mãos.

### **5.1.1- Cuidados à boca da pessoa inconsciente**

Consiste na higiene da cavidade oral tendo em vista o conforto e bem-estar e a permeabilidade das vias aéreas da pessoa inconsciente.

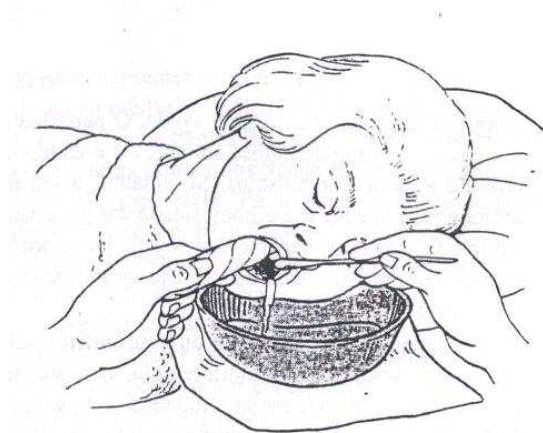
- ✓ Os utentes inconscientes necessitam de especial atenção;
- ✓ Risco de aspiração de água;
- ✓ É mais seguro com 2 elementos: um cuida da boca e outro retira as secreções;
- ✓ Não use os dedos para abrir a boca: risco de mordidela;

### **OBJECTIVOS:**

- Manter a boca limpa e húmida;
- Ajudar a conservar os dentes e a mucosa oral em bom estado;
- Remover secreções ou restos alimentares;
- Massajar as gengivas e estimular a circulação;
- Prevenir complicações.

### **MATERIAL E EQUIPAMENTO**

- Pasta dentífrica;
- Elixir da mucosa oral
- Copo com água;
- Seringa;
- Tina riniforme;
- Espátulas montadas com compressa ou escova de dentes;



- Compressas;
- Toalha;
- Vaselina esterilizada;
- Luvas de látex

**PROCEDIMENTO:**

- Lave as mãos e coloque luvas;
- Verifique a existência de reflexo faríngeo (coloque a espátula no meio da língua) -  
AVALIA O RISCO DE ASPIRAÇÃO;
- Verifique o estado da cavidade oral;
- Retire as luvas e lave as mãos;
- Posicione o idoso em lateral com a cabeça rodada para o lado dependente e a cabeceira da cama a 180°. Eleve as grades, se existirem.
- Explique o procedimento;
- Lave as mãos e coloque luvas;
- Disponha o material ao seu alcance, e prepare também o aspirador de secreções;
- Preserve a intimidade do utente, puxando a cortina ou fechando a porta;
- Deite a cama na horizontal;
- Posicione o utente perto do bordo da cama rode a cabeça ligeiramente para o colchão;
- Colocar uma tina ou bacia sob o queixo do utente juntamente com a toalha, para resguardar;
- Separe, suavemente os maxilares com uma espátula almofadada (NÃO FORÇAR);
- Lave a boca usando a escova ou a espátula almofadada humedecida. Lave primeiro as superfícies de mastigação e depois a parte posterior dos dentes;
- Limpe o palato e a língua, mas devagar para não estimular o reflexo faríngeo;
- Com uma seringa coloque água na boca para bochechar e limpar a boca;
- Aspire as secreções à medida que se acumulam, se necessário;
- Aplique vaselina ou gel hidrossolúvel nos lábios;

- Informe o utente que terminou;
- Retire as luvas;
- Reposicione o doente;
- Lave as mãos
- Avalie a respiração

### **5.1.2- Próteses dentárias**

As próteses são partes artificiais, conhecidas como dentadura, ponte fixa ou ponte móvel, colocadas na boca para substituir um ou mais dentes. A prótese é importante tanto para manter a auto-estima da pessoa, como manter as funções dos dentes na alimentação, na fala e no sorriso.

É recomendável a remoção da prótese durante a noite, para reduzir a pressão nas partes moles e osso. Nas instituições, quando se retiram as próteses, estas devem ser guardadas num copo rotulado para evitar que se percam ou quebrem.

Existem vários produtos de limpeza para próteses. A água com sabão ou um agente de limpeza suave, limpa-as eficazmente sem causar desgaste.

É extremamente importante observar as condições de conservação das próteses. Isto porque próteses desajustadas na boca, fazem com que a pessoa idosa deixe de comer certos alimentos, principalmente os de difícil mastigação, além de provocar ferimentos nas gengivas que facilitam ocorrência de infeção e aparecimento de tumores a longo prazo.

Elas devem ser lavadas com escovas duras a cada realização da higiene bucal e no período noturno devem ser retiradas da boca e colocadas em um copo com água filtrada ou fervida.

### **PROCEDIMENTO**

- Providenciar a preparação e transporte do material para junto do utente;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao utente;

- Elevar a cabeceira da cama (se não houver contra-indicação);
- Colocar a toalha sobre o tórax do utente (sob o queixo);
- Usar espátula ou escova com pasta dentífrica e proceder a lavagem dos dentes da raiz para a coroa em movimentos circulares;
- Embeber outra espátula em água e elixir e limpar as gengivas, a língua e a face interna da boca;
- Aspirar a boca do utente em simultâneo;
- Enxugar a cara do utente com toalha; Reinstalar o utente;
- Providenciar a recolha e lavagem do material;

## 5.2- CUIDADOS AO CABELO

Os cuidados básicos dos cabelos incluem: observar, lavar, escovar, pentear e cortar. Consiste em remover a sujidade do cabelo e couro cabeludo e pentear os cabelos.

### **OBJETIVOS:**

- Proporcionar higiene e conforto,
- Melhorar a auto-imagem da pessoa;
- Estimular a circulação;
- Prevenir lesões e infeções;

### **ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO**

- Verificar as condições ambientais da unidade, temperatura ventilação e iluminação;
- Cortar o cabelo só quando o utente o autorizar, no caso de pessoa inconsciente/confusa solicitar sempre a autorização familiar;
- Prender os cabelos compridos, não utilizando objetos traumatizantes.

### **MATERIAL**

- Dispositivo em calha, se necessário
- Toalhas

- Champô ou sabão líquido
- Jarro com água a temperatura aconselhável ou um a gosto do doente, se necessário
- Balde, se necessário
- Pente ou escova
- Bolas de algodão ou tampões para os ouvidos, se necessário
- Secador
- Outros objetos de uso pessoal

### **5.2.1- Lavagem da cabeça na cama com ajuda total**

#### **PROCEDIMENTO**

- Providenciar a preparação e transporte do material para junto do doente
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao doente e pedir a sua colaboração
- Retirar a almofada e colocar uma toalha
- Colocar o dispositivo em calha e dirigi-lo para dentro do balde
- Desapertar a camisa ou pijama
- Pentear o cabelo e observar se existe alguma alteração
- Colocar uma bola de algodão ou tampão em cada ouvido, se o doente o solicitar e pedir-lhe que mantenha os olhos fechados
- Cobrir o tórax com uma toalha
- Verificar a temperatura da água de acordo com a preferência do doente
- Deitar água sobre a cabeça, evitando molhar a cara
- Aplicar champô ou sabão líquido no cabelo
- Massajar toda a superfície do couro cabeludo com movimentos circulares firmes e passar com água. Repetir tantas vezes quantas necessárias
- Espremer o cabelo de modo a ficar com o mínimo de água. Retirar tampões ou bolas de algodão dos ouvidos, se necessário
- Levantar a cabeça do doente e retirar o dispositivo em calha
- Colocar a cabeça do doente sobre a toalha, enxugar bem e colocar a almofada

- Secar o cabelo, de preferência com secador
- Pentear o cabelo
- Retirar a toalha
- Apertar o pijama ou camisa e refazer a cama
- Reinstalar o doente
- Providenciar a recolha, limpeza e arrumação do material
- Lavar as mãos

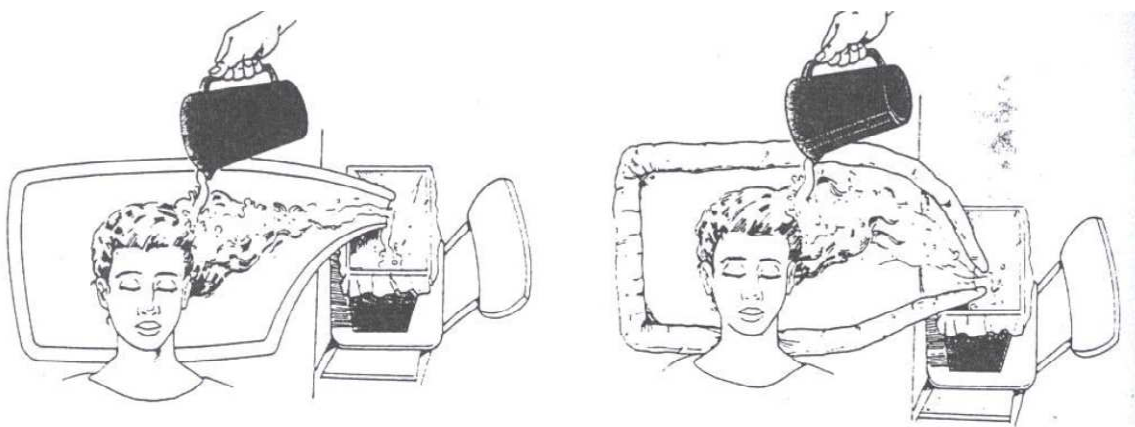


Figura 7

### 5.2.2- Lavagem da cabeça com ajuda parcial

#### **PROCEDIMENTO**

- Providenciar a preparação e transporte do material para a casa de banho
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao doente e pedir a sua colaboração
- Acompanhar ou ajudar o doente a instalar-se numa cadeira confortável junto do lavatório
- Colocar uma almofada sob a região cervical do doente protegida com uma toalha e dispositivo de lavagem a abrir em calha no lavatório
- Colocar uma bola de algodão ou tampão em cada ouvido, se o doente solicitar e pedir-lhe que mantenha os olhos fechados



