

Apresentação do Módulo

A atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade – universalidade – equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde–doença. A temática deste módulo desenvolve-se por meio das seguintes unidades educacionais:

SUMÁRIO

Unidade 1 - Estomas

Unidade 2 - Lesões cutâneas crônicas

Unidade 3 - Acesso Venoso Central

Unidade 4 - Fecaloma: abordagem clínica, princípios e intervenções

Unidade 5 - Diálise

Unidade 6 - Paracentese abdominal terapêutica

Unidade 7 - Princípios para o cuidado à saúde bucal na atenção domiciliar

Objetivo:

Qualificar a atuação de profissionais de saúde de nível superior na realização de procedimentos e cuidados à pessoa em domicílio.

Introdução ao Curso

A atenção domiciliar (AD) deve estar articulada e integrada aos demais componentes da Rede de Atenção à Saúde conforme as diretrizes que orientam sua organização no Sistema Único de Saúde (SUS).

DIRETRIZES

- Estruturação na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;

- Incorporação ao sistema de regulação, articulada com demais Serviços da Rede, inclusive com serviços de retaguarda;
- Estruturação de acordo com os princípios de ampliação do acesso, do acolhimento, da equidade, da humanização e da integralidade da assistência;
- Inserção nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades da pessoa e reduzindo a fragmentação da assistência;
- Adoção do modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares;
- Interação dos profissionais de saúde da equipe, pessoa assistida, sua família e cuidador.



Leitura Complementar

Leia a **Portaria n. 963**, de 27 de maio de 2013 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.

Leia o **Decreto N° 7.508**, de 28 de junho de 2011 que ao regulamentar a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

A AD é concebida como oferta de serviços de saúde que agrega ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e complicações e, ainda, medidas de reabilitação que podem ser realizadas no domicílio.

O Serviço de Atenção Domiciliar (**SAD**) deverá ser organizado em todos os municípios do país acima de 20.000 habitantes, isoladamente ou de forma agrupada via prévio pacto intergestores e, obrigatoriamente, ser atendido por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (**SAMU**) e contar com hospital de referência.

A integralidade da atenção contempla o acesso da pessoa ao SAD exigindo nova maneira de planejar, executar, monitorar e controlar a prestação da assistência e serviços e a responsabilização de toda a Rede de Serviços pela informação, financiamento e prestação da assistência domiciliar de forma contínua.

Os profissionais envolvidos na assistência à pessoa no âmbito domiciliar devem buscar a lógica do trabalho coletivo onde o conjunto articulado de políticas, ações da equipe multiprofissional (complementares, compartilhadas e específicas) e a participação articulada e coordenada dos diferentes serviços e setores vão consolidar a rede de atenção domiciliar.

A organização interna da Rede de Saúde envolve:

- Serviço de assistência de urgência e emergência (SAMU)
- Hospital de Referência – retaguarda de internação hospitalar, necessária em situações de intercorrência e piora clínica da pessoa. Atende ainda a realização de procedimentos de maior complexidade e que não podem ocorrer no domicílio.
- Farmácia
- Serviços ambulatoriais de especialidades e exames
- Serviços de Apoio Logístico:
- Transporte - destina-se a pessoas com incapacidade física ou econômica de se deslocarem por meios ordinários de transporte e está restrito aos deslocamentos por causas exclusivamente clínicas. Divide-se em transporte de urgência e emergência e transporte eletivo.
- Equipamentos, insumos e materiais – correspondentes ao desenvolvimento das ações constantes em cada plano de cuidado individual;
- Serviços especiais e responsabilização da família e da comunidade, no que diz respeito aos cuidados a serem prestados podendo envolver grupos voluntários, igrejas, organizações não governamentais, associações, dentre outros.

A AD se organiza em três modalidades:

AD1

Destina-se àquelas pessoas com problemas de saúde controlados ou compensados, que apresentam dificuldade (ou impossibilidade) de locomover-se até a Unidade Básica de Saúde (UBS), que necessitam de cuidados com menor frequência e menos aporte e recursos dos serviços de saúde. AD1 é uma ação programática da Unidade Básica de Saúde (UBS), sob a responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo a equipe de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em que a visita domiciliar regular – no mínimo, uma vez por mês – é componente estruturante para a sua organização, implantação, realização e monitoramento.

AD2

AD3

AD1

AD2

Destina-se a pessoas que apresentam dificuldade (ou impossibilidade) de locomover-se até a UBS e que apresentam problemas de saúde que exigem cuidados mais frequentes e complexos do que os indicados na AD1, além de demandarem recursos de saúde e acompanhamento contínuos, inclusive de diferentes serviços da rede de atenção.

AD3

AD1

AD2

AD3

Nessa modalidade estão aquelas pessoas com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a UBS, com necessidade de maior frequência de cuidado, mais recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos.

Importante! O art. 25 da Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013 indica situações, procedimentos e demandas de equipamentos como indicadores a serem avaliados para inclusão da pessoa em AD3:

I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e

II - necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos /procedimentos:

a) Suporte Ventilatório não invasivo: i. Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP); ii. Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);

b) diálise peritoneal; ou

c) paracentese (A realização desse procedimento em AD é uma exceção).

A atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

O foco do curso são princípios e procedimentos, que por sua especificidade e complexidade, exigem a presença de profissionais de nível superior seja para sua indicação, orientação, execução, monitoramento e avaliação o que vai exigir do SAD a definição de protocolos que orientem os profissionais e equipes quanto à realização dos cuidados e procedimentos assim como o fluxo do processo de AD.

Protocolos

Indicadores e critérios de monitoramento e avaliação

Instrumentos para orientar o acesso, definir competências, responsabilidades e coordenação dos processos de decisão e planejamento do acesso, cadastro e atendimento da pessoa nas diferentes modalidades de AD. Têm como propósito descrever atividades pertinentes as demandas, necessidades e situações prevalentes na AD, assim como o profissional ou equipe que as realiza, periodicidade, insumos básicos a serem disponibilizados, entre outros elementos orientadores da organização e efetividade da assistência domiciliar;

Protocolos

Indicadores e critérios de monitoramento e avaliação

O propósito é assegurar o acompanhamento do processo e das ações desenvolvidas na AD, na perspectiva da sua efetividade e integralidade.

IMPORTANTE!

A atenção à saúde no âmbito domiciliar contempla diferentes ações e intervenções o que vai exigir a atuação dos diferentes profissionais que compõem as equipes de saúde. Entre tais ações estão orientações à pessoa, sua família e cuidador quanto aos direitos sociais implicados e referidos à pessoa assistida pelo SAD.

Clique aqui e confira algumas ações e intervenções importantes.

UNIDADE 1 – ESTOMAS

Apresentação da Unidade

Esta Unidade aborda o tema Estoma que indica uma condição orgânica resultante de intervenção cirúrgica indicada para restabelecer a comunicação entre uma víscera/órgão e o meio externo.

SUMÁRIO

Tópico 1 - Estoma de alimentação

Tópico 2 - Estoma de eliminação

Tópico 3 - Dispositivos e adjuvantes

Objetivo:

1. Reconhecer sinais e situações que norteiam a avaliação da pele e do estoma para indicação de dispositivo, adjuvantes e cuidados específicos.
2. Subsidiar a elaboração do plano de cuidado à pessoa com estoma, com destaque para os princípios e procedimentos fundamentais à assistência.

Tópico 1 - Estoma de Alimentação

Os princípios para o cuidado à pessoa com estoma têm como fundamentos e origem a anatomia e fisiologia do sistema digestório.



Importante

Avalie se você está "em dia" com a anatomia e a fisiologia do sistema digestório...

Conforme sua avaliação SIGA em frente... OU faça revisão do assunto de forma que você realize todas as atividades da unidade com sucesso!

É uma comunicação direta do estômago ou do jejuno com o exterior, criada por meio cirúrgico.

- Quando do estômago – Gastrostomia
- Quando do jejuno – Jejunostomia

É um procedimento terapêutico indicado para suporte nutricional gástrico ou intestinal prolongado, podendo ser: temporário ou definitivo.

A incidência e prevalência das doenças crônicas degenerativas têm contribuído para o aumento de pessoas com estomas de alimentação na atenção domiciliar.

GASTROSTOMIA

INDICAÇÕES

Criança	Adulto
▪ Doenças neurológicas ▪ Distúrbio de deglutição ▪ Atresia de esôfago ▪ Estenose esofágica ▪ Coma prolongado ▪ Miopatias ▪ Colagenoses	

CONTRA-INDICAÇÕES

Relativas	Absolutas
▪ Câncer de estômago ▪ Câncer da parede abdominal ▪ Diálise Peritoneal ▪ Derivação Ventriculo ▪ Peritoneal ▪ Corticoterapia ▪ Radioterapia recente ▪ Colagenoses ▪ Obesidade ▪ Dermatoses abdominais	

INDICAÇÕES

Criança	Adulto
▪ Doenças neurológicas ▪ Distúrbio Psiquiátrico ▪ Cirurgia Maxilofacial ▪ Câncer de boca, faringe e esôfago ▪ Perfuração esofágica ▪ Estenose esofágica ▪ Politraumatismo grave ▪ Pré dilatação esofágica	

CONTRA-INDICAÇÕES

Relativas	Absolutas
▪ Ascite ▪ Hipertensão porta ▪ Coagulopatias ▪ Peritonite ▪ Sepses ▪ Interposição de vísceras ▪ Hepatomegalia esquerda ▪ Obesidade Grau 3 ▪ Câncer gástrico antral ▪ Dificuldade de aproximar a parede anterior do estômago à parede abdominal ▪ Estenose pilórica ▪ Obstrução Intestinal ▪ Doença Ménétrier	

JEJUNOSTOMIA

INDICAÇÕES

- Impedimento funcional das porções altas do tubo digestivo (processos estenosantes do esôfago e do estômago, por exemplo)
- Interrupção alimentar temporária do esôfago
- Descompressão luminal após correção cirúrgica de traumatismos que envolvem o confluente biliopancreático duodenal
- Recuperação de fístulas em pessoas com deiscências em anastomoses gastrintestinais
- Tumores gástricos inextirpáveis
- Carcinoma de esôfago
- Proteção de suturas gastrintestinais
- Pancreatite aguda necrohemorrágica

CONTRA-INDICAÇÕES

INDICAÇÕES

CONTRA-INDICAÇÕES

- Doença inflamatória intestinal
- Após radioterapia
- Imunodepressão grave
- Ascite volumosa
- Peritonite

O ato cirúrgico para a realização da gastrostomia e da jejunostomia exige que a pessoa esteja hospitalizada.

O acompanhamento e cuidados relativos ao manuseio do estoma e cateter acontecem, em geral, com a pessoa no domicílio.

O plano de cuidado individual deve destacar a observação sistemática da região do entorno do estoma:

Sinais ou presença de sinais flogísticos	• Dor • Calor • Rubor
Possíveis complicações	• Granulomas • Dermatites • Extravasamento do suco gástrico ou entérico • Obstruções • Perda ou tração do cateter • Deiscência, fístula, estenose e hemorragia • Diarreia • Dor abdominal

O evento adverso mais frequente quando do manuseio do estoma é a retirada inadvertida do cateter ou tubo.



Importante

A opção pela gastrostomia ou pela jejunostomia para a nutrição enteral depende do órgão acometido e do planejamento operatório. Em pessoas com estenose inflamatória ou neoplásica do esôfago a jejunostomia é a recomendada, dada a possibilidade de utilização do estômago como substituto esofágico.

O suporte nutricional adequado na gastrostomia ou jejunostomia demanda o manuseio da dieta, conforme a via de alimentação construída (orogástrica ou duodenal).

Para o manuseio e manutenção da gastrostomia ou da jejunostomia em pessoas em AD o profissional de saúde deve:

- Investigar as condições da casa: quanto aos aspectos de saneamento e higiene;
- Orientar a família e cuidador quanto aos cuidados com o cateter e infusão da dieta enteral.

Tópico 2 - Estoma de Eliminação

Pode ser intestinal ou urinário (derivação urinária).

O estoma do segmento distal do intestino delgado (íleo) é denominado ileostomia e o do intestino grosso colostomia.



Importante

O funcionamento do estoma quanto ao volume e características do efluente está intrinsecamente relacionado a produção de líquidos pelo sistema gastrointestinal onde o intestino delgado é o principal responsável pela absorção de água, eletrólitos e nutrientes. [Clique aqui](#) e veja o esquema da produção de líquidos pelo sistema gastrointestinal.

O estoma de eliminação intestinal é classificado, segundo:

- Duração: temporário ou definitivo
- Tipos de construção: terminal ou em alça

Estomas Intestinais mais frequentes e principais características:

Colostomia descendente e sigmóide
▪ Exteriorizada no quadrante inferior esquerdo. ▪ Colostomia em alça ou terminal. ▪ Protrusão em torno de 1 cm acima do nível da pele, diâmetro de 6 a 10 cm. ▪ Fezes semisólidas ou formadas. ▪ Quantidade relativamente alta de gases e fezes com mau odor. ▪ Fezes não lesivas à pele.
Colostomia ascendente e transversa
Ileostomia
Colostomia descendente e sigmóide
Colostomia ascendente e transversa
▪ Exteriorizada abaixo do ângulo costal, normalmente à direita. ▪ Colostomia em alça. ▪ Protrusão de 1 a 3 cm acima do nível da pele, diâmetro de 6 a 10 cm. ▪ Fezes semifirmes ou líquidas – quantidade relativamente alta de gases e fezes com mau odor. ▪ Fezes lesivas à pele.
Ileostomia
Colostomia descendente e sigmóide
Colostomia ascendente e transversa
Ileostomia
▪ Quadrante inferior direito do abdome. ▪ Ileostomia terminal: uma abertura, 3 a 4 cm acima do nível da pele. ▪ Ileostomia em alça: duas aberturas – uma passiva no nível da pele e uma ativa 3 a 4 cm acima do nível da pele. ▪ Conteúdo intestinal líquido - 600 a 800 ml (menos gases do que o normal e odor desagradável/diferente do odor das fezes normais).

Em geral, o estoma de eliminação intestinal está indicado em casos de má formação, traumas, danos causados por radiação e em alguns agravos agudos e crônicos.

Tipos e indicações de:

Colostomia**Ileostomia****Colostomia terminal:**

- Após amputação abdominoperineal do reto (permanentes).
- Após operação de Hartmann: sigmoidectomia ou retossigmoidectomia com colostomia terminal e sepultamento do coto retal (temporárias ou permanentes).

Colostomia em alça:

- Proteção de anastomoses coloanais ou colorretais.
- No tratamento inicial da obstrução do cólon esquerdo ("procedimento em três tempos").
- No tratamento da perfuração do reto extraperitoneal.
- No tratamento paliativo da neoplasia obstrutiva do cólon associada a carcinomatose peritoneal ou múltiplas metástases à distância.
- No tratamento dos processos infecciosos perineais graves.

