



PRIMEIROS SOCORROS EM GERIATRIA

MANUAL DE FORMAÇÃO

NOME Olga Arriscado

2018

Viana do Castelo

Objetivos do Manual	3
Benefícios para o utilizador	3
Condições de utilização do Manual	3
1. Introdução.....	4
2.1 O QUE É A GERIATRIA?	5
2.1.2 ENVELHECER...O QUE É?.....	5
2.1.3 ENVELHECIMENTO ... DO PONTO DE VISTA FÍSICO	6
2.1.3.1 PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO	6
2.2 SÍNDROME DE IMOBILIDADE E DESUSO	8
2.2.1 NA PELE	8
2.2.1.1 CONCEITO DE ÚLCERA DE PRESSÃO	8
2.2.1.2 Classificação	9
2.2.1.3 FATORES DE RISCO	10
2.2.2 ALTERAÇÕES A NÍVEL DOS VÁRIOS SISTEMA	12
2.3 EXERCÍCIO FÍSICO E MOBILIDADE.....	14
2.3.1 HÁBITOS CULTURAIS E ANIMAÇÃO DOS IDOSOS.....	15
2.4 PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA	16
2.4.1 Fatores de Risco	16
2.4.2 IMPACTO DAS QUEDAS NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS.....	17
2.4.3 IMPACTO DAS QUEDAS NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS CONSEQUÊNCIAS DA SÍNDROME PÓS QUEDA	18
2.4.4 PREVENÇÃO DA QUEDA NA PESSOA IDOSA.....	20
2.5 INTOXICAÇÕES NO IDOSO	23
2.5.1 COMO ATUAR.....	23
2.5.2 Sinais e Sintomas de suspeita de uma intoxicação	24
2.5.3 Prevenção da intoxicação medicamentosa	25
2.5.4 Intoxicação por ingestão	25
2.5.4.1 Intoxicação alimentar	26
2.5.5 Envenenamento por contato	28
2.5.6 Envenenamento por inalação	28
2.6 FRAGILIDADE/VULNERABILIDADE DO IDOSO NO TRÂNSITO PREVENÇÃO DO RISCO DE ATROPELAMENTO	30
2.6.1 PREVENÇÃO.....	30
2.7 PREVENÇÃO DOS INCÊNDIOS DOMÉSTICOS	32
2.8 PATOLOGIAS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO	34

2.8.1 DIABETES	34
2.5.1.1 DIABETES – HIPERGLICEMIA.....	36
2.8.1.2 DIABETES- HIPOGLICEMIA.....	36
2.8.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA PESSOA IDOSA	38
2.9 PRIMEIROS SOCORROS.....	40
2.9.1 Definição de termos	40
2.9.2 Princípios gerais do socorrismo	40
2.9.3 SISTEMA INTEGRADO DE EMERGÊNCIA MÉDICA.....	42
2.9.3.1 SIEM (Sistema Integrado de Emergência Médica)	42
2.9.4 PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA.....	45
2.9.4.1 ABORDAGEM DA VÍTIMA	46
2.10 ASFIXIA	49
2.10.1 Classificação da obstrução das vias aéreas	49
2.10.2 Procedimentos	50
2.10.3 ALGORITMO DA DESOBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS	51
2.11 FRATURAS.....	52
2.11.1 Classificação das fraturas	52
2.11.2 Sinais e sintomas de fraturas	52
2.11.3 Cuidados no manuseamento de fraturas.....	52
2.12 TRAUMATISMOS CRÂNIO-ENCEFÁLICOS E VERTEBRO-MEDULARES	55
2.12.1 Traumatismos Cranianos.....	55
2.12.2 TRAUMATISMOS DA COLUNA	56
2.13 HEMORRAGIAS	57
2.13.1 Classificação das hemorragias em relação à origem.....	57
2.13.2 Classificação das hemorragias em relação à localização	58
2.13.3 FORMA DE ATUAÇÃO	58
2.14 QUEIMADURAS.....	61
2.14.1 AGENTES CAUSAIS.....	61
2.14.2 CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS	63
2.14.3 PROCEDIMENTOS.....	65
4. Atividades e exercícios	69
5. Bibliografia	70

Objetivos do Manual

O presente manual de apoio constitui-se como documentação complementar o qual se insere na área de formação, pretendendo ser um elemento facilitador para si, enquanto formando, ao nível da aquisição de conhecimentos neste domínio.

