

Manual de Cuidados Paliativos



ANCP

ACADEMIA NACIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS

Higiene e conforto

IVANYSE PEREIRA

Introdução

Falar sobre higiene em Cuidado Paliativo pode parecer redundante quando pensamos num contexto hospitalar. No entanto, se partirmos do princípio de que Cuidado Paliativo é uma filosofia de atendimento, muito mais do que o espaço físico que nos cerca, a higiene parecerá ter pertinência para ser abordada num capítulo que se propõe a abordar o conforto do paciente.

A palavra higiene origina-se do grego *hugieinós* ("que ajuda a manter a saúde"). Entende-se por higiene um conjunto de práticas de limpeza tanto com o corpo quanto com o ambiente em que se vive. Durante séculos, as normas de asseio inexistiram. Foram necessárias epidemias e consequentes perdas humanas para que boas práticas higiênicas fossem incorporadas ao cotidiano da humanidade (Silva, 2004). Ainda hoje há sociedades que vivem em condições precárias de salubridade e com grandes problemas de saúde pública.

Em Cuidados Paliativos, a tônica não é diferente quando se fala em higiene. O que muda nessa modalidade de atendimento é que os padrões higiênicos preconizados em saúde pública devem ser adaptados ao conjunto de valores socioculturais do paciente. Com a adequação dos conceitos de higiene (do científico e contemporâneo com o individual e cultural) surge o conforto do paciente.

A equipe que assiste o paciente e sua família deverá realizar análise sistemática e contínua do plano de cuidados, objetivando sempre um planejamento assistencial viável, inclusive economicamente.

Com o declínio clínico e/ou psicológico dos pacientes, os cuidados voltados para higiene e conforto físico vão obtendo dimensões cada vez maiores em consequência da perda de autonomia e dificuldade do autocuidado. Essa realidade faz com que os pacientes sob Cuidados Paliativos tenham grande demanda por ajuda, seja ela parcial ou integral, para a manutenção de higiene corpórea, integridade da pele, asseio pessoal, estética (necessária para assegurar a sua dignidade) e manutenção de seus papéis sociais ante si mesmo e a família. Lembrar que essa dignidade deve ser estendida também ao preparo do seu corpo depois do óbito.

As práticas que usualmente têm mais impacto na higiene e no conforto físico dos pacientes estão apresentadas no **Quadro**.

Higiene do ambiente

Como higiene do ambiente entende-se um conjunto de práticas que faça a manutenção da ventilação do ambiente, sua iluminação adequada e a limpeza do espaço físico sem desvinculá-lo da identidade do paciente. Os apontamentos descritos aqui podem ser

Quadro – Práticas mais comuns para higiene e conforto

- Higiene do ambiente
- Banho de aspersão (de chuveiro)
- Banho no leito
- Higiene do couro cabeludo
- Higiene oral e íntima
- Adequação da cama e sua arrumação
- Troca de fraldas
- Tricotomia facial
- Massagem de conforto
- Mudança de decúbito
- Readequação do vestuário

adaptados desde para instituições hospitalares com enfermaria de Cuidados Paliativos até hospedarias e domicílios; no entanto é importante lembrar que higiene do ambiente abrange todos os espaços por onde o paciente circula. O conjunto de práticas objetivando a redução do número de infecções hospitalares ou comunitárias não é fator secundário na execução da assistência ao paciente sob Cuidado Paliativo. O espaço físico onde o paciente está acomodado deve favorecer conforto, acolhimento e proteção de riscos externos à sua condição clínica atual.

Em uma instituição hospitalar, a flexibilidade nos horários de visitas, a companhia permanente no quarto com entrada de crianças e um espaço no qual as famílias possam relacionar-se umas com as outras são medidas importantes para que o Cuidado Paliativo aconteça de fato. O maior desafio das instituições hospitalares talvez seja criar normas que possibilitem a entrada de pertences pessoais e adaptações no quarto de acordo com os desejos do paciente, pois há barreiras legais a serem transpostas. A permissão para a colocação de plantas, fotografias e objetos pessoais de decoração são medidas possíveis e com implicações pequenas no controle das infecções hospitalares.