Colostomia**Ileostomia****Ileostomia terminal:**

- Após colectomia total abdominal de urgência ou proctocolectomia total na retocolite ulcerativa.
- Na polipose adenomatosa familiar, em caso de câncer avançado no reto inferior ou na presença de múltiplos pólipos retais na vigência de contraindicação técnica à anastomose íleo-anal com reservatório ileal.
- Na construção de derivações urinárias.
- Na situação de cânceres sincrônicos do reto inferior e do ceco.

Ileostomia em alça:

- Proteção de anastomoses íleo-anais, colo-anais ou colorretais.
- Na doença de Crohn, nos raros casos de sepsia abdominal por perfuração ileocecal após ressecção ileal e nas situações de doença perianal quando a proctocolectomia é recusada.
- No tratamento de perfurações intestinais com peritonite generalizada.
- No tratamento paliativo da obstrução do cólon esquerdo, na ausência de alça fechada.

Estoma de derivação urinária

É a criação de um trajeto alternativo de drenagem ou armazenamento de urina cuja construção pode usar exclusivamente o trato urinário ou combinado com parte de alça intestinal.

Tipo: Exclusivo do trato urinário

Ureterostomia cutânea

O ureter é passado pela parede abdominal e fixado à pele. Não usa cateter (estoma temporário).

Nefrostomia

Um cateter é inserido na pelve renal por meio de uma incisão no flanco (em geral temporária).

Cistostomia

Um cateter é inserido dentro da bexiga (temporária ou permanente).

Vesicostomia

A bexiga é suturada na parede abdominal e um estoma é criado. Não usa cateter (permanente).

Tipo: Envolve segmento de alça intestinal

Ureterossigmoidostomia

Os ureteres são introduzidos no sigmóide permitindo o fluxo da urina através do cólon e saída pelo reto.

Conduto ileal (cirurgia de Bricker)

Os ureteres são transplantados para uma secção do íleo que é exteriorizada através da parede abdominal (estoma). Pode ser utilizada alça do cólon sigmóide (permanente).

Reservatório ileal continente (Bolsa de Kock)

Implante dos ureteres para um segmento isolado do íleo com válvula unidirecional (estoma) (permanente).



Importante

No grupo da derivação urinária destaca-se como o mais frequente, o conduto ileal (urostomia) que apresenta estoma urinário construído com o segmento distal do íleo e exteriorizado no quadrante inferior ou superior direito do abdômen, tendo como características:

- Protrusão de 2 à 3 cm acima do nível da pele;
- Drenagem contínua de urina;
- Eliminação de muco junto com urina.

Atividade 1

Com base na abordagem das partes 1 e 2 que destacaram os estomas de alimentação e de eliminação relacione o conteúdo dos box superpostos em cada uma das colunas e em seguida clique no botão "Checar" para confirmar as informações.

1 - Aspectos que devem ser avaliados para escolha do dispositivo e aplicação da placa 2 - Características normais do estoma intestinal ou urostomia 3 - Colostomia transversa 4 - Complicações mais frequentes na pele e no estoma 5 - Ileostomia	☐ Altura, formato e o diâmetro do estoma e cor, integridade, turgor e área da pele ☐ Apresenta protrusão de 1 a 3 cm acima do nível da pele, diâmetro de 6 a 10 cm, fezes semifirmes ou líquidas com mau odor, quantidade relativamente alta de gases ☐ Coloração rosa-avermelhada, umidade; discreto sangramento quando friccionado; insensibilidade tátil; eliminação involuntária de fezes ou urina, Edema transitório (até a sexta ou a oitava semana de pós-operatório) ☐ Sangramento, dermatite, retração, estenose, prolapso, hérnia paraestomal ☐ Exteriorizada no quadrante inferior direito do abdome, protrusão de 3 a 4 cm acima do nível da pele, conteúdo intestinal líquido (600 a 800 ml)
--	---

Checar

Tópico 3 - Dispositivos e Adjuvantes

Avaliação do estoma

O conduto ileal ou urostomia deve ser avaliado quanto ao tamanho, a cor, o brilho, a presença de muco, considerando suas características:

- coloração rosa-avermelhada;
- umidade;
- discreto sangramento quando friccionado;
- insensibilidade tátil;
- eliminação involuntária de fezes;
- edema transitório (até a sexta ou a oitava semana de pós-operatório).

Algumas características do estoma intestinal podem ser identificadas na figura abaixo.

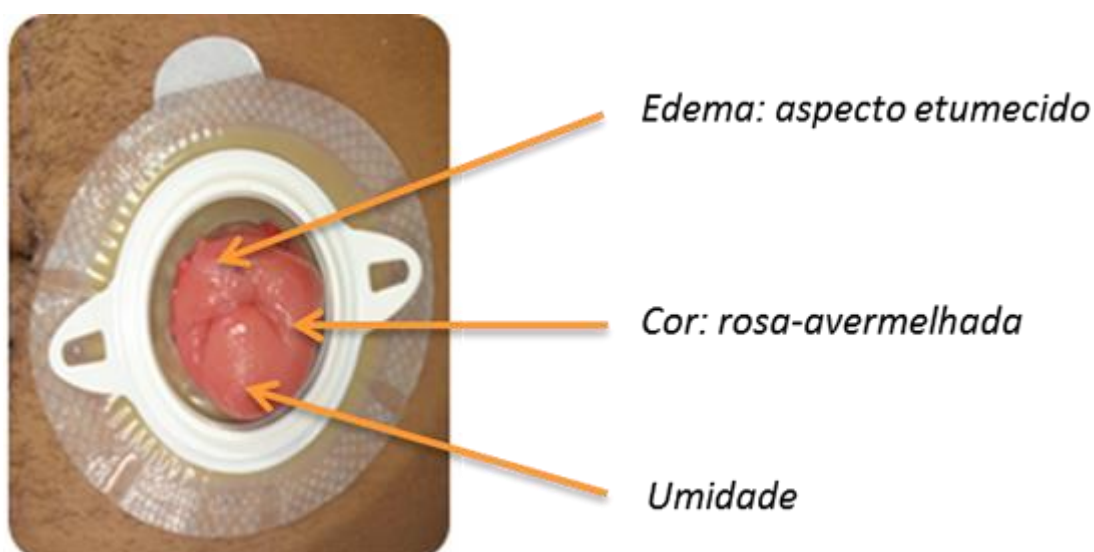


Figura 1 – Ileostomia em alça: características do estoma intestinal. Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2012.

Para selecionar o dispositivo adequado para a construção do estoma é imprescindível avaliar altura, formato e o diâmetro do estoma.



Importante

É essencial o uso de medidor na mensuração do **diâmetro** do estoma nas primeiras semanas de pós-operatório (até o estoma tomar a forma e tamanho definitivo).



Atenção

Para aplicação da placa o profissional deve estar atento e avaliar a cor, integridade, turgor e área, pois processos alérgicos ou irritativos tendem a alterar essas características.

A pessoa com estoma pode apresentar complicações na pele e no estoma. As mais frequentes no atendimento domiciliar são: sangramento, dermatite, retração, estenose, prolapso e hérnia paraestomal.

Dentre as complicações na pele e no estoma a mais frequente no atendimento domiciliar é a dermatite periestomal.

A dermatite periestomal é a complicação mais séria porque perda provoca a perda da integridade da pele periestoma impedindo a colocação do dispositivo coletor e com grande

impacto na qualidade de vida da pessoa estomizada. Pode ocorrer, com maior frequência, na ileostomia ou colostomia direita.

Dermatite periestomal:

A **presença da dermatite** em geral desencadeia dor, que pode ser intensa, em especial, ao remover a barreira adesiva, aumenta o risco de vazamentos de efluentes pelo equipamento coletor o que leva o surgimento de odor fétido o que provoca o afastamento da pessoa de atividades sociais, até mesmo no âmbito da família. Importante destacar, também, o impacto da dermatite no custo do cuidado à pessoa dado que obrigatoriamente demanda consultas especializadas, equipamentos coletores e adjuvantes em maior quantidade pelas desordens da pele periestoma.

A **prevenção da dermatite** depende de uma boa higienização da pele com água e sabão neutro e perfeita colocação do equipamento coletor. O tratamento requer pó e pomadas protetoras e cicatrizantes.



Importante

Saiba que o segredo para o controle da eliminação do efluente é tentar combinar o consumo dos alimentos de forma a diminuir o desconforto da pessoa. O estomizado que apresentar dificuldade nesta tarefa deve receber apoio do enfermeiro e até do nutricionista, dependendo do seu grau de dificuldade.

Fatores a serem avaliados na seleção e indicação de dispositivos e adjuvantes

O melhor dispositivo é aquele que a pessoa tenha maior facilidade em usar e que seja simples, prático, confortável, seguro, discreto, forneça proteção à pele e impeça odores desagradáveis. O profissional no momento de indicar o dispositivo deve considerar os dados referentes às condições da pele e estoma, além das habilidades cognitivas da pessoa em aprender, destreza manual e deficiências físicas para o manejo do equipamento. Assim os fatores a serem levados em consideração são:

- Faixa etária do estomizado
- Tipo de estoma: intestinal ou urinário
- Localização do estoma

Dispositivos recomendados:

Colostomia descendente e sigmoidostomia

Para colostomia descendente e sigmoidostomia é recomendado o uso de bolsa fechada, opaca, com filtro para permitir a eliminação de gases. O dispositivo coletor deve ser trocado logo após a eliminação do efluente, portanto, está indicado para pessoas que apresentam no máximo duas eliminações ao dia.

Colostomia ascendente, ileostomia e urostomia

Colostomia descendente e sigmoidostomia

Colostomia ascendente, ileostomia e urostomia

Para colostomia ascendente, ileostomia e urostomia é recomendado o uso de bolsa drenável, opaca. O diâmetro do recorte da placa adesiva de todos os dispositivos deve ficar justo ao estoma para que não haja contato do efluente com a pele.

Critérios para a indicação de equipamentos coletores e adjuvantes

Considerando a necessidade de estabelecer critérios para a indicação de equipamentos coletores e adjuvantes de segurança e proteção para pessoas com estomas é imprescindível considerar que:

- Existe uma variedade de condições nas quais os estomas podem ser indicados.
- Os estomas podem ser provisórios ou definitivos, nas diferentes faixas etárias, desde os neonatos aos idosos.
- A pessoa com estoma necessita de diferentes equipamentos coletores e adjuntos para o seu processo de reabilitação. Estes podem variar conforme a faixa etária, o tipo de estoma (intestinal ou urinário), as características individuais relacionadas a

tipo de pele e à constituição física, as características do estoma e presença de complicações.

- A pessoa com estoma pode necessitar de vários equipamentos coletores e adjuntos simultaneamente (bolsas, presilhas, cintos, barreiras protetoras, pasta, dentre outros), conforme sua condição específica e a fase do atendimento pós-operatório.



Leitura

Em 2009 foi publicada a Portaria nº 400 de 16 de novembro onde foram estabelecidas as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas no âmbito do SUS.

Esta Portaria determinou a obrigatoriedade de vistoria, acompanhamento, controle e avaliação dos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas. Além de recomendar os tipos e quantidade de bolsas coletoras e adjuvantes para cada tipo de estomizado.

Leitura obrigatória:

Portaria Nº 400/2009

O profissional deve identificar as necessidades do estomizado e estabelecer no plano de cuidado individual estratégias que potencializem sua reabilitação.

A diversidade de tipos de dispositivos e adjuvantes requer que o profissional avalie periodicamente a pessoa e o estoma para indicar corretamente esses materiais evitando complicações e desperdício.

Quando o profissional é atento a esses fatores é possível reduzir os custos para a pessoa, a família e para o próprio Sistema de Saúde.

Dispositivos e adjuvantes para:

- Estomas intestinais sem complicação
- Estomas intestinais com complicação
- Estoma urinário sem complicação
- Estoma urinário com complicação

Dispositivos e adjuvantes para estomas intestinais sem complicação

Tipos e características do estoma

Sigmoidostomia ou colostomia descendente com formato redondo, efluente de consistência sólida e até duas eliminações diárias

Sigmoidostomia ou colostomia descendente com formato ovalado ou irregular, efluente de consistência sólida e até duas eliminações diárias

Colostomia com formato ovalado ou irregular e mais de duas eliminações diárias

Colostomia ascendente com formato redondo e mais de duas eliminações diárias

Ileostomia com formato redondo e mais de duas eliminações diárias

Ileostomia com formato ovalado ou irregular e mais de duas eliminações diárias

Dispositivos e adjuvantes para estomas intestinais com complicação

Tipos e características do estoma

Colostomia com prolapso

Ileostomia com prolapso

Colostomia plana, com retração ou estenose

Ileostomia plana, com retração ou estenose

Colostomia com descolamento mucocutâneo ou dermatite moderada e grave

Ileostomia com descolamento mucocutâneo ou dermatite moderada e grave

Dispositivo para estoma urinário sem complicação

Urostomia com formato redondo, ovalado ou irregular.

Dispositivo urinário, uma peça, adulto

Bolsa drenável, transparente, com válvula anti-refluxo e válvula de drenagem. Placa plana, recortável, com ou sem adesivo microporoso nas bordas.

Dispositivo coletor urinário de leito

Bolsa transparente, drenável, com válvula anti-refluxo e válvula de drenagem, tubo extensor e conector universal, com capacidade de 1.500ml.

Dispositivo coletor urinário de perna

Bolsa transparente, drenável, multicanal, com válvula anti-refluxo e válvula de drenagem, tubo extensor sanfonado e conector universal, com sistema de fixação em velcro, com capacidade de 350ml.

Dispositivo para estoma urinário com complicação

Tipos e características do estoma

Urostomia plana ou retração

Dispositivo urinário, duas peças, adulto. Bolsa drenável, transparente, com flange, com válvula anti-refluxo e válvula de drenagem. Placa convexa pré cortada ou recortável conforme o formato do estoma, com flange compatível com a bolsa, com ou sem adesivo microporoso.

- Pasta protetora de pele em tubo com 56,7 gramas de pomada.
- Dispositivo coletor urinário de leito. Bolsa transparente, drenável, com válvula anti-refluxo e válvula de drenagem, tubo extensor e conector universal, com capacidade de 1.500 ml.
- Dispositivo coletor urinário de perna. Bolsa transparente, drenável, multicanal, com válvula antirefluxo e válvula de drenagem, tubo extensor sanfonado e conector universal, com sistema de fixação em velcro, com capacidade de 350 ml.

Urostomia com descolamento mucocutâneo ou dermatite moderada e grave

Urostomia plana ou retração

Urostomia com descolamento mucocutâneo ou dermatite moderada e grave

- Dispositivo urinário, duas peças, adulto. Bolsa drenável, transparente, com flange, com válvula anti-refluxo e válvula de drenagem.
- Placa plana, recortável, com flange compatível com flange da bolsa, com ou sem adesivo microporoso nas bordas.
- Pasta protetora de pele em fita ou pomada.
- Barreira protetora de pele, em pó.