Benefícios para o utilizador

O presente Manual de Apoio está estruturado de forma a permitir-lhe um adequado acompanhamento das sessões de formação do curso e a facilitar o estudo posterior das matérias abordadas, seja na preparação para provas de avaliação, seja no exercício da sua atividade profissional. Contudo, deverá complementar o seu estudo consultando os apontamentos que, eventualmente, elabore aquando das sessões de formação.

Condições de utilização do Manual

O presente manual destina-se ao curso referido. A sua duplicação para outros fins só poderá ser feita mediante autorização expressa da Lendário Conhecimento e do autor dos conteúdos.

O Manual está estruturado de acordo com o índice e os conteúdos inseridos estão adaptados em função dos objetivos/competências do curso e do público-alvo, sendo um instrumento de apoio à realização da ação de formação.

1. Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade no mundo contemporâneo.

O envelhecimento é um fenômeno progressivo, natural, que acontece de maneira distinta de indivíduo para indivíduo, promovendo diversas alterações psicológicas, fisiológicas e patológicas, estando relacionado com fatores como hábito de vida e herança.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.

As doenças crônicas não-transmissíveis, podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas aumentando a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) e o risco de acidentes.

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas a dieta inadequada e uso do fumo. É bastante prevalente a inatividade física entre os idosos. O estilo de vida moderno propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo, assistir televisão. É preciso lembrar que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos.

A promoção de "estilos de vida saudáveis" é encarada pelo sistema de saúde como uma ação estratégica.

Alguns aspetos são facilitadores para a incorporação da prática corporal / atividade física, como o incentivo de amigos e familiares, a procura por companhia ou ocupação, alguns programas específicos de atividade física e, principalmente, a orientação do profissional de saúde estimulando a população idosa a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo.

A pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do diabetes tipo II, demonstrando que uma pequena mudança no comportamento pode provocar grande melhora na saúde e qualidade de vida.

A prática de exercício físico aumenta o equilíbrio e a força muscular assim como a densidade Óssea, prevenindo o risco de quedas e de fraturas.

As quedas estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade na população idosa. Muitos estudos tentam identificar os principais fatores de riscos e as consequências das quedas.

Os cuidadores dos idosos devem ter presentes as alterações que surgem com a velhice e saberem atuar numa situação de acidente ou doença súbita.

2. Desenvolvimento de Conteúdos

2.1 O QUE É A GERIATRIA?

Ramos da Ciência Médica dedicado à análise e à procura de soluções para todos os problemas que digam respeito à Saúde das Pessoas Idosas, de o modo a preservá-la e a prevenir o aparecimento da Doença.

Quando não é possível a cura ou a reabilitação, e o Envelhecimento e a Doença seguem o seu curso inevitável e inexorável, a Geriatria presta os melhores cuidados paliativos e nas fases terminais da Vida.

2.1.2 ENVELHECER...O QUE É?

Alguns o caracterizaram como uma diminuição geral das capacidades da vida diária, outros o consideram como um período de crescente vulnerabilidade e de cada vez maior dependência no seio familiar.

Outros, ainda, veneram a velhice como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade.

Cada uma destas atitudes corresponde a uma verdade parcial, mas nenhuma representa a verdade total.

Mitos e Factos sobre a Velhice

- ☐ Estar velho, é estar dependente.
- ☐ As pessoas idosas geralmente não conseguem tomar decisões sobre a sua vida.
- ☐ Burro velho não aprende línguas.
- ☐ As pessoas idosas não se apaixonam ou têm relações sexuais.
- ☐ O envelhecimento vem acompanhado de perda de memória.
- ☐ O reformado passou a uma fase de falta produtividade.
- ☐ O envelhecimento é uma etapa totalmente negativa.
- ☐ Os mais velhos são inflexíveis e incapazes de mudar e adaptar-se a novas situações.
- ☐ Criança para brincar, adulto para trabalhar e o velho para descansar. "Não é para a senhora fazer nada, tem que descansar..."
- ☐ A memória e a inteligência diminuem com a idade. "Demente..."
- ☐ O velho não aprende, é desatento, não presta atenção a nada. "Caduco..."