- Cobrir o tórax com uma toalha
- Verificar a temperatura da água de acordo com a preferência do doente
- Deitar água sobre a cabeça evitando molhar a cara
- Aplicar o champô ou o sabão líquido no cabelo
- Massajar toda a superfície do couro cabeludo com movimentos circulares firmes e passar com água, repetir tantas vezes quantas necessárias
- Espremer o cabelo de modo a ficar com o mínimo de água possível, retirar os tampões ou as bolas de algodão dos ouvidos, se necessário;
- Solicitar ao doente que levante a cabeça e retirar o dispositivo em calha
- Retirar o excesso de água com a toalha, secar o cabelo de preferência com o secador
- Pentear o cabelo
- Retirar a toalha
- Acompanhar ou ajudar o doente a deslocar-se para a unidade
- Reinstalar o doente, se necessário
- Providenciar a recolha, lavagem e arrumação do material
- Lavar as mãos

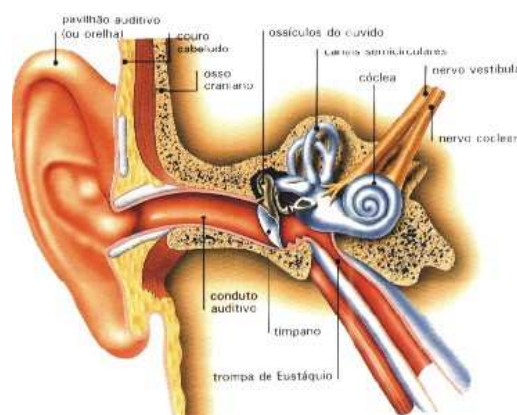
### **5.2.3- Pentear o cabelo**

- Providenciar a preparação e transporte do material para junto do doente
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao doente e pedir a sua colaboração
- Ajudar o doente a instalar-se confortavelmente
- Colocar a toalha sobre os ombros do doente, se o doente não se levantar
- Colocar a toalha sobre a almofada
- De acordo com a situação convidar o doente pentear-se ou penteá-lo
- Dividir o cabelo em madeixas e penteá-lo suavemente, se estiver emaranhado humedecer com álcool ou água
- Retirar a toalha

- Reinstalar o doente
- Providenciar a recolha, limpeza e arrumação do material
- Lavar as mãos

### 5.3- CUIDADOS AOS OUVIDOS

A sujidade nos ouvidos e orelhas pode provocar ulceração e infeção, pelo que também devem ser considerados determinados aspetos importantes na sua higiene. Durante o banho lavar com água e sabão as orelhas, não esquecendo a parte posterior da mesma; Instrua o utente a não colocar objetos pontiagudos tais como ganchos, cliques, canetas para retirar a cera (cerúmen), pois podem causar lesões.



### PROCEDIMENTO

- Preparar material necessário: luvas, toalhetes, algodão, cotonetes, etc;
- Utilizar toalhete, algodão ou cotonete, mas sem introduzir no ouvido, pois pode traumatizar o tímpano e o objetivo é retirar a sujidade e não introduzi-la no ouvido;
- Observar presença de cerúmen (cera);
- Observar alterações;
- Considerar próteses auditivas.
- DEVE USAR-SE ÁGUA MORNA, POIS ÁGUA FRIA PODE PROVOCAR TONTURAS E NÁUSEAS E ÁGUA QUENTE AUMENTA O RISCO DE INFECÇÃO DO CANAL AUDITIVO .

## 5.4- CUIDADOS AOS OLHOS

As pessoas mais velhas sofrem muitas vezes de diminuição de lubrificação dos olhos. A secura resulta da acumulação de pó e bactérias que predispõe a infeções: Instilar lágrimas artificiais

### PROCEDIMENTO

- A principal intervenção na higiene dos olhos é norma de limpeza dos olhos durante o banho. Deve se limpar cuidadosamente do canto externo para o interno e limpar cada olho com uma parte diferente da toalha.
- Não usar sabão
- Quando os olhos têm secreções secas, coloque um toalhete ou uma bola de algodão embebido em água morna ou solução salina sobre os olhos fechados.
- Repita esta operação até as secreções estarem húmidas para serem removidas facilmente e sem traumatismo.
- Observar alterações do olho, considerar conjuntivites e irritações, etc;

#### 5.4.1- Cuidados aos olhos à pessoa inconsciente

A pessoa inconsciente requer frequentes cuidados aos olhos (ex:4/4H), dependendo do estado geral dos olhos e da quantidade de humidade do ambiente.

- ✓ Se o reflexo de pestanejar está ausente, existe uma diminuição da proteção
- ✓ A secura do olho pode levar a perda da visão
- ✓ Deve-se então ter como cuidados a instilação de lágrimas artificiais ou Soro Fisiológico e se necessário efetuar penso oclusivo.

#### 5.4.2- Cuidados à prótese ocular

É aconselhável realizar uma limpeza da prótese uma vez por mês para evitar a aderência de depósitos que a lágrima vai depositando sobre a superfície da prótese.

Em muitos casos a prótese pode ser utilizada sem retirá-la durante um mês. Para isso é muito importante lubrificar a prótese de forma periódica com gotas oftálmicas, evitando assim a secura ocular. Também pode realizar-se uma limpeza sem retirar a prótese utilizando um algodão húmido e fazendo suaves movimentos em direção à parte nasal.

### **REMOÇÃO E REINSERÇÃO DA PRÓTESE**

- Lavar as mãos.
- Remover a prótese. Para fazê-lo, pressionar a pálpebra inferior para que a borda inferior da prótese possa se deslizar para fora e para baixo.
- Verificar a cavidade do olho.
  - ✓ Rosada é saudável.
  - ✓ Vermelha ou inflamada, requer atendimento médico.
- Irrigar a cavidade com solução salina.
- Utilizar os produtos de limpeza recomendados pelo oftalmologista, com água morna. Limpar com os dedos polegar e indicador. Enxaguar bem.
- Reinsserir a prótese. Para isso é necessário lubrificá-la de ambos os lados e depois levantar a pálpebra superior com os dedos polegar e indicador. Deslizar a prótese por baixo da pálpebra tanto quanto for possível. Pressionar a pálpebra inferior para que a prótese seja deslizada dentro da cavidade.

### **5.5- MÃOS E UNHAS**

Os Idosos costumam apresentar sérios problemas nas mãos e unhas devido a alterações circulatórias, deformidades ósseas, diabetes, etc.

### **OBJECTIVOS:**

- Prevenir a infecção ou inflamação, evitar traumatismo devido a unhas encravadas, longas ou ásperas, evitar acumulação de sujidade, etc.
- Evitar a contaminação dos alimentos;
- Não contribuir para o contágio de doenças;

- Prevenir a propagação de vírus, bactérias, parasitas...
- As unhas quebradiças estão associadas ao descolamento transversal das camadas da unha e também à imersão frequente das mãos e unhas na água. “Também podem ocorrer por deficiência de ferro, anemia, alterações da circulação sanguínea (periférica) e até por outras doenças menos comuns”.

### **ORIENTAÇÕES DOS CUIDADOS ÀS UNHAS**

- Cuidar das unhas, corta-las ou lima-las se necessário (cortando de forma reta e não muito próximo da pele), amolecendo-as previamente em água morna;
- Observar alterações: feridas, manchas...
- Empurrar as cutículas e não as corte, pode-se proporcionar o aparecimento de pequenas feridas na pele ou desunir a unha do seu leito e eliminar uma barreira natural protetora, o que favorece o desenvolvimento de infeções.

### **5.6- CUIDADOS AOS PÉS**

Os idosos costumam ter sérios problemas nos pés, devido a mudanças circulatórias, deformidades ósseas, diabetes, entre outros. Por isso, é fundamental prestar atenção na forma correta de fazer a limpeza.

Devemos ensinar a proteger os pés de lesões e mantê-los limpos e secos, assim como incentivar o uso de calçado adequado.

### **ORIENTAÇÕES DOS CUIDADOS AOS PÉS**

- Deve lavar-se com água e sabão,
- Secar bem principalmente entre os dedos;
- Hidratar com cremes, óleos e sempre aplicar vaselina ou hidratante nos locais calosos, como calcanhares;
- Não cortar calosidades (pode provocar hemorragia);
- Cuidar se houver micoses (usar instrumentos de uso pessoal ou desinfetá-los).
- Cuidar das unhas mantendo-as cortadas, limadas e limpas;

- As unhas devem ser cortadas semanalmente e retas.
- Observar a coloração dos pés e verificar se existe lesões cutâneas.
- Examinar os pés todos os dias e procurar um profissional em caso de calos, calosidades ou qualquer inflamação ou infeção;
- Tratar a pele caso seja extremamente seca ou com transpiração excessiva;
- Manter o calçado limpo e trocá-lo todos os dias;
- Usar sapatos confortáveis;
- Usar sapatos adequados às várias atividades.

### **ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS UNHAS DOS PÉS**

- As unhas dos pés necessitam das mesmas atenções que as das mãos, apesar de não acumularem tanta sujidade, a menos que se tenha o hábito de andar descalço, e de serem facilmente limpas com um banho regular.
- O principal cuidado das unhas dos pés corresponde ao seu corte, em condições normais, uma vez por semana ou de quinze em quinze dias e sempre RECTAS.
- Como as unhas dos pés costumam ser muito duras, sobretudo a do primeiro dedo, há quem opte por cortá-las após o banho e quem prefira amolecê-las, mantendo-as previamente num recipiente com água morna.