Atividade 2 - Parte 1

Estamos finalizando essa unidade que tratou do tema "Estoma". Relacione as duas colunas e em seguida clicar no botão "Checar".

1 - Colostomia terminal	☐ Estoma de alimentação que comunica sistema gastrointestinal com o meio externo de cateter ou tubo.
2 - Colostomia em alça	☐ Tipo de gastrostomia utilizada que reduz a ocorrência de complicações, como por exemplo, a retirada inadvertida do cateter.
3 - Endoscópica percutânea	☐ Estoma de eliminação do segmento distal do intestino delgado.
4 - Jejunostomia	☐ Estoma de eliminação do intestino grosso é
5 - Ileostomia	☐ Tipo colostomia confeccionada após amputação abdominoperineal do reto, cujo caráter é permanente.
6 - Colostomia	☐ Tipo colostomia confeccionada para proteção de anastomoses coloanais ou colorretais.

Checar

Atividade 2 - Parte 2

1 - Dermatite	☐ Tipo de colostomia confeccionada para proteção após colectomia total abdominal de urgência ou proctocolectomia total na retocolite ulcerativa.
2 - Drenável	☐ Tipo de derivação urinária em que os ureteres são transplantados para uma secção do íleo que é exteriorizada através da parede abdominal na forma de estoma.
3 - Fechada	☐ Complicação frequente na ileostomia ou colostomia direita que interfere na colocação do dispositivo coletor e causa grande impacto na qualidade de vida da pessoa estomizada.
4 - Bricker	☐ Intercorrência aumenta o risco de desidratação, pelas características aquosas do efluente.
5 - Diarreia	☐ Tipo de bolsa recomendável para colostomia ascendente, ileostomia e urostomia e sigmoidostomia.
6 - Ileostomia terminal	☐ Tipo de bolsa recomendável para sigmoidostomia ou colostomia descendente.

Checar

Concluindo...

Enfatizamos com esse conteúdo o quanto é importante para o profissional de saúde que atua no domicílio ter conhecimento e iniciativa, uma vez que muitas pessoas atendidas nesse cenário demandam cuidados no manejo de estoma de alimentação ou eliminação.

O atendimento à pessoa com estoma inclui obrigatoriamente: a avaliação da pessoa e do estoma, prescrição e fornecimento quantiquantitativo do dispositivo e adjuvantes de proteção e segurança.

Para o manuseio e manutenção da gastrostomia e da jejunostomia em pessoas em AD o profissional de saúde deve, à priori, investigar as condições da casa, principalmente quanto aos aspectos de saneamento e higiene e, avaliar a capacidade e a habilidade do cuidador e da família para manusear o cateter e realizar a infusão da dieta enteral.

UNIDADE 2 - LESÕES CUTÂNEAS CRÔNICAS

Apresentação da Unidade

Esta unidade aborda os princípios e procedimentos que orientam o plano de cuidado individual a pessoa com lesões cutâneas crônicas, em domicílio.

SUMÁRIO

Tópico 1 - Ferida cirúrgica complexa

Tópico 2 - Lesões cutâneas crônicas

- Tópico 2.1 - Úlcera vasculogênica
- Tópico 2.2 - Úlcera por pressão

Tópico 3 - Colonização crítica e infecção

Tópico 4 – Coberturas

Objetivo:

Identificar princípios e indicadores que orientam a avaliação de lesões cutâneas crônicas para indicação de coberturas interativas.

Entre as lesões cutâneas prevalentes na AD estão:

- A ferida cirúrgica complexa.
- As lesões cutâneas crônicas.

Ferida cirúrgica complexa é resultante de complicações que comprometem o processo de cicatrização da ferida cirúrgica simples. Dessas complicações, as mais frequentes são o hematoma, o seroma, a infecção e a deiscência de sutura.

Lesões cutâneas crônicas são também denominadas úlceras. Têm origem:

- nas vasculopatias – úlceras venosas ou arteriais;
- e, na pressão acentuada nas proeminências ósseas - úlcera por pressão.

Tópico 1 - Ferida cirúrgica complexa

Desde a década de 50, a incidência de ferida cirúrgica complexa varia de 0,5% a 3,0% da população. Esse dado permanece inalterado apesar dos avanços científicos ocorridos no último século. Alguns fatores podem aumentar o risco de complicações na ferida e afetar o processo de reparação tissular.

Os desconfortos mais comuns são dor e exsudato que, em geral, estão associados ao odor fétido, alterações do sono, restrição das atividades cotidianas e isolamento social.



Figura 1: Ferida cirúrgica complexa no abdômen.

Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.



Figura 2: Ferida cirúrgica complexa no períneo.

Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2010.

Tópico 2 - Lesões cutâneas crônicas



A lesão cutânea crônica caracteriza-se clinicamente pela descontinuidade circunscrita na superfície da pele. Apresenta-se como perda tecidual envolvendo as camadas da pele associada, ou não, ao comprometimento do tecido mole e tendão. A presença da úlcera está associada à dor e à diminuição da qualidade de vida.

Este tópico dividi-se em dois sub-tópicos:

- Tópico 2.1 - Úlcera vasculogênica
- Tópico 2.2 - Úlcera por Pressão

Tópico 2.1 - Úlcera vasculogênica

Essa lesão pode ser desencadeada por suprimento sanguíneo inadequado (arterial) e insuficiência do sistema venoso. A ulceração afeta a produtividade no trabalho, restringindo as atividades da vida diária e de lazer, gerando, muitas vezes aposentadoria por invalidez.

Conforme o segmento vascular comprometido pode ser: venosa e arterial.

Nas páginas a seguir você saberá mais a respeito da Úlcera Venosa e Úlcera Arterial.



Melhor em Casa

Úlcera Venosa

A úlcera vasculogênica mais frequente é decorrente da insuficiência venosa crônica (IVC), denominada de úlcera venosa.

A IVC decorre da hipertensão venosa de longa duração, causada por incompetência das válvulas venosas superficiais, profundas ou ainda, pela obstrução de qualquer parte do sistema venoso. É caracterizada por um conjunto de eventos que ocorrem na pele e no tecido subcutâneo, principalmente nos MMII. Esses comprometimentos desencadeiam alterações na perna, culminando com o surgimento da úlcera.

1



A incidência de insuficiência venosa crônica na população aumenta com a idade. Nas pessoas com mais de 70 anos, a prevalência é 3%. Vale destacar que, além da idade, a história prévia de trauma no membro inferior afetado, história de tromboflebite, história familiar de varizes ou IVC são também importantes fatores de risco associados ao aumento da incidência de IVC, e consequentemente, de úlcera venosa.

Alterações decorrentes da Insuficiência Venosa Crônica (IVC):

- **Veias varicosas:** Veias do subcutâneo dilatadas, tortuosas, palpáveis, normalmente maiores que 4 mm, medidas na posição ortostática.
- **Edema persistente:** Ocasionado pelo aumento crônico da pressão intravascular nos MMII o que deforma e dilata os vasos, tornando as microvalvas incompetentes para o efetivo retorno venoso. Essa pressão constante e retorno venoso comprometido alteram as funções celulares, acarretando necrose tecidual e ulceração da pele.

Figura 1: Sinais de insuficiência venosa



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Características da úlcera venosa

Em geral, está localizada no terço inferior ou médio da perna (região da polaina) e apresenta as seguintes características:

- Aspecto superficial/ rasa
- Não apresenta exposição de tendão
- Exsudativa
- Apresenta tecido necrótico amarelado
- Odor desagradável
- Queixa de dor

Figura2 Úlcera venosa



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Tratamento:

Deve ser centrado nas medidas para melhorar o retorno venoso, controlar os fatores sistêmicos e providenciar um ambiente adequado na ferida para promover a cicatrização. O tratamento deve ser prestado por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, com a cooperação da pessoa, sendo primordial o uso de terapia de compressão.

6

7



Melhor em Casa

UFMG

Em geral, as úlceras venosas têm caráter recorrente e, normalmente, incidem no mesmo local.



Para saber mais...

Sobre insuficiência venosa crônica leia o texto "**Insuficiência Venosa Crônica**" de Newton de Barros Júnior.

"Aspectos Gerais Sobre Úlcera Venosa – Terapia Compressiva", nas páginas 53 a 66 da tese "**Tratamento Tópico de Úlcera Venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências**", de Eline Lima Borges.





A **Úlcera arterial** nos membros inferiores é decorrente da interrupção do fluxo arterial parcial e/ou total. Essas ocorrem com frequência nos dedos e nos pés, pois neste local as artérias são únicas e distais, o que reduz as chances do desenvolvimento de vasos com a finalidade colateral para atender a demanda celular local.

É caracterizada pela diminuição do fluxo sanguíneo para os membros inferiores e, na maioria das vezes, é decorrente de obstrução mecânica. Conforme a evolução do agravo de forma crônica é responsável pelo surgimento da úlcera arterial.

1

Como se forma a úlcera arterial

É causada majoritariamente pela aterosclerose, doença inflamatória e degenerativa dos grandes vasos arteriais, causada pelo acúmulo de placas de colesterol, células e tecidos degradados que estreitam progressivamente o lúmen do vaso, levando a insuficiência arterial.

A arteriosclerose incide com maior frequência e intensidade em indivíduos com fatores de risco, sendo considerados os principais: idade, sexo, hipertensão arterial, diabetes melitus, estados de hiperlipidemias, tabagismo, vida sedentária e fatores genéticos.

Sinais e sintomas mais comuns da insuficiência arterial

- Claudicação intermitente
- Dor em repouso
- Neuropatia isquêmica
- Alterações musculoesquelética
- Alterações na pele
- Gangrena
- Úlcera arterial (última fase da Isquemia crônica)

2

3

Características:

Perna com insuficiência arterial

- Ausência de pelos
- Cianose
- Hipotermia
- Pulsos diminuídos ou ausentes
- Unhas secas e amareladas

Úlcera arterial

- Localiza-se na extremidade do pé (calcâneo ou dedos)
- Formato arredondado
- Presença de tecido necrótico seco e aderido
- Ausência de exsudato

Figura 5: úlcera arterial



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2012.

4

5



Melhor em Casa

UFMG

Tópico 2.2 - Úlcera por pressão

Em fevereiro de 2007 o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) apresentou a nova definição da úlcera por pressão (UP): é uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento. Inúmeros fatores contribuintes ou fatores de confusão podem também estar associados às UP. O significado desses fatores, no entanto, ainda deve ser elucidado.



Figura 6: úlcera por pressão

Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Descrição resumida da classificação da úlcera por pressão

Estágio I

Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não esbranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar esbranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor.

Estágio II

Estágio III

Estágio IV

Suspeita de lesão tissular profunda

Úlceras que não podem ser classificadas

Estágio I
Estágio II
Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/ rompida.
Estágio III
Estágio IV
Suspeita de lesão tissular profunda
Úlceras que não podem ser classificadas
Estágio I
Estágio II
Estágio III
Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis.
Estágio IV
Suspeita de lesão tissular profunda
Úlceras que não podem ser classificadas
Estágio I
Estágio II
Estágio III
Estágio IV
Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente inclui descolamento e túneis.
Suspeita de lesão tissular profunda
Úlceras que não podem ser classificadas

Estágio I
Estágio II
Estágio III
Estágio IV
Suspeita de lesão tissular profunda
Área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha, ou bolha sanguinolenta devido a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento.
Úlceras que não podem ser classificadas
Estágio I
Estágio II
Estágio III
Estágio IV
Suspeita de lesão tissular profunda
Úlceras que não podem ser classificadas
Lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou há escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão.

Pessoas que apresentam risco para desenvolvimento de UP podem desenvolver essa lesão em 24 horas ou levar até aproximadamente cinco dias para a sua manifestação, incluindo o paciente do domicílio. Portanto, todos os profissionais de saúde responsáveis pela prevenção do agravamento, devem estar familiarizados com os principais fatores de risco para a sua formação.



Para saber mais...

Faz-se necessário a implementação de ações para eliminar a pressão contínua e aumentar a tolerância tecidual. Os cuidados para a prevenção de UP estão definidos pelo Ministério da Saúde, no protocolo da **RDC 36** de 25 de julho 2013.

Tópico 3 - Colonização crítica e infecção

Frequentemente, as lesões crônicas apresentam um alto nível de colonização por organismos bacterianos ou fúngicos. Isto deve, em parte, ao fato dessas lesões permanecerem abertas por prolongado período dada a demora na cicatrização e outros fatores, por exemplo: fluxo sanguíneo reduzido, hipóxia e processo de enfermidade subjacente.

A exacerbação da população microbiana, em algumas lesões crônicas, produz excesso de toxinas desencadeando alterações locais.

Esse excesso microbiano que precede à infecção da lesão é conhecido como “severamente colonizado” ou “criticamente colonizado”. É uma condição que não apresenta sinais de infecção clínica, na qual a carga biológica atinge ou se aproxima do nível máximo controlável pelo organismo da pessoa. Quando ocorre infecção, há produção de toxinas que induzem um aumento da quantidade de citocinas pró-inflamatórias.



Lembre-se que:

Não há dúvidas de que, é necessário tratar de forma agressiva e rápida as infecções clínicas que desencadeiam a lesão ou impedem a sua completa cicatrização. A evidência demonstra que uma carga bacteriana superior a 10⁵ organismos por grama de tecido prejudica gravemente a cicatrização.



O diagnóstico de infecção nas lesões cutâneas crônicas depende da identificação de sinais locais sutis:

- Atraso na cicatrização;
- Presença de friabilidade do tecido de granulação com pigmentações e despigmentações patológicas;
- Ausência de tecido de granulação no leito ou presença de tecido anormal;
- Formação de bolsas ou pontes nas bases da ferida, alteração no odor, deterioração e reabertura da lesão;
- Aumento na drenagem do exsudato;
- Aceração, inflamação e celulite, desconforto ou aumento da dor na região da lesão e formação de abscesso.

A pessoa com infecção na lesão pode apresentar sinais gerais inespecíficos, por exemplo, anorexia, mal estar geral e, nas pessoas diabéticas descontrolo da glicemia. É importante identificar e diferenciar os sinais e os sintomas da colonização, colonização crítica, infecção local. O alcance e a intensidade da infecção de uma ferida influenciarão o tratamento.

Tópico 4 – Coberturas

Cobertura é a denominação genérica do material usado para cobrir a lesão cutânea com capacidade de ocluir reduzindo a tensão de oxigênio e garantindo a umidade e a temperatura fisiológica no leito da lesão (cobertura interativa).

Finalidades e características das coberturas:

A indicação da cobertura depende da localização e características da lesão.