- ☐ Velho assexuado, perde o interesse e a capacidade sexual. "Velho depravado / velha assanhada..."
- ☐ Velho não tem futuro. Já deu o que tinha que dar. "Isso não é mais para mim..."
- ☐ Velho volta a ser criança. "Agora ela é que é a minha filha. É o meu bebé..."
- ☐ O velho só deve conviver com velho.
- ☐ O velho vive do passado. "No meu tempo..." "Não é do meu tempo..."

2.1.3 ENVELHECIMENTO ... DO PONTO DE VISTA FÍSICO

É um processo fisiológico, biológico, gradual, previsível e inevitável próprio dos seres vivos, que envolve maturação e evolução, é determinado geneticamente e modificado ambientalmente.

É um percurso lento e contínuo que leva a uma diminuição progressiva da reserva funcional dos diferentes órgãos

2.1.3.1 PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO

- Diminuição da função cardiorrespiratória
- Alterações gastrointestinais
- Diminuição da massa muscular, óssea e hídrica Cabelos e unhas frágeis
- Declínio na manifestação da afetividade, dos interesses, das ações, das emoções e dos desejos;
- Prejuízo da memória de fixação, como, por exemplo, esquecer nomes de pessoas, coisas, ou mesmo onde colocou determinados objetos;
- Acentuação das características da personalidade. Traços do tipo, por exemplo: rigidez, egocentrismo, desconfiança, irritabilidade, avareza, dogmatismo, autoritarismo, que tenham existido na juventude, tendem a exacerbar-se;
- Dificuldade na assimilação ou mesmo aversão a ideias, coisas e situações novas;



- Apego maior aos valores já conhecidos e convencionados, aos costumes e às normas já instituídas;
- Depressão/ alteração de humor;
- Depende de fatores de ordem genética, patológica (doenças e/ou lesões), de potencialidades individuais (processamento de informação, memória, desempenho cognitivo, entre outras), com interferência do meio ambiente e do contexto sociocultural.
- Perceber a importância das formas de compensação, que cada um de nós utiliza/prepara, para fazer face às perdas associadas ao envelhecimento.



2.2 SÍNDROME DE IMOBILIDADE E DESUSO

Risco de Síndrome de Desuso – diagnóstico que se aplica quando a inatividade é voluntária ou inevitável, aumentando o risco de deterioração dos diversos sistemas do corpo humano nomeadamente, o cardiovascular, respiratório, psicológico...

7 a 10 dias Período de repouso

11 a 15 dias Imobilidade no leito

> 15 dias longa duração

A Imobilidade influencia o indivíduo de forma:

Física

Psíquica

Social

2.2.1 NA PELE

A inatividade provoca um aumento do tempo de contacto direto da pessoa com as superfícies de apoio (cama, almofada, cadeiras, entre outras), provocando um aumento da pressão direta não aliviada sobre os tecidos moles, forças de fricção e deslizamento, o que pode condicionar o aparecimento de úlceras de pressão.



2.2.1.1 CONCEITO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

A úlcera de pressão é uma área localizada de morte celular que tende a surgir quando o tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período de tempo.

Pode também ser definida como uma área de dano localizado na pele e estruturas subjacentes devido a pressão ou fricção e/ou combinação destes.

2.2.1.2 Classificação

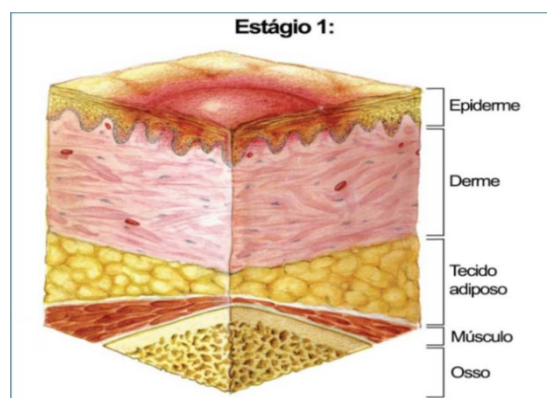
As úlceras de pressão classificam-se em 4 graus, conforme os tecidos que atingem.