### **5.7- CUIDADOS PERINEAIS**

A Higiene perineal refere-se à limpeza dos genitais externos e região circundante, que normalmente é realizada durante o banho. No entanto, em Idosos dependentes, há necessidade de realizar os cuidados perineais várias vezes ao dia. Este facto deve-se a situações como: infeções genito-urinárias, incontinência fecal e urinária, secreções excessivas, irritações ou escoriações, presença de algália, cirurgia perineal, etc.

Normalmente constituem uma parte do banho completo.

### **ORIENTAÇÕES GERAIS**

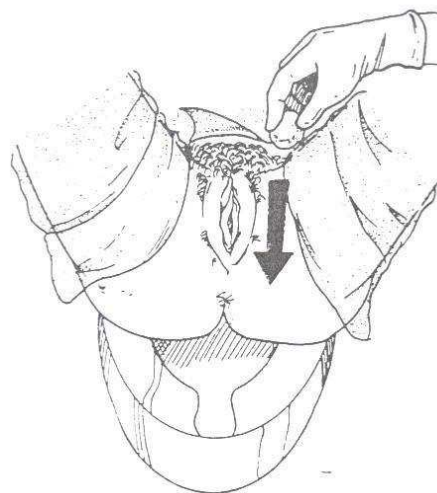
- Reunir material necessário: luvas, bacia, aparadeira, urinol, dispositivo urinário, saco coletor, esponjas, toalhas, resguardos, creme, sabão, fralda, pomadas, etc;
- Questionar o Idoso se pretende urinar ou evacuar antes de proceder a higiene perineal. Colocar urinol ou aparadeira, se necessário.
- Colocar o Idoso em decúbito dorsal (barriga para cima), se possível com pernas fletidas, lavar a região de eliminação urinária e posteriormente, colocar o Idoso de decúbito lateral (de lado) para proceder a higiene da região de eliminação intestinal.

### **ASPECTOS A ATENDER**

- Cuidado acrescido em doentes algaliados;
- Deixar que o idoso realize o auto-cuidado genital, caso esteja capaz de o fazer;
- Especial atenção em utentes de sexo oposto que se podem sentir constrangidos;
- Ter uma atitude profissional e digna respeitando a privacidade do idoso;
- Estar atento a queixas como ardor, sinais de inflamação, vermelhidão, ou dor perineal

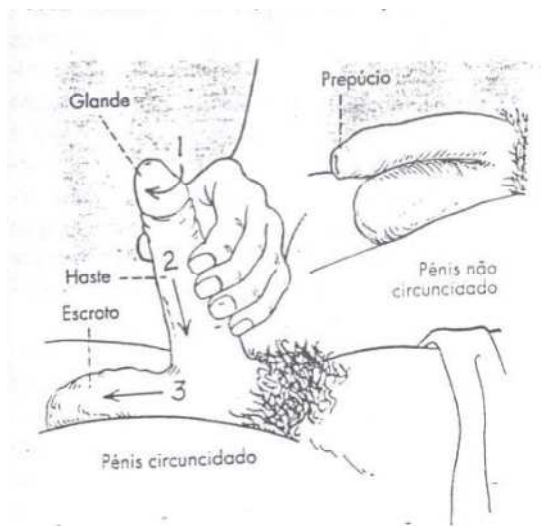
#### **5.7.1 - Cuidados perineais femininos**

- Lavar sempre das zonas mais limpas para as mais sujas. Use um lado do toalhete para cada passagem, em movimento de cima para baixo. Lave do meato urinário para o orifício vaginal e depois lave os pequenos e grandes lábios e só no final lavar o períneo.
- Preste atenção à sujidade acumulada entre os lábios, utilizando uma mão para afastar os lábios e outra para lavar; poder-se-á utilizar uma esponja ou uma caneca de água para conseguir obter maior eficácia.



- Passe por água limpa e seque toda a superfície da pele.
- Secar bem, dando ênfase às pregas para que a humidade não provoque assaduras

### 5.7.2 - Cuidados perineais masculinos



- Começar a lavar com movimentos circulares pela ponta do pênis,
- Puxe o prepúcio (parte da ponta do pênis, popularmente, a "cabeça do pênis") para baixo e lavando a glândula, posteriormente o pênis e o escroto (não esquecer de voltar a colocar o prepúcio na sua posição normal, nomeadamente em caso de Idoso não circuncidado);
- A estimulação da glândula pode provocar ereção, pelo que este procedimento deverá ser realizado com respeito pela privacidade do Idoso e num ambiente de descontração;
- Ao fazer a higiene perineal deve ter presente que os orifícios corporais são potenciais portas de entrada para os microrganismos patogénicos e que a pele quente e húmida conduz ao desenvolvimento bacteriano
- Limpe sempre da zona anterior para a posterior
- Secar bem, dando ênfase às pregas para que a humidade não provoque assaduras

### 5.7.3 - Cuidados ao doente algaliado

Atender ao Idoso algaliado: que apresenta um risco de infeção aumentado, pelo que devem ser tomadas as devidas precauções, tais como:

- Algaliação deverá ser realizada por Enfermeiro;



- Manter o saco coletor abaixo do nível da bexiga (para a urina não refluir novamente);
- Não desadaptar saco da algália, exceto se o saco se romper e for necessário substituir;
- Despejar a urina do saco coletor várias vezes ao dia (2 a 3 vezes e sempre que necessário);
- Observar as características da urina e a quantidade (urina concentrada, urina com sangue ou coágulos, etc.);
- Verificar se a algália ou tubo do saco coletor não fica dobrada ou a traumatizar alguma parte do corpo do Idoso;
- Considerar perdas extra-algália e Idosos que não usam saco coletor.

## 6. CUIDADOS DE HIGIENE TOTAIS

### BANHO

- O banho é a lavagem de toda a superfície corporal, de forma a satisfazer as necessidades de higiene e conforto do utente.
- O banho no leito, providencia-se quando o Idoso é totalmente dependente ou quando há uma restrição do exercício. Se o Idoso for semi-dependente e seja necessário o banho no leito, deve-se providenciar o material e auxilia-lo na higiene.

### BANHO NO LEITO

- Este tipo de banho deve ser realizado quando a pessoa idosa é totalmente dependente de outra pessoa e tem muitas dificuldades de se mover, ou quando a pessoa idosa é muito pesada e tem muitas dores ao mudar de posição.
- É importante ter outra pessoa para ajudar além do cuidador, dando mais segurança à pessoa idosa, evitando acidentes e cansaço físico. Existem também alguns requisitos para promover o banho de leito com segurança e conforto à pessoa idosa.
- Aproveite o momento do banho para fazer movimentos com o corpo da pessoa idosa e massagens, para estimular a circulação sanguínea e evitar atrofia dos músculos. Se perceber manifestações de dor durante a movimentação da pessoa idosa, peça avaliação de algum profissional da saúde;
- Providenciar um ambiente sem corrente de ar, fechando janelas e portas. Desta forma, também irá dar privacidade à pessoa idosa;
- Quanto à arrumação da cama, os pontos principais a serem seguidos são:
  - ✓ Utilizar lençóis limpos, secos, passados ao ferro;
  - ✓ Não deixar migalhas de pão, fios de cabelos, etc., nos lençóis da cama;
  - ✓ Limpar o colchão, quando necessário;
  - ✓ Observar o estado de conservação do colchão, travesseiros e impermeável, e providenciar a troca quando necessário;
  - ✓ Não arrastar as roupas de cama no chão, nem sacudi-las no ar;

- ✓ Não alisar com as mãos, as roupas de cama, mas ajeitá-las pelas pontas;
- Ao preparar o banho todas as ações devem ser explicadas à pessoa idosa de forma clara e pausadamente, passo a passo e o cuidador deve incentivá-la e motivá-la para seu próprio cuidado;
- É recomendado para o banho de leito que vá despindo a pessoa idosa de acordo com a parte do corpo que será higienizada, nunca deixando a pessoa idosa totalmente despida.

➤ **Objetivos**

- Proporcionar higiene e conforto;
- Estimular a circulação;
- Observar a integridade cutânea;
- Fazer observação física;
- Favorecer a independência do utente.