Finalidade	Características
	• Promover ambiente úmido; • Proteger a lesão contra traumas mecânicos; • Proteger a lesão de infecções cruzadas; • Absorver excesso de exsudato; • Proporcionar conforto e segurança; • Limitar o movimento dos tecidos adjacentes; • Preencher espaço presente em lesão profunda; • Auxiliar na hemostasia.
Finalidade	Características
	• Ser moldável ao contorno do corpo; • Ser impermeável a água e outros fluidos; • Ser atóxica e hipoalergênica; • Ser de fácil aplicação e remoção.

Tópico 4 – Coberturas



Importante

O profissional deve escolher a cobertura subsidiado na avaliação clínica da pessoa e da lesão garantindo assistência de qualidade e conduta ética e legal, para tanto:

- Não experimentar produtos na lesão;
- Não solicitar aquisição de insumos pela pessoa ou por sua família;
- Indicar a cobertura pelo seu menor custo.

A recomendação atual é a utilização de **cobertura interativa** que favorece a cicatrização em menor tempo, além de apresentar um melhor custo-efetivo considerando que:

- Mantém o microambiente da lesão úmido, absorvendo ou fornecendo umidade conforme o volume de exsudato drenado pela lesão;
- Mantém temperatura ideal para a mitose celular estimulando a formação do tecido de granulação e epitelização;
- Estimula o desbridamento autolítico.

Para auxiliar os profissionais na indicação, as coberturas estão categorizadas conforme a sua principal ação em:

- **Absorventes**



Melhor em Casa

Coberturas Absorventes

A principal ação das coberturas absorventes é absorver o excesso de exsudato e manter o leito da lesão com umidade fisiológica. Nessa categoria encontram-se diversas coberturas, sendo que as mais frequentemente usadas são:

- Alginato de cálcio
- Hidrofibra
- Espuma
- Compressa absorvente

Alginato de cálcio

É estéril, oclusiva, permeável, disponível na forma de placa ou cordão.

O contato da cobertura com exsudato gera uma reação de troca iônica entre o cálcio do alginato, o sódio do sangue e exsudato. Essa troca transforma o alginato em um gel suave, fibroso, não aderente, com capacidade de absorção, mantendo um meio úmido, que facilita a migração de células epiteliais, estimula a ação macrofagocitária, no desbridamento autolítico e libera fatores de crescimento, diminuindo o tempo de cicatrização.

Indicações:

- Lesão com volume de exsudato de moderado a intenso, independente de sua etiologia

- Lesão com sangramento ou tecido necrótico, porque é capaz de propiciar hemostasia e desbridamento autolítico.

Figura 1: Alginato de cálcio na apresentação de placa e cordão



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.



Você sabia que o alginato de cálcio...

- Tem a capacidade de reter microrganismos em suas fibras. Esse fato se deve a sua estrutura, portanto, as coberturas devem ser cortadas e nunca devem ser esgarçadas para não danificar suas tramas.
- Para ser manuseado requer o uso de tesouras e luvas estéreis.
- Necessita de cobertura secundária que pode ser a gaze dupla, gaze aberta ou compressa e, para tornar-se impermeável é necessário a aplicação de filme de poliuretano.

- Não requer que seja umedecido com soro fisiológico uma vez que sua indicação é para lesões de volume de exsudato de moderado a intenso, portanto, a principal contraindicação para o uso dessa cobertura é a presença de pouco exsudato ou a sua ausência, além de lesão com perda tecidual superficial ou recoberta por escara.

Hidrofibra

É um produto da evolução técnico-científica composta por caboximetilcelulose que é considerado um hidrocolóide em fibra. É maleável, em forma de placas e fitas brancas.

Essa cobertura absorve o excesso de exsudato, retendo-o em suas fibras e transformando-se em gel translúcido. Mantém o meio úmido, auxilia no desbridamento autolítico, evitando a maceração da pele ao redor da lesão porque a absorção se faz somente de forma vertical. É capaz de reter microrganismos.

Indicações:

- Lesões com volume de exsudato moderado a intenso, com ou sem infecção.

- Presença de exposição óssea ou de tendão pela sua eficácia em manter a umidade nessas estruturas preservando-as do ressecamento e consequente necrose.

Figura 2: Hidrofibra placa sobre úlcera venosa



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.



Você sabia que a HIDROFIBRA...

- Não deve ser aplicada em lesões secas ou pouco exsudativas porque não haverá umidade suficiente para a ação do produto;
- Demanda a aplicação de cobertura secundária por ser classificada como cobertura primária;
- Não pode ser rasgada e para o seu corte e manuseio deve-se utilizar tesouras e luvas estéreis;
- A sua aplicação requer uma margem de 1 cm na pele íntegra ao redor da lesão.

Cobertura de espuma

É composta de lâminas de poliuretano, encontradas em vários tamanhos e formatos e com diferentes capacidades de absorção de exsudato e adesividade à pele.

Pode ser de semipermeável à impermeável e apresenta alta capacidade de absorção e de isolamento térmico, além de não aderir ao leito da lesão.

Indicações:

- Lesões superficiais. Para lesões com profundidade deve-se usar espuma específica para preencher esse espaço.
- Lesões com volume de exsudato de pouco a moderado.

Figura 3: espuma sem borda e com borda de diversos tamanhos



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.



Você sabia que a espuma com borda...

- Não pode ser cortada, pois perde sua impermeabilidade.
- Não deve ser usada em lesões com predomínio de tecido necrótico ou sangramento abundante.
- Nas pessoas com pele frágil pode ser aplicado previamente, creme barreira na pele circundante para proteção da mesma.

Compressa absorvente

Geralmente é constituída por fibras de acrílico, rayon e viscose ou algodão e viscose.

A camada em contato com a lesão pode ser:

- Coberta com uma fina película microperfurada de poliuretano de alta e baixa densidade, que garante a absorção do exsudato e mantém um meio úmido, evitando a aderência da cobertura ao leito da lesão.
- Aluminizada por deposição de vapor (100% alumínio) que evita a aderência da compressa ao leito da ferida e não favorece o crescimento bacteriano.

Indicações:

- Lesões superficiais
- Lesões com volume de exsudato de pouco a moderado

Figura 4: compressa absorvente



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.



- **Hidratantes**





As coberturas dessa categoria têm a principal função de manter a hidratação das células, porque agem na presença de mínimo volume de exsudato. O que diferencia essas coberturas das absorventes é a ausência de capacidade em absorver volume de exsudato intenso.

Nessa categoria estão disponíveis no mercado nacional:

- membranas de poliuretano;
- placa hidrocolóide;
- placa de hidrogel.

1

Membranas de poliuretano

Agem como barreira bacteriana ou viral e preservam a umidade natural da lesão, reduzindo a desidratação e formação de crosta, e tem como vantagem a possibilidade de visualização da lesão.

São coberturas primárias, oclusivas, de natureza química, transparente, elástica. Podem ser encontradas nas seguintes formas: estéril e não estéril, semipermeável ou impermeável. Também podem estar associadas à compressa absorvente.

Figura 1: Membranas de poliuretano



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

2

3

Figura 2: Membranas de poliuretano usada como cobertura secundária para dar impermeabilidade a cobertura primária



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2012.

Indicações:

- Nas lesões superficiais, sem ou com pouco exsudato.
- Como cobertura secundária, aplicando-a sobre cobertura estéril, para garantir a impermeabilidade.
- Para proteção de proeminências ósseas, para redução do atrito em pessoas com risco para desenvolver úlcera por pressão.



Você sabia que a membrana de poliuretano...

- Estéril - não pode ser cortada porque esse ato modifica a sua estrutura e reduz a sua adesão à pele.
- Não estéril - pode ser cortada e aplicada na pele adjacente a lesões drenantes, fístulas e traqueostomia, com o objetivo de proteção dessa área.
- Não é recomendável para pessoas com pele friável, devido ao risco da perda da epiderme no momento da retirada do produto.

Membranas de poliuretano

Quando em contato com o leito da lesão, as partículas de celulose se expandem e absorvem o excesso de exsudato, promovendo a formação de um gel amarelado, viscoso, de odor acentuado. O uso do hidrocoloide requer pele íntegra ao redor da lesão para aplicação e manutenção da adesividade da placa.

É uma cobertura oclusiva estéril, impermeável à água e agentes externos, composta de partículas hidroativas à base de hidrocolóides.

Figura 3: Placas de hidrocolóide sobre úlcera por pressão.



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2009.

Indicações:

- Lesões com volume de exsudato de pouco a moderado.
- Lesões superficiais. Para lesões com profundidade deve-se usar hidrocolóide na apresentação de pó ou pasta para preencher esse espaço.
- Lesões com tecido necrótico.



Você sabia que o hidrocolóide...

- Apresenta camada externa, impermeável, que fornece proteção para a lesão, impedindo a propagação de microrganismos patogênicos. Também isola a lesão do ar atmosférico, provocando hipóxia em seu leito, o que estimula a angiogênese. Mantém a umidade no leito lesado e as terminações nervosas umedecidas resultando no alívio da dor para a pessoa.

- Em pessoas de pele frágil, pode ocorrer maceração ao redor da lesão decorrente da umidade proveniente do gel. Nos casos de maceração a cobertura deverá ser substituída por outra da categoria dos absorventes ou aplicar protetor cutâneo antes da aplicação da placa de hidrocolóide.

Membranas de poliuretano

É confortável, fácil de usar e eficaz no desbridamento autolítico. Com a utilização adequada, esse produto fornece controle de hidratação na superfície da lesão, muitas vezes fornecendo umidade.

Não é hidrogel amorfo, mas placa que é semioclusiva e contém uma rede de ligações cruzadas de polímeros hidrofílicos. Nessa cobertura, há o predomínio de água com polímeros para aumentar a sua viscosidade e permitir que o material fique aderido somente à superfície da lesão.

Figura 4: Hidrogel amorfo aplicado na lesão.



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2009.

Indicações:

- Lesões que variam de seca a levemente exsudativa.
- Lesões com tecido necrótico, principalmente do tipo escara, porque degrada esse tecido.
- Presença de exposição óssea ou de tendão pela sua eficácia em manter a umidade nessas estruturas preservando-as do ressecamento e consequente necrose.
- Em queimaduras ou áreas de radiodermite, devido à sua capacidade de manter o gel sobre as terminações nervosas expostas propiciando efeito calmante.



Sobre o hidrogel...

- Algumas coberturas apresentam um filme na camada superior que pode ser removido para diminuir as propriedades de hidratação do gel e permitir uma maior liberação de umidade.
- Todas as coberturas têm natureza semitransparente, permitindo o monitoramento contínuo da lesão sem a remoção da mesma.



- **Controladoras de odor**



Melhor em Casa

Coberturas Controladoras de Odor

Coberturas Controladoras de Odor

A produção de odor na lesão pode representar um grande problema para as pessoas e seus cuidadores. Se a formação do odor não pode ser evitada, pode ser necessário usar uma cobertura **capaz de adsorver** as moléculas voláteis liberadas pela lesão, que são responsáveis pelos odores. Nas lesões criticamente colonizadas ou com infecção, principalmente quando apresentam predomínio de tecido necrótico, o odor geralmente está presente.

1

A maneira mais eficaz de lidar com essas lesões, é prevenir ou erradicar o excesso de microrganismos responsáveis pelo odor. As lesões mais comumente associadas com a produção de odor incluem úlceras de perna e lesões cancerosas e fúngicas de todos os tipos.



Odor fétido: É causado por um coquetel de agentes voláteis, que inclui cadeia curta de ácidos orgânicos (n-butírico, valérico n, n-capróico, n-haptanoic e n-caprílico) produzidos por bactérias anaeróbias, juntamente com uma mistura de amins e diaminas como a cadaverina e putrescina que são produzidas por processos metabólicos de outras bactérias proteolíticas.

Para o controle do odor é importante tratar a lesão com coberturas com carvão. Durante o processo de fabricação dessa cobertura, a superfície do carbono é dividida para formar pequenos poros e aumentar a área de superfície eficaz das fibras e, portanto, sua capacidade de remover o cheiro desagradável.

Figura 1: Cobertura de carvão com prata.



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Figura 2: Cobertura de carvão sem prata



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.



Você sabia que a cobertura de carvão...

- Uma única cobertura com ampla superfície de área de carbono é capaz de reter um grande número de moléculas, portanto, remove o odor durante períodos prolongados.

- Produtos que combinam uma camada física absorvente com um componente de carvão mostram melhores desempenhos. Esses resultados sugerem que existem diferenças no desempenho desses produtos disponíveis no mercado, o que pode ter implicações clínicas potencialmente importantes.





- **Redutoras de microrganismos**



Melhor em Casa

Coberturas Redutoras de Microrganismos

Coberturas Redutoras de Microrganismos

O excesso de microrganismos na lesão compromete o processo de cicatrização podendo até impedir a sua cicatrização.

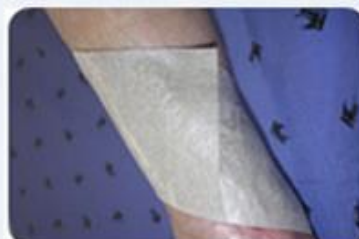
Esse tipo de lesão requer cobertura capaz de reduzir microrganismos e o seu crescimento sem, contudo, prejudicar os tecidos em formação.

1

São consideradas redutoras de microrganismos e apresentam antimicrobianos na sua composição. Nessa categoria estão consideradas as coberturas com prata e as coberturas com polihexametileno-biguanida (PHMB).

Há diversas coberturas que disponibilizam quantidade distinta de prata iônica ou PHMB.

Figura 1: Alginato de cálcio com prata sobre úlcera venosa



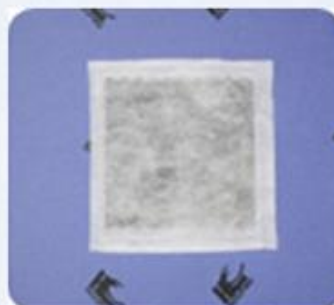
Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Figura 2: Espumas com prata



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Figura 3: Carvão com prata



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Figura 6: Compressa suprabSORVENTE com PHMB sobre ferida cirúrgica pós mamoplastia



Fonte: arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2011.