Quanto mais profundo for o a tingimento, mais elevado é o grau e mais grave é a úlcera de pressão.



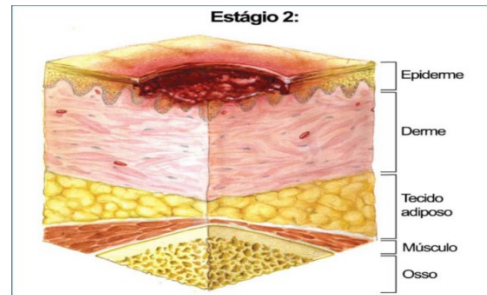
ÚLCERA DE PRESSÃO DE GRAU 1

Eritema não branqueável; em pele intacta



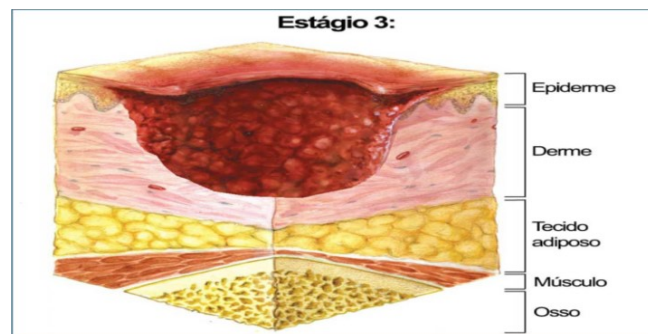
ÚLCERA DE PRESSÃO DE GRAU 2

Flitena; Destruição parcial da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas



ÚLCERA DE PRESSÃO DE GRAU 3

Úlcera superficial; Destruição total da pele envolvendo necrose do tecido subcutâneo



Úlcera de Pressão de Grau 4

Úlcera profunda; Destruição extensa, necrose tecidular; ou dano muscular, ósseo ou das estruturas de suporte com ou sem destruição total da pele.

2.2.1.3 FATORES DE RISCO

- Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão são:

- Intensidade da pressão: Quanto maior é intensidade da pressão, maior é o risco de desenvolver úlcera de pressão.
- Duração da pressão: Quanto mais tempo durar a pressão, maior é o risco de úlcera de pressão.
- Tolerância dos tecidos para suportarem a pressão: Quanto menor for a tolerância da pele para suportar a pressão maior é o risco de úlcera de pressão

Fatores extrínsecos que condicionam o aparecimento de úlceras de pressão

- Pressão Prolongada
- Posicionamentos incorretos e pouco frequentes
- Fricção/Forças de deslizamento
- Higiene deficiente e humidade
- Roupas enrugadas ou com pregas

Minimizar os efeitos da Imobilidade /Prevenção de Complicações

- Posicionamentos - Diversidade de sinais e sintomas resultantes da limitação de movimentos e da capacidade funcional geram dificuldade à mudança postural e à translocação corporal. A incapacidade de se deslocar sem auxílio para a realização das AVDs pode ser parcial, quando o paciente está restrito a uma poltrona, ou total, quando está imobilizado no leito.
- Mobilizações: O reposicionamento visa reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo e contribuir para o conforto, a higiene, a dignidade e a capacidade funcional do indivíduo. Poderá ter de ser considerada uma estratégia de prevenção alternativa, tal como a disponibilização de um colchão ou de uma cama de alta especificidade.
- Cinesiterapia respiratória
- Hidratação- Providenciar e promover uma ingestão diária e adequada de líquidos com vista à hidratação. Vigiar eventuais sinais e sintomas de desidratação nos indivíduos, incluindo a alteração de peso, o turgor da pele, a quantidade de urina e providenciar líquidos adicionais a indivíduos desidratados, com temperaturas elevadas, vômitos, sudorese profusa, diarreias ou feridas altamente exsudativas
- • Levante precoce. Sempre que possível deve-se efetuar levantes da cama para um cadeirão
- • Recurso a material auxiliar como por exemplo cama articulada, colchão anti-escaras, uso de andarilho, bengala.