➤ **Orientações Gerais do Banho no Leito**

- Explicar o procedimento ao idoso e incentivar a sua independência;
- Verificar condições ambientais do espaço;
- Respeitar a privacidade do doente;
- Secar bem o idoso dando especial atenção as orelhas, axilas e pregas cutâneas;
- Usar toalhas e toalhetes individuais;
- Nunca deitar a roupa suja para chão;

➤ **Material e equipamento**

- Recipiente com água;
- Roupa para mudar a cama e o utente;
- Toalhas;
- Manápula ou toalhete;
- Luvas de látex;
- Sabão dermoprotector;

- Tesoura;
- Bacia;
- Pente;
- Arrastadeira;
- Óleo de amêndoas doces ou creme hidratante;
- Vitamina A
- Álcool
- Outros objetos de uso pessoal

## **6.1 – BANHO NO LEITO COM AJUDA TOTAL**

### **PROCEDIMENTO**

- Providenciar a preparação e transporte do material para junto do utente;
- Explicar o procedimento ao utente e pedir a sua colaboração;
- Oferecer a arrastadeira;
- Lavar as mãos;
- Retirar a roupa da cama e almofadas, deixando o idoso protegido com o lençol de cima;
- Retirar a roupa do idoso (colocar no saco de roupa suja);
- Posicionar o idoso perto da beira da cama o mais próximo possível de pessoa que presta os cuidados, em decúbito dorsal, se não contra-indicado;
- Fazer os cuidados de higiene à boca;
- Colocar a toalha sob o queixo e lavar o rosto;
- Lavar a face: colocar a toalha sob o pescoço, lavar os olhos com água simples, com o dedo indicador no canto externo do olho e depois mover até ao canto interno ou seja da zona mais limpa para a mais suja;
- Lavar o pavilhão auricular e certificar-se que fica bem lavado e seco;
- Lavar os membros superiores, destapar o membro mais afastado e coloca-lo sobre uma toalha ao longo do membro, dando especial atenção à axila e mãos;

- Colocar a bacia sobre a cama, de modo a que o utente, possa pôr a mão em imersão na água. Lavar a mão e cortar as unhas se necessário;
- Proceder do mesmo modo para o membro mais próximo;
- Lavar o tórax e abdómen: colocar a toalha sobre o tórax puxando simultaneamente o lençol para baixo até às ancas;
- Levantar a toalha ligeiramente procedendo à lavagem do pescoço, tórax e abdómen, com especial atenção às pregas o pescoço, umbigo e região infra-mamária. Secar bem.
- Membros inferiores: Dobrar a extremidade inferior do lençol até aos joelhos. Destapar o membro mais afastado e colocá-lo sobre a toalha. Lavar todo o membro e secá-lo;
- Com uma das mãos levantar os pés e com a outra colocar a bacia sobre a toalha. Mergulhar os pés e proceder à sua lavagem, dando especial atenção aos espaços interdigitais.
- Cortar as unhas, se necessário;
- Membros inferiores: Dobrar a extremidade inferior do lençol até aos joelhos. Destapar o membro mais afastado e colocá-lo sobre a toalha. Lavar todo o membro e secá-lo;
- Com uma das mãos levantar os pés e com a outra colocar a bacia sobre a toalha. Mergulhar os pés e proceder à sua lavagem, dando especial atenção aos espaços interdigitais.
- Cortar as unhas, se necessário;
- Lavar e secar as costas;
- Massajar bem as costas, nádegas e zonas de proeminência óssea;
- Pedir ao utente ou ajudá-lo a fletir os joelhos, deixando-o bem tapado;
- Colocar a toalha sobre as nádegas no sentido do comprimento a cama;
- Oferecer a manápula ou toalhete ao utente para lavar os órgãos genitais ou lavá-los no caso de o utente não o poder fazer. Secar bem;
- Retirar a toalha e esticar o lençol de cima;

- Descalçar as luvas se necessário;
  - Vestir ou ajudar o utente a vestir-se;
  - Pentear o cabelo;
  - Fazer a cama;
  - Reinstalar o utente;
  - Providenciar a recolha e lavagem do material;
  - Lavar as mãos;
- 
- ✓ SEJA SENSÍVEL E OBSERVADOR AQUANDO DO BANHO AO IDOSO POIS É UM MOMENTO
  - ✓ PRIVILEGIADO PARA AVALIAR ALGUMA NECESSIDADE E DESENVOLVER UMA RELAÇÃO DE CONFIANÇA.

### **TROCAR A FRALDA**

- O uso de fraldas descartáveis geriátricas pode ser útil, para as pessoas idosas que apresentam incontinência urinária e/ou fecal, ou seja, não conseguem controlar a eliminação de urina e/ou fezes (ver assunto sobre Incontinência urinária e fecal).
- O uso de fraldas pode causar constrangimento e vergonha para a pessoa idosa. Contudo uma boa conversa entre o cuidador, os familiares e a pessoa idosa, explicando a sua importância e a sua necessidade, de forma cautelosa, frequentemente promove o entendimento e melhor aceitação por ela.
- Não se deve colocar fraldas na pessoa idosa, simplesmente para ter menos trabalho com o seu cuidado. Se a pessoa idosa tem controlo das suas eliminações, procure levá-la, em intervalos regulares, ao WC durante o dia.
- Durante a noite deve-se avaliar os benefícios de uso da fralda, pensando na facilidade ou dificuldade da pessoa idosa ir até o quarto de banho na continuidade do seu sono e na presença do cuidador ou alguém para auxiliá-la;
- Se a pessoa idosa não consegue controlar suas eliminações e ir até o WC o uso da fralda geriátrica é indispensável, durante todo o dia e noite;

- Deve-se realizar a troca das fraldas, em intervalos regulares. Todas as vezes que o idoso urinar ou defecar, a fralda deve ser trocada.
- Nunca deixe fraldas molhadas no corpo por muito tempo, evitando assaduras e feridas na pele;
- É necessário realizar uma boa higiene íntima (dos genitais e região anal), em todas as trocas de fralda.
- Se a pessoa idosa tiver úlceras por pressão (escaras) próximas à área genital, precisa-se avaliar a necessidade de trocar os curativos durante a higiene íntima e troca da fralda;
- Na mulher idosa, é muito importante lembrar-se de fazer a higienização da área genital, sempre da frente para trás, isto é, da vagina para o ânus.
- Lembre-se de fechar a fralda de forma que não esteja muito apertada, pois quando a pessoa idosa está deitada, sua cintura está mais fina e ao sentar-se ou levantar, a pressão na barriga aumenta e pode ser muito desconfortável se a fralda estiver muito apertada;
- Quando não se pode, por algum motivo importante, realizar a lavagem da área genital em todas as trocas das fraldas, deve-se pelo menos fazer a higiene íntima com lenços humedecidos, mas nunca retirar a fralda suja e colocar a limpa, sem antes ter feito a higiene, mesmo quando a pessoa idosa só tenha urinado na fralda;

## **6.2 – BANHO NO LEITO COM AJUDA PARCIAL**

É o banho geral em que a ajuda do prestador de cuidados é de aproximadamente 50% nos cuidados de higiene e conforto do idoso.

### **PROCEDIMENTO:**

- Colocar o utente em posição adequada à sua situação clínica;
- Colocar o material ao alcance do utente;
- Fazer ou ajudar na higiene oral;
- Calçar luvas de látex, se necessário;

- Ajudar o utente a lavar-se nas áreas em que não for capaz;
- Cortar as unhas, se necessário;
- Massajar as zonas de proeminência óssea com produto adequado ao tipo de pele ao utente;
- Vestir ou ajudar o utente a vestir-se se necessário;
- Pentear ou ajudar o utente a pentear os cabelos;
- Fazer a cama;
- Reinstalar o utente;
- Providenciar a recolha e lavagem do material;
- Lavar às mãos;

### **6.3– BANHO NO CHUVEIRO**

É o banho com chuveiro em que a ajuda pode ser total ou parcial nos cuidados de higiene e conforto do idoso, dependendo do seu grau de dependência.

#### **OBJECTIVOS:**

- Proporcionar higiene e conforto;
- Estimular a circulação, a respiração cutânea e o exercício;
- Manter a integridade cutânea;
- Fazer observação física;
- Favorecer a independência do utente.

#### **ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- Verificar as condições ambientais da casa de banho;
- Explicar os procedimentos ao idoso;
- Incentivar a sua independência;
- Respeitar as preferências e privacidade do idoso;
- Não permitir que o idoso se feche na casa de banho;



Relativamente ao horário, este deveria ir de encontro as preferências do idoso, porém isto nem sempre é possível devido à organização das instituições

### **MATERIAL E EQUIPAMENTO:**

- Toalhas/Manápuas;
- Pijama/camisa;
- Sabão/Luvas;
- Pente/pasta dentífrica e escova (Objectos de uso pessoal);
- Bacia;
- Óleo de amêndoas doces ou creme hidratante;

### **PROCEDIMENTO:**

- Providenciar a preparação e transporte do material para a casa de banho;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao idoso e pedir a sua colaboração;
- Transportar o idoso para a casa de banho;
- Fazer a higiene oral;
- Despir o idoso;
- Ajustar o fluxo e a temperatura da água;
- Calçar luvas de látex;
- Lavar o idoso;
- Observar todo o corpo e características da pele;
- Limpar o idoso;
- Descalçar luvas de látex;
- Massajar as zonas de proeminências ósseas com produto adequado ao tipo de pele do idoso;
- Vestir o idoso;
- Cortar as unhas se necessário;
- Pentear o cabelo;

- Transportar o utente para a unidade;
- Instalar o utente na cadeira ou na cama;
- Providenciar a recolha e lavagem do material e limpeza da casa de banho;
- Lavar as mãos.

Em ambos os casos, banho no chuveiro ou na banheira não esqueça as medidas de segurança:

- Tapete antiderrapante
- Barras de apoio para as mãos
- Assento para banheira ou chuveiro

## 7. POSICIONAMENTOS

O idoso doente acamado, ou que permanece muito tempo na cama, tem muitos problemas, tais como o posicionamento, a toma das refeições, e a higiene. É essencial não permanecer sempre na mesma posição, tem de se mudar de 3 em 3 horas, para evitar pressões, em determinadas zonas do corpo. Essas pressões podem originar úlceras de pressão (escaras), que muitas vezes são difíceis de tratar.