A liberação de animais para visita hospitalar é outra medida de conforto que também poderia ser oferecida aos pacientes em Cuidados Paliativos; no entanto ainda carece de regulamentação e reflexão dos profissionais da saúde sobre o assunto no Brasil. Nos EUA, a entrada de animais de estimação nos hospitais e *hospices* segue um protocolo específico, produzido pela American Veterinary Medical Association (AVMA)⁽⁴⁾. Animais saudáveis, vacinados e bem-cuidados não necessariamente transmitem doenças. Com bom senso e algumas precauções, os benefícios das atividades e terapias com animais de estimação geralmente superam os riscos, especialmente entre crianças e idosos.

No domicílio, a higiene do ambiente deve partir do valor cultural familiar e da agregação de novas práticas orientadas pelo enfermeiro que assiste o paciente sob Cuidado Paliativo. Reconhecer e entender as limitações da família não nos exige de promover uma mudança comportamental no núcleo familiar e em suas práticas de limpeza. Caberão aos profissionais as orientações sobre remoção da poeira com pano úmido e limpeza da cama

e dos utensílios utilizados com o paciente. Fazer junto com o cuidador familiar mostra que a mudança é possível.

Desde 2004, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) tem em seus protocolos de controle de qualidade um programa de vigilância em infecção para o atendimento domiciliário e *hospice*⁽⁴⁾. No estado de São Paulo, a Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH) publicou, em 2004, um livro com orientações de prevenção e controle de infecções em assistência domiciliária, instituições de longa permanência e outras modalidades de atendimento à saúde⁽²⁾. Embora a modalidade *hospice* não tenha sido citada, as orientações para instituições de longa permanência são passíveis de adequação e utilização nesse modelo⁽²⁾.

Uma supervisão adequada dessa prática é demonstrada na **Figura 1**.

✓ Instituição <input type="checkbox"/>	✓ Animais: possui? <input type="checkbox"/>
✓ Domicílio <input type="checkbox"/>	tem contato com o paciente? <input type="checkbox"/>
	são vacinados? <input type="checkbox"/>
✓ Ventilação: possui janelas? <input type="checkbox"/>	✓ Visita hospitalar: foi liberado? <input type="checkbox"/>
elas se abrem facilmente? <input type="checkbox"/>	
✓ Iluminação: o paciente fecha os olhos para enxergar? <input type="checkbox"/>	
a luz incide diretamente sobre o paciente? <input type="checkbox"/>	
✓ Piso: possui tacos soltos? <input type="checkbox"/> É encerado? <input type="checkbox"/>	
é passível de limpeza com água e sabão? <input type="checkbox"/>	
✓ Limpeza: quem executa? _____	
realizada diariamente? <input type="checkbox"/>	
remove pó de móveis e utensílios? <input type="checkbox"/>	

Figura 1

Banho de aspersão

A execução do banho de aspersão demanda que o paciente tenha grau de sustentação corpórea condizente com as estruturas físicas do ambiente. Por exemplo: barras de sustentação, tapetes antiderrapantes, suporte para frascos de soros, entre outros acessórios que possam facilitar a permanência do paciente sob o chuveiro em posição ortostática. O banho de aspersão também possibilita que a higienização do couro cabeludo seja realizada com mais praticidade e conforto para o paciente.

Enquanto o banho no leito pode representar a oficialização do declínio das funções cognitivas ou funcionais do paciente, o de aspersão pode ser considerado por muitos pacientes uma prova de autonomia e enfrentamento da progressão das doenças degenerativas. Ele também pode ser um marcador do nível de independência do paciente. Dependendo do estágio de reconhecimento e enfrentamento da doença, ele poderá ser relutante ao banho no leito e optar pelo de aspersão em posição ortostática, ainda que seja desprovido de condições físicas que assegurem a execução dessa técnica.