8



Melhor em Casa

UFMG

Atividade - Parte 1

☐	Denominação genérica do material usado para cobrir a lesão cutânea com capacidade de ocluir reduzindo a tensão de O ₂ e garantindo a umidade e a temperatura fisiológica no leito da lesão.	(1) Venosa
☐	É uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento.	(2) Arterial
☐	Condição da lesão que não apresenta sinais de infecção clínica, na qual a carga biológica atinge ou se aproxima do nível máximo controlável pelo organismo da pessoa.	(3) Por pressão
☐	Lesão com atraso na cicatrização; presença de friabilidade do tecido de granulação com pigmentações e despigmentações patológicas; alteração no odor; deterioração e reabertura da lesão; aumento na drenagem do exsudato são sinais de..... (complete)	(4) Criticamente colonizado
☐	Úlcera que se localiza no terço inferior ou médio da perna, de aspecto superficial/rasa não apresenta exposição de tendão, exsudativa, apresenta tecido necrótico amarelado e odor desagradável.	(5) Infecção
☐	Pessoa com esse tipo de úlcera apresenta claudicação intermitente, dor em repouso, diminuição ou ausência de pulsos, alterações musculoesqueléticas, alterações na pele (ausência de pelos, a cianose, hipotermia), unhas secas e amareladas.	(6) Cobertura interativa

Conferir resposta

Atividade - Parte 2

☐	Cobertura oclusiva estéril, impermeável à água e agentes externos, composta de partículas hidroativas que em contato com o leito da lesão absorvem o excesso de exsudato, promovendo a formação de um gel amarelado, viscoso, de odor acentuado.	(1) Polihexametileno-Biguanida
☐	Pertence a categoria de coberturas hidratantes. A placa é semioclusiva e contém uma rede de ligações cruzadas de polímeros hidrofílicos onde há o predomínio de água para aumentar a sua viscosidade e permitir que o material fique aderido somente à superfície da lesão.	(2) Hidrogel
☐	Exemplo de cobertura capaz de manter o leito da lesão com umidade fisiológica.	(3) Alginato de cálcio
☐	Cobertura capaz de adsorver as moléculas voláteis liberadas pela lesão que são responsáveis pelos odores.	(4) Carvão
☐	Antimicrobiano presente em diversas coberturas capaz de reduzir o número de microrganismos na ferida.	(5) Hidrocolóide
☐	Cobertura oclusiva, não impermeável, disponível na forma de placa ou cordão. Em contato com o exsudato gera uma reação de troca iônica transformando-se em um gel suave, fibroso, não aderente, com capacidade de absorção, mantendo um meio úmido, que facilita a migração de células epiteliais, estimula a ação macrofagocitária, no desbridamento autolítico.	(6) Espuma

Conferir resposta

Considerações Finais

As úlceras vasculogênicas e úlceras por pressão constituem as categorias de lesões cutâneas crônicas com maior impacto epidemiológico, social e econômico. No cenário domiciliar, além dessas lesões, há grande número de pessoas com ferida cirúrgica complexa. É importante destacar a relação da úlcera por pressão com o óbito.

A escassez de registros de atendimentos prestados a pessoas com lesões crônicas, configura um problema de saúde pública para o país, comprometendo a definição de políticas e estratégias pertinentes à gestão e intervenção específicas e direcionadas à assistência a pessoas com lesões cutâneas crônicas.



Importante

A prevalência de lesões cutâneas em pessoas atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar na cidade de Santos (SP), em 2009 foi 37,8% das pessoas admitidas, com predomínio da faixa etária acima de 65 anos. A maior prevalência foi de pessoas com úlceras por pressão e vasculogênicas, amputações e pré-diabético.

Para a organização das ações e monitoramento dos resultados referente à abordagem da pessoa com lesão cutânea, sugere-se aos profissionais e equipes de saúde a adoção de protocolos referentes ao planejamento, à implantação e à implementação de estratégias que promovam a melhoria da qualidade do cuidado: a cicatrização da lesão, a prevenção de lesão e da sua recorrência.



Importante

Para desenvolver e implementar o protocolo de prevenção e tratamento da lesão, o profissional da saúde deve:

- Identificar e monitorizar a ocorrência da lesão para determinar a sua incidência e prevalência, conforme a etiologia. Esta informação irá servir como linha básica para o desenvolvimento, implantação e avaliação dos protocolos de tratamento.
- Garantir o encaminhamento de pessoas para Serviços de referência e contra referência.

UNIDADE 3 - ACESSO VENOSO CENTRAL

Apresentação da Unidade

Essa unidade aborda os cuidados relacionados à pessoa em uso de acesso venoso central, procedimento que possibilita a condução de terapêuticas endovenosas com a pessoa em domicílio.

SUMÁRIO

Tópico 1 - Conceito, tipos e indicação

Tópico 2 - Cuidados com o acesso venoso central

Tópico 3 - Materiais necessários para os cuidados do acesso venoso central em domicílio

Objetivo:

Reconhecer princípios que fundamentam a realização de procedimentos e prestação de cuidados à pessoa em uso de acesso venoso central, especialmente quanto ao:

- Sítio de inserção;
- Manejo e manutenção do acesso.

Tópico 1 - Conceito, tipos e indicação



Importante

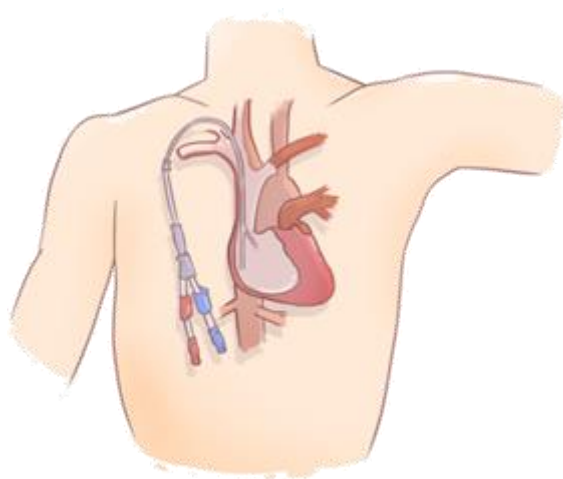
A condução de terapêuticas endovenosas via acesso venoso central, possibilita que o cuidado à pessoa seja realizado em casa desde que haja articulação entre os serviços da rede de forma que a equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) realize a assistência, e o acompanhamento da pessoa em uso de acesso venoso central.

Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, os cateteres venosos centrais são divididos em:

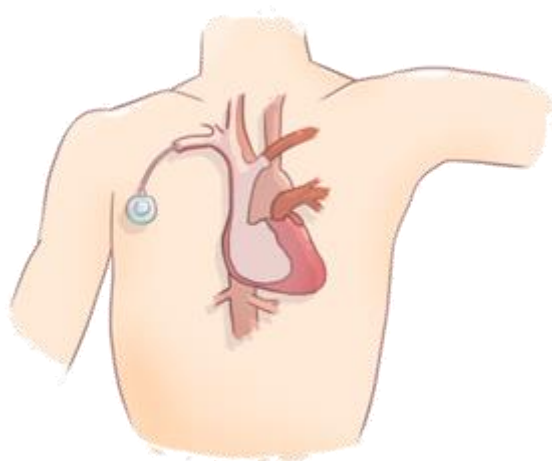
Curta permanência	Longa permanência
Até 14 dias. Instalação: Venopunção direta.	
Curta permanência	Longa permanência
Acima de 14 dias, podendo permanecer meses a anos, conforme indicação clínica e cuidados do manuseio. Instalação: Cirúrgica.	

O cateter para o acesso venoso central de longa permanência subdivide-se em: semi-implantado e totalmente implantado.

Cateter semi-implantado



Cateter totalmente implantado



Fonte: equipe NESCON

Cateter Totalmente Implantado: exemplos de reservatório



Figura 3: Reservatório Cateter Totalmente Implantado

Fonte: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap8.pdf>

Outro tipo de cateter venoso central utilizado, principalmente em neonatos e crianças, é o Cateter Central de Inserção Periférica (PICC).



Figura 4: Cateter epicutâneo

Fonte: http://mediateca.educa.madrid.org/imagen/ver.php?id_imagen=9zei5nflp9bkjsf5

A punção venosa central deve ser realizada como procedimento estéril, o que implica cuidados específicos:

Profissional

Degermação e uso de solução alcoólica nas mãos e utilização de barreira máxima (gorro, máscara, avental estéril de manga longa, óculos de proteção, luvas estéreis e campo estéril).

Local de inserção

Escolha do tipo de cateter e a técnica a ser utilizada

Profissional

Local de inserção

Preparo da pele com solução de clorexidina alcoólica a 2%.

Escolha do tipo de cateter e a técnica a ser utilizada

Profissional

Local de inserção

Escolha do tipo de cateter e a técnica a ser utilizada

Dependem da situação que justifica a indicação da terapêutica, da idade e da condição clínica da pessoa.

As indicações para o uso de cateter venoso central são diversas:

- Situações de urgência e emergência (monitorização hemodinâmica, administração rápida de drogas, expansores de volume e hemoderivados);
- Administração de soluções hipertônicas ou irritativas para veias periféricas;
- Administração concomitante de drogas incompatíveis entre si;
- Administração de nutrição parenteral;
- Realização de quimioterapia;
- Para a pessoa que necessita de terapia endovenosa e o acesso venoso periférico está inviabilizado.



Importante

Os sítios mais comuns de inserção são a veia jugular interna, veia subclávia, veia jugular externa e veia antecubital. Não há recomendação de punção de veia femoral como rotina, devido ao maior risco de contaminação e infecção no local.

As indicações para o uso de cateter venoso central são diversas:

- Situações de urgência e emergência (monitorização hemodinâmica, administração rápida de drogas, expansores de volume e hemoderivados);
- Administração de soluções hipertônicas ou irritativas para veias periféricas;

- Administração concomitante de drogas incompatíveis entre si;
- Administração de nutrição parenteral;
- Realização de quimioterapia;
- Para a pessoa que necessita de terapia endovenosa e o acesso venoso periférico está inviabilizado.

Tópico 2 - Cuidados com o acesso venoso central

Curativo do sítio de inserção do acesso venoso central

Durante todas as etapas de troca de curativo o cateter não pode ser deslocado. Para cada troca do curativo, é indicada a limpeza do sítio de inserção com clorexidina alcoólica 0,5% a 2%, tintura de iodo ou álcool 70% e avaliação quanto à presença de sinais flogísticos. Todo o procedimento deve ser sempre registrado no prontuário da pessoa, no SAD.

A indicação do curativo do acesso venoso central de curta permanência, está relacionada ao tipo de cobertura e tempo de troca:

- cobertura do sítio de inserção com gaze estéril troca a cada 48 horas,
- cobertura do sítio de inserção com filme transparente semipermeável estéril com indicação de troca a cada 7 dias.

Caso o curativo se solte, apresente umidade ou qualquer sujidade, deverá ser trocado imediatamente.



Figura 5: Curativo de acesso venoso central com gaze:



Figura 6: Curativo com filme transparente semipermeável:

Manutenção e manejo do acesso venoso central

A manutenção e o manejo do acesso venoso central de curta e longa permanência apresentam peculiaridades.

Acesso venoso central de curta permanência

O **acesso venoso central de curta permanência** necessita da manutenção de infusão contínua de fluido, para não obstrução do cateter. A infusão deve ser controlada para evitar a sobrecarga hídrica. A opção pelo uso deste tipo de acesso em domicílio, deve considerar as condições de higiene local e o comprometimento da pessoa e da família com os cuidados pertinentes ao curativo, a infusão contínua de fluido e seu controle.

Acesso venoso central de longa permanência

Cateter totalmente implantado

Acesso venoso central de curta permanência

Acesso venoso central de longa permanência

Em relação ao **acesso venoso central de longa permanência**, não há indicação de infusão contínua de fluidos, de uso de anticoagulantes rotineiramente para prevenção de infecção relacionada ao cateter. Porém o Centro de Controle de Doenças, CDC, indica que o uso de heparina e warfarina em baixas dosagem (1 mg/dia) reduzem o risco de formação de trombos.

Cateter totalmente implantado

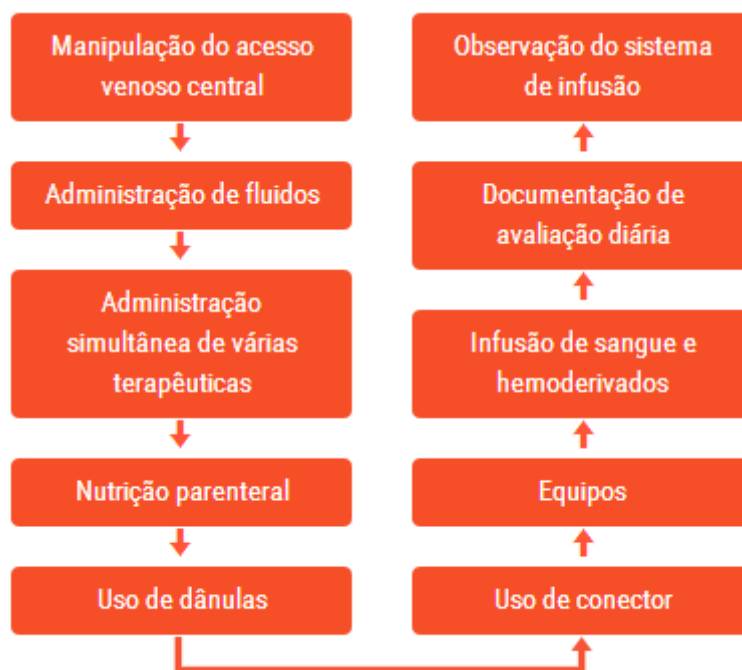
Acesso venoso central de curta permanência

Acesso venoso central de longa permanência

Cateter totalmente implantado

Para uso do **cateter totalmente implantado**, é necessária a punção do reservatório, que deve ser realizada com agulha ou escalpe próprio. A punção deve respeitar a técnica asséptica com antisepsia do local com clorexidina alcoólica 0,5 a 2%, tintura de iodo ou álcool 70%. A agulha pode ser mantida por até 7 dias, protegida por cobertura estéril. Não é recomendada coleta de sangue por meio do reservatório.

Atendidas as peculiaridades relativas ao acesso venoso central de curta e longa permanência é importante destacar cuidados comuns e fundamentais a serem realizados:



Manipulação do acesso venoso central

A **manipulação do acesso venoso central** deve ser sempre precedida da lavagem das mãos e desinfecção das conexões com álcool 70%, por meio de fricção vigorosa com, no mínimo, três movimentos rotatórios, utilizando gaze estéril.

Administração de fluidos

Após a **administração de fluidos** através do acesso venoso central, deve efetuar-se a lavagem das linhas infusoras com soro fisiológico 0,9%, para evitar incompatibilidades entre fármacos administrados.

Administração simultânea de várias terapêuticas

Na **administração simultânea de várias terapêuticas**, deve-se avaliar a compatibilidade das medicações.

Administração simultânea de várias terapêuticas

Na **administração simultânea de várias terapêuticas**, deve-se avaliar a compatibilidade das medicações.

Nutrição parenteral

Caso haja a indicação de uso de **nutrição parenteral**, esta deve ser perfundida em lúmen isolado de outras terapêuticas, e seu débito deve ser controlado por bomba de infusão.

Uso de cânulas

O **uso de cânulas** (torneirinhas) também é permitido. As entradas da cânula que não estiverem com conexão devem ser mantidas com tampas estéreis a serem descartadas e substituídas a cada uso.

Observação do sistema de infusão

É extremamente importante a **observação do sistema de infusão** quanto a integridade (dobras, perfurações ou cortes indicam sua substituição).