### OBJECTIVOS

- Promover conforto;
- Manter alinhamento corporal;
- Distribuir o peso corporal;
- Permitir uma adequada estimulação motora e sensorial;
- Prevenir contracturas;
- Facilitar a respiração;
- Prevenir úlceras de pressão

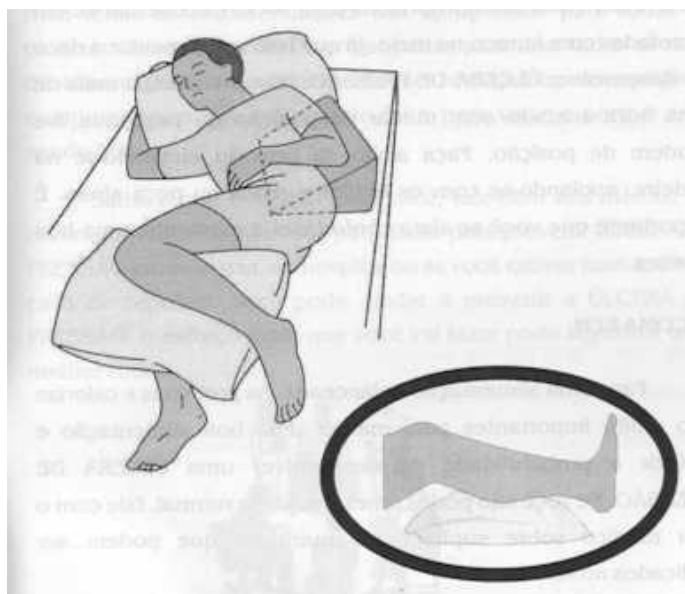
#### 7.1 – DECÚBITO DORSAL (DE COSTAS)

- Coloque um travesseiro fino e firme de baixo da cabeça da pessoa de maneira que o pescoço fique no mesmo nível da coluna;
- Coloque um travesseiro ou cobertor fino por baixo da barriga das pernas, assim diminui a pressão dos calcanhares sobre a cama;
- Dobre os cotovelos levemente e coloque as mãos da pessoa apoiadas nas ancas;
- Mantenha as pernas da pessoa esticadas e as pontas dos dedos voltadas para cima;
- Apoie os pés numa almofada recostada na guarda final da cama, a uma inclinação de 60° ou 90°.



## 7.2 – DECÚBITO LATERAL (DE LADO)

- Coloque a pessoa deitada de um dos lados.
- Coloque um travesseiro fino sob a cabeça e o pescoço de modo que a cabeça fique alinhada com a coluna.
- Encoste nas costas da pessoa um travesseiro maior, para evitar que ela se vire de costas, e coloque outro travesseiro entre os braços da pessoa para dar maior conforto. A perna que fica por cima deve estar levemente dobrada e apoiada em um travesseiro.
- Dobre levemente o joelho e coloque uma toalha dobrada, ou cobertor ou edredão fino, com o objetivo de manter o tornozelo afastado do colchão.



## 8. MATERIAL DE APOIO

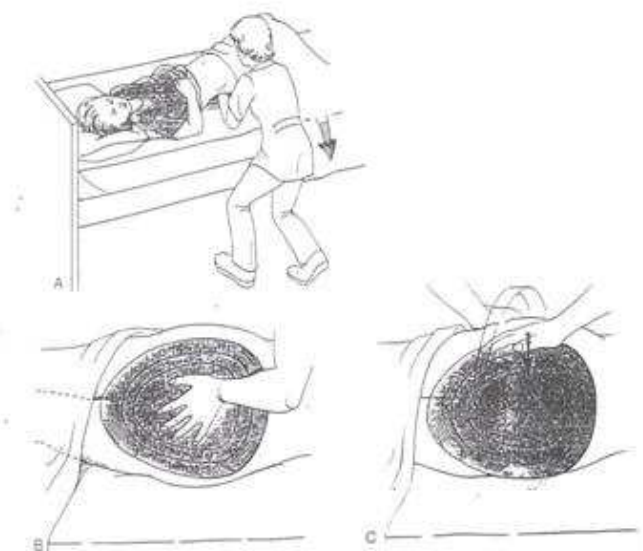
### 8.1 - ARRASTADEIRA

- Que podem ser de plástico ou Inox quanto ao material.
- Quanto ao tamanho de criança ou adulto
- Quanto a forma de bico de pato ou padrão



#### 8.1.1 – Colocação da arrastadeira

- Peça à pessoa para se colocar em dorsal e para fletir os joelhos e posteriormente peça para fazer força com os pés no colchão e levantar as nádegas. Quem ajuda, com uma das mãos ajuda a levantar as nádegas e com a outra mão faz deslizar a arrastadeira debaixo da pessoa.
- Uma outra forma é pedir à pessoa para se voltar para o lado mais afastado da cama. Coloca-se firmemente a arrastadeira contra as nádegas, em seguida coloque a palma da sua mão firmemente na parte da arrastadeira que está para cima e empurre-a para baixo na direção do colchão. Rode as costas da pessoa contra arrastadeira puxando a anca na sua direção.
- Após a sua colocação a arrastadeira deve-se elevar a cabeceira da cama se não contra indicado.



### 8.1.2 Remoção da arrastadeira

- Calce as luvas
- Baixe a cabeceira
- Peça à pessoa que faça força com os pés de encontro ao colchão e levante as nádegas. Deslize a arrastadeira para fora.

Ou

- Rodar a pessoa para o lado oposto, segure firmemente a arrastadeira para evitar que se vire enquanto a pessoa se volta de lado.
- Efetuar cuidados perineais se necessário
- Reposicionar a pessoa corretamente
- Cubra a arrastadeira (ex: papel) e coloque-a na zona suja do serviço
- Lave as mãos.

### 8.2 - URINOL

- Plástico, de vidro ou alumínio



### 8.3 – CADEIRA HIGIÉNICA

- É uma cadeira de rodas com uma abertura na parte central do acento. Na parte inferior do acento tem um suporte onde encaixa uma aparadeira própria



## 9. O QUARTO DA PESSOA IDOSA

Muitas vezes é preciso fazer algumas adaptações no ambiente da casa para melhor abrigar a pessoa cuidada, evitar quedas, facilitar o trabalho do cuidador e permitir que a pessoa possa se tornar mais independente.

O lugar onde a pessoa mais fica deve ter somente os móveis necessários. É importante manter alguns objetos que a pessoa mais goste de modo a não descaracterizar totalmente o ambiente. Cuide para que os objetos e móveis não atrapalhem os locais de circulação e nem provoquem acidentes.

### RESPEITAR O ESPAÇO DO IDOSO

- Providenciar a privacidade;
- Bater à porta antes de entrar;
- Minimizar a exposição corporal;
- Manter a privacidade de conversação

### CARACTERÍSTICAS IDEAIS DO QUARTO DO IDOSO

- Espaçoso
- Alegre
- Tranquilo e silencioso
- Fácil de arejar e com sol
- Aquecimento adequado

### MOBILIARIOS E DECORAÇÃO

Deve ter apenas os móveis necessários sobretudo se a permanência for prolongada.

- A **mesa-de-cabeceira** deve estar fixada ao chão ou à parede para evitar que se desloque caso o idoso precise apoiar-se ao levantar. Um detalhe: as bordas devem ser arredondadas e sua altura cerca de 0,10 m acima da cama.
- A **cama**: Deverá ser larga, com uma altura aproximada de 45 ou 50 cm (incluindo o colchão) para que a pessoa possa apoiar os pés no chão. Além disso é importante

que tenha cabeceira (para permitir que o pessoa se recoste) e que o colchão tenha uma densidade adequada ao peso da pessoa.

- **Campainha:** De fácil alcance e visível.
- **Mesa de Refeição:** Ao nível adequado e que se adapte para a pessoa se alimentar na cama.
- **Cadeira confortável:** caso consiga levantar-se da cama, uma cadeira para quem cuida do doente (e mais algumas para as visitas, caso o quarto seja espaçoso) e um pequeno banco para ajudar o paciente a levantar-se da cama ou para repousar os pés enquanto descansa no sofá.
- **Janela:** De abertura fácil e que propicie uma iluminação adequada.
- Coloque um cesto de lixo forrado com saco plástico em baixo da cabeceira para facilitar o manuseio de material descartável;
- Mantenha objetos de uso pessoal (lenços, remédios de uso emergência) próximos ao paciente.

### **ILUMINAÇÃO:**

- O quarto deve ter uma janela que assegure iluminação natural, com persianas que regulem a luz natural.
- Os interruptores devem estar ao alcance do doente.
- Uma luz piloto que assegure uma ligeira iluminação durante a noite, a fim de poder vigiar o estado do doente as vezes que forem necessárias sem o acordar é importante.

### **TEMPERATURA IDEAL:**

- Durante o dia a temperatura deve rondar o 21/23° c enquanto durante a noite para facilitar o sono deve rondar o 18/20° c.
- O principal objetivo da ventilação é a substituição do ar consumido por ar puro,
- O paciente costuma sentir-se mais satisfeito se se deixar uma janela aberta para que entre ar fresco, embora neste caso se deva evitar que fique exposto a correntes de ar.



- Deve igualmente certificar-se se a abertura da janela não faz com que o ar atinja diretamente o paciente, sobretudo se soprar vento, independentemente de ser através do recurso a cortinas, mediante a colocação de um biombo à frente da janela ou ao improvisar-se uma proteção com um par de sofás junto à cama, sobre os quais se deve colocar uma manta.
- No Verão, o ideal é contar com um par de janelas opostas que possam ser abertas pela parte superior para que se crie uma suave corrente de ar fresco que não atinja diretamente o paciente.

### **CASA DE BANHO**

- Poli ban: deverá ser provido de barras de segurança, corrimão lateral e barras de apoio com alturas variáveis.
- Proteção anti-derrapante
- Largura mínima de 80 cm.
- Desnível máximo de 1,5 cm em relação ao piso, e assento fixo para o banho (45 cm de largura e 46 cm de altura)
- Tapete externo de borracha com ventosas.
- Porta- toalha próximo (altura média de 1,30 m).
- Porta objetos fixo e saboneteira (preferencialmente de sabão líquido) instalada a 1,20 m de altura do piso.