Embora seja difícil para uma unidade de internação separar os pacientes segundo critérios de demanda de cuidados, não é boa prática deixar pacientes sob Cuidados Pali-

tivos dependentes junto daqueles mais independentes para as atividades de vida diária: invariavelmente um padrão de comparação se estabelece e os sentimentos de impotência e tristeza aumentam gradativamente.

Para a realização do banho de aspersão há que se ter a garantia de segurança da integridade física do paciente. Por isso é necessário checar a existência de barras de apoio e se no piso do banheiro existem falhas, descolamentos e superfícies cortantes. Os banhos de aspersão em posição ortostática com auxílio de uma ou duas pessoas, ou com o uso de chuveirinho ou em cadeira higiênica, são opções muito utilizadas para os pacientes sob Cuidados Paliativos.

As cadeiras higiênicas apresentam vários modelos e preços. Um modelo acessível é o com adaptador universal para os diversos assentos de vaso sanitário. Sempre que possível, opte por um assento almofadado para prevenção de dor no momento do banho. Pacientes emagrecidos têm mais dificuldade para adaptar-se aos assentos de polipropileno, com conseqüente dor e pontos de pressão na região trocantérica, portanto vale a pena improvisar com cadeiras de marfinita, fazendo furos na base para o escoamento da água, inclusive.

Nos idosos, por terem a pele mais fina, mais permeável e com menos pelos, portanto menos protegida contra infecções, o cuidado com a temperatura da água e o uso de hidratantes depois do banho são fundamentais. A secagem dos pés após o banho dificulta a proliferação de fungos e bactérias, causadores de odores desagradáveis e infecções.

O banho, antes de ser uma prática higiênica, deve ser prazeroso, relaxante e revigorante. Num banho de aspersão no qual o paciente se desgasta, sofre com dores e solavancos, vale refletir sobre a possibilidade de realizá-lo no leito. Afinal, Cuidado Paliativo é conforto.

Banho no leito

Habitualmente indicado para o paciente acamado, muitas vezes torna-se uma prática também utilizada para aqueles com sensação de extrema fadiga e/ou quadro de depressão. O medo de deambular, o esforço desencadeador de dor e o isolamento social também são situações em que o banho no leito tem indicação.

Em casa, o banho no leito muitas vezes é a única prática higiênica possível. Banheiros compartilhados e distantes da cama, bem como o seu difícil acesso, ainda são realidades da prática assistencial. E se considerarmos que nas construções atuais o espaço é cada vez mais otimizado, o cuidador tem dificuldades para transitar com a cadeira higiênica pelos cômodos da casa. Por esse motivo os profissionais da saúde deveriam ter menos restrição e/ou resistência à execução do banho no leito nos pacientes sob Cuidados Paliativos.

Conversar sobre o assunto com paciente e cuidador costuma eliminar problemas e possíveis medos. O paciente tem o direito de escolher a melhor prática para si. O profissional da saúde tem a obrigação de prestar as informações necessárias para uma escolha com melhores benefícios. A oferta de uma cadeira higiênica, a garantia de um suporte de oxigênio ou mesmo a presença de um familiar junto no banho, além do incentivo ao banho de aspersão (chuveiro), podem auxiliar o paciente na sua tomada de decisão.

O banho no leito, até pela sua adaptação ao mobiliário, consome mais tempo em sua execução. No entanto, pequenos detalhes fazem a diferença na extensão do procedimen-

to, como a avaliação da necessidade de mais de uma pessoa para realizá-lo e a organização do material (água quente, sabonete, toalhas etc.) previamente ao procedimento. Os pacientes queixam-se do procedimento quando existe manipulação prolongada de seu corpo, quando a água esfria e no modo como são tocados durante o processo, desencadeando dor no momento e perdurando por horas.



Figura 2

Bordim e Fonseca⁽¹⁾ verificaram que o banho no leito no paciente inconsciente, ou seja, com dependência total dos profissionais de enfermagem, gastou o tempo médio de 50 minutos quando realizado somente por um profissional. Quando, porém, conta-se com dois profissionais, este tempo médio foi reduzido para 14 minutos.

Embora o foco do trabalho citado seja economia de tempo, em Cuidado Paliativo, ter duas pessoas realizando o banho é importante para minimizar o desconforto do paciente. Em nossa experiência, quanto mais os minutos finais se aproximam, mais suavidade se faz necessária durante todo e qualquer procedimento. Na dependência do quadro clínico que se apresenta, procedimentos simples, como movimentar as articulações para a higienização do corpo, podem tornar-se demorados em função do tempo do paciente, e não da execução da técnica.

De modo geral, não se indica o uso de sabonetes perfumados, talcos e óleos perfumados, pois podem causar alergia, especialmente em pacientes que evoluem com quadro de caquexia. No entanto se, para o paciente, utilizá-los for importante, melhor negociar o uso e observar. Uma maneira de preservar a hidratação natural da pele durante o banho é acrescentar óleo de girassol ou de canola (ricos em ácidos graxos essenciais [AGE] insaturados) à água de enxágue, que é facilmente encontrado em supermercados, tem baixo custo e é inodoro. No mercado há grande oferta de AGEs insaturados com complementação de vitaminas. Esse seguimento, em franca expansão, ainda tem um custo considerável e que onera o orçamento das famílias com pacientes acamados no domicílio.

Higiene do couro cabeludo

A higiene do couro cabeludo promove maior conforto ao paciente e previne o acúmulo de escamas seborreicas, muito comuns quando se está acamado por tempo prolongado.

Para o paciente acamado, sem possibilidade de ser levado para o banho de aspersão, a higiene deve ser realizada duas vezes por semana e sempre com dois cuidadores para agilizar o procedimento. A lavagem frequente do couro cabeludo ajuda a evitar a ocorrência de piolhos, principalmente nos pacientes que moram em casas adaptadas, sem saneamento básico e espaço reduzido. O exame do couro cabeludo (pacientes acamados podem desenvolver úlceras por pressão no couro cabeludo) e a indicação de produtos especiais para tratamento de alterações do tecido epitelial são questões que não devem passar despercebidas pela equipe multiprofissional.

Existem dispositivos próprios para o procedimento no leito com um mínimo de manipulação. No entanto, são dispositivos que ainda têm custo elevado para uma parcela significativa da população brasileira. Os membros da equipe deverão orientar a adaptação do leito para o apoio de uma bacia plástica para o escoamento da água morna utilizada no procedimento.

A higiene do couro cabeludo exige treinamento do cuidador para que seja realizada no leito. O quarto deve estar fechado, a temperatura do ambiente, compatível com a corporal e a circulação de ar, contida.

Higiene oral

Comer é uma maneira de se conectar à vida. Então, cuidar da higiene oral é fundamental; é pelo paladar que se inicia essa conexão. Pacientes com dentes devem utilizar escova com cerdas macias e, preferencialmente, pequena ou infantil. A indicação do tamanho da escova justifica-se pelo fato de que nem sempre o paciente consegue expandir a musculatura facial, permitindo a higiene completa dos dentes molares. Escovas menores permitem maior alcance dentário sem muito esforço do paciente. Na presença de dentes amolecidos ou sangramento gengival, oriente o cuidador a



Figura 3



realizar a higiene delicadamente e sem pressão. A contenção de sangramentos pode ser feita com o uso de água gelada e compressa de gaze embebida em soro fisiológico (SF) a 0,9% gelado.

Pacientes que não se alimentam por via oral também devem ter a higiene oral realizada quatro vezes ao dia. Na ausência de dentes, uma gaze embebida em água bicarbonatada a 10% e enrolada no dedo indicador deve ser utilizada para a higiene da gengiva e da língua, de maneira suave.

Higiene íntima

A limpeza adequada das regiões genital e anal contribui para a prevenção de corrimentos e vulvovaginites. Nos pacientes acamados, especialmente do sexo feminino, devido à proximidade entre o ânus, a vagina e a uretra, a troca de fraldas deve ser frequente e a higienização da genitália, seguir os seguintes passos: afaste com os dedos polegar e indicador os grandes lábios e proceda à limpeza da vulva e do períneo, obedecendo ao sentido vagina-ânus. Isso previne problemas decorrentes do contato com fezes, urina e outros irritantes que podem provocar infecção. Para os pacientes acamados do sexo masculino, a higiene íntima deve contemplar tração do prepúcio, higiene local com água e sabonete e redução da membrana, a fim de evitar a balanopostite. No uso de fraldas descartáveis, deve-se realizar a troca a cada seis horas, no máximo, para prevenir as dermatites por fralda, também conhecidas por dermatite de contato⁽³⁾. As de algodão, embora mais trabalhosas para limpar, absorvem melhor a transpiração, com consequente redução das dermatites.

Arrumação da cama

Pacientes mais dependentes devem ter, sobre o colchão normal, um que favoreça maior circulação sanguínea e consequente prevenção de úlceras por pressão. No mercado há uma variedade de colchões que oferece boa relação entre conforto e prevenção de úlceras por pressão, no entanto há que se ter claro que o paciente é o usuário e ele é quem deve determinar se lhe é confortável ou não. Um colchão de última geração e com múltiplos benefícios tecnicamente descritos nem sempre é a melhor escolha. Com o paciente sob Cuidado Paliativo, a prioridade deve ser o conforto, o que necessariamente não está relacionado com melhor tecnologia reparadora.

De modo geral, os colchões terapêuticos de espuma lacunar ou perfilada, mais conhecidos como "colchão caixa de ovos", são mais acessíveis por conta do custo relativamente baixo e pela facilidade em encontrá-los em casas de colchões e hipermercados. Outro benefício é a lavagem da espuma, caso algum acidente ocorra com o paciente, e é importante que os profissionais da saúde saibam orientar a limpeza. Esses colchões têm prazo de validade de seis meses de uso.

Os lençóis devem estar perfeitamente esticados sobre a cama, livres de pregas e rugas que machucam a pele, além de ser trocados quando estiverem molhados. Sempre que possível, manter lençóis de algodão para melhor absorção da umidade. Se o paciente recebe sua alimentação no leito, eleve a cabeceira e, ao final, inspecione a

cama para remover quaisquer resíduos de alimento que, eventualmente, tenham caído durante a refeição.

Qualquer sinal de hiperemia na pele deve merecer maior atenção. Proteja a região avermelhada com hidratantes, faça massagens que irão ativar a circulação e, se possível, exponha a região ao calor. A higiene rigorosa da pele é a maior arma que se tem para se prevenir ou deter a evolução de uma escara. Por isso, em caso de pequena lesão aberta, essa deve ser lavada com água e sabão, e não sofrer pressão de nenhuma espécie.

Readequação do vestuário

As roupas devem ser confortáveis, simples de se vestir e adequadas ao clima e aos desejos do paciente. Sempre que possível, dê preferência aos tecidos de algodão, por serem macios e permitirem melhor movimentação. Resíduos de produtos químicos usados na lavagem das roupas podem ser causa de irritações na pele. O uso de tecidos sintéticos e inflamáveis e de colchetes, correntes e alfinetes deve ser abolido, evitando, com isso, possíveis acidentes e traumatismos.

É importante também que, para o paciente impossibilitado de manifestar sua sensibilidade à temperatura externa, o profissional esteja atento para a colocação ou retirada de agasalhos, orientando o cuidador familiar para que também esteja atento a essas necessidades no domicílio.

É importante que os cuidadores mantenham a calma no auxílio do vestuário. Pacientes sob Cuidado Paliativo se cansam com facilidade e, por isso mesmo, é importante manter vestimentas simples, com aberturas laterais ou frontais, e uso de velcro para fechamento. Quanto a pacientes limitados a cadeiras de rodas ou poltronas, optar por roupas confortáveis, largas, especialmente nos quadris. Para aqueles com lesões extensas de pele, independentemente da causa, as orientações dizem respeito a adaptações de roupas e camisolas: as mangas podem ser desmembradas do corpo da roupa e adaptadas ao corpo do paciente por meio dos dispositivos anteriormente citados.

Mudanças de decúbito

De maneira ideal, a mudança de decúbito deve ser realizada pelo menos a cada duas horas. No entanto, a mobilização no leito na fase final de vida deve ser criteriosa:

- observe as condições do colchão no qual o paciente repousa. Como elemento norteador para maior conforto do paciente, ouça o que ele próprio pensa sobre a sua acomodação;
- avalie a dor para a execução de movimentos simples. Se com movimentos simples houver dor, escolha outras maneiras de prevenção de maiores agravos;
- observe se os lençóis estão esticados e se não há excesso de cobertores na cama;
- verifique a pele do paciente, sua hidratação e quais os pontos de pressão; use coxins, apoios macios e hidrocoloides (ver capítulo sobre feridas) para proteger as áreas com risco aumentado para abertura de lesões. Pacientes com lesões ósseas, por exemplo, não serão mobilizados com essa frequência;

- para o Cuidado Paliativo no domicílio, orienta-se o cuidador a fazer uma tabela com horários para as mudanças de decúbito em associação a uma escala de avaliação de dor. O objetivo é sempre conciliar formas de prevenção de maiores agravos com o máximo conforto do paciente, incluindo aí a ausência de dor.

Considerações finais

A reflexão para os cuidados de higiene e conforto no Cuidado Paliativo deve partir de que planejamento do cuidar passa sempre pela questão do tempo do indivíduo e suas possibilidades de futuro. O tempo do nosso paciente é certamente diferente daquele de quem dele cuida. O desconforto e a dor no cuidado geralmente são entendidos como uma ponte para melhora e recuperação breve. E quando se fala em melhora, geralmente a ideia remetida é a perspectiva de cura. No entanto, para o paciente sob Cuidado Paliativo, fora de possibilidade de cura, mas com a realidade de viver intensamente o que o tempo lhe concede, geralmente a barganha não vale a pena. Cabe à equipe estabelecer um canal de comunicação com o paciente, mantendo bom vínculo de confiança para o estabelecimento de práticas de conforto, medidas reais e concretas. O mais importante é não conformar-se com o cuidado básico; é necessária a reavaliação diária e constante para que o conforto impere. Lembrar que no cuidado não cabe culpa; e se ela surgir, há que se ter uma reflexão da prática assistencial e uma escuta mais atenta para valores e desejos do paciente. Planejar para o outro o que o profissional deseja para si não pode ser a regra; e se houver regra, essa deve ser sempre a de respeitar o que o paciente deseja, o que ele julga melhor para si.

Um paciente nunca é igual ao outro, ainda que a manifestação da doença seja igual para a maioria. Enxergar a singularidade de cada paciente é o que nos guia para o seu conforto.

Referências

1. BORDIM, L .C.; FONSECA, A. Mensuração do tempo gasto para a realização dos cuidados de enfermagem no departamento de clínica cirúrgica de um hospital privado, 2005.
2. COUTINHO, A. P. et al. (coords.). Prevenção e controle de infecções associadas à assistência médica extra-hospitalar: ambulatórios, serviços, diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2004.
3. HASHIMOTO, M. R. K. Estudo retrospectivo das condutas de enfermagem para assaduras na região abrangida pelas fraldas de recém-nascidos. 1997. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
4. RHINEHART, E.; MCGOLDRICK, M. Infection control in home care and hospice. 2. ed. London: Jones and Bartlett Publishers International, 2006.