Documentação de avaliação diária

É indicada **documentação de avaliação diária** de pacientes em uso de cateter venoso central e registro do aspecto do sítio de inserção à troca de curativos, no caso de uso de gaze e diária, no caso do uso de curativo com filme transparente.

Infusão de sangue e hemoderivados

Se houver indicação de **infusão de sangue e hemoderivados**, estes também devem ser administrados em lúmen isolado.

Equipos

Os **equipos** devem ser trocados, conforme protocolo local: a cada 72 a 96 horas, nos casos de infusão contínua; a cada 24 horas, nos casos de infusão intermitente, nutrição parenteral e emulsões lipídicas; a cada procedimento, nos casos de administração de hemocomponentes. Caso haja suspeita ou confirmação de infecção de corrente sanguínea, há indicação de troca de todo o sistema.

Uso de conector

O **uso de conector** é permitido e deve seguir o período de troca do equipo. Há indicação de que seja transparente e compatível com a conexão luer lock.

O profissional deve monitorar:

1. Sinais de inserção quanto ao surgimento de sinais flogísticos (dor, calor, rubor ou edema) ou sinais infecciosos sistêmicos inespecíficos como prostração, febre, hiporexia, sudorese excessiva, pele pegajosa, dentre outros.
2. A ocorrência de extravasamentos, em especial para o tecido subcutâneo, o que pode gerar necrose tecidual e outras complicações.
3. A indicação de inserção, o tempo de continuidade de uso e indicação de retirada do acesso venoso central.

Ao término da indicação do uso de acesso venoso central ou em caso de infecção, este deve ser removido. Os acessos de curta permanência e o PICC podem ser removidos em domicílio: os de longa permanência devem ser removidos em bloco cirúrgico.

Tópico 3 - Materiais necessários para os cuidados do acesso venoso central em domicílio

Para o cuidado do acesso venoso central em domicílio, torna-se necessário o acesso aos seguintes materiais:

Indicações

- Compressa de gaze estéril;
- Soro Fisiológico 0,9% ou Solução de Ringer Lactato;
- Curativo de Filme Transparente Semipermeável Estéril;
- Clorexidina alcoólica 0,5% a 2%, tintura de iodo ou álcool 70%;
- Luva cirúrgica estéril;
- Luva de Procedimento descartável;
- Máscara Cirúrgica descartável;
- Micropore;
- Equipo de infusão (compatível com a terapêutica a ser realizada);
- Dânuilas;
- Conectores transparentes, compatíveis com a conexão luer lock;
- Agulha ou escalpe próprio para cateter totalmente implantado;
- Seringa de 10 ml.



Leitura Obrigatória

ANVISA. Infecção de Corrente Sanguínea - **Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea**. Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Efeitos Adversos – UIPEA. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTS. Agosto 2010.

Atividade

☐	Não deslocar o cateter, limpeza do sítio de inserção com clorexidina alcoólica 0,5% a 2%, tintura de iodo ou álcool 70% e avaliação quanto à presença de sinais flogísticos, registro no prontuário da pessoa, no SAD.	(1) Cobertura do sítio de inserção com filme transparente semipermeável estéril
☐	Até a retirada dos pontos o curativo deve ser realizado com limpeza do sítio de inserção com soro fisiológico 0,9% e cobertura com gaze. após a retirada dos pontos, que ocorre no 15º dia pós operatório, dispensa curativos.	(2) Curativo do acesso venoso central de curta permanência
☐	Facilidade de visualização do sítio de inserção proporcionando maior intervalo de troca e menor manipulação do local.	(3) Curativo do sítio de inserção do acesso venoso central
☐	Punção do reservatório realizada com agulha ou escalpe próprio, com antisepsia do local com clorexidina alcoólica 0,5 a 2%, tintura de iodo ou álcool 70%.	(4) Uso do Cateter totalmente implantado
☐	Indicação de troca a cada 7 dias.	(5) Cateteres semi-implantados e os totalmente implantados
☐	Troca a cada 48 horas.	(6) Curativo de filme transparente semipermeável
☐	Indicação está relacionada ao tipo de cobertura e tempo de troca.	(7) Cobertura do sítio de inserção com gaze estéril

Concluindo...

O uso de cateter venoso central em diversas situações possibilita a condução do cuidado em domicílio reduzindo desenvolvimento de complicações infecciosas. Para tal, é necessário que os profissionais estejam atentos aos cuidados quanto ao sítio de inserção e com a manipulação do sistema.



Importante

Quer saber mais sobre Acesso Venoso Central? Acesse o site abaixo e visite os links indicados.

[Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter](#)

UNIDADE 4 - FECALOMA: ABORDAGEM CLÍNICA, PRINCÍPIOS E INTERVENÇÕES

Apresentação da Unidade

Nesta unidade são abordados conceito, causas e sintomas do fecaloma, bem como sua investigação, tratamento e medidas preventivas a serem adotadas no âmbito da atenção domiciliar.

SUMÁRIO

Tópico 1 - Conceitos

Tópico 2 - Causas e sintomas

Tópico 3 - Como investigar a presença do fecaloma

Tópico 4 - Manejo do fecaloma

Objetivo:

Identificar as possíveis causas do fecaloma.

Reconhecer sinais e sintomas indicativos de fecaloma.

Reconhecer sinais que exigem a remoção do fecaloma.

Tópico 1 – Conceitos

O fecaloma caracteriza-se por dificuldade em eliminação das fezes que se encontram endurecidas e ressecadas, levando ao esforço e sofrimento no ato evacuatório, mesmo que as dejeções sejam diárias.



Importante

Na atenção domiciliar a constipação intestinal é um problema frequente que afeta, principalmente, mulheres, idosos e acamados.

A abordagem da pessoa deve ser direcionada, não só para a frequência evacuatória, mas também para o volume e consistência das fezes, além de dificuldade (dor e esforço) para evacuar.

A abordagem do profissional deve ser direcionada para pessoas com menos de três eliminações por semana, não somente pela frequência evacuatória, mas também para o volume e consistência das fezes, além da dificuldade (dor e esforço) para evacuar.

A retenção fecal por vários dias leva ao ressecamento e impactação progressiva das fezes no intestino, gerando o fecaloma.



Importante

A pessoa com fecaloma pode relatar ausência de evacuação há vários dias, contudo é importante para o profissional considerar relatos da presença de diarreia. É o que denominam **diarreia paradoxal** ou "**falsa diarreia**".

É importante considerar a constipação intestinal ("intestino preso"), por ser um precedente importante nos casos graves de impactação fecal. A partir desta abordagem inicial as causas e sintomas e o processo de investigação e manejo do fecaloma estão destacados.

Tópico 2 - Causas e Sintomas

O fecaloma ocorre a partir de uma constipação intestinal recente ou crônica que se agravou.

É importante destacar que na assistência do idoso a equipe deve manter-se atenta aos sinais de impactação fecal que pode, inclusive, ser causa de delírios (rebaixamento do sensorio, confusão mental).

Causas	Sintomas
• Dieta pobre em fibras; • Sedentarismo e síndrome de imobilidade; • Medicamentos que afetam o trânsito intestinal e absorção de água pelo intestino; • Uso indiscriminado de laxantes; • Doenças neurológicas que afetam a motilidade intestinal; • Tumores e doenças do trato gastrointestinal; • Inibição voluntária do desejo evacuatório; • Desidratação.	

Causas	Sintomas
Os sintomas mais comumente relatados pela pessoa são: desconforto gerado pela tentativa frustrada de evacuação, cólicas, sensação de massa na ampola retal ou dejeção incompleta, irritação, perda de apetite e cefaleia. A incontinência ou retenção urinária ocorre em algumas pessoas por efeito mecânico do fecaloma, comprimindo o trato urinário. "Fezes líquidas", com pouco volume, muco e rajas de sangue, podem significar diarreia paradoxal. Sintomas como vômitos, febre e dor abdominal intensa surgem como complicação de uma obstrução intestinal, completa ou parcial.	

Tópico 3 - Como investigar a presença do fecaloma

O fecaloma é um problema que acomete pessoas assistidas em domicílio, o que justifica que as equipes de AD direcionem sua observação, a entrevista e exame físico de modo a investigar sinais e sintomas indicativos dessa situação.



Importante

Nem sempre a família da pessoa no domicílio ou cuidador irá revelar a dificuldade ou ausência de evacuação, isto porque existe um falso mito de que a pessoa que está ingerindo pouco alimento ou recebeu apenas soroterapia nos últimos dias, não irá evacuar.

Na ausência de doença, a atividade intestinal é regular, ainda que a ingesta alimentar seja pequena, levando a uma massa fecal de menor volume. Ausência de fezes por mais seis dias deve alertar os profissionais da saúde.

Confirmado o risco de impactação fecal, cabe ao médico definir o plano diagnóstico e terapêutico. Em geral, ao exame físico, observa-se distensão e dor à palpação abdominal, bem como massa endurecida palpável em região de fossa ilíaca esquerda (porção final do intestino grosso, sigmóide).



Importante

O toque retal, realizado pelo profissional médico, na maioria das vezes permite revelar a identificação de massa pétreia de grande volume na ampola retal, confirmando o diagnóstico. No caso de dúvida de diagnóstico, poderão ser solicitados exames complementares (laboratórios, radiografia abdominal e outros recursos de imagem como ultrasonografia e tomografia computadorizada de abdome).

Atividade 1

☐	Retenção fecal por vários dias leva ao ressecamento e impactação progressiva das fezes no intestino.	(1) Constipação intestinal
☐	Ausência de evacuação há vários dias, e excreção de muco com resíduos fecais.	(2) Fator de mau funcionamento do intestino
☐	Problema que afeta, principalmente, mulheres, idosos e acamados.	(3) Fecaloma
☐	Síndrome de imobilidade.	(4) Diarreia paradoxal

Tópico 4 - Manejo do fecaloma

O uso de laxativos orais e supositórios, muitas vezes é pouco efetivo quando grande impactação fecal está instalada. Ressalta-se que, laxativos orais podem levar a quadro de diarreia grave e desidratação em idosos quando utilizados indiscriminadamente.



Importante

Uma prática comum, que também deve ser evitada, é o uso de óleo mineral via oral em idosos e pacientes com disfagia, pelo risco de aspiração levando a um quadro grave de pneumonia.

A prescrição, via retal, de clister glicerinado ou enema pode ser feita em domicílio, aplicada pela enfermagem da equipe, com alto índice de sucesso, porque amolece as fezes e estimula a musculatura retal a expulsar o fecaloma.

A frequência ou repetição desse procedimento é definida pelo médico, observadas contraindicações absolutas: dor abdominal e febre no pós-operatório de reconstrução intestinal, hemorragia retal não diagnosticada e lesões intestinais.

Destaca-se que há situações onde a indicação do clister glicerinado ou enema exige precaução: pessoas com risco de hipervolemia, insuficiência cardíaca ou disfunção renal.



Importante

Ainda que a aplicação do clister glicerinado não seja totalmente efetiva, sempre ajudará na quebra da massa fecal impactada, facilitando a extração manual pelo médico.

Atividade 2

1) Clister glicerinado ou enema pode ser feito com a pessoa no domicílio, com alto índice de sucesso.

☐ VERDADEIRO ☐ FALSO

2) Não há nenhuma contraindicação para a prescrição de clister glicerinado ou laxativos orais, nos casos de fecaloma instalado.

☐ VERDADEIRO ☐ FALSO

3) A normalidade da atividade intestinal depende do volume da ingesta diária.

☐ VERDADEIRO ☐ FALSO

4) Diante da suspeita de sinais e sintomas de impactação fecal, a equipe deve acionar o médico para definição diagnóstica e terapêutica.

☐ VERDADEIRO ☐ FALSO

Concluindo...

Algumas medidas auxiliam na prevenção da formação de fecaloma e melhora da constipação intestinal: dieta rica em fibras, exercício físico regular, detecção e tratamento precoce de doenças que afetam trânsito intestinal, hidratação adequada e não inibir desejo evacuatório.

A ocorrência do fecaloma e da constipação intestinal é multifatorial. Desta forma, a abordagem pela equipe deve ser multidisciplinar, onde nutricionista, médico, dentista, fisioterapeuta, equipe de enfermagem e psicólogo, devem atuar avaliando hábitos de vida, alimentação e mobilidade que previnam a constipação e suas complicações, como o fecaloma.

A adequação medicamentosa e identificação de doenças determinantes do mau funcionamento intestinal são imprescindíveis para o sucesso do tratamento e recorrência das situações que aumentam o risco de fecaloma.

UNIDADE 5 – DIÁLISE

Apresentação da Unidade

Esta unidade aborda os princípios e cuidados para a organização, a execução e o monitoramento da diálise quando realizada em atenção domiciliar.

SUMÁRIO

Tópico 1 - Diálises: conceito, classificação e indicação

Tópico 2 - Diálise peritoneal (DP)

Tópico 3 - Avaliação das condições do domicílio para realização da diálise peritoneal

Objetivo:

Identificar aspectos e condições do domicílio, da família e da pessoa que favoreçam a indicação de Diálise Peritoneal em AD.

Subsidiar a definição do plano de cuidado individual à pessoa no domicílio, em diálise peritoneal.

Tópico 1 - Diálise: conceito, classificação e indicação

A diálise é um método artificial que substitui a função renal, comprometida em consequência de insuficiência renal grave. É um processo de circulação extracorpórea.

As dialises estão classificadas como:

Diálise Peritoneal

A **Diálise Peritoneal** é um método em que ocorre a troca de solutos entre o sangue e a solução de diálise através da membrana peritoneal. É realizada por serviços específicos credenciados pelo SUS.

Hemodiálise

Terapia de substituição renal contínua (TSRC)

Diálise Peritoneal

Hemodiálise

A **hemodiálise** é um método em que o sangue carregado de toxinas e produtos de degradação nitrogenados é desviado da pessoa para uma membrana semipermeável artificial (dialisador) onde as toxinas são filtradas e removidas e o sangue é devolvido à pessoa. Atenção! A Hemodiálise não é habitualmente realizada em domicílio, contudo pessoa em hemodiálise, sua família e cuidador devem contar com a equipe de saúde para orientá-la quanto aos cuidados a serem observados no âmbito do domicílio após o procedimento ser realizado nos serviços ambulatoriais especializados.

Terapia de substituição renal contínua (TSRC)

Diálise Peritoneal

Hemodiálise

Terapia de substituição renal contínua (TSRC)

A **TSRC** é um método empregado para substituir a função renal normal através da circulação do sangue da pessoa por um hemofiltro. É indicada nos casos de pessoa clinicamente grave, com instabilidade hemodinâmica e acontece comumente em Unidades de Terapia Intensiva.

A hemodiálise e a TSRC são procedimentos cuja realização geralmente está restrita ao âmbito hospitalar ou ambulatorial e a DP é um procedimento cuja realização, por serviço referenciado pelo SUS, é viável com a pessoa no domicílio.