2.2.2 ALTERAÇÕES A NÍVEL DOS VÁRIOS SISTEMA

No sistema Respiratório

- Os movimento restritos da caixa torácica, leva a uma diminuição da expansão pulmonar, que por sua vez leva a uma respiração mais superficial e rápida, diminuindo a capacidade ventilatória
- A fraqueza dos músculos respiratórios diminui a eficácia da tosse o que leva a acumulação de secreções, o que aumenta a probabilidade da aquisição de uma infeção respiratória.

No sistema cardiovascular

- Diminuição volume sistólico; Diminuição do débito cardíaco; Diminuição do oxigénio; Aumento dos batimentos cardíacos; Estase venosa; Aumento da viscosidade; Formação de trombos; Hipotensão ortostática; Aumento da sobrecarga cardíaca.

No sistema Urinário

- O facto de a pessoa permanecer deitada dificulta a drenagem da urina, dado que não existe o auxílio da força da gravidade.
- . A estase urinária é um meio ótimo para a proliferação bacteriana, sendo por este motivo comum a ocorrência de infeções urinárias em doentes que estão sujeitos à imobilidade.

No sistema gastrointestinal

- Uma nutrição deficiente, associada à falta de exercício e à atrofia dos músculos abdominais e do diafragma, pode conduzir à obstipação. A alteração na rotina da eliminação intestinal, a alteração da posição em que defeca e a perda de privacidade, também predispõem a pessoa à obstipação e às suas consequências, tais como: cefaleias, distensão abdominal.

Sistema Músculo-esquelético

- Diminuição da força muscular
- Atrofia muscular
- Risco de rigidez articular
- Osteoporose

Posicionamentos

Objetivo:

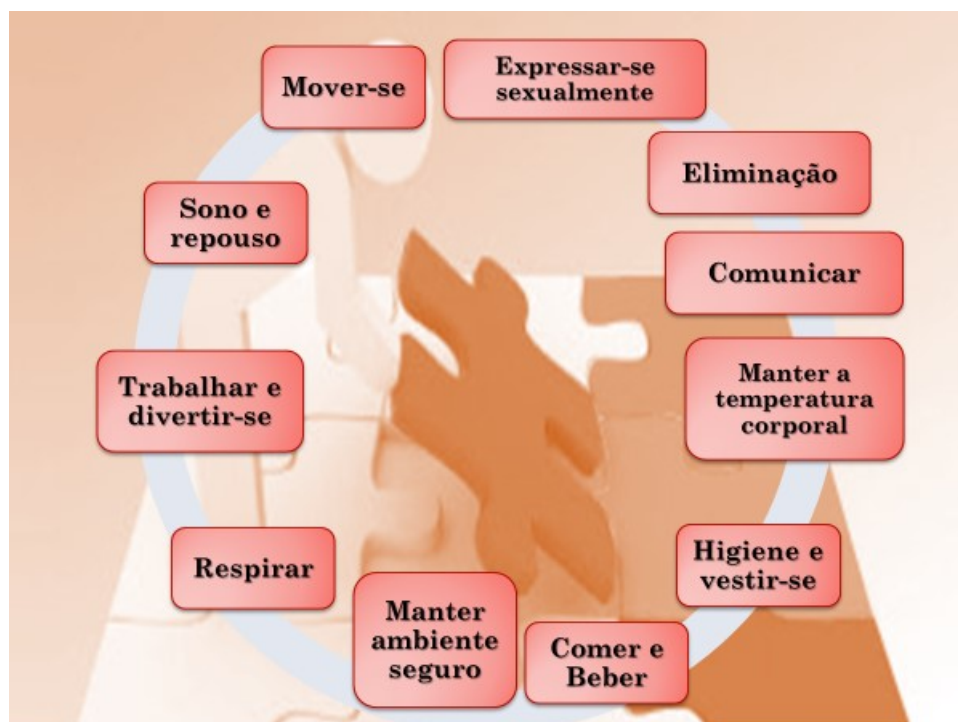
Manter o equilíbrio Neuro-muscular e esquelético através do alinhamento dos vários segmentos.

Prevenir contraturas e atrofias musculares.

Prevenir deformidades.

Facilitar a respiração e drenagem brônquica.
Garantir a integridade cutânea.
Melhorar a estase venosa.
Proporcionar conforto

ALTERAÇÕES DO ENVELHECIMENTO NAS AVD'S





2.3 EXERCÍCIO FÍSICO E MOBILIDADE

O exercício físico é um objetivo prioritário para a prevenção de doenças e acidentes. É recomendável que, pelo menos três dias por semana, se exercitem as articulações e os músculos durante trinta minutos

A atividade física é importante para estimular o metabolismo mineral dos ossos. A imobilização conduz a uma diminuição da densidade óssea o que, consequentemente, leva à osteoporose. O exercício suave e feito em condições aeróbicas, que é todo aquele que requer uma respiração compassada (andar, correr, nadar, andar de bicicleta...), repercute-se de forma benéfica no sistema cardiopulmonar.

Devem ser AERÓBICOS (exercícios que requerem respiração compassada).

Devem ser pensados de modo a que não exijam o LIMITE das CAPACIDADES do idoso (devem ser moderados).

Devem implicar o MAIOR NÚMERO de GRUPOS MUSCULARES possível (para obter melhor rendimento).

Devem ser praticados de forma REGULAR e CONSTANTE. Devem ser FÁCEIS de realizar e AGRADÁVEIS.

É recomendável que os exercícios sejam supervisionados por pessoal qualificado.

- Prática de exercício físico compatível com a idade.
- Alimentação saudável
- Prevenção da osteoporose
- Adaptação da residência às necessidades do idoso



2.3.1 HÁBITOS CULTURAIS E ANIMAÇÃO DOS IDOSOS



Animação Sociocultural, contribui para o aumento da qualidade de vida, sendo um estímulo permanente da pessoa idosa.

A animação motora, como o próprio nome indica, pretende trabalhar a parte física do idoso para evitar a inatividade; a animação cognitiva tenta cuidar do melhor funcionamento do cérebro através da concentração, da observação, do raciocínio, da imaginação e da criatividade; a animação a partir da expressão plástica pretende mostrar a característica artística dos idosos, exprimindo-se através de vários tipos de materiais como o barro, a plasticina ou de um lápis e um papel; a animação que tem em vista a comunicação incentiva os idosos a falar e a contar histórias, suas ou a partir de leituras, mas também dar a conhecer outras formas de comunicação como a postura, o comportamento e o movimento; a animação associada ao desenvolvimento pessoal e social tenta integrar o idoso num grupo para que possa existir um autoconhecimento e para melhorar, ou criar, competências sociais e pessoais para que seja possível interagir mais facilmente com a comunidade e com as pessoas que o rodeiam; a animação lúdica pretende promover o convívio, divertir e criar momentos de lazer e brincadeira para os idosos

- A animação ligada às artes plásticas e à motricidade faz com que os idosos melhorem e mantenham a sua autonomia, e capacidade de movimento.
- os programas de Animação Sociocultural devem ser adequados a cada tipo de grupo com que se trabalha
- Podem ser desenvolvidos diversos tipos de atividades, como por exemplo, exercício físico ligeiro, leitura de contos e poemas, visionamento de filmes, ateliers, passeios ao ar livre, visitas a museus, jogos.

2.4 PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA



A queda é um facto comum a todos nós ao longo da vida.

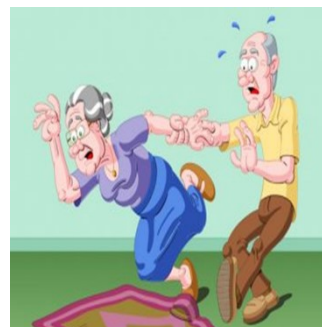
- Desde a infância adaptamos o nosso cérebro e os nossos reflexos a defendermo-nos contra as quedas.

2.4.1 Fatores de Risco

Intrínsecos quando o problema é inerente à saúde do idoso

- A presença de doenças crónicas como:
- Diabetes
- Hipertensão
- Hipotensão postural
- A doença de Parkinson
- Artrites

2.4.2 IMPACTO DAS QUEDAS NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS



As quedas na população idosa, determinam complicações múltiplas, que afetam negativamente a qualidade de vida dessas pessoas com consequências a vários níveis



As quedas tem implicado de forma direta a saúde da população idosa, onde suas consequências podem ser agravadas devido a diversos fatores, e as complicações que elas podem ocasionar para essas pessoas, que interferem diretamente no estilo de vida, onde por muitas vezes acabam fazendo com que os idosos fiquem em estado de dependência, o que restringem das suas atividades da vida diária, pactuando até mesmo o estado psicológico podendo levar ao isolamento social.

As quedas podem levar a:

Fraturas

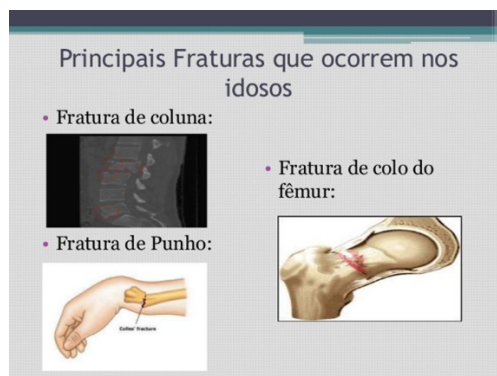
Lesões teciduais

Lesões neurológicas

Imobilização e problemas respiratórios

Hospitalização

Atividade física reduzida



2.4.3 IMPACTO DAS QUEDAS NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS CONSEQUÊNCIAS DA SÍNDROME PÓS QUEDA

A dependência dos idosos em decorrência da queda interfere no psicológico de forma significativa. Pois, para essas pessoas, serem cuidadas por outras que muitas vezes não estão totalmente preparadas, trazem sentimentos de rejeição e exclusão, fazendo com que percam aquela vontade de manter uma vida social satisfatória, visto que para eles, não é fácil passar a vida de forma tão ativa e de repente perder a sua independência e modificar o seu estilo de vida.

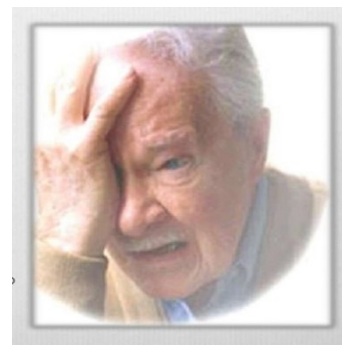
O medo de cair pode ser desencadeado tanto pelas consequências físicas como psicológicas e sociais, podendo acarretar menor confiança na capacidade de caminhar, contribuindo para declínio funcional, depressão, sentimentos de desamparo e isolamento social.

O receio de novas quedas leva:

- Restrição da atividade
- Perda da autonomia e independência
- Declínio das interações sociais
- Sentimentos de fragilidade e insegurança
- Depressão
- Aumenta o risco de novas quedas



- Medo de voltar a cair
- Sentimento de impotência
- Desgaste emocional
- Depressão
- Diminuição da autoestima
- Menor controlo percebido
- Mais pessimismo em relação ao futuro



2.4.4 PREVENÇÃO DA QUEDA NA PESSOA IDOSA

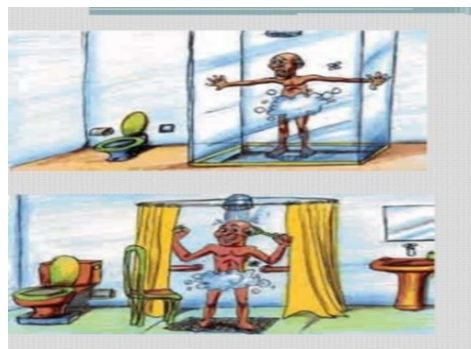
Para prevenir as quedas devemos tomar algumas medidas:

Na Casa de Banho

- Não utilize tapetes de tecido
- Pode escorregar e cair
- Utilize tapetes antiderrapantes

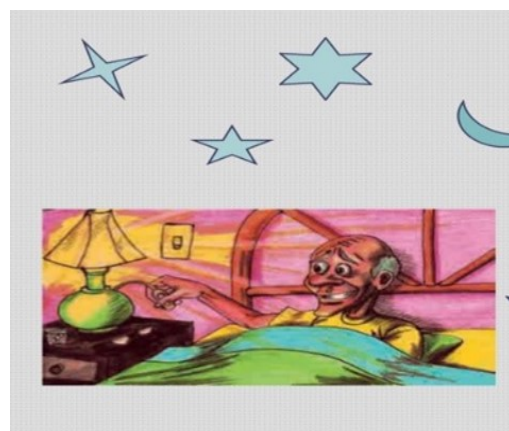


- Evite tomar banho em box de vidro sem barras de apoio e tapete antiderrapante
- Instale barras de apoio na parede e coloque tapete antiderrapante

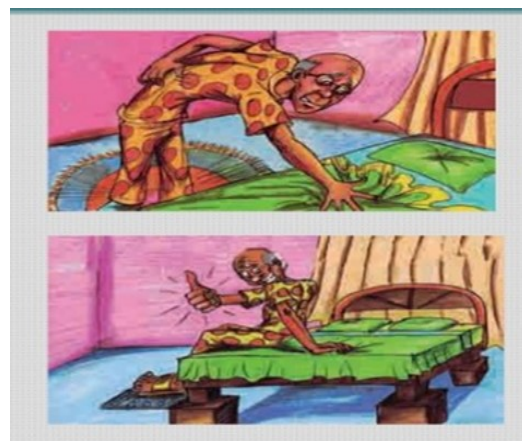


No Quarto

- Nunca se levante no escuro
- Utilize um candeeiro de mesa de cabeceira
- Mantenha durante a noite uma luz de presença

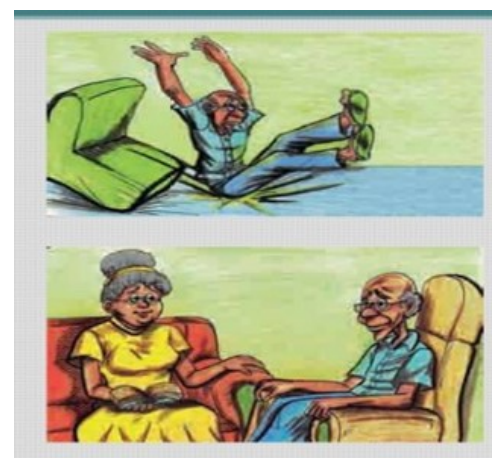


- Evite camas muito baixas e colchões muito macios.
- Podem provocar dificuldades a deitar e a levantar da cama
- Ajuste a altura da cama
- Se necessário troque o colchão por um mais firme



- **Na Sala**

- Evite extensões elétricas e fios de telefone no seu caminho.
- Evite objetos espalhados pelo chão.
- Mantenha os fios e extensões junto às tomadas.
- Evite bagunça no chão
- Cuidado com sofás muito baixos e macios e sem braços de apoio
- Pode ter dificuldade em levantar-se e sentar-se.
- Prefira sofás mais rijos, altos e com braços de apoio



Nas Escadas

- Não deixe objetos espalhados nas escadas.
- Escadas com degraus estreitos devem ter corrimão dos dois lados
- Devem ser iluminadas.



Outras Medidas Preventivas

- Vigiar os medicamentos para evitar erros na dose dos medicamentos que está a tomar;
- Evitar que o idoso beba álcool em excesso;
- Colocar uma campainha no chão do quarto, debaixo de baixo de uma cadeira ou de um telefone, juntamente com os números de emergência num banco baixo;
- Aderir ao serviço **Tele Alarme**.



2.5 INTOXICAