

ARMANDO MENDONÇA • FERNANDA RIBEIRO

O AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA E O DOENTE EM CASA

2.^a edição

EDIÇÕES POLIENF
2002

FICHA TÉCNICA:

Autores:

Armando Mendonça; Fernanda Ribeiro

Editora:

Polienf-Boavista Lda.

R. Augusto Luso n.º 20 • 4050-072 PORTO

Tel: 226005387

www.polienfporto.pt

Impressão e acabamento:

Cartolito – Artes Gráficas Lda. • Viseu

1ª edição: 1994

Depósito Legal n.º 178650/02

PREFÁCIO À 1ª EDIÇÃO

Cuidar do Doente em Casa – A Intervenção do Auxiliar e o Papel da Família – é um pequeno/grande manual em que os autores, sem grandes pretensiosismos, procuram, de forma clara, sucinta, e em linguagem pedagógica, perfeitamente acessível, colmatar uma falha de muitos anos.

A Polienf-Porto, como instituição prestadora de serviços, disponível para todos aqueles que necessitam directa ou indirectamente de cuidados, tem tido como preocupação constante, desde a sua origem, seleccionar, preparar, orientar e supervisionar toda uma equipa de saúde para bem servir a comunidade.

É na sequência de tudo isto que lhe surge a singular ideia de elaborar um guia que melhor forme e apoie a sua equipa de auxiliares. Certamente que este, tornar-se-á um manual seguro ao qual recorrerão utilmente para esclarecer as suas dúvidas e melhor desempenharem as suas funções, em casa, junto do doente e da família.

Formulo votos sinceros para que continuem com êxito, desta forma tão simples, a servir e ajudar as pessoas a enfrentarem e a vivenciarem momentos tão difíceis como o sofrimento e a morte.

E que este seja apenas o ponto de partida para outras iniciativas.

Emília Preciosa

PREFÁCIO À 2ª EDIÇÃO

O Auxiliar de Acção Médica e o Doente em Casa é, mais uma vez, um pequeno/grande manual que, sem grandes pretensiosismos, de forma clara, servirá, por certo, de referência e orientação aos auxiliares de acção médica e à família, quando cuidam do doente em casa.

A saúde não é uma questão de mera sobrevivência, mas de capacidade de viver a vida com a melhor qualidade possível.

É do conhecimento geral que é cada vez mais difícil, para o doente idoso terminal, com maior ou menor grau de dependência, acamado ou não, ter um final de vida com dignidade e conforto.

Conhecendo as debilidades das estruturas oficiais de saúde, tendo consciência que o número de pessoas idosas e muito idosas, a necessitar de cuidados, vai aumentar, considero que este manual merece, pela sua pertinência e ousadia, um destaque especial. Refiro-me, por um lado, ao delegar e reconhecer nos auxiliares de acção médica, o papel insubstituível que desempenham junto da equipa de saúde, do doente e da família; por outro, pelo forte apelo que faz ao sentido de responsabilidade e intervenção dos familiares, quando são confrontados com a necessidade de cuidar do doente em casa.

A Polienf-Porto continua a dar ênfase à boa preparação dos seus profissionais, e este tipo de evento parece ser mais um grande contributo para a formação dos seus auxiliares de acção médica, bem como um guia de orientação, excelente, para todos aqueles que possam vir a necessitar de condições facilitadoras para cuidar, em casa, dos seus familiares.

Parabéns a toda a equipa, nomeadamente, aos seus autores, formulando votos para que continuem a prestar os vossos serviços com este rigor, humildade e simplicidade, cumprindo todos os vossos objectivos que, não esquecerão, decerto, a melhoria da qualidade de cuidados que se prestam aos doentes.

Manuel Costa

ÍNDICE

0.	INTRODUÇÃO	9
1.	O AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA NA EQUIPA DE SAÚDE.....	11
1.1.	FUNÇÕES E FORMAÇÃO ESPECÍFICA	13
2.	O CORPO HUMANO	16
2.1.	ESQUELETO	16
2.2.	SISTEMA MUSCULAR E ARTICULAÇÕES	19
2.3.	CORAÇÃO E CIRCULAÇÃO	21
2.4.	SISTEMA NERVOSO.....	26
2.4.1.	O Cérebro	27
2.4.2.	A Espinal Medula	27
2.4.3.	Os Órgãos dos Sentidos.....	28
2.5.	APARELHO RESPIRATÓRIO	30
2.6.	APARELHO DIGESTIVO	33
2.7.	APARELHO URINÁRIO	35
3.	O AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA E O DOENTE EM CASA	38
3.1.	A UNIDADE DO DOENTE	39
3.1.1.	Limpeza da Unidade – Métodos Gerais	40
3.2.	CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO	41
3.2.1.	O Banho na Cama.....	41
3.2.2.	O Banho na Banheira	43
3.2.3.	A Higiene Oral	44
3.2.4.	A Lavagem da Cabeça na Cama	45

3.2.5.	Como Mudar a Roupa da Cama Com o Doente Deitado.	47
3.2.6.	Como Fazer os Cantos à Cama.....	50
3.2.7.	Como Vestir e Despir o Doente Acamado.....	51
3.2.8.	Prevenção das Úlceras de Pressão.....	53
3.2.	POSICIONAMENTOS – TIPOS E TÉCNICAS	56
3.3.1.	Decúbito Dorsal	57
3.3.2.	Decúbito Lateral.....	58
3.3.3.	Decúbito Ventral.....	59
3.3.4.	Posição de Semi-Sentado ou Fowler.....	60
3.3.5.	Posição de Ortopneia	62
3.2.6.	Como Levantar Um Doente da Cama Para a Cadeira	64
3.3.7.	Como Passar o Doente da Cadeira Para a Cama	65
3.3.8.	Como Ajudar o Doente a Andar.....	66
3.3.	ALIMENTAÇÃO DO DOENTE.....	68
3.2.9.	Alimentação Oral	68
3.2.10.	Alimentação Por Sonda Nasogástrica	70
3.2.11.	Aconselhamento Dietético	71
3.3.	ELIMINAÇÃO.....	74
3.5.1.	Eliminação Pela Pele	75
3.5.2.	Eliminação Pelos Intestinos	75
3.5.3.	Eliminação Pelos Rins	77
3.6.	MEDICAÇÃO	80
3.6.1.	Medicação «Per-Os» ou Oral.....	80
3.6.2.	Aplicações Tópicas	82
3.6.3.	Medicação Rectal.....	83
3.7.	AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS.....	85
3.8.	DISTRACÇÃO E OCUPAÇÃO DO DOENTE.....	87

4.	DOENTE DIFÍCIL	89
5.	DOENTE INFECTADO.....	92
6.	EVITAR PERIGOS E QUEDAS	95
7.	DOENTE COM DIABETES	97
8.	DOENTE COM COLOSTOMIA.....	103
9.	DOENTE COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	106
9.1	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES	106
9.2.	OXIGENOTERAPIA	107
9.3.	NEBULIZAÇÃO	109
10.	O AUXILIAR PERANTE A DOR.....	111
11.	DOENTE IDOSO TERMINAL.....	116
11.1	 CUIDADOS COM O DOENTE MORIBUNDO.....	117
11.1.1.	Reacções da Família à Morte e o Papel do Auxiliar	118
12.	CONCLUSÃO	121
13.	BIBLIOGRAFIA.....	123

0. INTRODUÇÃO

Hoje em dia, são ainda os lares e os hospitais os locais onde se prestam o maior número de cuidados ao doente, uma vez que a intervenção da família e o apoio domiciliário são muito reduzidos e os períodos de internamento demasiado longos. No entanto, cada vez mais, por razões várias, a tendência parece ser desintegrar menos o doente do seu habitat, do seu meio ambiente que, por si sós, são preponderantes para a sua recuperação.

Os anos que se aproximam vão ter um número cada vez maior de pessoas muito idosas. O envelhecimento da população, associado a uma maior incidência de doenças crónicas e incapacitantes, em parceria com novos hábitos e estilos de vida, por vezes, pouco saudáveis, induzem a uma maior dinâmica na prestação dos cuidados, cada vez mais exigente e de maior qualidade.

Sabemos também que o apoio institucional é, por vezes, muito difícil, quer por falta de estruturas (física e humana) adequadas, quer devido à enorme quantidade e diversidade de casos que se nos apresentam.

Perante este contexto e mediante as novas linhas de orientação, emanadas pelas entidades responsáveis da saúde em Portugal, vamos, certamente, encontrar um maior número de doentes em tratamento no seu domicílio, o que implica um maior envolvimento por parte da família e da comunidade.

Consequentemente, surge a necessidade de prestar alguns cuidados ao doente em casa. Se centrarmos a nossa atenção neste processo, vamos reparar que nem sempre os familiares estão disponíveis ou preparados para cuidar o doente da melhor forma, e é natural que recorram à ajuda de outras pessoas que os substituam e/ou ajudem. E é aqui que a função do auxiliar de acção médica começa a revelar-se, adquirindo um papel importante junto do doente, da família, da comunidade e da equipa de saúde.

Por muito que nos custe afirmar, a realidade da qualidade de cuidados que se prestam ao doente é, muitas vezes, de nível inferior àquela que todos nós desejaríamos e os auxiliares de acção médica não são excepção. Todos sabemos que quase nada tem sido feito no sentido da sua formação e preparação de base, que são as premissas essenciais a qualquer bom desempenho. Pode-se considerar que a tábua de salvação tem sido a formação contínua.

O grupo Polienf tem já um número considerável de auxiliares a colaborar com a equipa de enfermagem e, com a elaboração deste manual, pretende-se de alguma forma, contribuir para o seu bom desenvolvimento, competência e profissionalismo nas actividades que desempenham.

Fica o alerta de que o bom profissionalismo apontado só se obtém com eficácia, se o auxiliar, paralelamente, tiver presente uma boa relação, simpatia, organização e boa vontade. A combinação destes aspectos permitirá alcançar, certamente, os objectivos a que cada um se propõe, quando lhe confiam a tarefa de cuidar de um doente em casa.

1. O AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA NA EQUIPA DE SAÚDE

Auxiliar de acção médica, como profissão, é uma actividade que tem por fim prestar cuidados ao doente numa colaboração estreita e eficaz com a equipa técnica e, muito em especial, com o enfermeiro. Se atendermos às múltiplas e recentes alterações a que a enfermagem tem sido sujeita, em que abre mão de um determinado conjunto de cuidados, em benefício dos auxiliares, o aparecimento em força, determinante, deste novo grupo de profissionais torna-se inevitável, apesar do Decreto-Lei nº 231/92 ser específico e não lhes permitir a prestação de cuidados directos ao doente que não sejam com acompanhamento ou supervisão técnica.

Na realidade, o que encontramos é um grupo de profissionais, desenvolvendo práticas que, pelas suas características, se englobam e enquadram no âmbito e natureza dos cuidados globais que qualquer equipa presta ao doente. Daí que seja pertinente considerarmos o auxiliar de acção médica como um novo elemento, precioso e fundamental na equipa de saúde. Pensamos que, por isso, lhes podemos exigir qualidades especiais, uma boa formação específica, no sentido de lhes conferir o direito de desempenhar funções essenciais dentro do grupo.

São consideradas importantes as qualidades de natureza física, intelectual, moral, técnica e psicossocial.

Deve ser uma pessoa saudável, dinâmica, desembaraçada e rápida na execução do seu trabalho. Uma resistência física diminuída impedirá, certamente, o auxiliar de desempenhar eficazmente as suas funções.

É conveniente ter presente um certo grau de conhecimento, pois, quanto mais vastos e profundos forem os seus conhecimentos, mais segura se torna a sua actuação.

O espírito de curiosidade, não só dentro do foro profissional, mas também no da cultura geral, são extremamente importantes.

Ser uma pessoa cumpridora, com sentido de responsabilidade, respeitando sempre as obrigações do seu trabalho, serão, decerto, mais-valias para as funções que lhe são confiadas.

Importa que dê provas de dignidade profissional, pela sua apresentação e pelas suas atitudes, não fugindo nunca à verdade, confessando atempadamente qualquer erro que eventualmente possa ter cometido.

Paralelamente ao bom contacto humano, é necessária uma boa preparação técnica. Assim, o auxiliar deve oferecer boa destreza manual, leveza e precisão de movimentos, limpeza e método de trabalho, associados a uma adequada preparação teórica.

Inserido numa equipa, e em contacto diário com os colegas, os enfermeiros, os médicos, ou outros técnicos, necessita ter capacidade de relacionamento, à custa do respeito mútuo, da consideração, da boa educação e do espírito de colaboração.

Relativamente ao utente, tem de ser compreensivo, amável, simpático, alegre, capaz de lhe inculcar coragem e confiança, que são premissas essenciais para obtenção de um elevado nível da qualidade de cuidados.

1.1. FUNÇÕES E FORMAÇÃO ESPECÍFICA

O Decreto-Lei nº 109/80, de 20 de Outubro, cria a carreira dos auxiliares de acção médica e define, de forma sumária, as respectivas funções. Apesar de algum rigor e eficiência na institucionalização daquela, mostrava-se cada vez mais necessário disciplinar regras e funções, renovar exigências no sentido de obter uma melhoria significativa na qualidade de cuidados.

Cerca de doze anos depois, o Dec. Lei n.º 231/92, de 21 de Outubro, regulamenta as carreiras profissionais do pessoal dos serviços gerais, dos estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde, nomeadamente, dos auxiliares de acção médica. Porém, verifica-se, com frequência, uma certa disparidade nas funções e orientações que vão sendo dadas nalgumas instituições de saúde, nomeadamente, na Polienf.

No intuito de uniformizar os procedimentos, pelo menos nesta instituição, elaboramos este pequeno trabalho em que o conteúdo programático visa contribuir para o desempenho equilibrado, uniforme, eficaz e competente dos auxiliares.

Com ele podem adquirir aptidões, conhecimentos e capacidades que lhes permitirão executar melhor as tarefas confiadas.

Consoante as características do campo em que se desenvolve a actividade de um auxiliar (no hospital, em casa, nos lares, nos centros de dia, etc.), também as funções devem ajustar-se sem, por isso, deixarem de estar enquadradas na estrutura geral da sua carreira.

Enquanto auxiliar de acção médica da Polienf, a prestar serviço e cuidados ao doente em casa, pretende-se que desempenhe as seguintes funções:

- Prestar cuidados de higiene e conforto ao doente em casa, de acordo com as orientações recebidas;
- Assegurar a manutenção das condições de higiene da unidade do doente que, em casa, corresponde ao quarto de dormir;
- Proceder ao acompanhamento e transporte do doente a consultas, exames, em cadeira de rodas ou a pé, sempre que for necessário;
- Preparar refeições ligeiras e/ou dietas e cuidar das tarefas referentes à alimentação do doente;
- Coadjuvar o enfermeiro e/ou outro técnico de saúde nas actividades que desenvolvem, e para as quais seja solicitada a sua colaboração;
- Cumprir as instruções/orientações que lhe são fornecidas pelo enfermeiro ou outro técnico de saúde mais qualificado e que sejam da sua competência;
- Participar na elaboração de programas de ensino para auxiliares, e para os quais se encontre habilitado;
- Chefiar e dirigir a equipa de auxiliares, fomentando e desenvolvendo práticas que facilitem a interligação dos seus elementos;
- Estar atento e vigiar o doente, informando, sempre que necessário, o seu responsável de anomalias ou alterações que

tenham surgido e julgue de interesse para o tratamento e recuperação do doente (ex.: recusa de alimentação, febre, vômitos, diarreia, etc.);

- Planear, executar e avaliar um sistema de registos, ou seja, criar um método, um instrumento de trabalho, facilitador para a realização das suas actividades que, em qualquer momento, lhe permita fornecer dados acerca do doente aos restantes elementos da equipa (ex.: temperatura, respiração, alimentação, eliminação).

2. O CORPO HUMANO

Atendendo à evolução do conceito e das funções do auxiliar de acção médica nos últimos anos e ao papel precioso, insubstituível, que hoje desempenha junto da equipa de saúde, consideramos imprescindível a sua formação específica, de forma a obter uma preparação que lhe permita apresentar boas qualidades técnicas e humanas na prestação de cuidados.

Daí, acharmos conveniente e pertinente abordar neste capítulo, embora superficialmente, a constituição e funcionamento do corpo humano.

2.1. ESQUELETO

Já pensou como é que consegue estar de pé, direito, sem que o corpo caia e se enrodilhe como um saco vazio? Tal só não acontece por causa da estrutura óssea que existe no interior do corpo e que forma o esqueleto.

Este é constituído por 245 ossos que, além de suportarem os membros, são também responsáveis pela forma básica com que o mesmo se apresenta. Paralelamente, há órgãos muito delicados, como o cérebro, o coração e os pulmões, aos quais o esqueleto serve de principal protecção.

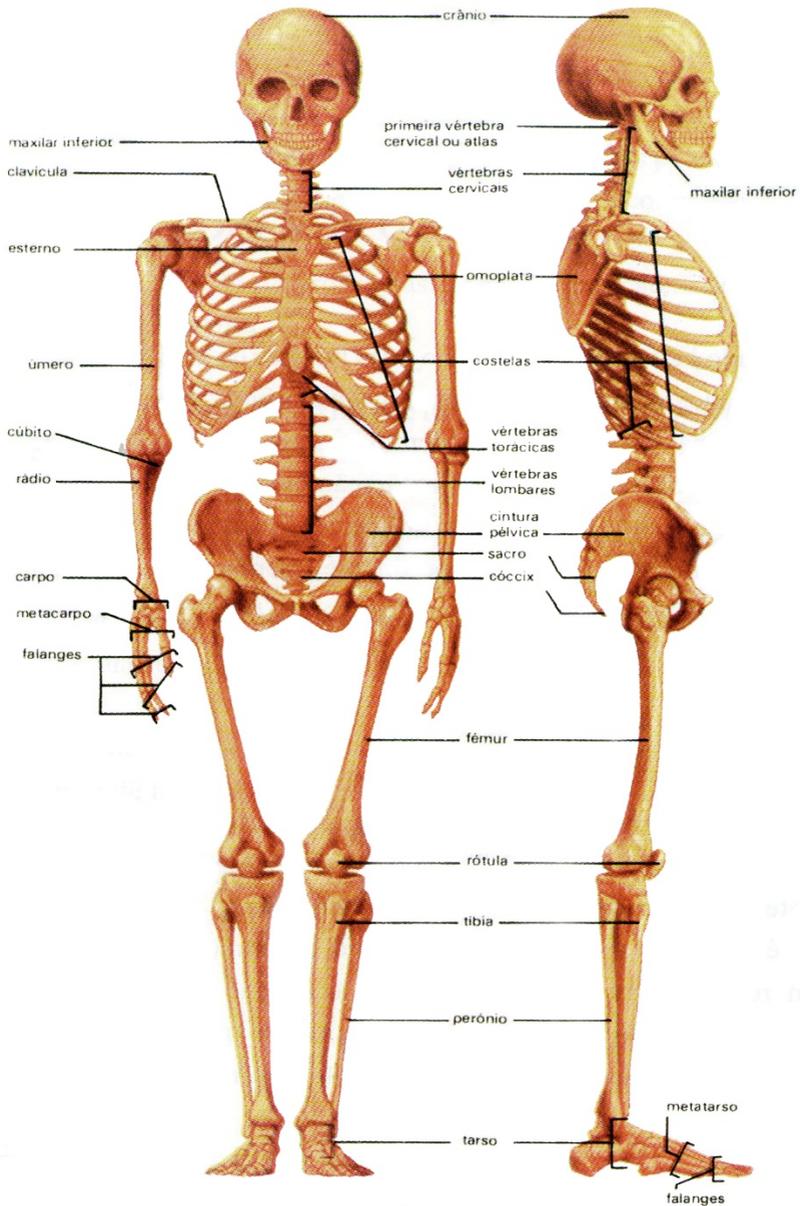


Figura 1 - O esqueleto

Na figura 1 podemos observar que os ossos do crânio estão intimamente ligados, de modo a protegerem as delicadas células nervosas do cérebro.

E, se observarmos o esqueleto de perfil, vemos que a caixa torácica se projecta para a frente fazendo uma saliência – o *esterno*. A este ligam-se as costelas, também fixas atrás aos ossos da coluna vertebral, envolvendo e resguardando o coração e os pulmões.

Os nossos ossos precisam de ser suficientemente fortes para suportarem o peso do corpo quando empurramos, puxamos, corremos e saltamos. Por outro lado, precisam também de ser razoavelmente leves, pois, de outro modo, os movimentos tornar-se-iam penosos e difíceis.

Os ossos longos do corpo, como por exemplo o úmero, são ocos no centro, embora esse espaço esteja preenchido por medula óssea. No entanto, possuem uma cobertura exterior muito dura e resistente.

Resumindo, o osso é duro por fora e esponjoso por dentro, tendo várias formas e feitios. Os ossos maiores estão nos braços e pernas; os mais pequenos, nos punhos e tornozelos. Os ossos chatos formam o crânio e os de forma singular compõem a coluna vertebral.

Apesar da sua solidez, por vezes, podem partir-se, fundamentalmente devido a traumatismos. À medida que as pessoas envelhecem, o conteúdo ósseo vai-se degradando, havendo uma maior probabilidade das fracturas surgirem, mesmo pelos traumatismos mais pequenos, o que implica uma atenção redobrada na prestação dos cuidados.

2.2. SISTEMA MUSCULAR E ARTICULAÇÕES

Alguma vez tiveram curiosidade em saber como é possível levantarmos um braço, esticarmos uma perna ou mexermos a cabeça? São os músculos que, compostos por fibras, têm a propriedade de se contrair e nos permitem realizar tais acções (fig. 2).

Estão ligados aos ossos, e se podemos dobrar os braços ou as pernas, é porque existem articulações, ou seja, estruturas onde os ossos entram em contacto uns com os outros, determinando o grau e a direcção dos movimentos.

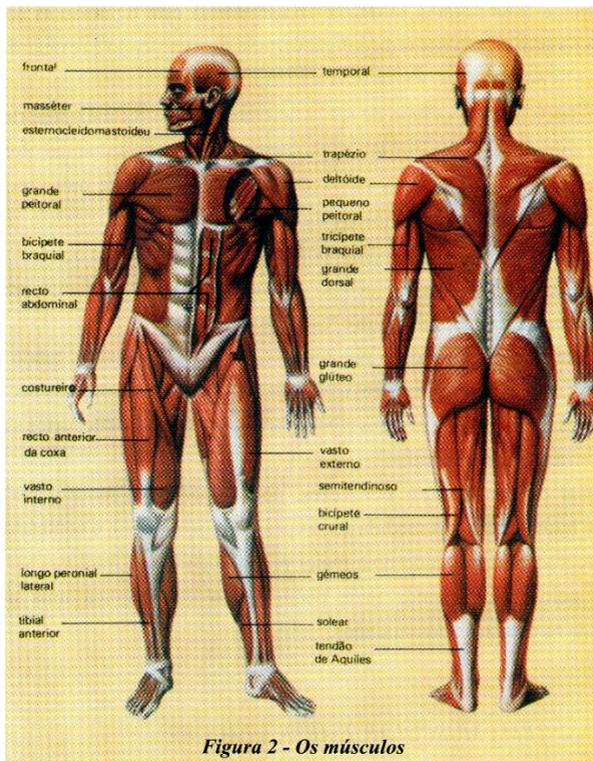


Figura 2 - Os músculos

Existem músculos chamados voluntários, sobre os quais podemos exercer controlo consciente e determinar o momento de os usar. Mas, espalhados pelo corpo, há muitos músculos ditos involuntários, sobre os quais não podemos exercer qualquer tipo de controlo. Tais músculos são responsáveis pelos movimentos do estômago e do intestino; encontram-se até nos vasos sanguíneos, e lá vão executando o seu trabalho, quer pensemos neles quer não.

Encontra-se na parede do coração um músculo de importância vital, o músculo cardíaco. O coração é um tipo especial de bomba que trabalha ininterruptamente durante todo o tempo da nossa vida. Não surpreende, portanto, que seja um músculo muito especial e tenha de ser extremamente forte.

Outros músculos, como, por exemplo, os das pernas, cansam-se depois de um certo tempo de trabalho, o que não acontece com o músculo cardíaco, apesar de em constante funcionamento.

Sabe-se também que os atletas e, de uma maneira especial, os halterofilistas têm músculos muito desenvolvidos. O exercício contínuo leva, de facto, ao desenvolvimento muscular.

Basicamente, todos temos o mesmo número de fibras, que cedo se tornam mais espessas e fortes se forem submetidas a exercício regular. Os músculos do braço, por exemplo, poderão levantar pesos maiores se forem regularmente exercitados.

Se os músculos voluntários não tivessem locais de fixação, de pouca ou nenhuma utilidade seriam. É por isso que se ligam aos ossos por intermédio dos tendões.

Do mesmo modo, os movimentos seriam para nós extremamente difíceis, se as pernas, por exemplo, fossem formadas por um único osso.

Essa é a razão por que os braços e pernas, mãos e pés, ombros e pescoço, são compostos por vários ossos, que possibilitam, ligados uns aos outros por articulações, a execução de movimentos.

Serão iguais todas as articulações? Claro que não. Existem três tipos:

- Cápsulas articulares (ancas e ombros) que permitem o movimento em várias direcções;
- Móveis (joelhos, cotovelos e dedos) permitem dobrar;
- Fixas (crânio) que formam uma caixa protectora, não permitindo qualquer movimento.

Por último, nas articulações móveis, as extremidades ósseas estão cobertas por cartilagem e unidas por uma cápsula que contém uma substância denominada líquido sinovial, responsável pela lubrificação da região articular.

2.3 CORAÇÃO E CIRCULAÇÃO

O coração é uma extraordinária bomba muscular; é uma espécie de saco que envolve quatro compartimentos, estando o do lado direito separado do esquerdo por uma pequena parede muscular. Este, no adulto saudável, bate cerca de 60 a 90 vezes por minuto e pesa cerca de 450 gramas. O coração das mulheres é um pouco mais pequeno que o dos homens.

Os músculos que o formam são muito fortes, pois têm a seu cargo o trabalho pesado de enviar o sangue a todo o organismo. Encontra-se localizado por detrás do esterno (na parte central) e é envolvido pelas

costelas. Tem duas cavidades superiores – as *aurículas* – e duas cavidades inferiores – os *ventrículos*.

Cada aurícula está ligada a um ventrículo por uma válvula. A aurícula e o ventrículo da direita fazem a circulação do sangue até aos pulmões – *pequena circulação* – enquanto que a aurícula e o ventrículo esquerdos transportam o sangue às restantes partes do corpo – *grande circulação* (Fig.3).

O adulto possui cerca de 5 litros de sangue em circulação. Este transporta o oxigénio e nutrientes para os tecidos e órgãos trazendo de regresso os materiais tóxicos.

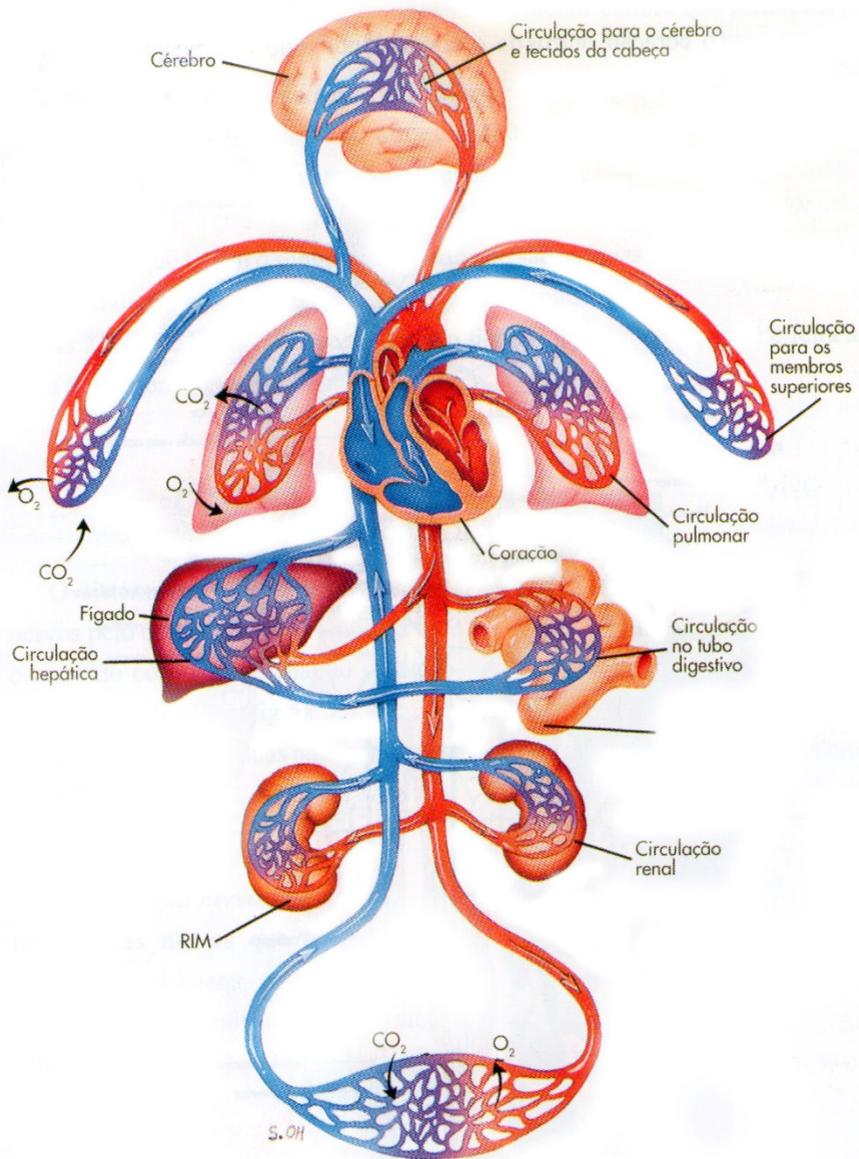


Figura 3 - Aparelho Circulatório

Para que a circulação sanguínea seja possível, é necessário um sistema de tubos, sendo o coração a bomba que impulsiona o sangue por todo o organismo através daqueles (Fig.4).

Assim, certos tubos de grande calibre são encarregados, uns de levar o sangue para o coração, outros de o conduzir por todo o corpo quando aquele, ao contrair-se, o expulsa. Há ainda os tubos de menor calibre que fornecem o sangue a cada célula.

Dos de maior calibre, aqueles que transportam sangue rico em oxigênio, vindo do coração, são chamados – artérias - com exceção da artéria pulmonar que transporta para o pulmão sangue venoso para ser oxigenado.

Aqueles que levam o sangue para o coração são as veias à exceção da veia pulmonar que vem dos pulmões ao coração com sangue arterial.

As artérias e veias mais pequenas são ligadas por capilares, onde é feita a troca de nutrientes entre o sangue e os tecidos.

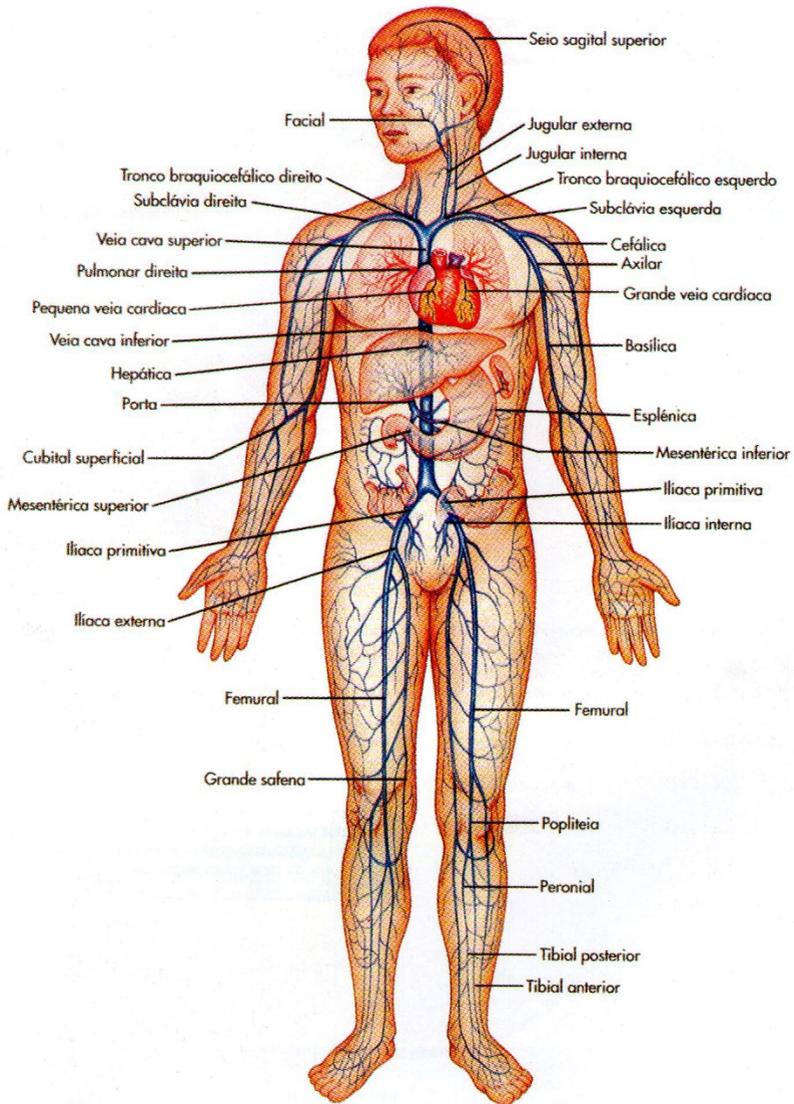


Figura 4 - Artérias e veias

2.4 SISTEMA NERVOSO

O sistema nervoso é o conjunto de nervos pelo qual o cérebro comunica com o resto do corpo, coordenando e controlando as suas funções (Fig.5).

É constituído por duas partes distintas:

1. O *sistema nervoso central* – formado pelo cérebro e espinal medula;
2. O *sistema nervoso periférico* – formado pelos nervos que transmitem ao cérebro mensagens provenientes dos órgãos da visão, audição, paladar, tacto e olfacto.



Figura 5 - Sistema nervoso

2.4.1. O Cérebro

É um órgão muito delicado. Tem a consistência de uma substância esponjosa e é envolvido por um líquido – *líquido cefalo-raquidiano* – que o protege de possíveis choques. Por sua vez, este é coberto por uma membrana, estando o conjunto envolvido por um osso compacto – *o crânio*. A textura do cérebro não é lisa mas sim enrugada, o que lhe permite obter uma maior superfície. Tem três funções principais:

- A recepção de informações provenientes do interior e do exterior;
- A emissão de instruções para os músculos e glândulas;
- O armazenamento das informações.

Necessita de alimentação constante, pelo que, qualquer deficiência circulatória superior a 10 segundos pode causar perda de consciência. Na ausência total de oxigénio, as células do cérebro – os neurónios – morrem em 3 minutos.

2.4.2. A Espinal Medula

A espinal medula é formada por fibras nervosas que transportam mensagens do e para o cérebro, ou seja, para todo o sistema nervoso, sendo, por isso, considerada a principal via de comunicação de todo o sistema. Tem cerca de 45 cm de comprimento, ao longo da coluna vertebral, e é também irrigada por líquido céfalo-raquidiano.

A sua lesão pode provocar a paralisia e/ou a ausência de sensibilidade na parte do corpo inferior àquela, uma vez que, havendo solução de continuidade, a comunicação com o cérebro ficará a partir desse nível interrompida.

2.4.3. Os Órgãos dos Sentidos

Existem cinco sentidos com dispositivos de recepção diferentes para captação de mensagens e que são posteriormente conduzidas, através de fibras nervosas, para os respectivos centros especiais, localizados no cérebro. Estes sentidos são: visão, audição, olfacto, paladar e tacto.

- *Visão*

O olho funciona como uma câmara de filmar. Capta as mensagens que lhe chegam sob a forma de raios de luz e envia-as para o cérebro através do nervo óptico. É aqui que estas mensagens são interpretadas e apresentadas sob a forma de imagens.

- *Audição*

Depende directamente do ouvido, sendo este, também, o responsável pelo equilíbrio. As ondas sonoras são captadas e encaminhadas pelo canal auditivo até ao tímpano. Estas vão percorrendo o ouvido, juntando-se ao nervo auditivo que tem como função conduzir os sinais ao cérebro que, por sua vez, interpreta os sons que ouvimos.

- *Olfacto*

Ao olfacto são imprescindíveis as células olfactivas que estão localizadas na parte superior do nariz, (tecto nasal) desviadas da principal entrada de ar. Possuem cílios que estão cobertos por uma camada de muco, onde o cheiro é dissolvido, fazendo-se assim a identificação do mesmo. Após os cílios terem captado o cheiro, são emitidos impulsos para o cérebro através do nervo olfactivo, para que este possa fazer a sua interpretação. Quando estamos constipados, facilmente se entopem as células olfactivas, factor justificativo para a diminuição do olfacto.

- *Paladar*

A língua é o órgão do paladar e é constituída por um grande número de papilas gustativas que são as responsáveis pela identificação dos sabores. Existem também no palato (céu da boca) e na parte de trás da garganta. Dentro das papilas existem células sensoriais, das quais partem delicadas fibras nervosas. Uma vez recolhida a informação pelas células sensoriais, estas passam-na às fibras nervosas que enviarão um sinal ao sistema nervoso central, onde será descodificado o sabor que está na língua.

- *Tacto*

É um dos sentidos que se consegue à custa de receptores especiais que estão localizados sob a pele e detectam sensações tácteis como a dor, o calor, o frio e as vibrações.

Através do tacto podem ainda ser verificadas as características dos objectos, como o tamanho e a forma.

2.5. APARELHO RESPIRATÓRIO

O órgão fundamental deste aparelho é o pulmão (fig. 6; fig. 6.1). Existe em número de dois e estão situados de cada lado do coração, ocupando a maior parte do espaço da chamada “caixa torácica”. São cobertos por uma membrana chamada pleura.

A via pela qual o ar segue, desde o nariz e da boca até aos pulmões, (a mesma pela qual será expelido, carregado de detritos), é a traqueia, uma espécie de tubo em forma de anéis de cartilagem dura que lhe dá firmeza e a faz permanecer constantemente aberta. Começa na laringe e acaba por se dividir em dois tubos – os *brônquios* - um para cada pulmão, que vão também dividir-se sucessivamente em tubos cada vez mais pequenos – os *bronquíolos* – terminando por minúsculos cachos de sacos de ar - os *alvéolos*.

No seu todo, a estrutura é comparável a uma árvore com o seu tronco, ramos e folhas. O pulmão saudável apresenta-se no seu interior com aspecto esponjoso e cor cinzento-rosada. Pode parecer-nos que, quando respiramos, o que se passa é fazermos entrar ar pelo nariz ou pela boca. Mas, de facto, o processo não é assim tão simples.

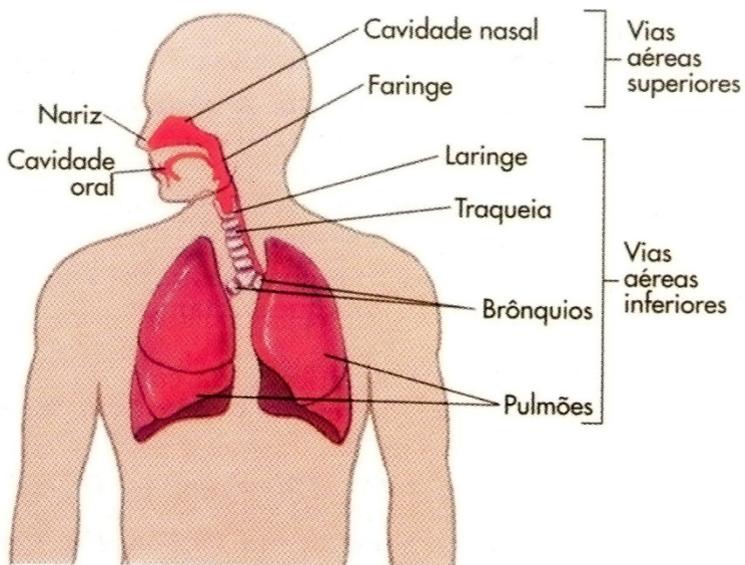


Figura 6 - Aparelho respiratório

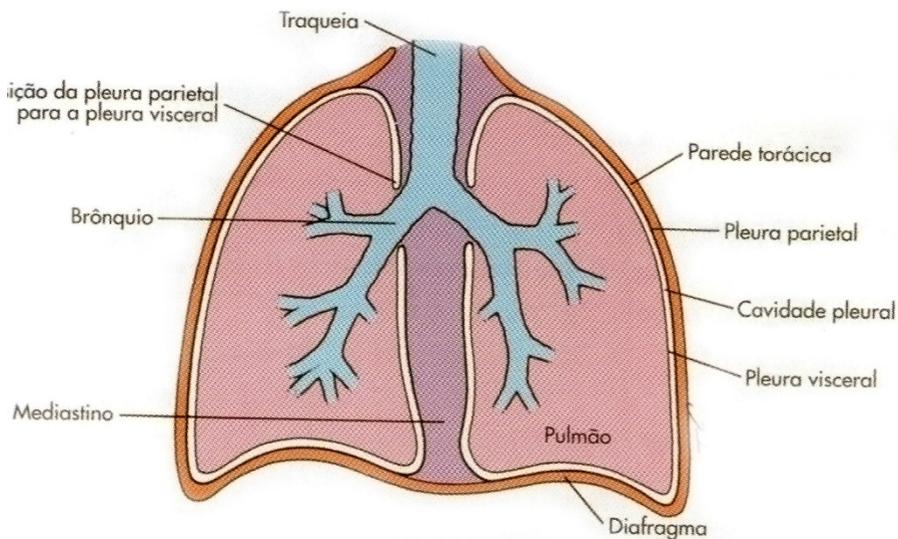


Figura 6.1 - Pulmões

Tudo começa com o nosso diafragma, uma membrana muscular em forma de abóbada, que separa os pulmões e o coração dos órgãos da digestão.

No início de cada movimento respiratório, o diafragma desce, esticando os pulmões e, conseqüentemente, aumentando-lhes o volume. Ao mesmo tempo, outros músculos puxam as costelas e o esterno para cima e para fora, aumentando assim, ainda mais, o espaço dentro dos pulmões. O ar entra apenas quando foi criado todo este espaço pulmonar complementar. Na realidade, o ar precipita-se para os pulmões a fim de manter a pressão interna destes. Percorre a traqueia, os brônquios, os bronquíolos e finalmente, chega aos alvéolos, o que corresponde à *inspiração*. É através do fino tecido destes que o oxigénio entra na corrente sanguínea e o dióxido de carbono e outros detritos são devolvidos ao ar para serem expulsos. Depois, quando o diafragma assume a sua posição inicial e as costelas se contraem, o ar é forçado para fora dos pulmões, percorrendo de novo a traqueia, agora em sentido inverso, saindo pelo nariz e/ou pela boca e designa-se por *expiração*.

A respiração e o ritmo em que ela se processa são duas das funções corporais automaticamente controladas pelo cérebro. Quando estamos a descansar, não usando, portanto, muita energia, as nossas necessidades de oxigénio são relativamente pequenas e, por isso, a nossa respiração é lenta e pouco profunda. Se, entretanto, iniciarmos algum exercício físico, o ritmo de conversão dos alimentos em energia aumenta rapidamente, exigindo muito mais oxigénio e, portanto, uma respiração mais rápida e profunda. A respiração deve ser feita pelo nariz, que permite filtrar o ar das suas maiores impurezas.

Durante um minuto de respiração normal, são inalados e exalados cerca de 6 litros de ar a um ritmo de 16/20 ciclos respiratórios.

2.6. APARELHO DIGESTIVO

O aparelho digestivo começa na boca. A comida é aqui insalivada e mastigada em pequenos fragmentos para depois ser lançada através do esófago para o estômago (fig.7).

No estômago, o processo de redução dos alimentos continua, à medida que, os pedaços se vão misturando com as substâncias (ácidos e enzimas) que aqui existem até se formar o bolo alimentar.

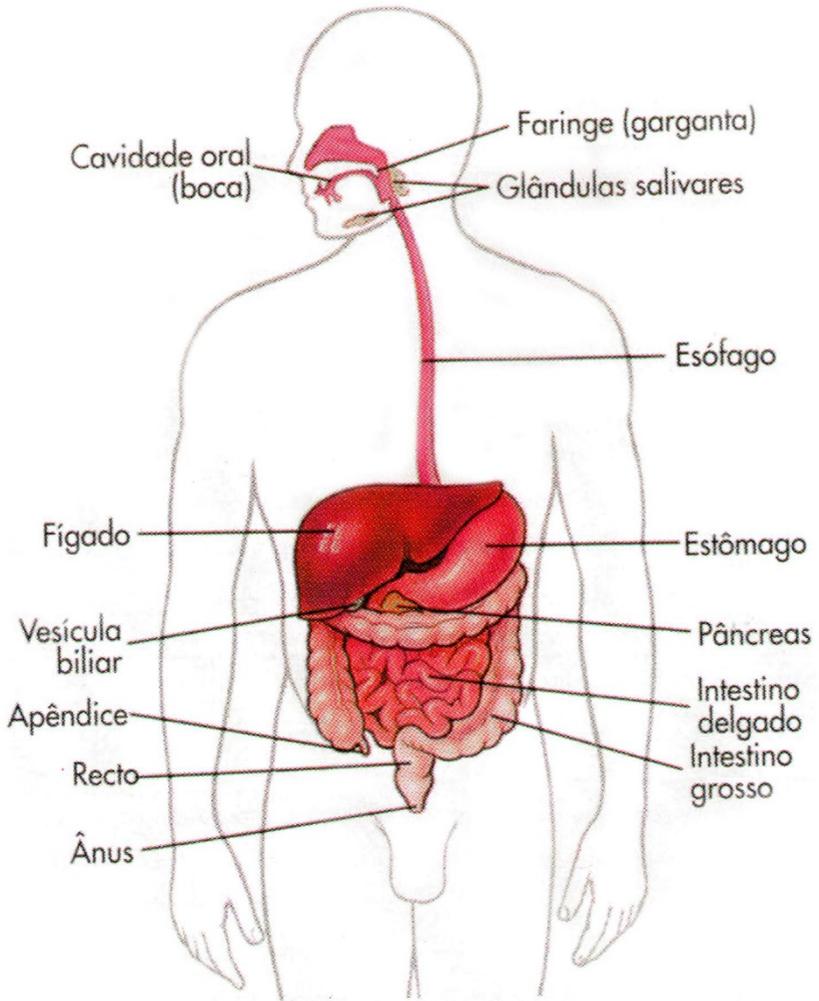


Figura 7 - Aparelho digestivo

Após algumas horas no estômago, a comida entra no intestino delgado. Os materiais úteis transformam-se em compostos mais simples susceptíveis de serem utilizados pelo organismo, sendo absorvidos pela corrente sanguínea. Os não digeridos são enviados para o intestino grosso, onde se faz absorção de água e a separação dos resíduos sólidos (fezes) que ficam armazenados no recto para posteriormente serem evacuados.

Existem órgãos que são fundamentais na digestão: o pâncreas, as glândulas salivares e o fígado. O pâncreas e as glândulas salivares têm como função segregar sucos que reduzem os alimentos em partículas mais pequenas. O fígado é um dos mais importantes órgãos do corpo e tem como função primordial produzir a bÍlis que é essencial na digestão dos alimentos gordos.

2.7. APARELHO URINÁRIO

Um dos processos essenciais dos tecidos vivos é o metabolismo, através do qual o organismo pode converter matérias-primas em energia. Durante esse processo formam-se desperdícios que são tóxicos. É necessário que exista uma maneira de remover os resíduos das células vivas. Por outro lado, o corpo tem que regular o volume dos líquidos. Os rins e outras estruturas do aparelho urinário (uretra, bexiga, ureter, esfíncter urinário, etc.), desempenham papéis importantes na regulação do equilíbrio interno (Fig.8).

Os principais órgãos excretores são os rins, que se apresentam com forma aproximada de dois feijões castanhos-avermelhados, situados na cintura, de cada lado da coluna vertebral. No adulto tem cerca de onze centímetros de comprimento, e seis de largura. São uma espécie de filtro

sanguíneo, que removem do sangue detritos e outras impurezas mantendo sempre as quantidades correctas de água e outras substâncias em circulação. O nefrónio é considerado a unidade funcional do rim.

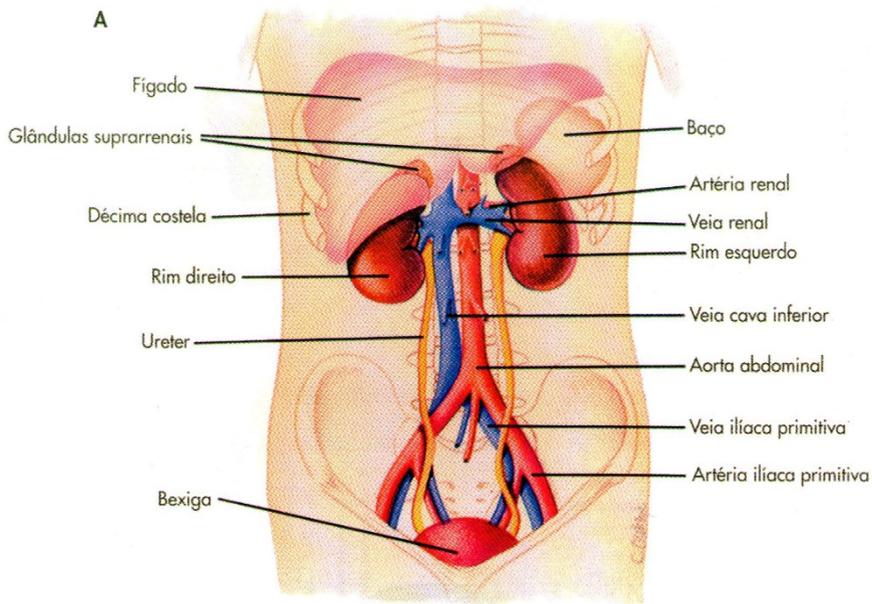


Figura 8 - Aparelho urinário

À medida que a urina se forma, entra nos tubos colectores, passa aos ureteres, esvaziando-se na bexiga. A função desta consiste em retê-la, para a expulsão intermitente como função voluntária. A uretra é o tubo que liga a bexiga ao meato urinário, que é a abertura através do qual a urina é expulsa do organismo.

Qualquer deficiência deste sistema, que provoque a acumulação da urina no organismo, causaria a morte muito rapidamente, devido às substâncias tóxicas que se iriam acumular em circulação. Hoje em dia, já existem aparelhos que desempenham a função do rim. Ao processo chama-se hemodiálise, que consiste em fazer passar o sangue num filtro, várias vezes, através de um circuito extra-corporal, e que permite extrair do interior do organismo os produtos nocivos e tóxicos que habitualmente e numa situação normal o rim se encarregaria de expulsar.

3. O AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA E O DOENTE EM CASA

Com este capítulo pretendemos explicar como se deve cuidar de um doente em casa, num sistema organizado e interessado, de forma que a vida da família não sofra demasiadas alterações.

Os conhecimentos que aqui conseguirmos transmitir vão contribuir para que as acções se tornem mais simples, mais eficazes, permitindo obter, com maior facilidade, um bom nível de qualidade de cuidados.

É tão importante que se conheçam as normas referentes aos posicionamentos e qual o seu valor para a prevenção das úlceras de decúbito ou, então, o que fazer no sentido de uma boa higiene e conforto, como falar de alimentação, eliminação, registos ou segurança. Achamos que é necessário combinar os múltiplos factores que a seguir se apresentam, para que se consiga um bom nível de atendimento.

Tratar de um doente em casa implica disponibilidade, entrega e profissionalismo. As tarefas aparentemente perpétuas de fazer a cama, lavar o doente, alimentá-lo, colocar a arrastadeira, administrar os medicamentos, posicioná-lo para a prevenção de úlceras de decúbito, e tantos outros gestos necessários, tornam-se mais fáceis quando executados de um modo tão profissional quanto possível.

Os assuntos que se desenvolvem a seguir contribuirão, decerto, nesse sentido.

3.1. A UNIDADE DO DOENTE

Sendo da maior importância para a saúde e evolução da doença o ambiente em que o doente está instalado, há que assegurar um certo número de condições e requisitos indispensáveis para que o mesmo se sinta bem.

No domicílio, o local onde geralmente o doente se encontra, é no quarto, tendo a escolha deste que estar sujeita a várias considerações. Compreende-se facilmente que o mesmo deverá ser agradável, razoavelmente sossegado, ter uma temperatura ambiente adequada, bem como situar-se num local da máxima conveniência para a família e, se possível, de fácil acesso à casa de banho. Deve também ser espaçoso, bem iluminado e apresentar boa ventilação (janelas amplas, com persianas e cortinas de modo que possam regular a entrada da luz).

Devem retirar-se todos os móveis e objectos que não sejam directamente necessários ao doente, a fim de permitir um aumento de espaço livre e uma maior facilidade de limpeza.

A cama deve estar disposta de modo a que o acesso se possa fazer de ambos os lados e ter uma altura adequada: suficientemente baixa para permitir a fácil entrada e saída do doente, mas suficientemente alta para não causar dificuldades a quem dele trata (o ideal será uma cama articulada).

Nem sempre podemos dispor de um quarto que reúna as condições ideais para o doente. É essencial aprender a tirar partido do que existe, de forma a proporcionar, no maior grau, o repouso físico e mental desejado.

É o quarto a residência de um doente preso ao leito. Por isso, deve manter-se limpo, arrumado e arejado, pois a beleza, a ordem e o conforto, não só saltam aos olhos do doente, como daqueles que o frequentam.

3.1.1. Limpeza da Unidade – Métodos Gerais

Como já foi referenciado, é muito importante para a saúde e evolução da doença, o ambiente em que o doente está instalado. Há que assegurar um certo número de requisitos indispensáveis para que o mesmo se sinta bem e dos quais se podem referir o asseio, a higiene da roupa e da decoração. Não é menos importante a limpeza do quarto, que deve ser, tanto quanto possível, a mais adequada.

Os métodos gerais a utilizar e que consideramos mais importantes são:

- Não varrer o quarto onde o doente está instalado para evitar levantar poeiras. O ideal será utilizar um pano húmido. Os aspiradores podem ser utilizados, desde que não incomodem demasiado o doente;
- Sempre que seja necessário empregar agentes químicos de limpeza e/ou desinfecção, devemos escolher de preferência os que são inodoros;
- As paredes devem ser lavadas ou, pelo menos, limpas com frequência, e o chão limpo diariamente;
- As camas, quando articuladas, devem ser lavadas com água e sabão, frequentemente, dando especial atenção às redes e articulações;
- As mesas-de-cabeceira, as cadeiras e os armários, devem também ser limpos;
- Dar atenção ao mobiliário, que se for de madeira, exige cuidados específicos para não ser danificado.

3.2. *CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO*

Os cuidados de higiene e conforto devem ser prestados de uma forma equilibrada, global, de modo a que o doente os aceite com maior confiança e veja no auxiliar um amigo, que tem, tal como ele, o objectivo único de diminuir o seu sofrimento, e aumentar a sua autonomia.

O banho diário, tarefa tão fácil de executar para as pessoas autónomas, para um doente acamado ou semi-acamado, pode-se transformar numa actividade de extrema necessidade e angústia. Por isso deve ser dado com arte, caloroso, disponível, simples e humilde para preservar e proteger a sua dignidade.

A fricção da pele, assim como a acção da água e do sabão, estimulam a circulação periférica, abrem os poros, permitem à pele eliminar mais rapidamente os produtos de excreção reduzindo o trabalho do rim.

É, portanto, um excelente meio de limpeza individual, prevenindo as úlceras de decúbito, sendo um factor de conforto que favorece a cura.

3.2.1. O Banho na Cama

Antes de se iniciar o banho propriamente dito, ter o cuidado de colocar perto da cama todo o material que vai utilizar, como a roupa que vai vestir ao doente, a roupa da cama e o material para a higiene. Verificar se o ambiente está aquecido, sem correntes de ar e, simultaneamente, aproveitar para oferecer a arrastadeira ao doente.

A higiene diária inclui a limpeza da pele, unhas, boca, nariz, cabelo e roupa.

Técnica

- Desmanchar a parte superior da cama tendo o cuidado de deixar o doente coberto com o lençol de cima;
- Colocar a roupa limpa na cadeira pela ordem que vai ser usada;
- Tirar todas as almofadas;
- Tirar a roupa do doente (camisa ou pijama mantendo-o sempre tapado);
- Começar a lavar a cara, o pescoço e as orelhas, secando muito bem (só usar sabão se o doente desejar); no caso de o doente ser colaborante devemos incentivá-lo a ajudar na sua higiene;
- Lavar os braços, tendo o cuidado de deixar permanecer as mãos na água se for o desejo do doente. Secar bem, dando especial atenção à axila, prega do cotovelo e espaços interdigitais;
- Lavar de seguida o peito e a região abdominal e, aquando da secagem, dar cuidado especial ao umbigo e às pregas da pele;
- Vestir a camisa ou casaco do pijama ao doente, tendo o cuidado de os dobrar para cima;
- Lavar em seguida os membros inferiores e, no caso de ser possível, meter os pés na água, tendo os mesmos cuidados que nos membros superiores durante a secagem;
- Mudar a água sempre que for necessário;
- Lavar em seguida os órgãos genitais (se o doente for capaz, pedir para ser ele a fazê-lo); ter o cuidado de passar a manápula de cima para baixo e retirar bem o sabão; tratar com cuidado as

algálias – boa limpeza e desinfecção; mudar a água e colocar o doente em decúbito lateral, procedendo à lavagem das costas e das nádegas; secar bem;

- Aproveitar a posição para fazer massagem com um creme hidratante, contribuindo, assim, para a prevenção das úlceras de decúbito;
- Mudar a roupa da cama (ver técnica);
- Posicionar o doente em decúbito dorsal para proceder à higiene oral;
- Pentear o doente (se for mulher atender às suas preferências), protegendo a almofada com uma toalha;
- Observar e arranjar as unhas, se necessário;
- Perguntar ao doente se está confortável;
- Alertar o enfermeiro, se detectar alguma anomalia.

3.2.2. O Banho na Banheira

Sempre que for possível, o doente deve fazer a sua higiene na casa de banho porque os movimentos são essenciais e o doente sentir-se-á menos dependente.

Técnica

- Verificar se existe tapete de borracha no fundo da banheira;
- Preparar o ambiente e verificar se a água está à temperatura ideal;
- Colocar todo o material e roupas à mão;

- Ajudar o doente a deslocar-se do quarto para a casa de banho;
- Auxiliá-lo a despir-se e a meter-se na banheira;
- Deixá-lo só, se for aconselhável, tendo, no entanto, cuidado de não se afastar; verificar se em caso de emergência, se pode entrar facilmente na casa de banho;
- Após o banho, acompanhar o doente ao quarto, tendo o cuidado de o deixar comodamente instalado.

3.2.3. A Higiene Oral

A higiene oral é fundamental para que o doente se sinta confortável. Se estiver colaborante, deve ser ele próprio a cuidar da sua higiene. Noutro caso, deve-se:

- Posicionar a cabeça de modo a ficar virada para um lado, sobre uma almofada;
- Proteger a cama e o doente com uma toalha;
- Humedecer um aplicador ou compressas com uma solução (tantum verde®, oratol®, betadine® oral, etc.), limpando a boca suavemente, tendo o cuidado de segurar o queixo com a mão;
- Repetir tantas vezes quantas forem necessárias, de forma que a boca fique bem limpa;
- Aplicar um lubrificante nos lábios, sempre que necessário;
- Se o doente tem placa dentária, ter o cuidado de a tirar e lavar com água corrente.

A higiene oral deve ser efectuada, pelo menos, três vezes por dia ou, então, mais vezes ainda, se considerarmos necessário.

3.2.4. A Lavagem da Cabeça na Cama

A quantidade de água, de “Shampô” ou sabão, assim como as vezes que se repete a lavagem da cabeça, dependem da quantidade de cabelo a lavar e do estado em que o mesmo se encontra.

O uso de uma cuvete insuflável ajuda em muito este tipo de técnica.

Técnica

- Dizer ao doente o que se vai fazer e pedir a sua colaboração (se ele puder);
- Colocar todo o material necessário junto da cama;
- Proteger a cama e o doente com um resguardo (de preferência impermeável) e com uma toalha;
- Ter cuidado de dirigir o resguardo para dentro da bacia, que deve estar colocada em cima de um banco junto à cama;
- Dobrar a roupa da cama em pregas até à cintura do doente, cobrindo-o com uma toalha de banho;
- Puxar o doente para o lado onde se encontra a bacia, de maneira a ficar de costas voltadas para ela;
- Enrolar os dois lados do resguardo de forma a fazer um rolo, ficando um deles debaixo da nuca, e o outro, do outro lado a proteger todo o cabelo;

- Colocar bolas de algodão nos ouvidos;
- Deitar água suavemente e proceder à lavagem, tendo o cuidado de proteger com as mãos os olhos e a cara do doente;
- Esfregar bem, tendo o cuidado de retirar todo o sabão;
- Levantar a cabeça com a mão direita, enquanto com a esquerda se retira o rolo;
- Limpar a cabeça;
- Retirar todo o material;
- Secar e pentear o cabelo.

Cuvete insuflável:

Dispositivo em forma de cuvette, insuflável, de vinil muito resistente que permite através de movimentos suaves lavar o cabelo dos doentes acamados sem se molhar a cama (fig. 9). É complementada com um tubo de evacuação que conduz a água a um recipiente que recebe água suja.

Técnica

- Insuflar a cuvette;
- Colocá-la sobre o leito, debaixo da nuca do doente;
- Ajustá-la bem ao pescoço;
- Colocar o tubo de evacuação dentro do recipiente que deverá estar colocado no chão para facilitar a drenagem;
- Lavar o cabelo e passar por água tantas vezes quantas as necessárias;

- Retirá-la, passando-a por água para remover a espuma;
- Deixar secar.



Figura 9 - Cuvete insuflável

Se o doente se pode levantar, a lavagem da cabeça deve ser feita na casa de banho. Deve estar sentado numa cadeira de modo a ficar à altura do lavatório. Proteger o pescoço com uma toalha e proceder à lavagem.

3.2.5. Como Mudar a Roupa da Cama Com o Doente Deitado.

Fazer uma cama confortável, bem esticada, sem levantar o doente, incomodando-o o menos possível, carece de uma certa técnica e destreza. Os principais cuidados a ter em conta são os seguintes:

- Juntar todo o material que vai ser usado;
- Colocar uma cadeira aos pés da cama com as costas voltadas para o lado direito, ficando o auxiliar do lado esquerdo;
- Desentalar toda a roupa da cama, começando pela cabeceira, indo até aos pés, dar a volta e continuar até à cabeceira;
- Dobrar a colcha em três partes, começando de cima para baixo, depois de baixo para cima, e colocá-la nas costas de cadeira;
- Proceder de igual modo para os cobertores;
- Tirar todas as almofadas;
- Posicionar em decúbito lateral e enrolar o lençol de baixo, encostando-o bem ao doente, como se verifica na fig. 10, tendo o cuidado de o manter coberto com o lençol de cima.
- Colocar o lençol lavado a meio da cama, abrindo-o e enrolando a metade oposta até junto do doente; entalar a metade de cima, fazendo o canto à cabeceira, depois aos pés, fixando-o de seguida lateralmente;

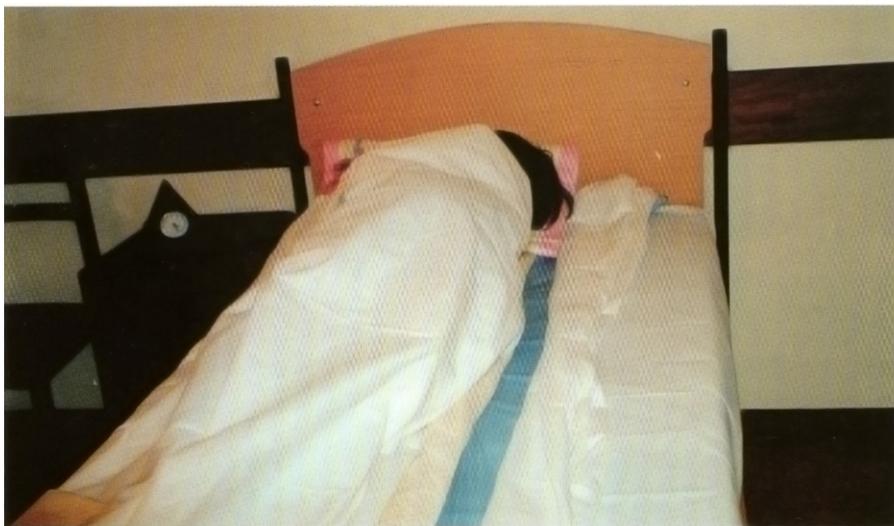


Figura 10 - Mudar a roupa da cama com o doente deitado

- Deslocar o doente para cima do lençol lavado;
- Passar para o lado oposto e retirar a roupa suja
- Desenrolar o lençol e fixá-lo lateralmente e nos cantos, conforme foi referenciado anteriormente;
- Ter o cuidado de esticar bem toda a roupa;
- Posicionar o doente, esticar o lençol de cima, colocando em seguida os cobertores e a coberta, sem esquecer de fazer a dobra no lençol à cabeceira (fig.11);

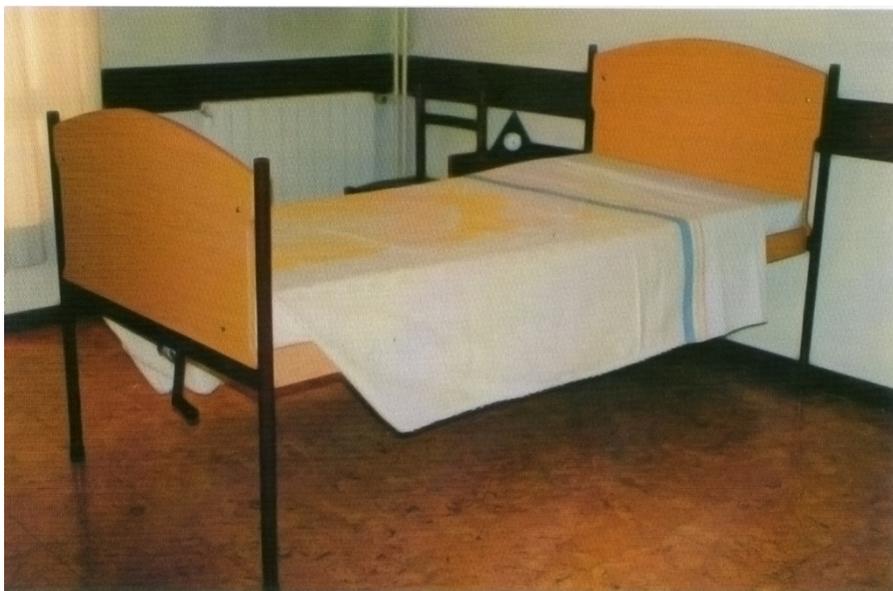


Figura 11 - Dobra do lençol à cabeceira

- Fazer novamente os cantos à cama, agora com a roupa que está por cima, não esquecendo de deixar uma prega sobre os pés, para que diminua a pressão sobre estes;
- Perguntar ao doente se está confortável;
- Ter o cuidado de deixar o quarto bem apresentado e com o doente bem instalado.

3.2.6. Como Fazer os Cantos à Cama

Colocando-se de frente para a cama, coloque o lençol de baixo e faça os cantos em envelope, que consegue se colocar uma das mãos a levantar a ponta do lençol, segurando-a de maneira a fazer um ângulo recto com o colchão (Fig. 12-A).

Com a ajuda da outra mão, entalar o lençol debaixo do colchão (Fig. 12-B).

Depois dos cantos feitos, esticar a meio (Fig. 12-C) e fixá-lo bem (Fig. 12-D).



Figura 12-A - Lençol em ângulo recto



Figura 12-B - Fixação do lençol ao colchão

3.2.7. Como Vestir e Despir o Doente Acamado

Vestir e despir o doente de maneira prática, poupando-lhe o máximo de energia e incómodo, tendo sempre em consideração os seus sentimentos, são factores importantes a ter em conta.

Técnica de despir

- Quando a roupa é em feitio de casaco, desaperta-se e inclina-se o doente para o nosso lado, despe-se a manga mais afastada, enrola-se a roupa nas costas, volta-se o doente para o lado oposto e despe-se finalmente a manga próxima de nós;
- Se a roupa é em feitio de camisa, pede-se ao doente para flectir os joelhos, levantar as nádegas e sobe-se a saia até à cintura; depois, pedir-lhe para levantar um pouco o tronco e enrolar a roupa até aos ombros; despimos a manga do braço mais afastado e depois a do mais próximo; por fim, agarrar na peça de roupa com uma das mãos e, levantando a cabeça do doente com a outra, retirar a roupa, evitando tocar na cabeça;
- Para despir as calças do pijama: desapertá-las, pedir ao doente para flectir os joelhos e levantar as nádegas, enquanto descemos a roupa até à região poplítea; finalmente, retirar as calças completamente.

Técnica de vestir

Se for uma peça de roupa de vestir pela cabeça:

- Colocar a roupa sobre o peito do doente, na posição em que vai ficar depois de vestida;

- Juntar as costas da roupa com a mão esquerda e levantar a cabeça do doente com a direita. Faça-a passar pela cabeça através da abertura, evitando tocar-lhe no rosto;
- Endireitar a roupa pondo o doente de lado e enfiar o braço mais próximo;
- Puxar suavemente a roupa ao longo do corpo.

Se for uma peça de roupa aberta à frente:

- Colocar a roupa no sentido do comprimento no lado mais afastado da cama e com a abertura para cima;
- Vestir o braço desse lado;
- Pôr o doente em decúbito lateral e enrolar a roupa nas costas;
- Voltar o doente de costas para nós, puxar a roupa e enfiar a outra manga;
- Colocar novamente o doente em decúbito dorsal, endireitando a roupa, apertando-a.

Para calçar as meias e vestir o robe:

- Enrolar a perna da meia e calçar primeiro o pé mais afastado e só depois o mais próximo;
- Sentar o doente na beira da cama e vestir o robe.

3.2.8. Prevenção das Úlceras de Pressão

Um dos aspectos mais importantes, ao cuidar de um doente em casa, é, sem dúvida, a prevenção de escaras, que geralmente denominamos de úlceras de decúbito ou de pressão.

Os sinais pela ordem que estas se manifestam são: palidez da zona, calor, vermelhidão, começando a área a ficar azulada/arroxeadada, fria e insensível. Com o tempo, aparece a necrose (morte dos tecidos), havendo necessidade de descolar o tecido formando uma úlcera.

As causas destas úlceras podem ser internas e/ou externas.

As internas são devidas à má circulação do sangue que não irriga convenientemente certos pontos do corpo, às resistências diminuídas por má alimentação e, ainda, à desidratação por perda abundante de líquidos (vómitos, diarreia, etc.) ou ingestão insuficiente dos mesmos.

As externas são provocadas pela compressão prolongada, produzida pelo peso do corpo em determinada região pouco almofadada pelos tecidos, pela presença de substâncias irritantes para a pele (urina, fezes, humidade), pelas rugas ou pregas do lençol da cama ou mesmo da roupa do doente, pela presença na cama de corpos estranhos como migalhas, pressão dos gessos e talas, arrastadeiras, etc.

Atendendo aos factores apresentados, é fácil deduzir quais os principais locais onde as escaras se desenvolvem com maior facilidade e que são:

No decúbito dorsal:

- Região occipital;
- Omoplatas;
- Cotovelos;

- Região nadegueira;
- Região sacrococcígea;
- Calcânhares e dedos dos pés.

No decúbito lateral:

- Bordo externo da orelha;
- Trocânter;
- Face interna e externa dos joelhos;
- Maléolos internos e externos.

A melhor forma de tratar as escaras é preveni-las.

Neste sentido deve-se:

- Manter uma dieta adequada;
- Prestar cuidados de higiene diários e em SOS;
- Secar bem a pele;
- Fazer massagens frequentes com óleos ou cremes hidratantes;
- Manter a cama limpa, com a base esticada;
- Mudar frequentemente o doente de posição;
- Sempre que possível, manter o doente fora da cama;
- Usar acessórios adequados para diminuir a pressão sobre as proeminências ósseas (almofadas de gel, colchões anti-escaras, almofadas de ar, etc.);
- Colocar e retirar a arrastadeira com o máximo de cuidado;
- Manter o doente sempre limpo e seco;

- Nunca deixar duas superfícies cutâneas em contacto (usar almofadas);
- Vigiar gessos ou talas, verificando se estão bem almofadadas;
- Se existirem ligaduras, vigiar se estão muito apertadas e alertar o enfermeiro;
- Nas mudanças de posição, ter o cuidado de usar todos decúbitos sequencialmente, (a menos que haja contra-indicação), observando sempre o estado da pele, do local onde exerceu mais pressão;
- Se existir já vermelhidão, colocar saco de gelo (protegido com um pano) e massajar de seguida delicadamente e com movimentos circulares;
- As massagens só são feitas quando não existir lesão da pele;
- Se já for evidente a vermelhidão, além dos cuidados já referidos, evitar posicionar o doente para esse lado;
- Alertar o enfermeiro quando se observar qualquer alteração na pele;
- Se já existir a escara, fazer massagem na zona circundante e pedir ao enfermeiro para tratar a mesma.

3.2. POSICIONAMENTOS – TIPOS E TÉCNICAS

A inactividade tem as suas vantagens, porque ela produz distensão muscular, proporciona repouso e elimina a fadiga. Por outro lado, ela diminui a energia e altera o funcionamento de todos os sistemas. Porém, os efeitos mais prejudiciais são as deformações provenientes de uma posição incorrecta na cama ou deformações devidas a flacidez muscular por falta de exercício.

O tratamento eficaz do doente combate estes maus efeitos por uma boa posição na cama e por exercícios apropriados. Estas medidas são essenciais e devem ser aplicadas de forma inteligente, sem fadiga, evitando os gestos bruscos. Passamos a descrever os vários posicionamentos e as suas vantagens.

3.3.1. Decúbito Dorsal

Esta posição é a mais procurada pelos doentes, em especial, pelos operados e mais enfraquecidos (fig.13).

Técnica

- Colocar uma almofada sob a cabeça de modo a que esta fique em linha recta com a coluna vertebral (nunca deixar a cabeça elevada, pois dificulta a respiração);

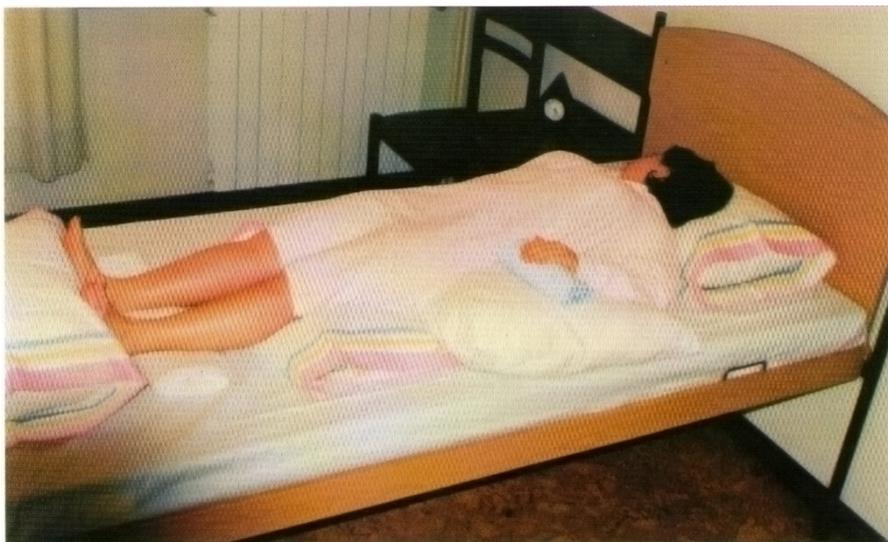


Figura 13 - Posição de decúbito dorsal

- Pôr uma almofada ou rolo sob os joelhos ajudando a flectir, ligeiramente, os membros inferiores;
- Colocar uma almofada sob os cotovelos para obter uma ligeira elevação das mãos;
- Apoiar os pés num suporte almofadado, de modo a mantê-los na posição anatómica, evitando a extensão da articulação. Se não existir suporte, usar duas almofadas sobrepostas aos pés da cama, o que impedirá a pressão da roupa nos dedos. Se o doente não consegue manter os pés direitos, colocar uns saquinhos de areia (ou almofadas pequenas) lateralmente para impedir a rotação quer interna, quer externa dos mesmos;
- Podem ainda ser colocadas almofadas na região sacrococcígea e nadegueira.

3.3.2. Decúbito Lateral

Esta posição é repousante, sendo a mais escolhida durante a noite pois dá a sensação de alívio ao doente (fig.14).

Técnica

- Voltar o doente de lado;
- Dobrar ligeiramente o joelho que repousa sobre a cama, enquanto o outro fica ainda mais dobrado apoiando todo o membro numa almofada;

- Flectir o braço de cima e apoiá-lo, assim como a mão, sobre uma almofada;
- Ter em atenção o braço que fica pousado na cama para que este não fique debaixo do doente;

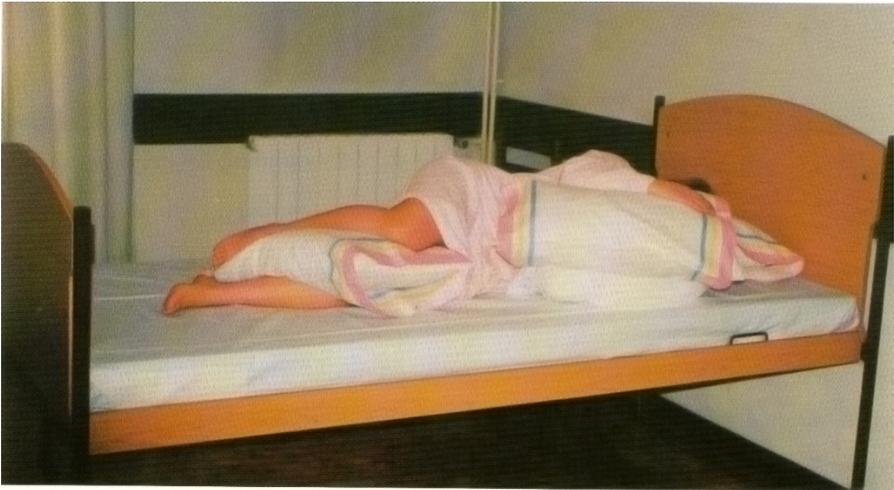


Figura 14 - Posição de decúbito lateral

- Colocar um rolo ao longo das costas para evitar que o doente se desposicione.

3.3.3. Decúbito Ventral

É uma posição que proporciona grande conforto ao doente permitindo o repouso dos músculos das costas (fig. 14).

Técnica

- Colocar o doente de barriga para baixo tendo em atenção o rosto (apoiá-lo sobre uma almofada);

- Dobrar ligeiramente os braços colocando-os de uma maneira confortável, de um e do outro lado da cabeça;
- Colocar uma almofada sob o abdómen que, além de dar apoio a esta região, evita a compressão do peito;
- Apoiar as pernas e os pés numa almofada para diminuir a tensão muscular e a compressão dos dedos sobre o colchão.

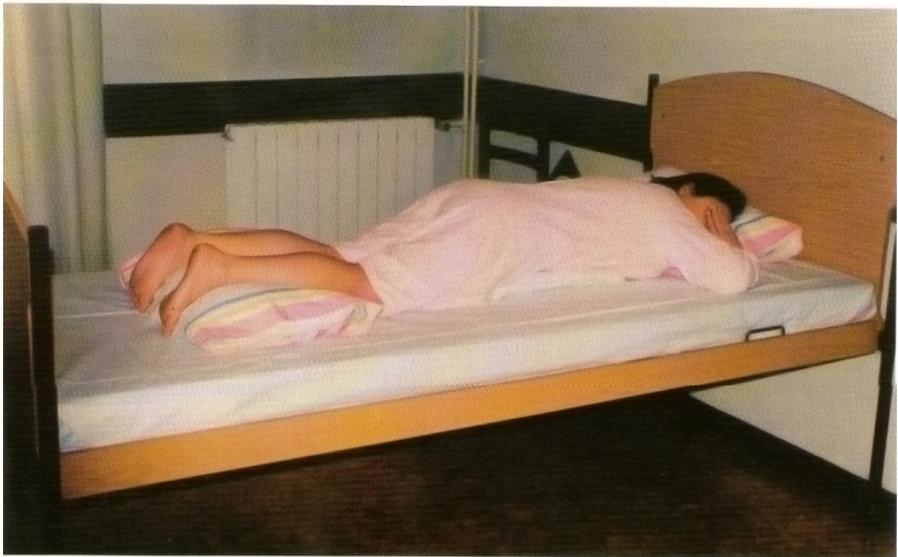


Figura 15 - Posição de decúbito ventral

3.3.4. Posição de Semi-Sentado ou Fowler

Esta posição está indicada em doentes cardíacos e com dificuldades respiratórias (fig.16).

Técnica

Se existir cama articulada:

- Elevar a cabeceira da cama de modo a formar um ângulo de 45 graus, elevando ligeiramente os pés para evitar que o doente escorregue;
- Colocar uma almofada sob cada membro superior de modo que fique bem apoiado;
- Colocar almofadas na face plantar dos pés apoiando-os e deixando-os na posição anatômica.

Se não existir cama articulada:

- Sentar o doente colocando uma almofada nas costas de forma a dar apoio à região dorsal e lombar;

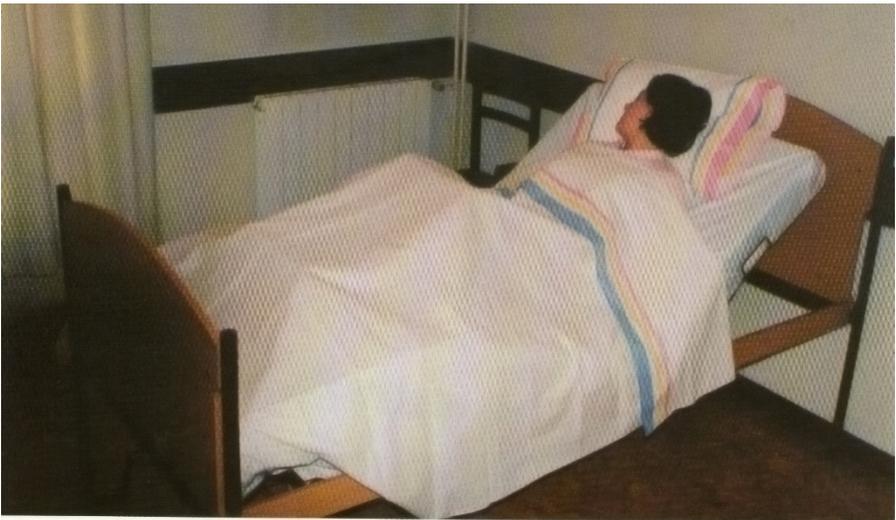


Figura 16 - Posição de Fowler

- Sobre esta colocar uma nova almofada para apoiar a cabeça;
- Flectir os joelhos e colocar um rolo ou almofada para estes se apoiarem;
- Não esquecer de colocar também nos pés e nos braços almofadas ou protecções.

3.3.5. Posição de Ortopneia

Esta posição está indicada em doentes cardíacos e asmáticos.

Técnica

- Colocar a cama como na posição de Fowler;
- Ajudar a erguer o doente colocando duas almofadas de modo a apoiar a região lombar e parte inferior da dorsal, deixando livre a parte superior para facilitar os movimentos respiratórios;
- Colocar uma almofada sob os pés;
- Pôr uma mesa à frente do doente e sobre esta uma almofada onde apoiará os braços e a face (se não existir mesa, colocar mais almofadas), conforme se pode verificar na fig 17;



Figura 17 - Posição de ortopneia

- Cobrir as costas do doente.

Por vezes o doente sente-se melhor com as pernas pendentes na beira da cama; neste caso deve-se:

- Descer a roupa da cama em harmónio;
- Sentar o doente na cama com as pernas pendentes;
- Apoiar a região lombar com almofadas;
- Cobrir o doente até aos pés;
- Apoiar os pés sobre um banco ou degrau;
- Colocar uma almofada sob os joelhos para apoio dos braços e da face.

Nesta posição, a vigilância do doente é essencial, atendendo a que pode adormecer e cair.

Não esquecer de registar a reacção do doente, o tempo de permanência nesta posição e de alertar o enfermeiro responsável se surgir qualquer alteração significativa.

3.2.6. Como Levantar Um Doente da Cama Para a Cadeira

Sempre que possível, o doente deve ser incentivado a levantar-se e a movimentar-se. Para minimizar o desconforto que o levante pode provocar, e para que o dispêndio de energia seja o menor possível, deve-se utilizar a seguinte técnica:

a. Deslocar o doente até à borda da cama:

- Vestir o doente;
- Mover a cabeça e os ombros na direcção da borda da cama;
- Proceder de igual modo para os pés e pernas;
- Colocar ambos os braços bem debaixo dos quadris do doente e alinhar o tronco.

b. Sentar o doente na cama:

- Depois do doente estar na beira da cama e a cadeira já estar preparada, senta-se o doente na cama; coloca-se o nosso braço e a mão por debaixo do ombro do doente, pedindo-lhe para firmar o cotovelo sobre a cama, ajudando-o a levantar e a sentar-se;
- Colocar as pernas pendentes na cama;

- Vestir o robe e calçar os chinelos;
- Ter à mão um degrau para os pés, se a cama for alta.

c. *Levantar o doente e sentá-lo na cadeira:*

- Colocar uma mão em cada axila (ficando o doente virado para nós) e levantando-o só quando tiver os pés bem assentes no chão;
- Empurrar os nossos joelhos contra os dele para evitar que estes dobrem e desalinhe o corpo, aguentando sempre o peso do doente;
- Dar tempo ao doente para se equilibrar;
- Voltá-lo de costas para a cadeira e sentá-lo lentamente;
- Posicionar o corpo, dando especial atenção aos membros (superiores e inferiores);
- Colocar uma almofada ou um banquinho debaixo dos pés;
- Cobrir o doente com um cobertor perguntando sempre se está confortável;
- Observar a reacção do doente e, em caso de alterações, comunicar imediatamente ao enfermeiro.

A duração do levante depende não só da indicação médica mas também do estado do doente e deve ir aumentando gradualmente.

3.3.7. Como Passar o Doente da Cadeira Para a Cama

- Dizer ao doente o que se vai fazer;
- Colocar um degrau junto da cama, se for necessário;
- Pôr a cadeira na mesma posição que estava quando o doente saiu da cama, tendo o cuidado de a travar ou pedir a alguém que a segure;
- Abrir a roupa em harmónio e ajudar a passar da cadeira para a beira da cama, com a colaboração de outra pessoa, se for necessário;
- Despir-lhe o robe e descalçar-lhe os chinelos;
- Deitar o doente e subir a roupa;
- Guardar o robe e os chinelos;
- Deixar o doente bem posicionado ou numa posição confortável.

3.3.8. Como Ajudar o Doente a Andar

O objectivo é ajudar o doente a confiar de novo na sua capacidade de andar. É fundamental fazer a sua preparação, bem como a do ambiente em que o mesmo se encontra.

Neste sentido, o método a utilizar é o seguinte:

- Dizer ao doente o que se vai fazer, quais as vantagens e como colaborar;
- Atender às janelas e portas que devem estar fechadas;
- Certificar-se de que a temperatura ambiente é adequada;
- Observar o pulso e a respiração;
- Descer a roupa de cima em harmónio;
- Sentar o doente na cama, vestir o robe e calçar os chinelos;

- Se o doente tiver dificuldades em sentar-se, coloque o seu braço esquerdo sob a cabeça, amparando-a pela axila, e o seu braço direito sob as pernas, junto dos joelhos. Rode o doente ao mesmo tempo em que o ajuda a sentar-se, ficando com as pernas pendentes.
- Ajudar o doente a colocar-se em pé, segurando-o pelas axilas e dizendo-lhe para apoiar as mãos sobre os seus ombros;
- Pôr-se a seu lado, procurando não desampará-lo;
- Colocar o seu braço que está mais perto, sob a axila mais próxima e passá-lo até alcançar a axila mais afastada, que procurará segurar com firmeza, mas sem magoar;
- Pedir ao doente para colocar o braço que fica mais perto sobre os seus ombros e segurá-lo com a sua mão direita;
- Ajudar o doente a andar, procurando fazê-lo ao mesmo tempo, pondo o pé direito à frente quando o doente fizer o mesmo e assim sucessivamente;
- Quando são necessárias duas pessoas, a outra usará o mesmo método no lado oposto;
- O tempo durante o qual o doente deve andar, vai aumentando progressivamente e será o médico a estabelecê-lo;
- Não esquecer contar o pulso e a respiração antes do doente se levantar e depois de já estar deitado;
- Fazer o registo de tudo o que se passou e informar o médico ou o enfermeiro acerca da data/hora, do pulso e respiração, antes e depois do levante, da sua duração e dos resultados obtidos.

3.3. ALIMENTAÇÃO DO DOENTE

Os alimentos são substâncias que fornecem ao organismo os materiais necessários ao crescimento e reparação dos tecidos, permitindo assegurar o seu equilíbrio. É natural que se lhes atribua um significado especial.

Na doença, é frequente depararmos com situações de anorexia (falta de apetite), ou outras, como as dificuldades na deglutição (dificuldade de engolir).

Por qualquer motivo, o doente às vezes não consegue alimentar-se, o que implica que sejamos nós a auxiliá-lo.

Se, por um lado, é importante termos à mão os alimentos necessários para uma boa alimentação, por outro, é também fundamental que consigamos que os mesmos sejam ingeridos pelo doente.

3.2.9. Alimentação Oral

Sendo de tão grande importância para a cura do doente, o auxiliar de acção médica deve atender a um certo número de cuidados, em relação ao ambiente, ao doente e aos alimentos em si.

Técnica:

- Deve ser servida em local atraente, em ambiente calmo e sem cheiros;
- Se o doente for colaborante e o seu estado o permitir, as refeições devem ser na sala ou então num local do quarto onde este se possa distrair (ex. junto da janela);

- Antes das refeições, proporcionar ao doente a lavagem das mãos, dos dentes (se tiver mau hálito) e verificar se existe alguma medicação para tomar;
- A refeição deve chegar ao doente com bom aspecto, com temperatura adequada e em pequena quantidade para estimular o apetite; ter sempre em atenção as suas preferências.

Um doente acamado requer um maior número de cuidados e mais vigilância. Os cuidados a ter são:

- Erguê-lo e deixá-lo semi-sentado com o auxílio de almofadas;
- Colocar junto dele a mesa das refeições, à altura adequada;
- Se não existir mesa, colocar o prato já preparado sobre o peito, dobrando o braço esquerdo que ajuda a servir de suporte;
- Incentivar o doente a comer sozinho;
- Durante a refeição, conversar amavelmente com o doente;
- Se o doente não puder levantar-se, erguer ligeiramente a cabeça, passando o braço sob a almofada e alimentá-lo com paciência e muito lentamente;
- Nunca apressar o doente a acabar de comer;
- No final da refeição, retirar todo o material usado, proporcionar a lavagem dos dentes, arranjar a cama e posicioná-lo, instalando-o confortavelmente para o repouso;
- Não esquecer de fazer os devidos registos (se o doente comeu ou não, a razão por que não comeu, a quantidade de líquidos ingeridos, etc.) e alertar o enfermeiro para qualquer alteração.

3.2.10. Alimentação Por Sonda Nasogástrica

Este tipo de alimentação é feito quando a ingestão oral não é possível ou é insuficiente.

A entubação nasogástrica é a introdução de uma sonda desde o nariz até ao estômago. Esta é da responsabilidade única e exclusiva do enfermeiro. Os alimentos introduzidos na sonda têm de ser líquidos ou semi-líquidos, e entram nesta através de uma seringa.

Quando o doente, apesar de forma insuficiente, ainda se alimenta, devemos aproveitar primeiro esse apetite e só posteriormente completar a refeição e hidratação pela sonda.

Se o doente está totalmente dependente da alimentação que lhe é fornecida por sonda, dar muita atenção às horas das refeições, às quantidades administradas, à velocidade da ingestão (deve ser lenta) e à tolerância do doente à alimentação.

Ter sempre o cuidado de, após a administração das refeições, injectar cerca de 50cc de água para lavar a sonda, evitando assim que esta obstrua.

Antes de iniciarmos cada alimentação, verificar através da aspiração, se existe conteúdo gástrico, não superior a 150cc. Se este for superior, adiar a refeição por uma ou duas horas. A administração rápida dos alimentos ou a ingestão dos mesmos frios, podem provocar diarreia.

Manter uma boa higiene oral a este tipo de doentes é fundamental. A boca seca com muita facilidade. Por isso, devemos refrescá-la com frequência.

3.2.11. Aconselhamento Dietético

A qualidade da alimentação é muito facilmente avaliada, determinando se a pessoa está a consumir as quantidades recomendadas dos diferentes tipos de alimentos.

A sua adequabilidade avalia-se comparando-a com padrões recomendados de ingestão de alimentos, já existentes.

Os objectivos dos conselhos dietéticos são determinados pelos resultados da avaliação nutricional e da alimentação prescrita, habitualmente para uma situação de doença.

A definição de alimentos «bons» é muito pessoal e é produto de todas as experiências associadas à alimentação ao longo da vida. O principal desafio consiste em fornecer os alimentos «bons» a cada doente, dentro dos limites impostos pela prescrição da dieta a seguir.

Um princípio básico é aprender-se sobre os fundamentos daquilo que já se sabe. As pessoas conhecem a sua actual alimentação e têm muito mais probabilidades de aprenderem, se lhes explicarmos as modificações que têm de aplicar à dieta que já costumavam fazer, ou seja, as instruções para as modificações devem começar pelos hábitos alimentares que a pessoa já possuía.

Se o auxiliar estiver desperto para os princípios até aqui referidos, e tiver em atenção a história do doente para a alimentação actual (ex.: composição das refeições, frequência), conseguirá mais facilmente atender, de forma eficaz, às necessidades dietéticas que o doente apresenta. Sem grandes dificuldades, obterá informações pertinentes que, quando transmitidas ao médico, podem ser de grande utilidade no sentido de uma

modificação na dieta, e que se traduz, como é evidente, num grande benefício para o doente.

Por último, é importante referir os cuidados a ter relativamente ao ensino que podemos fazer, em que o objectivo é fornecer informações que permitam às pessoas fazer uma escolha consciente, modificando o seu comportamento em relação a determinados alimentos, sem deixarem de se alimentar bem. É provável que, nalgumas situações, o doente se irrite facilmente quando reforçamos que o leite e o queijo, por exemplo, devem ser incluídos na alimentação, se, eventualmente, são inúmeras as vezes em que já ouviu falar da mesma coisa. Pode também ser aborrecido e inadequado, para o doente, ouvir uma relação, mais ou menos detalhada, sobre os perigos do sal na comida ou das calorias das batatas fritas, sabendo, de antemão, que é das coisas que ele mais gosta, ou então, que nunca come. É necessário ter em conta os factores sociais, culturais, económicos, além dos conhecimentos e das crenças, que cada pessoa já possui sobre a alimentação e, só depois, fazer o correspondente ensino.

Ao tratar do doente em casa, o auxiliar pode dar um enorme contributo, quer colaborando com a equipa fornecendo as informações que considera pertinentes, quer reforçando as instruções já fornecidas pelo médico ou pelo enfermeiro. Uma outra forma de poder colaborar utilmente no aconselhamento dietético, e que é um factor importante a ter em conta nos padrões alimentares, é o custo dos alimentos.

Quando tentamos ensinar uma pessoa sobre alimentação, vemo-nos frequentemente interpelados com a questão dos custos dos alimentos. Generalizações vagas, do tipo «usar carne mais barata», não são particularmente úteis. As sugestões devem ser específicas, com base na

dieta. Devem fornecer informações suficientes para poderem servir de base de actuação ao doente.

O auxiliar, com experiência pessoal de orientar orçamentos alimentares, fazer compras, cozinhar, etc., está em óptima posição para oferecer conselhos práticos. Na grande maioria dos casos, consegue-se reduzir aos gastos e aumentar ao valor nutritivo da dieta. Devem ainda considerar com particular interesse o bom armazenamento dos alimentos, bem como o estarem livres de contaminações microbiológicas e de insectos.

Quanto ao intervalo das refeições, podemos dizer que na nossa sociedade, o mais comum, o convencionado, é existirem três refeições por dia. Contudo, encontramos pessoas que comem mais vezes, enquanto outras, por diversos condicionalismos, fazem apenas uma refeição ao dia. Sabemos que há vantagens em comer várias vezes ao dia, refeições mais pequenas e em intervalos mais curtos.

O auxiliar, perante um doente auto-suficiente, que nem prescrição dietética tem, deve respeitar o número de refeições a que o mesmo está habituado, e que geralmente é determinado pelos seus desejos e estilo de vida.

Relativamente ao doente com necessidades de ajuda total, em que normalmente existe uma indicação clínica ou a orientação do enfermeiro, o auxiliar deve executar com fidelidade o que está prescrito.

Finalmente, uma alimentação adequada pode definir-se como sendo o consumo de alimentos, que contêm os elementos ou grupos de elementos correspondentes às necessidades do organismo, com a finalidade de:

- Prover ao desenvolvimento, à conservação e à reparação dos tecidos;

- Fornecer ao organismo os materiais necessários para a produção de energia, de calor, permitindo ao homem realizar o seu trabalho diário (um adulto, de estatura e peso médio, necessita de 2500 calorias por dia para um trabalho limitado);
- Fornecer ao organismo os materiais necessários aos processos físico-químicos que se realizam para aproveitamento dos próprios alimentos (metabolismo);
- Fornecer ao organismo as substâncias necessárias para que o mesmo possa criar reservas alimentares habitualmente sob a forma de gorduras.

Sabemos que nas instituições de saúde, com internamento, os alimentos são cozinhados sob a orientação de um dietista/nutricionista, ou no mínimo, com a supervisão de um técnico de saúde mais qualificado. Em casa do doente, o auxiliar encontra-se sozinho, sendo, na grande maioria das vezes, o único a quem o doente e a família podem recorrer. Também aqui o auxiliar deve saber observar e atender às necessidades do doente, adaptando o mais possível a dieta às suas preferências, sem, contudo, desrespeitar as normas ou as indicações que lhe foram fornecidas e confiadas.

3.3. *ELIMINAÇÃO*

Como já referimos anteriormente, os alimentos são preparados na boca e no estômago para a digestão, sendo eliminados posteriormente todos os materiais não absorvidos pelo organismo.

Os principais órgãos de eliminação são os rins, os intestinos e a pele. Os produtos a ser eliminados vão sendo diferentes em conformidade com a via de eliminação.

3.5.1. Eliminação Pela Pele

Um dos mecanismos importantes pelo qual se libertam detritos e excesso de água é o da transpiração.

Por baixo da pele existem glândulas chamadas “sudoríparas”, constituídas por estruturas que permitem ao excesso de água e às impurezas passarem de umas para as outras, sendo eliminadas depois através dos poros da pele. Este tipo de eliminação exige aos elementos, que tratam do doente, escrupulosos cuidados de higiene da pele, devendo manter-se sempre limpa e seca.

3.5.2. Eliminação Pelos Intestinos

Os produtos sólidos, resultantes da digestão e não absorvidos, são expelidos do organismo sob a forma de fezes

Fezes que são, é claro, detritos de tipos bem diferentes, quer na consistência quer na cor.

A eliminação pelos intestinos deve ser diária. Se houver obstipação (prisão de ventre), debruçar a atenção para uma alimentação rica em fibras e ingestão abundante de líquidos (sumos naturais, água em jejum, água morna, etc.). Se, com estes cuidados, se mantiver a mesma situação, comunicar ao enfermeiro ou ao médico para prescrição terapêutica (laevolac, gotalax, pursenid, clister de limpeza).

Se existir diarreia, proceder a cuidados de higiene regulares, mantendo o doente sempre seco; continuar a administrar líquidos para prevenir a desidratação (evitando o leite e iogurte) e avisar o médico e/ou o enfermeiro.

Após cada dejectão, proceder aos registos: número de dejectões, consistência das fezes (duras, moles, pastosas ou líquidas), a existência de qualquer matéria anormal (pus, muco ou sangue) e a cor (cor normal, preta, esverdeada).

Para facilitar a observação e para maior conforto do doente, quando este colabora, colocar uma arrastadeira.

Como Colocar a Arrastadeira:

- Usar sempre uma arrastadeira limpa;
- Ter o cuidado de a manter sempre seca e aquecida, quando se for colocar ao doente;
- Tapar com um pano a arrastadeira, mesmo antes de ser usada;
- Colocá-la em cima duma cadeira junto à cama do doente;
- Fazer uma dobra em triângulo na roupa da cama;
- Colocar o doente em decúbito dorsal;
- Pedir ao doente para flectir as pernas, apoiando-se nos calcanhares, de forma a elevar as nádegas;
- Levantar a camisa sem expor o doente;
- Colocar a mão esquerda na região renal, pegar a arrastadeira com a mão direita e introduzi-la sob as nádegas do doente, de modo a ficar

na posição adequada (a parte mais baixa deve ficar debaixo da anca);

- Deixar o doente só, se não houver contra-indicações e dar-lhe tempo;
- Retirar a arrastadeira da mesma forma como foi introduzida e colocá-la na cadeira;
- Limpar bem o doente; se colaborar pode ser ele a fazê-lo;
- Observar se ficam zonas de pressão;
- Esticar bem a roupa de maneira que fique sem rugas (quer o lençol, quer a roupa do doente);
- Posicionar o doente;
- Retirar a arrastadeira do quarto;
- Observar as características das fezes e fazer os registos.

Se o doente não puder ajudar a elevar as nádegas, pedir colaboração a outro elemento. Se for totalmente dependente, colocar uma fralda, tendo sempre o cuidado de o manter o mais limpo e seco possível.

3.5.3. Eliminação Pelos Rins

Os principais órgãos excretores são os rins que eliminam a urina.

Esta é, praticamente, uma solução de ureia e água que resultam da degradação e transformação dos alimentos durante a digestão.

A quantidade de urina durante as 24 horas é de 1000-1500cc, regra geral, o que significa cinco micções a um volume de 200cc a 300cc cada.

É fundamental observar a reacção do doente durante a micção e as características que a urina apresenta: clara, escura, com ou sem depósito e a quantidade.

Relativamente à reacção que o doente apresenta, deve-se verificar se manifesta dificuldade ao urinar, se tem ardência, se urina muitas vezes e pouco de cada vez, etc., alertando sempre o enfermeiro para qualquer alteração.

Se o doente está consciente e colaborante, quando manifestar a vontade de urinar, oferecer-lhe no momento o urinol ou a arrastadeira.

Como Oferecer o Urinol

- Levar o urinol coberto colocando-o numa cadeira junto do doente;
- Verificar se está bem limpo;
- Colocar o doente em decúbito dorsal;
- Fazer a prega em triângulo na roupa de cima da cama;
- Pedir ao doente para flectir as pernas e afastar as coxas e, se estiver colaborante, sugerir que coloque ele próprio o urinol;
- Deixar o doente só, para se sentir mais à vontade;
- Retirar com cuidado o urinol para não derramar o líquido;
- Posicionar o doente tendo em atenção a roupa;
- Observar as características da urina e fazer os registos.

Como se sabe, também a eliminação urinária pode, num doente acamado ou semi-acamado, estar comprometida, quer por retenção quer por incontinência.

A incontinência urinária consiste na saída involuntária de urina, e o auxiliar deve atender aos seguintes cuidados:

- Ajudar o doente a tomar consciência da sua situação;
- Aconselhar o uso de fraldas, cuecas descartáveis, colectores urinários e pensos para incontinentes;
- Manter o doente limpo e seco;
- Sensibilizar para a não ingestão de bebidas diuréticas (chá, café, álcool e cacau);
- Estabelecer horários para urinar, se for possível.

A retenção urinária traduz-se na incapacidade da bexiga eliminar a urina. Deve-se estar atento aos sinais indicadores de retenção: abdómen duro e volumoso, ausência de micções, suores, palidez, agitação física e queixas dolorosas. Perante este quadro, deve agir-se da seguinte forma:

- Pressionar suavemente a bexiga com as duas mãos;
- Estimular a micção através do contacto directo com a água ou, simplesmente, abrir uma torneira para que o doente possa ouvir a água a correr;
- Proporcionar um ambiente calmo, íntimo, onde o doente possa estar à vontade e descontraído;
- Contactar o médico ou o enfermeiro se estas medidas não produzirem resultados positivos;
- Dar atenção e cuidados especiais aos doentes algaliados.

3.6. *MEDICAÇÃO*

Medicamento é toda a substância química usada com o intuito de determinado efeito terapêutico, quer no tratamento quer na prevenção da doença.

São aplicados nas diversas formas e segundo processos diferentes, dependendo da gravidade da doença, da parte do corpo a tratar, das propriedades do medicamento e da urgência e duração da sua acção. Iremos debruçar-nos somente na administração da medicação “per-os” (oral), aplicação tópica e rectal. Em todas elas os cuidados gerais são os seguintes:

- Seguir sempre as instruções dadas pelo enfermeiro acerca da prescrição médica. Por exemplo: se a prescrição diz que o medicamento deve ser administrado antes das refeições, nunca se deve fazê-lo durante ou após as mesmas;
- Respeitar sempre a hora estipulada, para que se mantenha na corrente sanguínea a concentração desejada do medicamento e, assim, conseguir o efeito terapêutico pretendido;
- Verificar sempre se o doente ingeriu o medicamento. Às vezes fazem que engolem, e ficam com ele na boca. Na primeira oportunidade deitam-no fora;
- Alertar o enfermeiro para qualquer alteração ou reacção anómala.

3.6.1. Medicação «Per-Os» ou Oral

É toda a fórmula química administrada pela boca com fins terapêuticos ou curativos, e apresentam-se sob a forma de comprimidos, xaropes, cápsulas, drageias e pós.

É a via de administração mais conveniente, a mais segura, a que custa menos e, por isso, frequentemente utilizada.

Após a prescrição médica, o enfermeiro organiza a distribuição da medicação, estipulando um protocolo.

O auxiliar de acção médica tem neste campo uma função de vigilância e/ou de ajuda, tendo que cumprir rigorosamente a hora, a dose, e ter a certeza que o doente toma a medicação.

Antes da administração, devem atender aos seguintes cuidados:

- Lavar as mãos antes de tocar nos medicamentos;
- Confirmar sempre a prescrição correspondente ao medicamento que temos na mão;
- Se existirem dúvidas, confirmar com um segundo elemento, ou através do enfermeiro responsável.

Cuidados a ter com um medicamento líquido:

- Agitar bem o frasco;
- Ao retirar o líquido, ter o cuidado de segurar o frasco com o rótulo virado para cima, evitando que este fique danificado, no caso de o líquido escorrer ao longo do frasco;
- Colocar o frasco à altura dos olhos para que se possa medir exactamente a quantidade prescrita;

- Vigiar se o doente ingeriu o medicamento na sua totalidade;
- Estimular o doente a ingerir pelo menos um copo de água, após a ingestão do medicamento.

Cuidados a ter com um medicamento sólido

- Usar uma colher de chá para dar o medicamento ao doente; nunca usar os dedos para este fim;
- Dar pelo menos um copo de água ao doente para facilitar a ingestão do medicamento;
- Se existir dificuldade na deglutição, mesmo com a ajuda da água, esmagar o comprimido entre duas colheres e, se necessário, disfarçar o pó, misturando-o com os alimentos (sopa ou leite);
- Alertar o enfermeiro para qualquer intercorrência.

3.6.2. Aplicações Tópicas

Dada a grande sensibilidade da pele, é de enorme interesse uma boa e correcta terapêutica tópica. Só devem ser aplicadas pós e pomadas quando prescritas pelo médico, nas condições impostas por ele e mediante as instruções dadas pelo enfermeiro.

Assim, ao fazer-se a aplicação da pomada, em primeiro lugar, deve proceder-se à limpeza da pele com soro fisiológico, tendo o cuidado de o fazer suavemente, para manter a sua integridade. Se existirem crostas ou flictenas (bolhas), avisar o enfermeiro para proceder ao seu tratamento.

Feita a limpeza, inicia-se a aplicação da pomada, tendo em atenção que a mesma deve ser aplicada com a ajuda de uma espátula ou compressa.

Se observarem sinais de reacção alérgica (vermelhidão e prurido), suspender a aplicação, não se esquecendo que deve dar conhecimento ao médico ou enfermeiro.

Cuidados a ter com a aplicação de gotas:

- É fundamental ter cuidados na sua aplicação. Se forem gotas oftálmicas, colocá-las na conjuntiva perto do saco lacrimal (zona que fica do lado do nariz) e nunca na córnea;
- Se as gotas são otológicas, colocam-se primeiro no lobo da orelha e só depois se introduzem no canal auditivo, pois o uso directo, a frio, provoca dor;
- Se as gotas são nasais, proceder à desobstrução das narinas e, só depois, aplicá-las.

3.6.3. Medicação Rectal

Esta é uma via pouco utilizada, visto que existe uma grande limitação nos medicamentos em forma de supositórios. A introdução do supositório deve ser feita com cuidado para evitar traumatizar a mucosa, devendo o doente estar em decúbito lateral.

Se este apresentar diarreia, não utilizar esta via de administração porque a absorção está comprometida, devendo alertar o enfermeiro responsável de imediato.

Clister de Limpeza

É um tratamento ou meio de diagnóstico que consiste na passagem de um líquido através de um tubo introduzido no ânus.

A sua principal função é facilitar a remoção de fezes dos intestinos com o objectivo de combater a prisão de ventre ou limpar o intestino como preparação para algum exame.

Técnica

- Não é necessário anestésico, embora este processo possa provocar ligeiro mal-estar à medida que o líquido dilata o intestino.
- Ter o material à mão (arrastadeira, sonda rectal, vaselina, irrigador, toalha e luvas);
- Proteger a cama sob as nádegas do doente com um resguardo;
- Posicionar o doente em decúbito lateral (com os joelhos flectidos);
- Dobrar a roupa da cama em pregas até aos pés deixando o doente coberto com o lençol;
- Colocar o doente à borda da cama do lado em que se vai trabalhar;
- Colocar a arrastadeira junto da cama (devendo esta estar coberta);
- Encher o irrigador com a quantidade de água morna indicada e com o medicamento se estiver prescrito (microlax, laevolac, sabão, outros);
- Calçar as luvas;
- Abrir a torneira para sair o ar e deixar correr um pouco da solução para dentro da arrastadeira;

- Lubrificar a sonda com vaselina;
- Introduzi-la cuidadosamente;
- Levantar o irrigador para que a água desça; se esta estiver a correr muito depressa, apertar o tubo com os dedos polegar e indicador;
- Se o doente se queixar de dores, ou não reter o líquido, parar alguns minutos;
- Quando o líquido tiver corrido todo, retirar a sonda e colocar a arrastadeira debaixo do doente, aconselhando-o a reter a solução pelo menos 5 minutos;
- Aguardar que o líquido que entrou volte a sair;
- Retirar a arrastadeira, o resguardo e o lençol, se estiverem molhados, aproveitando para limpar o doente;
- Posicionar o doente;
- Fazer o registos;
- Dar conhecimento ao enfermeiro dos resultados obtidos.

3.7. AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS

Os sinais vitais são a Temperatura (T), Respiração (R), Pulso (P) e a Tensão Arterial (TA). Vamos falar resumidamente dos três primeiros, dado que, na nossa opinião, a avaliação da tensão arterial não se enquadra nas competências dos auxiliares.

TEMPERATURA

É a relação que existe entre o calor produzido e o calor gasto pelo corpo.

Existem várias formas de avaliar a temperatura, tais como: temperatura bucal, rectal e axilar. Para avaliar a temperatura bucal, o termómetro deve permanecer debaixo da língua 5 minutos; para a temperatura rectal, introduzir o termómetro no recto cerca de 3 cm e deixar estar 3 a 5 minutos (37.2°C de temperatura normal); para a temperatura axilar, ter o termómetro em contacto com o corpo cerca de 5 a 10 minutos (temperatura normal – 36/36.5°C).

A temperatura rectal é a mais correcta; porém, não é muito usada.

A avaliação da temperatura e o seu registo são importantes, pois contribuem para a apreciação da situação patológica e sua evolução.

Nota: não usar termómetros de mercúrio.

PULSO

O pulso é a contracção e expansão alternada duma artéria, correspondente ao bater do coração.

Colocar dois dedos (o 2º e o 3º dedo da mão) na artéria do lado de dentro do braço, mesmo por cima do rádio – pulso radial. Nunca usar o nosso polegar, pois este tem pulsação própria, confundindo-nos com a do doente. Logo que se sinta o pulso a bater, contar durante um minuto.

O pulso normal para um adulto é entre 60-80 pulsações por minuto.

O pulso pode ser tomado em qualquer artéria superficial que tenha um osso ou um plano duro a servir de apoio contra o qual se possa palpar.

RESPIRAÇÃO

A respiração é a inalação de ar e a sua expulsão para o exterior. Para a podermos avaliar, temos que o fazer sem que o doente se aperceba, contando o levantar e o baixar do tórax durante um minuto.

Se o doente puder ter o braço caído junto á parte inferior do tórax, sem dificuldade se pode aproveitar, enquanto a nossa mão segura o pulso do doente, contar os movimentos do tórax ou do abdómen.

3.8. *DISTRACÇÃO E OCUPAÇÃO DO DOENTE.*

Distrair é desviar a atenção, portanto, ao tratar do doente em casa, implica desviar-lhe a atenção da monotonia, da tristeza e ideias lúgubres que a doença lhe possa trazer.

A distracção, juntamente com o conforto, o repouso e o sono, são os meios mais seguros e mais naturais ao Homem para o acalmar.

A ocupação é geralmente uma meio útil e produtiva de distracção e deve, por isso, ser estimulada.

Uma longa permanência na cama é muito maçadora e, por vezes, leva o doente a julgar-se incapaz de vir a retomar as suas actividades normais de vida. Daí a necessidade não só de o distrair, como também, de o fazer ocupar.

Um plano de ocupação e distracção deve ser elaborado atendendo às condições que cada um apresenta relativamente ao estado físico e mental, à idade, ao sexo, às suas preferências, aos hábitos e actividades anteriores à doença.

Os principais tipos de distracção que pretendemos referir são:

- A leitura (livros, revistas, jornais);

- A rádio;
- A televisão;
- Os jogos;
- Os trabalhos manuais.

Haverá outros que aqui não são apontados, mas que, no entanto, são de igual valor. O mais importante é responder eficazmente às solicitações e preferências do doente.

4. DOENTE DIFÍCIL

Tratar de um doente difícil, com paciência e compreensão é pôr todo o profissionalismo à prova.

O que seguidamente se apresenta, pretende descrever as diferentes características de personalidade, comuns a determinados grupos de doentes, que tornam o relacionamento humano mais ou menos difícil e que são:

Os doentes passivos – Não põem nada em causa, não fazem perguntas, nem sugerem nada; parecem ficar completamente alheios à situação;

Os doentes medrosos – Entram em pânico devido ao seu estado; têm sempre pensamento negativista;

Os doentes argumentadores – Pensam saber tudo sobre a sua doença, não estando dispostos a aceitar conselhos dos outros;

Os doentes agressivos – Descarregam a sua hostilidade naqueles que o tratam; falam com voz alta, têm gestos bruscos e linguagem agressiva;

Os doentes violentos – Começam por abusos verbais, indo até às ameaças de violência.

O que torna um doente, ainda mais difícil, é a reacção excessiva e alterada porque estão angustiados e as suas emoções estão fora de controlo. Quando uma pessoa chora, grita, argumenta ou se retira, fá-lo porque naquele momento é incapaz de reagir de outra forma. De facto, fazer o

juízo de um comportamento, por vezes leva a enganos, fundamentalmente, se a pessoa se encontra doente.

Todo o doente que reage anormalmente a determinado tipo de estímulos, terá boas razões para o fazer. Convém referir que as experiências e crenças culturais o influenciaram e o impedem agora de responder de forma diferente. A maneira mais simples de ultrapassar esta dificuldade consiste em visualizar o doente no seu todo bio-psico-sócio-cultural, de forma multifacetada e multidisciplinar. Por conseguinte, entendemos que, perante um doente difícil, a actuação do auxiliar deve reger-se pelas seguintes orientações:

- Aceitar o doente, sem aprovar ao mesmo tempo o seu comportamento;
- Permanecer atento, tentando identificar a razão para essa atitude;
- Tornar-se disponível, gastando tanto tempo quanto o doente o desejar ou exigir;
- Demonstrar-lhe preocupação, compreensão e interesse;
- Permitir que o doente fale de sentimentos negativos, evitando punições sobre o seu comportamento;
- Evidenciar os pontos fortes do doente;
- Demonstrar honestidade e integridade moral;
- Saber ouvir e dar-lhe privacidade quando necessário;
- Ser flexível, isto é, ter capacidade de resposta às mudanças de condições;
- Dar informações conforme a necessidade do doente, não tentando nunca controlá-lo;

- Não fazer promessas, a não ser que possam ser cumpridas;
- Repetir várias vezes a mesma coisa, até ter a certeza que o doente nos ouviu.

Quando o doente der conta de que está a ser compreendido, fica confiante, modifica o humor, descontraí-se, olha directamente para a pessoa que se encontra junto dele, e começa a agir de maneira diferente.

5. DOENTE INFECTADO

Um processo infeccioso instala-se no organismo quando este é invadido por bactérias, vírus, fungos, etc.

O modo de transmissão é não só por contacto directo (pessoa a pessoa), mas também por meio de veículos, tais como, alimentos, água, medicamentos, sangue, gotículas suspensas no ar, poeiras, mosquitos, entre outros, que penetram no organismo através do aparelho respiratório, digestivo, urinário, mucosas e pele.

Após o contacto do agente infeccioso com o organismo, a reacção deste vai depender muito da idade, do sexo, estado de nutrição, factores ambientais, bem como da presença de doenças subjacentes.

Perante o quadro apresentado, parece não ser fácil cuidar de um doente que, habitualmente, tem as suas defesas diminuídas, febres, vómitos e diarreias frequentes, e que obrigam a uma intensificação dos cuidados. Por outro lado, para impedirmos que a doença se propague, necessitamos de tomar cuidados específicos, o que dificulta ainda mais a nossa acção.

No intuito de estar a contribuir para minorar as dificuldades apontadas e mais facilmente se atingir uma boa protecção (a nossa, a do doente e a do ambiente), gostaríamos, seguidamente, de relevar os seguintes aspectos:

- Explicar ao doente, se estiver consciente, o porquê das medidas de precaução que vamos praticar;

- Pedir a colaboração e orientação ao enfermeiro acerca das medidas específicas a ter em conta;
- Usar máscara e luvas se a condição do doente o exigir;
- Ter o cuidado de não levar as mãos à cara após o contacto com o doente;
- Usar uma bata quando se procede à higiene e alimentação do doente, tendo o cuidado de a pendurar com o lado contaminado virado para fora. Ao vesti-la, pegar na parte de dentro da gola e enfiar as mãos sem tocar na parte externa. Se for possível utilizar as batas de um só uso, que são as mais indicadas;
- Reduzir o número de pessoas que frequentam o quarto;
- Retirar as cortinas de pano e substituí-las por outras que possam ser lavadas e desinfectadas com facilidade;
- Proteger as mesas com um resguardo de plástico, pois permite uma boa limpeza e desinfectação;
- Retirar a mobília do quarto, deixando só a indispensável;
- Evitar carpetes e os objectos que tendem a favorecer a acumulação de pó e micróbios;
- Instalar o doente num quarto sossegado, afastado dos restantes membros da família;
- Manter sempre arrumada uma mesa que deverá conter os objectos de uso exclusivo do doente (ex.: objectos de toilette);
- Não levar material contaminado para fora do quarto;
- Manipular todo o material sujo com luvas e rotular o lixo de infectado;

- Ensinar o doente a tossir com a boca e o nariz protegido com um lenço de papel;
- Se tivermos tocado no doente e houver necessidade de se tocar num objecto limpo, usar um bocado de papel, deitando-o fora de seguida. Esta manobra deve ser usada para abrir torneira e portas;
- Lavar e desinfectar os objectos que não possam ser fervidos, mergulhando-os em soluto de Dakin;
- Todo o material sujo deve ser colocado em recipientes com protecção e devidamente identificado;
- Ensinar o doente e a família que, atendendo à debilidade em que se encontra o seu sistema imunitário, devemos tomar medidas no sentido de o proteger ao máximo das agressões do meio. Por outro lado, devemos proteger as pessoas e o meio ambiente de forma a prevenir outras contaminações

6. EVITAR PERIGOS E QUEDAS

A segurança dos doentes é muitas vezes ameaçada e são múltiplos os riscos de ser atingida a sua integridade física, psicológica e social.

Como a necessidade de segurança engloba várias vertentes, também as intervenções que visam manter a independência se fazem em vários níveis.

As quedas são, talvez, o maior perigo a que o doente está sujeito e representam um grande problema, quer para o doente quer para a família. Acontecem por causas bem conhecidas e que são, por um lado, as alterações da sensibilidade, do equilíbrio e da visão, reacções medicamentosas, agitação, depressão, desorientação, problemas articulares e alcoolismo; por outro, o desajuste do espaço físico, nomeadamente pela presença de mobiliário nas zonas de circulação.

Assim sendo, o auxiliar/família devem preocupar-se em manter o ambiente físico o mais simples possível, de forma a minimizar ou eliminar os factores de risco, dos quais alertamos para os seguintes:

- Evitar alterar a disposição do mobiliário, respeitando dentro do possível a anterior, uma vez que é aquela que o doente melhor identifica;
- Os objectos de uso pessoal devem ser mantidos e colocados em locais de fácil acesso;
- Não deixar as gavetas ou portas abertas, os aquecedores devem ser colocados em locais apropriados e as zonas de circulação estarem

livres de qualquer obstáculo para que o doente possa mobilizar-se apesar das suas limitações;

- As casas de banho devem possuir tapetes de borracha antiderrapante nos chuveiros e banheiras, barras de apoio e, se necessário, adaptar a altura da sanita (elevadores de sanita);
- O pavimento, de uma forma geral, deve ser regular, não escorregadio, estar limpo e seco e ausente de tapetes ou carpetes;
- A roupa do doente deve ser adequada ao seu tamanho (camisas de dormir, calças e roupões compridos provocam quedas);
- O calçado deve favorecer a estabilidade (bases largas), com solas antiderrapantes e ajustadas ao pé;
- O levante do doente da posição de deitado deve ser feito gradualmente (sentar-se primeiro e só passados alguns momentos pôr-se em pé; em seguida, ficar parado algum tempo antes de começar a andar), para evitar desequilíbrio ou mesmo quedas, em consequência da hipotensão.

No doente acamado, a prevenção de quedas baseia-se na colocação de grades laterais, bem como no levante cuidadoso e seguro para as cadeiras de rodas.

Estar sempre atento às reacções do doente através de uma vigilância eficaz, é, sem dúvida, a melhor acção para evitar as quedas em qualquer caso.

7. DOENTE COM DIABETES

A diabetes é uma alteração metabólica em que o organismo é incapaz de utilizar eficientemente o açúcar vindo dos alimentos, devido à produção insuficiente de insulina. Na maioria dos casos, é de natureza hereditária e existe em todas as idades.

A forma de diabetes mais frequente é a diabetes *mellitus* que se apresenta sob dois tipos: *diabetes tipo I* ou insulínodépendente (necessita de administração de insulina) e *diabetes tipo II* ou não-insulínodépendente (controlada por antidiabéticos orais).

Feito o diagnóstico da doença e dado que não é conhecida a sua cura, o tratamento e controlo são fundamentais. A diabetes, sem tratamento, causa mal-estar, podendo provocar situações perigosas: hiperglicemias, hipoglicemias, lesões nos vasos sanguíneos, coração, rins, olhos e nervos.

O auxiliar pode ter aqui um papel importante, na vigilância da glicemia e dos sinais indicadores de alterações.

Para determinar a glicemia, ou seja, quantificar o açúcar no sangue, o auxiliar/família, recorrem a uma pequena máquina de avaliação de glicemia, que facilmente se encontram disponíveis no mercado (Farmácias, Laboratórios, etc).

Técnica

- Ter todo o material à mão (algodão, éter, máquina, fitas-teste, lancetas ou agulhas);
- Desinfectar o local da picada (deixar secar bem);
- Pegar na lanceta e picar o dedo na parte lateral (provoca menos dor porque esta zona tem menos terminações nervosas);
- Colocar uma gota espessa de sangue na zona de teste da tira;
- Manter o sangue o tempo indicado nas instruções das tiras (existem vários modelos);
- Colocar a tira na máquina (se for o caso) e esperar o tempo indicado;
- Observar os valores apresentados;
- Actuar de acordo com as instruções da equipa técnica.

A glicose, ou açúcar, também pode ser avaliada na urina , pelo que se denomina de glicosúria.

Técnica

- Pedir ao doente para urinar num recipiente;
- Se estiver algaliado, recolher urina recente do saco colector;
- Mergulhar a tira-teste na urina;
- Cumprir o tempo indicado para cada tipo de tira;
- Deixar secar;

- Comparar rigorosamente as cores com a tabela indicada na embalagem das tiras;
- Agir de acordo com as indicações médicas.

O tratamento da diabetes tem, como objectivo, manter o nível de açúcar no sangue dentro dos valores normais (90 a 120 mg/dl) e consegue-se através de uma dieta adequada e do cumprimento rigoroso da medicação.

Devem-se evitar o açúcar, bebidas açucaradas, artigos de confeitaria e gelados, fazer várias refeições ao dia, a horas regulares e beber muitos líquidos (1,5 litros/dia) para compensar as perdas.

A medicação está dependente da prescrição médica e pode ser administrada por via oral ou por injeção subcutânea, como no caso da insulina.

Existem dois tipos de insulina: a de acção rápida e a de acção prolongada.

A de acção rápida tem efeito rápido mas de curta duração, razão pela qual é administrada de acordo com o esquema terapêutico instituído a cada doente e a quantidade de glicose apresentada. A de acção prolongada tem um início mais tardio, mas o efeito dura mais tempo. Esta, normalmente, é administrada uma a duas vezes por dia, tem valores fixos (determinados pelo médico), não variando com os valores apresentados em cada pesquisa.

Em situações de controle difícil da diabetes, o tratamento pode ser conjugado com os dois tipos de insulina.

A administração de insulina é uma técnica simples mas que requer alguns cuidados.

Técnica

- Ter preparado o material necessário (seringa de insulina, caneta, agulhas, éter, algodão e frasco de insulina);
- Lavar as mãos;
- Agitar o frasco de insulina;
- Desinfectar com éter a rolha de borracha do frasco;
- Espetar a agulha na rolha, injectar um pouco de ar no frasco e aspirar a quantidade a administrar;
- Retirar o ar da seringa e substituir a agulha;
- Se for caneta: destravá-la, rodar o botão doseador até aparecer no visor a dose desejada e colocar a agulha;
- Desinfectar a pele onde vai ser administrada a insulina;
- Espetar a agulha (não deve ficar muito profunda para não apanhar a camada muscular, nem muito superficial para não formar bolhas ou manchas na pele);
- Injectar a insulina e retirar lentamente a agulha para evitar a saída da insulina através do local da picada.

Os locais de injeção da insulina devem variar a cada administração para evitar complicações como lipomas (almofadas espessas de gordura) ou lipoatrofias (depressões ou buracos na pele), alterando a absorção da insulina. Os locais de administração de insulina são os braços (face externa), coxas (face externa), nádegas e região abdominal, sendo a absorção mais rápida na região abdominal.

Como em qualquer doença, também a diabetes tem complicações: As mais frequentes são a hipoglicemia, a hiperglicemia e as úlceras dos pés.

A hipoglicemia consiste na descida excessiva do nível de açúcar no sangue e ocorre quando as refeições são mal distribuídas durante o dia, quando a quantidade de alimentos é mínima, o exercício físico é intenso ou por medicação excessiva

Tem os seguintes sintomas: fome súbita ou devoradora, sensação de tremor interior, palpitações, aceleração dos batimentos cardíacos, perda de forças, sensação de desfalecimento, suores frios, palidez, dor de cabeça ou, mesmo, perda da consciência e coma

Evita-se, fazendo refeições regulares e impedindo que o intervalo entre a última refeição da noite e a primeira da manhã não seja superior a 8 horas.

A hiperglicemia, ou seja, o nível excessivo de açúcar no sangue, pode ser causada pela falta de produção de insulina ou por uma ingestão excessiva de açúcar. Esta, ao contrário da hipoglicemia, é uma situação que evolui lentamente.

Os principais sintomas são a sede intensa, secura da boca, pele seca, eliminação excessiva de urina, cansaço, vômitos e confusão.

Evita-se, seguindo uma dieta adequada e cumprindo a medicação instituída.

Os pés são outro factor a ter em conta num doente diabético, pois a circulação e a sensibilidade estão alteradas.

Nunca devem andar descalços; mesmo dentro de casa, usar sapatos confortáveis, de pele e ajustados, evitando o calçado de borracha ou material sintético, pois não deixam arejar os pés.

Os sacos de água quente devem ser utilizados com cuidado, e os pés devem ser lavados com água tépida e sabão suave, enxugando-os muito bem com uma toalha macia.

As meias devem ser de algodão ou de lã, e as unhas cortadas a direito e não muito rentes.

O auxiliar/família deve observar diariamente os pés do diabético e, se detectar qualquer anomalia como feridas, calosidades, edemas, alterações da cor, da temperatura, contactar imediatamente o enfermeiro/médico.

Apesar das complicações a que o doente diabético está sujeito, é relativamente fácil controlar sua situação. Basta cumprir o regime alimentar, o plano terapêutico (medicação e controlo de glicemia) dar atenção especial às pernas e pés e, se possível, fazer algum exercício como a marcha e o passeio.

8. DOENTE COM COLOSTOMIA

A colostomia é a exteriorização do intestino na parede abdominal por uma abertura na pele, denominada estoma.

Quando o doente tem conhecimento, pela primeira vez, da necessidade de uma colostomia, a reacção imediata será o choque ou a descrença, apresentando-se triste, retraído e deprimido. É difícil para a maior parte das pessoas aceitá-la.

A colostomia pode ser feita a vários níveis (cólon ascendente, descendente ou transverso), o que implica alterações na consistência das fezes. Assim, em regra, a colostomia do cólon ascendente (metade direita) apresenta saída de fezes líquidas ou pastosas; se for efectuada na metade esquerda do cólon (no cólon descendente ou sigmóide), as fezes são sólidas.

Como é óbvio, o doente que tem colostomia, é susceptível a alterações psicológicas. A sua qualidade de vida passa por uma adequada adaptação ao estoma e, nas situações em que o doente não colabora, por uma boa prestação de cuidados.

A adaptação ao estoma varia de acordo com a idade (os jovens aceitam melhor), o sexo (as mulheres aceitam pior a alteração da imagem), a informação transmitida antes da cirurgia, suporte familiar e as complicações pós-operatórias.

O material a utilizar depende do tipo de cirurgia e existe no mercado uma vasta gama de material para colostomizados:

- Dispositivos abertos (se as fezes são líquidas);
- Dispositivos fechados (se as fezes são sólidas ou pastosas);
- Dispositivos de peças únicas (a placa está unida ao saco, tendo a vantagem de ser recortável, ou seja, a abertura da placa é adaptada ao tamanho do estoma).
- Dispositivos de duas peças (a placa é separada do saco, sendo este encaixado no aro existente na placa).

É fácil perceber que a pele, à volta do estoma, não está preparada para esta nova situação, o que requer cuidados específicos, pelo que devemos ter em conta o seguinte:

- Escolher o tipo de material mais adequado a cada situação (sob orientação do enfermeiro);
- Adaptar a abertura da placa ao tamanho do estoma;
- Limpar a pele à volta do estoma (com água e sabão);
- Evitar álcool ou produtos alcooolizados porque secam e irritam demasiado a pele;
- Se a pele se apresentar irritada, aplicar pasta protectora;
- Se existirem pelos, cortá-los para facilitar a adaptação da placa;
- Centrar a abertura do saco e premir suavemente;
- Substituir os sacos em SOS;
- A alimentação, sem ser especial, requer alguns cuidados: bebidas sem gás, fruta descascada, leite desnatado, legumes verdes, pão branco, peixe branco, evitando, sempre que possível, legumes ricos

em fibras, fritos, fumados, chocolate e frutos laxantes (melão, laranja, ameixa e tangerina).

9. DOENTE COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

9.1 ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES

Quando o doente já não tem os mecanismos de tosse eficientes, a acumulação de secreções é uma realidade. Esta situação agrava-se com a imobilidade prolongada.

A necessidade de aspiração expressa-se por respiração ruidosa e húmida, associada a uma frequência cardíaca e respiratória aumentada.

A aspiração é a forma pela qual são removidas as secreções. Somente os técnicos têm formação específica para efectuar uma aspiração eficaz, mas tanto a família como o auxiliar podem aliviar o desconforto provocado pela acumulação de secreções. O ensino é feito pelo enfermeiro e só é permitida a sua execução quando os elementos treinados se acham aptos a executar a técnica.

Todo o material usado deve estar limpo e reunido junto do doente: aspirador de secreções, luvas, sondas de aspiração, recipiente com água (para lavagem da sonda), copo com água, compressas, toalha e seringa.

Técnica

- Explicar ao doente a necessidade da aspiração;
- Posicionar doente em decúbito dorsal;

- Abrir a sonda e conectá-la ao tubo de aspiração, mantendo-a no invólucro;
- Colocar as luvas;
- Pegar na sonda pela base com a mão esquerda, e com a direita segurar a ponta;
- Introduzir a sonda na boca, e com movimentos suaves aspirar (pressionar ritmicamente a via livre da conexão em Y);
- Fazer aspirações intermitentes, deixando o doente respirar;
- Se as secreções são espessas, introduzir pequenas quantidades de água com uma seringa ao mesmo tempo em que se aspira;
- Proceder à higiene oral;
- Posicionar comodamente o doente.

9.2. *OXIGENOTERAPIA*

A oxigenoterapia é a administração de oxigénio ao doente, a uma concentração e pressão maior que as encontradas no meio ambiente.

O objectivo deste tratamento é eliminar a baixa de oxigénio, poupando o esforço não só do pulmão mas também do coração.

Os sinais e sintomas da necessidade de oxigénio variam de acordo com a forma/intensidade da instalação da dispneia, (falta de ar), e vão desde a fadiga, sonolência e apatia, à cianose labial e das extremidades, taquicardia, entre outros.

A concentração de oxigénio a administrar varia conforme as necessidades do doente e é da responsabilidade médica. Por ser um gás seco, requer humidade constante para evitar o ressecamento das vias aéreas.

A forma de administração de oxigénio no domicílio é feita, essencialmente, através de máscaras ou de sondas nasais.

As máscaras são usadas quando as concentrações de oxigénio são mais altas. Têm algumas desvantagens: limitam a alimentação / hidratação / comunicação, provocam desconforto devido ao calor gerado, podendo criar sensação de “fome de ar”. Necessitam de estar bem adaptadas para não haver fugas de oxigénio.

As cânulas nasais podem ser usadas se as concentrações de oxigénio são baixas, e têm bastantes vantagens: permite que o doente fale, tussa, coma, e são de fácil utilização. Apresentam também desvantagens, pois deslocam-se facilmente das narinas e secam as mucosas podendo provocar lesões.

Cuidados específicos:

- Manter o circuito funcionante;
- Certificar-se se todas as conexões estão adaptadas;
- Colocar água no humidificador (substituir a água em SOS);
- Ajustar a velocidade do fluxo de acordo com a prescrição médica;
- Vigiar o doente (estar atento a reacções adversas e comunicá-las de imediato);
- Lavar o humidificador e a máscara em SOS.

9.3. NEBULIZAÇÃO

A nebulização é um tratamento suplementar das doenças respiratórias ou pode ser usada como simples forma alternativa de humidificar o ar e as secreções brônquicas.