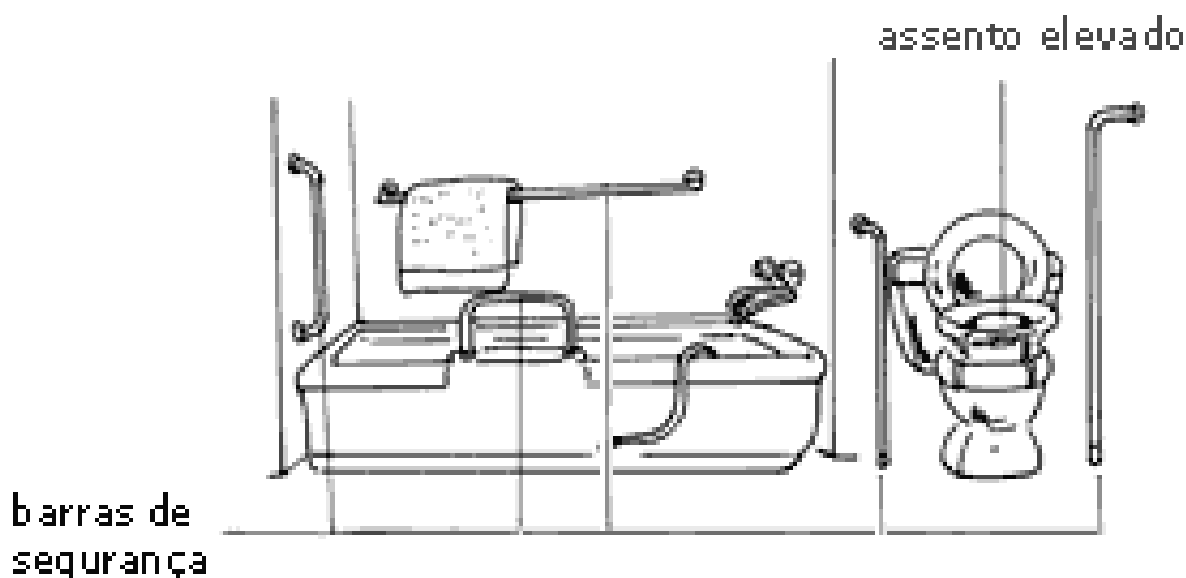
### **Dispositivo Sanitário:**

- Altura entre 48 e 50 cm.
- Descarga simples.
- Dispositivo para papel higiénico externo de fácil acesso (45 cm do piso)
- Barras de apoio posicionadas a 30 cm acima da tampa do dispositivo.

### **Bancada:**

- Altura entre 80 e 85 cm.

- Torneiras de fácil manuseio.
- Barras de apoio junto ao lavatório.
- Tomadas e interruptores posicionados em área seca, entre 1,10 e 1,30 m do piso.
- Gavetas com travão de segurança
- Porta -toalhas próximo á bancada e com altura igual às toalhas.



### OUTRAS RECOMENDAÇÕES

- Espaço interno suficiente para duas pessoas circularem e uma cadeira de rodas.
- Evitar prateleiras de vidro, superfícies cortantes, esquinas vivas e aquecedores a gás ou esquentadores dentro da casa de banho.
- A decoração influencia o estado de espírito do doente portanto deverá ser simples e alegre.

*Conviver com idosos em casa, em geral, é um momento delicado na trajectória familiar. Nesta fase, surge um problema prático: garantir a segurança do idoso no local de residência.*

*Pequenas mudanças podem diminuir o risco de acidentes, tão comuns na terceira idade. Bastam pequenas mudanças para a casa se tornar mais segura. E o que é melhor: sem a necessidade de gastos exagerados.*

## 10. HIGIENIZAÇÃO

O processo de higienização consiste num conjunto de práticas que tem como objectivo devolver ao ambiente de processamento (superfícies das instalações, dos equipamentos e utensílios) a boa condição higiénica inicial (início da laboração).

Higienização = Limpeza (L) ou Limpeza + Desinfecção (L+D)

### 10.1 - CONCEITOS

#### ✓ MICRÓBIOS

Seres vivos invisíveis a olho nu, potencialmente causadores de doenças (infecções).

#### ✓ MATERIAL CONTAMINADO

Material usado ou exposto, que esteja poluído com matéria orgânica, microrganismos ou outras substâncias indesejáveis como pó, resíduos químicos, entre outros.

#### ✓ DESCONTAMINAÇÃO

Destruição ou remoção da contaminação microbiana de modo a tornar o material seguro para ser utilizado. Implica a limpeza e desinfecção ou só a limpeza.

#### ✓ LIMPEZA

Remoção da sujidade através da acção mecânica da água e sabão ou detergente. Estes removem cerca de 80% dos microrganismos. É essencial porque facilita a ação do desinfetante.

#### ✓ DESINFECÇÃO

Destruição da maior parte dos microrganismos, exceto os mais resistentes. Os microrganismos são reduzidos para níveis não prejudiciais à saúde.

#### ✓ ESTERILIZAÇÃO

Destruição de todos os microrganismos.

✓ **DESINFECTANTE**

Substância química capaz de eliminar por ação direta os microrganismos indesejáveis, inativando-os ou reduzindo-os a um nível não prejudicial.

✓ **ANTISSÉPTICO**

Desinfetante químico que pode ser aplicado na pele e mucosas.

**OBJECTIVOS DA LIMPEZA**

- Retirar focos de contaminação;
- Evitar riscos de contaminação;
- Evitar acidente de trabalho;
- Manter aparência agradável do ambiente para o cliente e funcionários.

**PROCEDIMENTOS DE LIMPEZA**

- Diária - realizada todos os dias - uma até mais vezes por dia.
- Periódica - realizada uma vez por semana, ou por duas semanas ou uma vez por mês.
- Mecânica - que requer esforço físico, como esfregar, por exemplo.

**10.2 – PRINCÍPIOS GERAIS DE HIGIENE E LIMPEZA**

- A limpeza tem por finalidade preparar, manter a ordem do ambiente e conservar os equipamentos e instalações.
- Através da limpeza são eliminados cerca de 80 a 85% dos microrganismos presentes nas superfícies e materiais.
- É fundamental respeitar o tratamento adequado a cada tipo de material realizando sempre uma boa limpeza antes de desinfetar esterilizar qualquer objeto ou superfície.
- Antes de iniciar a limpeza, colocar avental de plástico, luvas de borracha, sendo uma barreira nos contactos prolongados com detergentes/ desinfetantes.

- Todos os meios de limpeza que levantem pó devem ser excluídos (vassouras e espanadores). A limpeza do pó deve ser efetuada com um pano húmido com água ou detergente.
- Esfregar bem todas as superfícies permitindo um bom contacto destas com o detergente.
- Os materiais de limpeza devem ser exclusivos para cada área, isto é, panos, esfregonas, rodos e baldes usados nas casas de banho não podem ser usados no quarto.
- É recomendado o uso de duplo balde, um com água quente e detergente e outro só com água quente para enxaguar. Usar sempre água quente se a superfície não contiver matéria orgânica.
- Lavar as mãos entre cada limpeza de unidade, bem como o instrumento de limpeza e substituir a água para evitar o risco de contaminação.
- Limpeza deve ser efetuada sempre das áreas mais limpas para as mais sujas e das mais altas para as mais baixas.
- A unidade do doente, isto é, a cama, braços de apoio e todo o material envolvente deve ser limpo diariamente.
- Na limpeza diária, não esquecer os manípulos das portas, torneiras, pernas e rodas das camas, mesas de apoio.
- Deixar as superfícies bem secas após a limpeza uma vez que a humidade favorece a proliferação dos microrganismos.
- Os cortinados não devem estar em contacto com a cama do doente nem com os baldes do lixo.

### 10.3 – EQUIPAMENTOS DE LIMPEZA

- Baldes (de cores diferentes);
- Carro: para transporte e guarda do material de limpeza;
- Desentupidor de pia e ralos;

- Escadas: diversos tamanhos;
- Enceradeiras;
- Latões de lixo (15, 35 e 100 litros);
- Palha-de-aço;
- Panos para limpeza (de mesa, pia, etc.);
- Pá de lixo (cabo longo e curto);
- Rodos de borracha (diversos tamanhos);
- Saco de plástico;
- Suporte (para pendurar vassouras, rodos, etc.);
- Vassourinha (de piaçaba para banheiros);
- Vassoura de piaçaba (diversos tamanhos);

Nota: os panos devem ser de cores diferentes

- Pano branco – Quarto e camas;
- Pano amarelo – lavatórios e azulejos da casa de banho;
- Pano vermelho – sanitas.

#### 10.4 – AGENTES DE LIMPEZA

- **ÁGUA:** É utilizada para diluição do desinfetante e também para remover as sujeiras, resíduos de detergentes e sabões usados na limpeza.
- **SABÕES:** a Sua capacidade de limpeza varia em função da matéria-prima usada para a sua fabricação. Os mais indicados são os sabões que contêm cloro, pelo seu alto poder de limpeza e desinfecção e desodorização de áreas. Ex. sabão em pó.
- **DETERGENTES:** Substâncias que facilitam a limpeza e eliminam as gorduras dos artigos e áreas.
- **DESINFETANTES:** São usados para limpeza e desinfecção das áreas e artigos críticos e semi-críticos. Ex. hipoclorito de sódio (lixívia) à 1% e álcool etílico à 70%.

## **10.5 – PRINCÍPIOS BÁSICOS NA UTILIZAÇÃO DE DESINFETANTES**

- A desinfecção não pode substituir a limpeza;
- Após a lavagem, os dispositivos devem ser secos antes de serem desinfetados, pois pode alterar a diluição do desinfetante diminuindo a sua eficácia;
- Utilizar diluições corretas e recentemente preparadas.
- Conhecer a sua composição;
- Respeitar doses, diluições e incompatibilidades;
- Manuseamento com luvas, avental e máscara sempre que necessário;
- Sempre que a pele for atingida deve ser lavada com água abundantemente;
- Limpar o recipiente e outros utensílios auxiliares, como escovas, onde se utilizou o desinfetante

## **10.6 – CLASSIFICAÇÃO DO RISCO MATERIAL**

### **MATERIAL DE BAIXO RISCO (NÃO CRÍTICO)**

- Material que entra em contacto com a pele íntegra ou que não está em contacto direto com a pessoa (material de higiene, urinóis, braçadeiras de medição de pressão arterial, utensílios de cozinha, mobiliário, estetoscópios, entre outros).
- Deve ser lavado com água e detergente uma vez que este procedimento destrói a maioria das bactérias, alguns vírus e fungos, mas não os microrganismos mais resistentes.

### **MATERIAL DE MÉDIO RISCO (SEMI-CRÍTICO)**

- Material que entra em contacto com as membranas mucosas ou pele não íntegra (ambú, laminas de laringoscópio e nebulizadores ultras sónicos).
- Além de limpos com água e detergente, devem ser desinfetados usando álcool 70%, hipoclorito de sódio, entre outros.

### **MATERIAL DE ELEVADO RISCO (CRÍTICO)**

- Material que penetra nos tecidos, sistema vascular ou outros órgãos isentos de flora microbiana própria (instrumentos cirúrgicos).
- Depois da limpeza este material deve ser esterilizado de modo a destruir todos os microrganismos.

### **10.7 – HIGIENE DE ROUPAS, PROTEÇÕES DE CABELO E SAPATOS**

- A roupa e outro material de uso pessoal utilizado fora do local de laboração, devem ser deixados no vestiário. Durante o período de trabalho apenas se podem usar peças de roupa do fardamento, não devendo usar-se roupas por cima da farda (como casacos e camisolas) que não sejam de uso exclusivo no trabalho
- Deve ser de uso exclusivo ao local de trabalho (sempre que for necessário sair das instalações durante o período de trabalho, não deverão utilizar-se as peças de fardamento vestidas nem usar-se o calçado de trabalho);
- Deve ser de material resistente a lavagens frequentes;
- O calçado deve ser de uso exclusivo no local de laboração, de cor clara e antiderrapante, confortável e fechado à frente.
- O fardamento a utilizar deve obedecer às seguintes características:
- Deve ser constituído por touca, bata, calças, calçado apropriado e eventualmente avental;
- Deve ser de cor clara, confortável e adequado à tarefa a desempenhar;

### **10.8 – LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO QUARTO/UNIDADE**

- Remover todos os lixos e rejeitar todo o material de uso único incluindo cremes, solutos, pomadas, máscaras de O2 e de nebulização, mesmo o material que não tenha sido utilizado;
- Colocar a roupa suja em saco próprio, fechar e acondicionar em contentor apropriado. Remover as cortinas e enviar à lavandaria;



- Limpar com pano branco embebido em água e detergente todo o equipamento, pela seguinte ordem: cabos, suportes, mesas de apoio e gavetas e cama do doente (colchão, almofadas, suportes de cama e rodas).
- Secar com um pano seco todas as superfícies;
- Desinfetar, pela mesma ordem, todo o material com álcool a 70% com a exceção do colchão e almofadas, as quais devem ser desinfetadas com Presept na proporção 1/10 (2 pastilhas em 3 litros de água);
- Repor toda a unidade com o mínimo de material necessário e substituir as cortinas.
- Cumprir as regras inerentes aos diferentes tipos de isolamentos, utilizando os métodos barreira considerados necessários;
- A limpeza diária é idêntica às outras unidades, mas realizada em último lugar, reforçando a limpeza da cama e mesa de apoio após a alta do doente;
- O pano não serve para limpar outras unidades;

#### **10.9 – LIMPEZA E DESINFEÇÃO DAS INSTALAÇÕES SANITÁRIAS**

- As instalações sanitárias para funcionários e os vestiários deverão ser obrigatoriamente separados por sexos somente se a área de acesso ao público for superior a 150m<sup>2</sup> e ser dotadas de dispositivos de ventilação com continua renovação de ar, adequados à sua dimensão.
- Deverão possuir água canalizada potável e ser instalados ralos de escoamento, providos de sifões hidráulicos nos pavimentos das instalações sanitárias.
- As instalações sanitárias devem ser seguras e salubres. Com pavimentos construídos em materiais resistentes à humidade, devem ser lisos, planos e impermeáveis.
- As paredes devem ser de cor clara e revestidas de azulejo ou outro material impermeável, até, pelo menos, 1,5 metros de altura.
- Deverão encontrar-se sempre iluminadas, limpas, ventiladas e arrumadas.
- As portas exteriores devem estar fechadas, ocupar todo o vão e ser providas de molas de retrocesso.

#### 10.10 – LIMPEZA E DESINFEÇÃO DAS COZINHAS

- Recolher o lixo e resíduos em sacos plásticos
- Limpar mesas, bancadas, armários, prateleiras, cadeiras, com pano húmido em água e sabão.
- Enxaguar com pano embebido em água limpa
- Secar com pano limpo e seco.
- Friccionar com pano embebido em álcool 70%, em 3 aplicações.
- Lavar e desinfetar o frigorífico com água e sabão (semanalmente)
- Limpeza com água e sabão do piso, mesas e cadeiras, após cada turno de alimentação.
- Limpeza de paredes e tetos e janelas uma vez por mês.

## 11. LAVAGEM HIGIÉNICA DAS MÃOS

### OBJECTIVOS

- Evitar a contaminação dos alimentos;
- Não contribuir para o contágio de doenças;
- Prevenir a propagação de vírus, bactérias, parasitas...
- Produto: Sabão líquido de uso geral (PH 5.5)

### OS 5 MOMENTOS DA LAVAGEM DAS MÃOS

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

Fonte: DGS

### **QUANDO DEVEMOS LAVAR AS MÃOS?**

- Sempre que iniciar o trabalho;
- Sempre que se apresentarem sujas;
- Sempre que mudar de tarefa;
- Depois de manipular alimentos crus
- Sempre que tossir, espirrar ou mexer no nariz;
- Sempre que utilizar as instalações sanitárias;
- Depois de mexer no cabelo, olhos, boca, ouvidos e nariz;
- Depois de comer;
- Depois de fumar;
- Depois de manipular e/ou transportar lixo;
- Depois de manipular produtos químicos (limpeza e desinfeção).

### **TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS**

- Molhar muito bem as mãos e antebraços com água corrente, quente e potável;
- Ensaboar bem as mãos com o sabão líquido, lavando bem os espaços interdigitais, as palmas das mãos, os polegares e os antebraços
- Lavar as unhas com escova própria (que deverá ser mantida limpa e seca entre as utilizações);
- Passar por água corrente, quente e potável para remover todo o sabão
- Deitar o líquido desinfetante nas mãos e espalhar bem pelas próprias e pelos antebraços (esta operação deverá demorar entre 20 a 30 segundos);
- Passar abundantemente por água quente, corrente e potável;
- Secar as mãos com toalhetes de papel descartável.



# Lavagem das mãos



Duração total do procedimento: 40-60 seg.



Molhe as mãos com água



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



Palma com palma com os dedos entrelaçados



Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



Enxague as mãos com água



Seque as mãos com toalhete descartável



Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



Agora as suas mãos estão seguras.

## 12. LIXOS

O termo “resíduos sólidos urbanos” começou a ser utilizado para definir “lixo”.

No entanto era necessário distinguir entre os resíduos sólidos e os líquidos, que têm características e tratamentos diferentes. É considerado resíduo sólido urbano os resíduos sólidos ou semi-sólidos, resultantes das atividades humanas, quer seja individuais ou industriais



### 12.1 – LIXO HOSPITALAR

É o lixo que resulta da manipulação em hospitais e clínicas, e formado em sua maioria por, seringas, agulhas, luvas, fraudas, sondas, cateteres e demais materiais descartáveis. Esse lixo representa um grande perigo a saúde, uma vez que pode estar contaminado com microrganismos causadores de doenças.

#### **GRUPO I – RESÍDUOS EQUIPARADOS A URBANOS, NÃO APRESENTAM EXIGÊNCIAS ESPECIAIS NO SEU TRATAMENTO**

- Resíduos provenientes de serviços gerais (salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários, etc.);
- Resíduos provenientes de serviços de apoio (como oficinas, jardins, armazéns e outros);
- Embalagens e invólucros comuns (como papel, cartão, mangas mistas e outros de idêntica natureza);
- Resíduos provenientes da hotelaria resultantes de confeção e restos de alimentos servidos a doentes não incluídos no grupo III.

## **GRUPO II – RESÍDUOS HOSPITALARES NÃO PERIGOSOS, NÃO ESTÃO SUJEITOS A TRATAMENTOS ESPECÍFICOS, PODENDO SER EQUIPARADOS A URBANOS**

- Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas não contaminados e sem vestígios de sangue;
- Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;
- Material de proteção individual utilizado nos serviços gerais de apoio, com exceção do utilizado na recolha de resíduos;
- Embalagens vazias de medicamentos ou de produtos de uso clínico ou comum, com exceção dos incluídos no grupo III e no grupo IV;
- Frascos de soros não contaminados, com exceção dos do grupo IV.

## **GRUPO III – RESÍDUOS HOSPITALARES DE RISCO BIOLÓGICO RESÍDUOS CONTAMINADOS OU SUSPEITOS DE CONTAMINAÇÃO, SUSCEPTÍVEIS DE INCINERAÇÃO OU DE OUTRO PRÉ-TRATAMENTO EFICAZ, PERMITINDO POSTERIOR ELIMINAÇÃO COMO RESÍDUO URBANO**

- Todos os resíduos provenientes de quartos ou enfermarias de doentes infecciosos ou suspeitos, de unidades de hemodiálise, de blocos operatórios, de salas de tratamento, de salas de autópsia e de anatomia patológica, de patologia clínica e de laboratórios de investigação, com exceção dos do grupo IV;
- Todo o material utilizado em diálise;
- Peças anatómicas não identificáveis;
- Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados;
- Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com exceção dos do grupo IV;
- Sacos coletores de fluidos orgânicos e respetivos sistemas;
- Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas contaminados ou com vestígios de sangue; material de prótese retirado a doentes;
- Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;



- Material de proteção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (como luvas, máscaras, aventais e outros).

#### **GRUPO IV – RESÍDUOS HOSPITALARES ESPECÍFICOS, RESÍDUOS DE VÁRIOS TIPOS DE INCINERAÇÃO OBRIGATÓRIA**

- Peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas, até publicação de legislação específica;
- Cadáveres de animais de experiência laboratorial;
- Materiais cortantes e perfurantes: agulhas, cateteres e todo o material invasivo;
- Produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica;

### **12.2– TRATAMENTO DOS LIXOS**

De forma a tratar estes resíduos de forma adequada é necessário fazer separação dos resíduos. Assim, os resíduos do grupo I e II são colocados em saco preto, os resíduos do grupo III em saco branco (e devidamente identificado) e os resíduos do grupo IV em saco vermelho (e devidamente identificado).

Como já foi mencionado antes, qualquer objeto cortante ou perfurante tem de ser colocado num recipiente rígido e devidamente identificado. Para além disto devem ser criadas condições adequadas para o armazenamento destes lixos.

O tratamento destes lixos passa em grande parte pela sua incineração. No entanto existem outros processos, que ao serem utilizados no grupo III poderão tornar estes resíduos inofensivos, podendo então seguir o mesmo percurso que os resíduos comuns, ou seja, não perigosos para a saúde pública.

Nestes processos inclui-se a autoclavagem, o tratamento por microondas e a desinfeção química.



A autoclavagem consiste no processo de submeter os resíduos a uma temperatura bastante elevada, juntamente com vapor de água até que sejam destruídos os microrganismos patogénicos. Tem como desvantagem não diminuir a perigosidade de resíduos não orgânicos, sendo no entanto menos dispendioso que a incineração.

O tratamento por microondas surgiu mais recentemente e também é um processo em que são utilizadas as temperaturas elevadas para destruir os microrganismos patogénicos.

Por último temos a desinfeção química em que são utilizados produtos químicos para destruir os microrganismos.

Independentemente das alternativas, a incineração é sempre necessária visto existirem sempre resíduos do grupo IV que têm de ser destruídos, para além de ser um método eficaz de destruição de microrganismos patogénicos e de materiais potencialmente perigosos para a saúde pública. É no entanto necessário tomar em conta quais são as melhores soluções em termos de viabilidade tendo em conta as unidades de saúde existentes no nosso país.





**Ambimed®**  
Protegendo Pessoas. Reduzindo Riscos.™

## TRIAGEM e ACONDICIONAMENTO de RESÍDUOS HOSPITALARES

### LABORATÓRIOS

Adaptação ao Despacho Nº 242 / 96 do Ministério da Saúde

#### GRUPO I

Resíduos provenientes de serviços gerais como gabinetes, salas de reunião e de convívio, instalações sanitárias, higiene pessoal, vestíveis, etc

Embalagens e invólucros comuns

Resíduos provenientes de actividades de alimentação, resultantes da sua aquisição, confecção e consumo incluindo restos alimentares não incluídos no grupo III

Resíduos provenientes de serviços de apoio como oficinas, jardins, armazéns, etc



SACO PRETO



#### GRUPO II

Embalagens vazias de medicamentos, produtos químicos, ou outros produtos de uso clínico ou comum, com excepção dos incluídos no grupo III e no grupo IV

Resguardos descartáveis, papéis protectores de bancada não contaminados e sem vestígios de sangue

Material de protecção individual - máscaras, manguios, aventais, luvas, botas, toucas - utilizado nos serviços gerais e de apoio, com excepção da utilizada na recolha de resíduos



SACO PRETO



#### GRUPO III Risco Biológico

Amostras biológicas (tecidos, sangue, soros, etc)

Seringas não acopladas

Compressas ou algodões contaminados ou com vestígios de sangue

Material dos Kits contaminado ou com vestígios de sangue

Tubos de colheita contaminado ou com vestígios de sangue

Material de protecção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que exista contacto com produtos contaminados

Resguardos descartáveis e papel protector de bancada contaminados ou com vestígios de sangue

Placas de Petri ou outros recipientes de crescimento de culturas

Pipetas e micropipetas contaminadas ou com vestígios de sangue

Todos os restantes resíduos de risco biológico provenientes das laboratórias



SACO BRANCO



SACO TRANSPARENTE

O conteúdo deve ser colocado previamente fixado com um saco transparente que é lincado juntamente com o conteúdo.

#### GRUPO IV

Resíduos cortantes e perfurantes: agulhas, bisturis, lâminas, etc



CITOSTÁTICOS e todo o material utilizado na sua manipulação e administração

Gel de Acrilamida e Brometo de Etileno

Cadáveres de animais de experiência laboratorial

Produtos químicos passíveis de incineração (sólidos e líquidos em pequenas quantidades)

Fármacos rejeitados

SACO VERMELHO



#### RESÍDUOS ESPECIAIS PERIGOSOS

##### Produtos Químicos

- Solventes Não Halogenados
- Solventes Halogenados
- Ácidos ou Soluções Ácidas
- Bases ou Soluções Básicas
- Corantes com Solventes Não Halogenados
- Mercurio Metálico ou Compostos com Mercurio
- Resíduos contendo outros metais
- Revelador
- Fixador
- Sais e Soluções com Cianetos



##### Resíduos líquidos de risco biológico

##### Reagentes Não Identificados ou Obsoletos

Outros resíduos sujeitos a recolha pontual



AMBIMED Sede: Rua Fernando Pessoa, nº 8C - 2540-241 Torres Vedras Tel. 261 320 300 - Fax 261 320 320 Linha Atendimento ao Cliente: 808 200 246

### 13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARRON, A. I. (1996) – Apoio social : aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid : Siglo Veinteuno. España Editores, 1996. ISBN 84-232-0918-4.
- CRUZ, E. B. L. (2001) – Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde e o bem-estar psicológico : a satisfação com a vida e o apoio social. Coimbra : [s.n.], 2001. Dissertação de Mestrado em Sócio-Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.
- FARIA, C. C. S. (1999) – Comunicação e bem-estar no limiar do século XXI. Coimbra : Universidade de Coimbra, 1999. Vols. I e II.
- LORETO, C. D. (2000) – Síndrome de burnout em enfermeiros de oncologia. Coimbra : [s.n.], 2000. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.
- MATOS, A. P. ; FERREIRA, A. (2000) – Desenvolvimento da escala de apoio social : alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria clínica*. 21:3 (2000) 243-253.
- NUNES, Maria Madalena J. C. (1999) – Qualidade de vida e diabetes : influência das variáveis psicossociais. Coimbra: [s.n.], 1999. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Altos Estudos Miguel Torga.
- OXFORD, J. (1992) – Social resources, social support. In OXFORD (Ed) - *Community psychology : theory and practice*. England : Wiley & Sans, 1992.
- PAÚL, M. C. (1991) – Percursos pela velhice: uma perspectiva ecológica em psicogerontologia. Porto: [s.n.], 1991. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- THOITS, P. A. (1995) – Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54: 4(1995) 416-423.
- VAUX, A. (1988) – Social support: theory, research, and intervention. New York: Praeger, 1988. ISBN 0-275-92811-X.
- VAZ SERRA, A. (1999) – O Stress na Vida de Todos os Dias. Coimbra. Abraz.
- Declaração dos direitos do cuidador. Disponível em: <<http://www.alzheimer.med.br/declaracao.htm>>. Acesso em: 17 ago. 2009.

- BERGER, L. A relação de ajuda em gerontologia. In: Berger, L.; Mailloux-Poirier, D. *Pessoas idosas*. Lisboa: Lusodidacta, 1995.
- CARKHUFF, R. R. *O relacionamento de ajuda*. Cedepe, Belo Horizonte, 1977.
- DOMINGUES, M. A. R.; Queiroz, Z. V. Atitudes, mitos e estereótipos relacionados ao envelhecimento e sua influência no atendimento domiciliário. In: Duarte, Y. A. O., Diogo, M. J. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- LAZURE, H. *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, 1994.
- LEBRÃO, M. L.; Laurenti, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo Sabe no Município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.
- MAGALHÃES, D. N. *A invenção social da velhice*. Rio de Janeiro: Edição do autor, 1987.
- MIRANDA, C. F.; Miranda, M. L. *Construindo a relação de ajuda*. 10. ed. Belo Horizonte: Crescer, 1996.