Leia

Critérios para organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica. Acesse a Portaria n.389, de 13 de março de 2014. [Clique aqui para acessar.](#)

Requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise. Acesse a RDC n. 11, de 13 de março de 2014. [Clique aqui para acessar.](#)

Tópico 2 - Diálise peritoneal

O desenvolvimento de máquinas cicladoras e o refinamento de técnicas, viabilizaram a realização da Diálise Peritoneal-DP no domicílio contribuindo para ampliar o acesso à ciclagem contínua.

Outras variáveis que impactam na indicação, eficácia e efetividade da DP:

- O nível socioeconômico da família;
- As condições de higiene;
- Segurança domiciliar;
- Escolaridade e preparo do cuidador.



Importante

A orientação e informação da pessoa, da sua família e do cuidador quanto ao tratamento, aos cuidados, às intercorrências bem como indicação dos serviços de saúde de referência têm importante papel para a adequada realização da DP na AD.

O propósito dessas orientações é que todos sejam capazes de proceder e atentar para os cuidados pertinentes à realização do procedimento no domicílio e comuniquem a equipe do SAD qualquer evento ou intercorrência.

Diálise Peritoneal Automática (DPA):

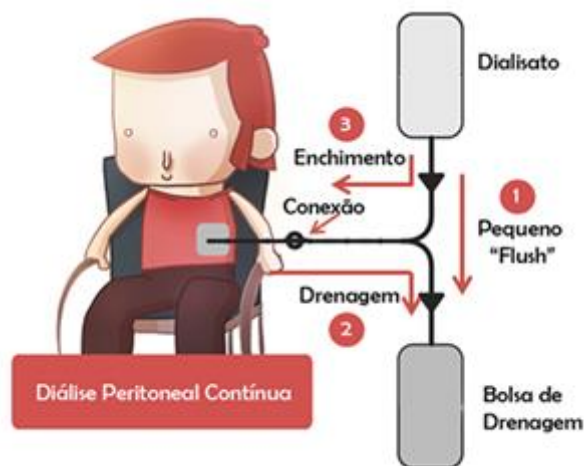
Na Diálise Peritoneal Automática (DPA), as trocas do dialisato são feitas com o auxílio de uma máquina chamada cicladora que é conectada ao cateter o que possibilita que o processo se realize não ao longo do dia e sim no período noturno (enquanto a pessoa dorme).

Diálise peritoneal contínua (DPC):

Na Diálise Peritoneal Contínua (DPC), a infusão e a drenagem do dialisato são feitas manualmente (dispensa o uso de máquina ou qualquer outro equipamento) em geral 4 vezes, com a pessoa no domicílio ou em outro ambiente.

As principais complicações da DP são:

- Peritonite;
- Extravasamento do dialisado através do local do cateter;
- Sangramento na cavidade abdominal devido à inserção do cateter;
- Hipervolemia.



Clique na imagem para ampliá-la.

Tópico 3 - Avaliação do domicílio para realização da DP

A realização da diálise peritoneal contínua no âmbito domiciliar deve ser precedida de avaliação das condições e qualidade do domicílio e entorno (instalações sanitárias, saneamento básico do entorno), nível de escolaridade da pessoa, do cuidador e da sua família.



Importante

A portaria GM Nº 39 de 02 de abril de 1993 define que a visita domiciliar em diálise peritoneal contínua é obrigatória.

Durante a visita domiciliar, o profissional da equipe de AD devem avaliar e compartilhar com a pessoa e sua família a decisão de manter a diálise peritoneal contínua no domicílio.

A pessoa submetida à diálise convive com restrições alimentares, observância rígida de horários, assim como laborais, sociais, entre outras. A equipe precisa trabalhar em conjunto com a pessoa, família e cuidador na definição, desenvolvimento e monitoramento do plano de cuidados de forma a assegurar sua execução assim como avaliação contínua da pessoa e das condições da família e cuidador para manutenção do tratamento em casa.

Atividade

Cada um dos quadros abaixo apresenta uma lista com três atividades/procedimentos referentes à realização da DP no âmbito domiciliar. Em qual quadro todas as indicações devem preceder à decisão do SAD quanto ao ingresso de uma pessoa no tratamento com diálise peritoneal, no domicílio?

QUADRO A

- Indicação médica
- Avaliação da estabilidade familiar
- Avaliação do nível de escolaridade do cuidador

QUADRO B

- Parecer médico sobre estabilidade clínica da pessoa
- Avaliação da moradia
- Avaliação do cuidador

QUADRO C

- Visita domiciliar prévia
- Avaliação da pessoa
- Avaliação dos recursos, insumos serviços

QUADRO D

- Avaliação da pessoa
- Avaliação da família
- Avaliação da moradia

Concluindo...

A doença renal impõe à pessoa uma nova concepção de vida tendo em vista a demanda de tempo que terá que dedicar ao processo de tratamento.

IMPORTANTE:

Segundo estudo de TIMM (2013), as famílias que convivem com um de seus membros em diálise peritoneal no domicílio necessitam adaptar-se e organizar-se diante da situação de doença do familiar, desenvolvendo estratégias que possam viabilizar o cuidado e a assistência devida.

Nesta perspectiva, algumas famílias podem contar com a colaboração de outras pessoas para dar seguimento a essas atividades ou buscam constantes ajustes entre a realização das atividades e o tratamento, enquanto outras, diante da impossibilidade de conciliar especialmente as atividades laborais, optam-se em dedicar-se ao cuidado do familiar.

UNIDADE 6 - PARACENTESE ABDOMINAL TERAPÊUTICA

Apresentação da Unidade

Esta unidade aborda a paracentese abdominal terapêutica. Serão destacados procedimentos, indicações, contraindicações e possíveis complicações referentes à paracentese terapêutica abdominal realizada em domicílio.

Sinonímia: “paracentese terapêutica de alívio” ou “paracentese terapêutica peritoneal”.

SUMÁRIO

Tópico 1 - Conceito, indicações e contraindicações

Tópico 2 - Procedimentos e complicações para a realização da paracentese terapêutica

Objetivo:

Identificar indicações, contra indicações e complicações da paracentese terapêutica abdominal.

Reconhecer procedimentos pertinentes à realização de paracentese terapêutica abdominal, em domicílio.

Tópico 1 - Conceito, indicações e contraindicações

A paracentese terapêutica é o procedimento de remoção de fluido da cavidade peritoneal (ascite) para retirada de líquido ascítico, por punção abdominal com agulha para reduzir a pressão intra-abdominal e aliviar sintomas associados como dispneia, dor e desconforto abdominal. Em geral a drenagem é de cinco ou mais litros.



Importante

As causas de ascite são: cirrose hepática, hepatite alcoólica, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática fulminante, trombose de veia porta, carcinomatose peritoneal, pancreatite ou processo inflamatório do sistema biliar, síndrome nefrótica, peritonite e isquemia ou obstrução intestinal.

A paracentese terapêutica (abdominal ou de alívio ou peritoneal) tem indicações e contraindicações a serem consideradas e avaliadas pelo médico da equipe.

Indicações

A paracentese terapêutica ou de alívio está indicada no caso da pessoa apresentar:

- Ascite tensa com sintomas: dispneia, dor ou desconforto abdominal.
- Ascite refratária ao tratamento com diuréticos e dieta com restrição de sódio (RUNYON, 2013; SHLAMOVITZ, 2013; THOMSEN et al., 2006).

Contraindicações

Absolutas: abdome agudo com indicação cirúrgica;

Relativas: coagulação intravascular disseminada; distensão intestinal; fibrinólise; organomegalias; gestação; bexiga distendida ("bexigoma"), celulite na parede abdominal; aderências intra-abdominais.



Importante

A Razão Normalizada Internacional (RNI) elevada ou trombocitopenia não são contraindicações para paracentese e, em muitos pacientes, não é necessário transfundir plasma fresco ou plaquetas antes do procedimento. Cerca de 70% dos pacientes com ascite possuem tempo de protrombina alterado, mas os riscos reais de sangramento são muito baixos, pois menos de um por cento dos pacientes necessitam de transfusão sanguínea. As exceções são pacientes com características clínicas condizente com coagulação vascular disseminada ou hiperfibrinólise que exigem tratamento para reduzir o risco de sangramento (RUNYON, 2013).

Tópico 2 - Paracentese terapêutica: procedimentos e complicações

A técnica de realização da paracentese é simples e segura podendo ser realizada com a pessoa em domicílio desde que sejam observadas, previamente: a avaliação do quadro clínico da pessoa, a indicação do procedimento pelo médico da EMAD, as condições do domicílio e a disponibilidade de material e insumos.

Realizada, em geral, como cuidado paliativo a paracentese terapêutica aumenta de forma considerável o bem estar da pessoa além de evitar deslocamentos desnecessários para serviços de urgência, quando o procedimento está indicado.



Atenção

É fundamental que o médico, ao indicar e executar a paracentese tenha todos os recursos e meios necessários à efetividade do procedimento e à segurança da pessoa e seus familiares e conte com profissionais da equipe para auxiliarem no procedimento.

É importante para a realização do procedimento:

- Explicar o procedimento, seus benefícios, riscos e possíveis complicações e esclarecer todas as dúvidas da pessoa, familiares, cuidador.

- Obter o consentimento informado ou assinado (da pessoa ou do familiar responsável)
- Manter a pessoa e ambiente tranquilos.
- Garantir que os profissionais acompanhem todo o procedimento observando a evolução e identificando eventuais intercorrências.



Atenção

Quem pode realizar a paracentese? A paracentese deve ser realizada por médico auxiliado por profissional da EMAD.

Orientações importantes

- Jejum antes procedimento não é necessário;
- Esvaziamento da bexiga deve ser feito antes do procedimento (voluntário ou, se necessário, por cateterismo vesical);
- Medicamentos de uso habitual podem ser mantidos;
- Pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e temperatura devem ser controladas antes e após o procedimento.

Material necessário

Frasco graduado para acondicionar o líquido ascítico; solução alcoólica antisséptica (exemplo: clorexidina); luvas estéreis; luvas de procedimento; seringas de 20ml e 5ml; agulha de calibre 25x12 e 25x08; pacotes de gaze estéreis; equipo de soro ou extensor estéril; campo estéril ou bandeja para realização de paracentese (pinça, cuba, campo estéril); cateter venoso periférico flexível 14 ou 16 gauge ou agulha para punção abdominal; cloridrato de lidocaína a 2% sem vasoconstritor; fita hipoalergênica; coletor rígido para material perfuro-cortante.

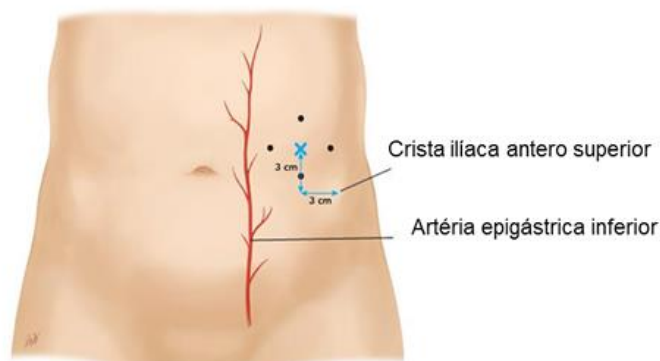
Posicionamento do paciente

Em posição supina (decúbito dorsal), com a cabeça reta ou levemente elevada.

Local da punção

Quadrante inferior esquerdo da parede abdominal. Deve-se medir 3 cm medialmente e 3 cm acima da crista ilíaca ântero-superior esquerda. Após a escolha do local é indicado confirmar se existe macicez à percussão, se o baço não é palpável e se não existem cicatrizes cirúrgicas.

Figura 1 Local de punção para paracentese



Fonte: RUNYON, 2013.

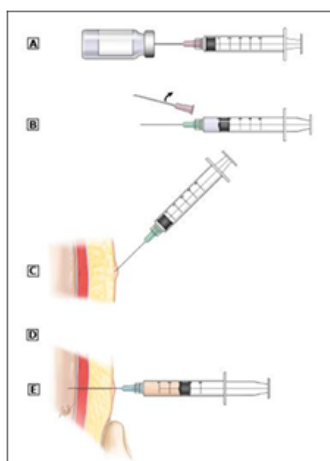
Assepsia da pele

Preparar campo estéril e dispor os materiais a serem utilizados; calçar luvas de procedimentos; realizar a antisepsia da pele com solução antisséptica alcoólica, em movimentos circulares. Em caso de optar pelo uso da clorexidina alcoólica esperar produto secar para realizar o procedimento; calçar luvas estéreis; dispor o campo fenestrado no local definido para punção.

Anestesia

Realizar a assepsia da parte superior do frasco (emborrachada) e aspirar 3 a 5 ml de lidocaína 1 ou 2% em seringa estéril com agulha 25x12 (Fig. 2A). Para isso será necessário auxílio de outro profissional, devendo-se manter a técnica asséptica durante todo procedimento; trocar agulha 25x12 por agulha 25x07 (Fig. 2B); administrar a lidocaína ao redor do sítio de inserção até formação de uma pápula, seguindo-se de infiltração mais profunda nas camadas subcutâneas (Fig. 2C).

Figura 2 Técnica da anestesia

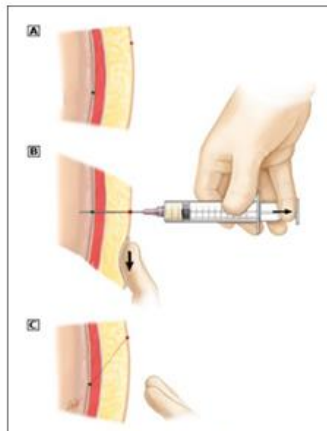


Fonte: RUNYON, 2013.

Para utilizar a técnica em Z para administração da lidocaína (Figura 3): tracionar a pele do local da punção para o lado ou para baixo com a mão não dominante (Fig. 3 A, B, C). Para isso pode-se utilizar uma gaze estéril; introduzir a agulha cerca de 5 mm mantendo a pele tracionada; segurar a seringa com o polegar e o dedo indicador da mão dominante; puxar o êmbolo discretamente para trás e observar se existe refluxo de sangue.

Caso isso não ocorra, proceder à aplicação de pequena quantidade de anestésico, avançar mais 5 mm e injetar o anestésico. Esse processo continua até que a agulha penetre no fluido ascítico. A aspiração para detecção de fluido sanguíneo não deve ser contínua; aguardar aproximadamente 10 segundos antes de retirar a agulha e só então soltar a pele.

Figura 3 Técnica em Z para administração da lidocaína



Fonte: RUNYON, 2013.

Inserção do cateter

A inserção do conjunto mandril/cateter para drenagem do líquido ascítico também segue a técnica Z. Após a inserção, o fluido é aspirado com seringa de 20 ml, retira-se o mandril do cateter e esse é conectado ao extensor de drenagem ou equipo. Estabilizar o cateter na parede abdominal com uso de fita hipoalergênica (RUNYON, 2013).

Figura 4 - Punção abdominal



Figura 5 - Fixação do cateter



Fonte: Banco de Imagens do Programa de Atenção Domiciliar/Grupo Hospitalar Conceição, 2013.

Reposição de albumina humana

Poderá ser realizada em pacientes cirróticos em paracenteses com drenagem maior de cinco litros, podendo reduzir disfunção circulatória, dano renal e mortes.

Complicações

Complicações graves da paracentese abdominal são incomuns. As possíveis (raras) complicações são:

- Extravasamento do líquido de ascite é a complicação mais comum após paracentese e ocorre em cerca de 5% dos pacientes.

- Hemorragia: o sangramento de uma artéria ou veia atingida durante a punção pode ser grave e potencialmente fatal.
- Perfuração intestinal e infecção: infecções são raras, mas podem ocorrer devido à perfuração intestinal pela agulha de paracentese (em aproximadamente 6/1000 dos casos). Não é comum levar à peritonite, não sendo necessário tratamento exceto quando a pessoa apresenta sinais de infecção.
- Infecção da parede abdominal (celulite).
- Hematoma na parede abdominal.
- Hipotensão pós paracentese.

Referenciamento da pessoa

O médico da EMAD deverá encaminhar a pessoa para realização da paracentese em ambiente hospitalar quando:

- Identificar situações de contraindicação;
- Não tiver treinamento ou demonstrar insegurança para realizar o procedimento; não ter o consentimento formal da pessoa (ou seu responsável) para a realização do procedimento no domicílio;
- Não tiver acesso ao material necessário para a execução do procedimento com segurança.

Atividade

Em relação à paracentese é correto afirmar que:

- ☐ a) Pessoa com RNI maior que 1,5 não deve ser submetida à paracentese devido ao alto risco de sangramento.
- ☐ b) O local ideal para punção da paracentese fica a 3 cm abaixo e lateralmente ao umbigo.
- ☐ c) Uma das complicações da paracentese é o extravasamento de líquido pelo orifício da punção que pode ser evitado pela utilização da técnica em Z.
- ☐ d) Não há necessidade de jejum e nem de esvaziamento da bexiga antes do procedimento.
- ☐ e) A paracentese poderá ser realizada por qualquer membro da EMAD, desde que devidamente treinado.

UNIDADE 7 - PRINCÍPIOS PARA O CUIDADO À SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Apresentação da Unidade

Esta unidade aborda princípios e cuidados em saúde bucal na atenção domiciliar de forma a subsidiar a equipe do SAD na indicação das ações e cuidados odontológicos no plano de cuidado individual da pessoa em AD onde deve estar incluída a orientação à pessoa assistida, ao cuidador e familiares quanto aos cuidados necessários à manutenção e recuperação da saúde bucal da pessoa em AD.

SUMÁRIO

Tópico 1 - Relação do cirurgião dentista com a pessoa, família e cuidador

Tópico 2 - Principais agravos em saúde bucal

Tópico 3 - Plano de cuidado odontológico

Tópico 4 - Atribuições do cirurgião dentista

Objetivo:

Reconhecer princípios que orientam a avaliação odontológica da pessoa em AD;

Identificar sinais e sintomas de infecções e alterações na cavidade bucal da pessoa em AD;

Identificar materiais e insumos básicos para organização e monitoramento das ações e procedimentos odontológicos em AD.

Tópico 1 - Relação do cirurgião-dentista com a pessoa, família e cuidador

O atendimento odontológico em AD se configura na extensão do cuidado, proporcionando à pessoa assistida maior conforto e condições para o restabelecimento funcional.



Saiba mais sobre restabelecimento funcional em saúde.
Acesse: a [Política Nacional de Saúde Funcional](#).

A comunicação com a pessoa assistida é um fator de considerável importância na avaliação e condução da terapêutica, destacando a observação sistemática de gestos, expressão facial e fala entre outros sinais que possam auxiliar diretamente nas condutas clínicas a serem planejadas e realizadas em saúde bucal.



Para saber mais sobre o assunto você poderá acessar o **Guia prático do cuidador** – Ministério da Saúde (Ler páginas 23 a 25 do documento).

Tópico 2 - Principais agravos em saúde bucal

A pessoa com incapacidade de desenvolver as atividades de mastigação, da fala, deglutição, assim como, realizar a higiene bucal adequada, pode apresentar determinadas alterações na cavidade oral.

Alterações na cavidade oral

Sintomas

Dentre as mais comuns, encontram-se: prevalência de cárie dentária, gengivite, doença periodontal, erosão dentária, má oclusão, traumatismo dentário, hipoplasia do esmalte, acúmulo de placa bacteriana, desgastes oclusais.

Essas alterações ocorrem, principalmente, devido à falta de coordenação motora e limitação de movimentos da pessoa, hipertonía, movimentos inadequados da língua, xerostomia e fluxo salivar reduzido (devido ao elevado uso de medicamentos).

Alterações na cavidade oral

Sintomas

Os sintomas mais comumente observados são: ardor, eritema e saburra lingual (língua esbranquiçada), que são focos bacterianos que podem proporcionar o mau hálito e alteração do paladar. Nesses casos, são necessárias ações que minimizem esses efeitos como saliva artificial, utilização de antissépticos bucais de maneira correta e higiene oral adequada destes locais.

As condições insatisfatórias da cavidade bucal são fatores de risco para contaminações sistêmicas, principalmente, do trato respiratório inferior o que se agrava na pessoa dependente de próteses dentárias pela maior possibilidade de formação do biofilme que, inclusive, poderá ser aspirado.

Tópico 3 - Plano de cuidado odontológico no domicílio

A Escala de Avaliação Funcional da Cruz Vermelha Espanhola oferece parâmetros para a definição de cuidados em saúde bucal a serem oferecidos no domicílio, sendo que cada profissional deve ajustar seu planejamento à necessidade de tratamento.



Grau 0 (zero)

Parâmetros para definição do cuidado à pessoa em AD:

Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.

Obs: Normalmente não necessita de assistência odontológica domiciliar. Deve ser realizada a educação em Saúde Bucal nas Unidades de Saúde.

Grau 1 (um)

Parâmetros para definição do cuidado à pessoa em AD:

Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades para locomoção.

Obs: Normalmente não necessita de assistência odontológica domiciliar. Deve ser realizada a educação em Saúde Bucal nas Unidades de Saúde.

Grau 2 (dois)

Parâmetros para definição do cuidado à pessoa em AD:

Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando de apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.

Obs: Normalmente não necessita de assistência odontológica domiciliar. Deve ser realizada a educação em Saúde Bucal nas Unidades de Saúde.

Grau 3 (três)

Parâmetros para definição do cuidado à pessoa em AD:

Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.

Obs: A assistência odontológica deverá ser realizada em qualquer Serviço da Rede de saúde (nível primário, secundário ou terciário) seguindo plano de cuidado individual.

Grau 4 (quatro)

Parâmetros para definição do cuidado à pessoa em AD:

Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVD. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.

Obs: Indicação de assistência odontológica no domicílio.

Grau 5 (cinco)

Parâmetros para definição do cuidado à pessoa em AD:

Imobilizado no leito necessitando de cuidados contínuos.

Obs: Indicação de assistência odontológica no domicílio.



Importante

A pessoa classificada nos graus 4 ou 5 da escala citada deve passar pela avaliação da equipe de saúde para indicar intervenções odontológicas necessárias, considerando:

- O estado geral de saúde e condições de saúde bucal;
- A complexidade dos procedimentos a serem executados;
- A aceitação do atendimento odontológico;
- A disponibilidade de serviços de referência para possíveis encaminhamentos, se necessários.

Identificada a necessidade de intervenção em saúde bucal à pessoa em atenção domiciliar, segue-se:

- A avaliação das condições do domicílio para a realização dos procedimentos indicados.
- A disponibilidade de insumos, recursos físicos e materiais para efetivar a intervenção.

Aspectos a serem considerados na avaliação do domicílio

AMBIENTES DA CASA



AMBIENTE EXTERNO A CASA



AMBIENTE INTERNO A CASA

- Presença de esgoto a céu aberto (ausência ou precariedade de saneamento básico);
- Presença de terrenos baldios com acúmulos de lixo (possibilidade de proliferação de ratos e insetos);
- Asfaltamento da rua (condições de acesso do local);
- Condições de acesso à casa;
- Segurança para executar os procedimentos;
- Verificar se é região sujeita a alagamentos.



AMBIENTE EXTERNO A CASA



AMBIENTE INTERNO A CASA

- Luminosidade suficiente para realização dos procedimentos;
- Altura da cama;
- Posição da cama em relação à janela;
- Energia elétrica e tomada elétrica;
- Presença de janelas possibilitando uma boa ventilação;
- Avaliação do piso e móveis em relação à desinfecção;
- Presença de mofo;
- Existência de móveis auxiliares para o atendimento;
- Água corrente tratada ou fervida para higienização;
- Avaliação do ambiente social em que se encontra a pessoa (uso de drogas, má convivência familiar);
- Boa ventilação

Após a avaliação odontológica da pessoa e das condições do domicílio, a disponibilidade de recursos físicos e materiais é condição essencial para o planejamento e realização de procedimentos odontológicos na AD.

Procedimentos odontológicos na AD:

- Orientações sobre a prevenção de doenças bucais a cuidadores e familiares; Exame clínico;
- Aplicação tópica de flúor, de cariostático e de verniz com flúor;
- Escariação com selamento de cavidades com cimento provisório ou ionômero de vidro (ART);
- Profilaxia e raspagem supragengivais;
- Remoção de sutura;

- Pequenas cirurgias: em tecidos moles, gengivectomia, ulotomia eulectomia;
- Confecção e reparos em próteses;
- Procedimentos de urgência (controle de hemorragia, de alveolite, pulpite, suturas, pericoronarite e outros).

Previsão de equipamentos, materiais e insumos odontológicos:

A disponibilidade de equipamentos portáteis pode ampliar o número de procedimentos realizados no domicílio, sendo possível realizar praticamente todos que são executados no consultório, excetuando-se aqueles que apresentam restrições da por parte Vigilância Sanitária, como é o caso de tomadas radiográficas.

A aquisição dos materiais, insumos e equipamentos odontológicos, bem como as adaptações ao ambiente domiciliar deverão ser planejadas e concretizadas. Adaptações individualizadas podem ser desenvolvidas a fim de permitir o acesso à cavidade bucal da pessoa de maneira confortável e segura.

Os materiais para exame clínico, procedimentos e higiene bucal devem ser adequados ao plano de tratamento individualizado.



Figura 1: Adaptação profissional. Tratamento periodontal básico – raspagem supragengival em paciente idosa dependente.

Fonte: MIRANDA (2008).



Figura 2: Restauração atraumática (ART) com ionômero de vidro. Eliminação de tecido cariado.

Fonte: MIRANDA (2008).



Figura 3: Cirurgia de caráter emergencial. Eliminação de foco de infecção dentária. Adaptação profissional.

Fonte: MIRANDA (2008).

Cuidados domiciliares

Para a realização da assistência odontológica domiciliar é necessário:

- Avaliação da pessoa, família e domicílio;
- Definição do plano de cuidado em saúde bucal;
- Planejamento e execução dos cuidados e intervenções;
- Avaliação e monitoramento do cuidado.



Leia

Destaca-se a importância para o tempo de duração das sessões de atendimento odontológico. Estas devem ser rápidas, evitando o desconforto e a inquietação da pessoa. O tipo de anestésico e a prescrição medicamentosa devem ser bem avaliada e indicada, devido às diferenças nas manifestações das doenças, sendo cada medicamento prescrito de forma individual, não existindo regras específicas.

A periodicidade das consultas é definida conforme a avaliação da situação odontológica da pessoa em AD.

Alguns cuidados devem ser observados quanto a:

Próteses fixas e móveis na cavidade bucal
Devem ser higienizadas regularmente, no mínimo três vezes ao dia (fazer sucção, no caso da pessoa que não consegue cuspir).
Escova dentária
Deve ter a haste longa, cabeça pequena e cerdas macias.
Pasta dental
Deve ser fluoretada e a quantidade colocada deve corresponder ao tamanho de uma ervilha.
Limpador de língua
Deve ser utilizado no sentido póstero-anterior.
Fio dental ou fita dental
Uso regular, como indicado.

Na assistência odontológica domiciliar, os procedimentos de biossegurança devem ser aplicados como preconizados para o atendimento odontológico em unidades de serviços de saúde.

Registro odontológico na atenção domiciliar

O prontuário deve ser preenchido com informações da pessoa, família, domicílio e evolução do tratamento prescrito no plano individual de cuidados.

O sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde para Atenção Domiciliar no SUS é instrumento que proporciona a entrada das informações tanto para a inclusão da pessoa no sistema, quanto para informar as ações realizadas e a evolução do tratamento e encaminhamentos em todo o período em que a pessoa foi atendida no domicílio.

Tópico 4 - Atribuições do cirurgião dentista na assistência odontológica em atenção domiciliar

As principais atribuições do cirurgião-dentista no âmbito do domicílio:

- Realizar diagnóstico de saúde bucal, incluindo lesões, alterações de mucosa, gengiva;
- Realizar exodontias em dentes com mobilidade de grau III;
- Realizar suturas na mucosa oral;
- Intervir em situações de urgências como: abscessos, dor, sangramentos, entre outros;

- Orientar ao doente e/ou cuidador sobre higiene oral e cuidados especiais com as próteses;
- Estabelecer rede de comunicação participativa com a família;
- Registrar os atendimentos em formulários e prontuários específicos.

Atividade

1) A aquisição dos materiais, insumos e equipamentos odontológicos bem como adaptações ao ambiente domiciliar para o atendimento odontológico poderão ser providenciados pelo SAD/Unidades de Saúde ou, quando necessário, solicitados à pessoa/família.

☐ VERDADEIRO ☐ FALSO

2) A pessoa classificada nos graus 4 ou 5 da Escala de Avaliação Funcional da Cruz Vermelha Espanhola deve ser encaminhada para avaliação da equipe de saúde bucal para definição de plano de atendimento odontológico domiciliar.

☐ VERDADEIRO ☐ FALSO

3) Em pessoa com incapacidade de realizar as atividades de mastigação, fala, deglutição e a higiene bucal as alterações da cavidade oral mais comuns são: cárie dentária, gengivite, doença periodontal, erosão dentária, má oclusão, traumatismo dentário, hipoplasia do esmalte, acúmulo de placa bacteriana, desgastes oclusais.

☐ VERDADEIRO ☐ FALSO

4) Condições da cavidade bucal não geram comprometimentos sistêmicos

☐ VERDADEIRO ☐ FALSO

Concluindo...

A atuação do cirurgião dentista é desenvolvida em todos os níveis de atenção à saúde do SUS. Desta forma, sua inserção na assistência domiciliar de maior complexidade é de fundamental importância para melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde bucal, tornando-o indispensável como parte integrante da equipe multidisciplinar.