A nebulização é efectuada através de nebulizadores ou inaladores.

Os nebulizadores dirigem o ar ou o oxigénio sob pressão através de um medicamento, produzindo uma névoa constante que é inalada. Têm a vantagem de não necessitarem da coordenação da respiração com a acção do nebulizador.

Técnica

- Reunir todo o material: kit nebulização (máscara, prolongador de oxigénio e recipiente para o líquido), soro fisiológico, seringa 10 cc, agulha e medicamento prescrito
- Preparar a solução de acordo com a prescrição;
- Colocar a máscara bem ajustada;
- Regular a velocidade do fluxo de forma a produzir névoa;
- Cumprir tratamento até ao fim;
- Vigiar o doente; se observar alterações, suspender e chamar o médico.

Os inaladores são dispositivos de pequeno volume, de fácil manuseamento e possuem doses fixas.

A sua utilização requer cuidados específicos:

- Agitar o inalador;
- Pôr o inalador na boca e começar a respirar lentamente e, ao mesmo tempo, pressionar a extremidade do inalador;
- Inspirar lentamente até sentir os pulmões cheios;
- Conter a respiração durante 4 a 6 segundos;
- Expirar e repetir, se indicado.

Este método só é possível, se o doente colaborar e apresentar as vias aéreas desobstruídas.

10. O AUXILIAR PERANTE A DOR

A dor é uma espada de dois gumes. Se, por um lado, nos avisa e ajuda a afastar do calor, do frio ou dos objectos cortantes, por outro, impede-nos de aceitar um tratamento que implique dor.

A dor contínua, grave, acaba por provocar exaustão física e mental, evitando que o indivíduo funcione produtivamente

Acompanha quase todas as doenças e, talvez, nenhuma sensação seja tão temida pelos doentes como sofrer tratamento médico ou cirúrgico que provoque dor.

Em nenhuma situação foi definida e compreendida satisfatoriamente. É uma vivência desagradável, inteiramente subjectiva, que só a pessoa que a experimenta pode descrever.

É uma realidade imperfeita porque só admitimos a sua existência quando se passa connosco ou quando acreditamos naquela que os outros comunicam.

Objectivamente não temos meios de confirmação da dor, pois esta é aquilo que o doente diz que é. Ocorre quando ele diz que ocorre, e magoa tanto como ele diz que magoa.

Está intimamente relacionada com as emoções, como a ansiedade e o medo, variando consoante a culturas, a idade, o sexo, as vivências anteriores, a personalidade e o ambiente propriamente dito.

A causa e as circunstâncias da dor podem também afectar a maneira como ela é sentida. No caso de doentes cancerosos, pelo medo da doença,

uma dor ligeira pode ser sentida com maior intensidade e causar mais angústia do que uma dor semelhante numa pessoa saudável.

O auxiliar de acção médica, após observação contínua, deve recolher dados que ajudem a identificar a dor, para que em conjunto com a equipa técnica possam estabelecer um plano de controlo da mesma.

Assim, é fundamental que se identifique o seu começo e evolução, a localização, a intensidade e o tipo, quais os factores desencadeantes e/ou atenuantes e compreender as situações relacionadas com a dor nas pessoas com dificuldade de comunicação.

Conforme é sentida de formas diferentes de doente para doente, também é designada pelos mesmos de maneiras diferentes. Vários adjectivos são atribuídos ao tipo de dor sentida. Existe a dor latejante, penetrante, persistente, sensação de ardor, constrictiva, entre outras.

O rigor, com que o doente pode descrever a dor que sente, varia muito, embora possa ser uma boa pista para o seu diagnóstico

Pode, portanto, ser referida por ele próprio ou, então, manifestar-se por sinais que nos podem levar a pensar que o mesmo se encontra com dor como, por exemplo, a presença de uma maior frequência cardíaca, a alteração da respiração, sudorese intensa, palidez, tensão muscular, alterações na expressão facial, etc.

Influencia o conforto físico, o apetite e a eliminação, devendo o auxiliar, nestes casos, ficar mais predisposto e sensibilizado para a prestação de cuidados redobrados.

Um doente, com dores, frequentemente tem medo. Este pode ser minorado pela calma da pessoa que o trata e, particularmente, por uma demonstração de competência. É um grande conforto saber que não existe

pressa durante os cuidados de higiene, o que implica um maior relaxamento muscular e, conseqüentemente, uma provável diminuição dos níveis da dor.

O auxiliar de acção médica, tendo em conta o tempo de permanência junto do doente e família, é o elemento que melhor avaliará a intensidade da dor e, em colaboração com a equipa técnica, terá um papel fundamental no tratamento dessa mesma dor.

O tratamento pode ser farmacológico e não farmacológico.

O tratamento farmacológico é baseado em medicação analgésica e/ou anti-inflamatória; em situações mais graves (doentes cancerosos) poder-se-ão utilizar os narcóticos.

Mais uma vez o papel do auxiliar é de extrema importância, porque, em colaboração e sob supervisão da equipa técnica, terá as vantagens de cumprir o plano terapêutico elaborado pelo médico, de envolver a família nesse mesmo plano, de administrar a terapêutica oral (comprimidos, cápsulas, gotas, xaropes) ou de aplicação tópica (pomadas, cremes).

O tratamento não farmacológico é baseado em técnicas com alguma simplicidade e facilidade de execução, mas que ajudam a aliviar a dor e que o auxiliar também pode desenvolver

Destacamos aquelas que achamos mais práticas e eficazes.

Relaxamento: Tem efeitos directos na tensão muscular; por isso, ao fazermos diminuir a actividade muscular, automaticamente alivia a dor. Por outro lado, esta técnica permite distrair o doente, retirando-o dos seus pensamentos e da sua concentração na dor. Ensinar o doente a respirar lentamente e com ritmo é fundamental para diminuir a ansiedade, induzindo o relaxamento.

Programas de actividade: A dor leva a uma diminuição da actividade física podendo provocar sentimentos de desespero e perda da autonomia. O planeamento de actividades que o doente pode desenvolver (só ou com ajuda) permite-lhe quebrar este ciclo e mantê-lo mais distante do pensamento de dor. O envolvimento nas actividades provoca o sentimento de que “é capaz” e de que “pode controlar a sua vida”.

Técnicas de distracção: Consiste em dirigir a atenção do doente para algo que não seja a sua dor como, por exemplo, ouvir música, ver televisão, ler, etc. Este método, por um lado, reduz a intensidade da dor; por outro, aumenta a tolerância à mesma, tornando-a menos incómoda.

Musicoterapia: A música pode servir para aliviar a dor ou ser a base da técnica de relaxamento. Induzindo o doente a cantar, serve de distracção e bem-estar (deve-se escolher o tipo de música que mais lhe agrada).

Toque terapêutico: Desempenha um papel importante no controlo da dor, sobretudo se associado às massagens. No entanto, o toque pode consistir apenas na fricção suave das mãos, pés, costas e pernas, proporcionando-se bem-estar físico através do conforto, descontração e confiança transmitida.

Estimulação cutânea: A aplicação do calor ou frio na região localizada da dor é um método simples e altamente eficaz.

Habitualmente a família preocupa-se quando o doente tem dores, o que é compreensível. A atenção pronta às necessidades do doente, uma explicação simples e clara acerca do comportamento do mesmo, pode ajudar significativamente a reduzir os seus níveis de ansiedade, medos e preocupações. Uma atitude tranquilizadora é preponderante e fundamental

para evitar transmitir a ansiedade da família ao doente pelas razões que já foram apontadas

Resumindo, podemos lembrar que a dor é uma experiência individual, que não tem nível preciso de intensidade e que é urgente e ético aliviar essa mesma dor, por ser uma vivência destruidora, não só do ponto de vista físico, como psíquico e sócio-familiar.

11. DOENTE IDOSO TERMINAL

Sabemos que os anos que se aproximam vão ter um número cada vez maior de pessoas idosas e muito idosas. Os anos passam, envelhece-se, as doenças instalam-se, progridem e, depois, inevitavelmente morre-se. Daí o abordarmos este assunto com preocupação e relevo, atendendo a que qualquer ser humano deve ser ajudado e compreendido até à morte.

A morte é o fim mais certo e inevitável de todos os seres vivos. Certamente que concordam quando afirmamos que o doente idoso terminal deve permanecer em casa, onde, com certeza, vivenciou tantos outros estádios de vida, o que nem sempre é possível.

Actualmente, ainda são os lares e os hospitais os locais onde se depara com maior frequência com o doente idoso terminal.

Conhecendo as debilidades com que as nossas estruturas de saúde nos dão apoio, estando longe de poderem responder ou desempenhar o papel que lhes compete na comunidade, facilmente se compreende que a tendência seja, ainda, desinsere o idoso no seu habitat, internando-o nos lares e hospitais. Por outro lado, o contributo da família nem sempre é satisfatório, o que compromete gravemente a relação - doente idoso terminal, família, equipa de saúde - o que implica, geralmente, uma má qualidade na prestação dos cuidados.

O aparecimento da equipa de auxiliares da Polienf-Porto vem neste seguimento e pretende dar resposta às necessidades inerentes ao tratamento do doente em casa, sem esquecer ou deixar de referir que o papel da

família, junto do doente, é preponderante ao seu bem-estar bio-psico-social e espiritual.

Aliado a um bom diagnóstico das necessidades do doente terminal, em que apresenta uma falência progressiva de todas as funções vitais, o técnico de saúde, neste caso o auxiliar, deve estabelecer uma resposta, no sentido de minorar as complicações ou aliviar o sofrimento; investindo numa comunicação meiga e carinhosa com o doente.

Quando o doente idoso, moribundo, toma consciência do inevitável, tende para a solidão, a tristeza, o abandono progressivo e tem, certamente, necessidade de uma presença, de uma pessoa em quem confie.

Afirma-se, com frequência, que, na maior parte das vezes, é mais importante a presença do que o cumprimento rigoroso dos cuidados específicos. Nenhum auxiliar consegue certamente desempenhar tão bem quanto a família estas funções, apesar do muito treino ou preparação que tenha recebido. Depreende-se, por isso, que é imprescindível e preponderante a acção de ambos em todo o processo de tratamento do doente.

11.1 CUIDADOS COM O DOENTE MORIBUNDO

A tristeza e a inevitabilidade da morte acarretam problemas e dificuldades que poucas pessoas têm capacidade ou experiência de enfrentar sozinhas.

Geralmente, o doente moribundo nunca faz uma pergunta directa sobre a sua situação. Isto não significa que não se aperceba do que lhe está a

sucedem, mas, sim, que prefere ajudar a família que a si próprio, fingindo que tudo vai correr bem

O que provavelmente ainda quer saber, é quanto tempo ainda lhe resta e se vai sofrer muito. Os cuidados directos que um auxiliar pode prestar a estes doentes são principalmente:

- Verificar se o doente está a cumprir o plano terapêutico;
- Ajudar o doente a conservar a auto-estima, garantindo a sua intimidade, o seu poder de decisão e seu o valor;
- Aliviar a dor física e, se possível, a psicológica;
- Isolar o doente, de preferência num quarto, o mais confortável possível;
- Acalmar-lhe a sede, humedecendo-lhe os lábios com compressas embebidas em água;
- Desembaraçar a boca de mucosidades;
- Limpar-lhe o suor sempre que necessário;
- Assegurar a tranquilidade, o silêncio e arejamento do quarto;
- Abandonar o doente o menos tempo possível, segurando-lhe a mão, o que permitirá ele sentir que não está sozinho;
- Fomentar a companhia da família, se for esse o desejo do doente;
- Alertar a família para a necessidade de apoio espiritual e chamar o padre da religião a que pertence, se for a vontade do doente.

11.1.1. Reacções da Família à Morte e o Papel do Auxiliar

A determinação da morte é considerada um diagnóstico médico. Em circunstâncias normais, esta baseia-se na ausência de respiração espontânea, ausência de batimentos cardíacos e no facto das pupilas se encontrarem dilatadas e não reagirem à luz.

O momento real da morte é difícil de definir e, para a família, difícil de aceitar.

Se a família estiver presente na altura da morte, é confortador para todos, ficarem silenciosamente à beira da cama, mergulhados nos seus pensamentos. Cada elemento da família necessita de tocar ou beijar o parente, e esse contacto físico, ajuda-os a compreender a realidade da morte. Esta é a razão pela qual o auxiliar nunca deve retirar os familiares do quarto.

Se a família não estiver presente e o auxiliar constatar a morte, é aconselhável arranjar a roupa da cama, pentear o defunto, posicioná-lo, em suma, dar-lhe uma boa aparência para que mostre um ar de calma e tranquilidade quando a família chegar.

Se existirem tubos ou sondas, chamar o enfermeiro para que possam ser retirados.

É necessária uma certidão de óbito que deve ser passada pelo médico que o tratava normalmente ou por aquele que o assistiu na altura da morte.

Os serviços de uma agência funerária facilitam alguns preparativos da família.

O auxiliar deverá, no momento da morte, ter uma atitude solícita, carinhosa e compreensiva. Poderá ocupar-se de alguns assuntos, nomeadamente, comunicar o falecimento a outros familiares, se a família assim o desejar.

Apesar da inconveniência que a morte sempre apresenta, o auxiliar, se tiver em consideração alguns dos pormenores mencionados, pode poupar-se a muitas angústias desnecessárias.

12. CONCLUSÃO

O *Auxiliar de Acção Médica e o Doente em Casa*, é um tema de difícil abordagem. É forçoso referir que as dificuldades encontradas foram imensas, sem que, todavia, deixássemos de atingir os nossos objectivos. A escassez de conteúdos que referenciem o tema em estudo, foram o obstáculo principal.

Para a formação dos auxiliares, deparamos com a inexistência de estudos, de conteúdos programáticos, ou de planos que respondam eficazmente à necessidade de preparação que este grupo de profissionais apresenta, atendendo à natureza das funções que desempenham.

Por outro lado, exige-se cada vez mais à família que trate do doente em casa, nomeadamente, o doente idoso terminal, sem, contudo, lhe proporcionarmos ou fornecermos condições facilitadoras que permitam responder eficazmente às novas exigências, provocadas pelo facto de cuidar do doente em casa. A Polienf-Porto é uma empresa vocacionada para a prestação de serviços de saúde, em que se incluem os auxiliares de acção médica, e sempre se preocupou em preparar, convenientemente, os seus elementos.

Reparando na inexistência de uma manual, um instrumento organizado que servisse de base ao suporte teórico a que são chamados durante a sua preparação, decidimos elaborar este pequeno guia, sabendo, de antemão, que pode, também, esclarecer muitas das dúvidas que surgem a qualquer

pessoa, sempre que é confrontada com a situação de tratar um doente em casa.

A nossa intenção ao abordar “O corpo humano”, onde muito sucintamente se refere alguma da anátomo-fisiologia, foi apenas a de poder contar com essa informação para facilitar desenvolvimentos posteriores. É difícil construir uma casa a começar pelo telhado, tal qual fazer perceber, por exemplo, os posicionamentos, sem haver um mínimo de conhecimentos acerca da constituição e funcionamento do corpo humano.

As características e qualidades que apontamos para os auxiliares, em traços gerais, fundamentaram-se em muitas daquelas que serviram de base à formação dos antigos enfermeiros e no decreto-lei nº 109/80 que cria este grupo de profissionais e posteriormente aponta e define algumas das suas funções no Dec. Lei n.º 231/92, de 21 de Outubro. É com base nelas que traçamos e defendemos alguns requisitos e qualidades, comuns a qualquer auxiliar e, particularmente, aos auxiliares da Polienf-Porto pela especificidade das funções que desempenham.

Finalmente, resta acrescentar que os resultados esperados implicam o enriquecimento dos auxiliares da Polienf-Porto, ou dos auxiliares em geral, bem como a ajuda a muitas das famílias que tantas vezes são chamadas a tratar de um doente em casa.

Para que se cumpram todos os objectivos propostos inicialmente, é ainda necessário que esta guia sirva de ponto de partida para uns, de referência para outros, e que, globalmente, contribua para a melhoria da qualidade dos cuidados que se prestam aos doentes.

13. BIBLIOGRAFIA

BEVAN, James, O Mundo da Medicina, Enciclopédia Familiar, Primeiros Socorros, Segurança e Cuidados com os Doentes, 3º volume, Resomínia, Mem Martins, 1986.

CHANTAL, Neves et al, *Dossier Cuidados Paliativos*, Edições Formasau, Coimbra, 2000.

ESCOLA, Artur Ravara, Enfermagem Preliminar, Curso Geral de Enfermagem, Lisboa, 1967.

HEAD, Paul, Primeiros Socorros, Guia Básico da Saúde, Edições ASA, Porto.

LAURENCE, K. Altman et al, *Manual Merk de Saúde para a Família*, Oceano Grupo Editorial, 2001.

LOUISE, Berger et al, *Pessoas Idosas Uma Abordagem Global*, Lusodidacta, Lisboa, 1994.

MCCULLOUGH, Wava, Manual Ilustrado de Técnicas de Enfermagem, Livraria S.Pedro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001.

PIMENTEL, José Carlos, *Que Formação para as pessoas que lidam com doentes terminais?* In “Divulgação” n.º 25, Janeiro, 1993, págs. 5/7.

PHILIPPS, LONG, WOODS, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica, 3º volume, Lusodidata, 1990.

SELECÇÕES DO READER'S DIGEST, *Enciclopédia de Medicina*, Janeiro 1992, I e II volume.

URBANO, Graça Peneinat, et al, Aprender com a dor - Do Conhecimento ao Alívio, Enfermagem Oncológica, 1999, págs. 30/35.

WILSON, Rou, *Como Trabalha o Nosso Corpo*, Editorial Verbo, Lisboa.

Gabinete Tratamento do Pé

Gabinete de Tratamento do Pé da Polienf Porto
... mais de 20 anos de experiência.

A Polienf tem vindo a demarcar-se pela inovação e eficácia no tratamento das mais comuns patologias associadas ao pé, nomeadamente, no doente diabético.



- Tratamento de Calosidades
- Unhas Encravadas
- Joanetes e Outras Deformidades
- Tratamento de Feridas
- Pé Diabético

24 Horas de Cuidados e Acompanhamento no Domicílio



Rua Augusto Luso n° 20 Porto
Tel. 226005387 / 226006519
www.polienfporto.pt

POLIENF + PORTO

O NOVO SERVIÇO DE ENFERMAGEM LDA.



- Acompanhamento de idosos
- Acompanhamento na doença
- Higiene a doentes acamados
- Enfermagem permanente
- Reabilitação
- Tratamento do pé
- Aluguer de equipamentos

Polienf 24



Conosco fica em boas mãos!

- Enfermagem Permanente

A Polienf é constituída por uma equipa de Enfermeiros muito experientes e treinados nas mais diversas áreas de atuação da profissão de forma a prestar aos seus clientes um serviço diferenciado e capaz com o mais alto padrão de rigor e qualidade.

A equipa de enfermagem presta cuidados na clínica e domicilio, 24 horas por dia.

- Enfermagem Geral
- Injetáveis
- Tratamento de Feridas
- Montagem de Soro
- Aspiração de Secreções
- Oxigenoterapia
- Avaliação de Parâmetros Vitais

- Apoio à Família



A Polienf 24 - Apoio à Família é uma equipa de profissionais especializados que pode proporcionar ao seu familiar todos os cuidados de que necessita no seu domicilio.

- Higiene
- Acompanhamento no Domicílio
- Cuidados de Reabilitação
- Alimentação
- Vigilância de Medicação
- Acompanhamento a Consultas
- Acompanhamento a Exames Médicos

Tudo em www.polienfporto.pt

Para mais informações faça "Gosto" na nossa página Facebook

www.facebook.com/PolienfPorto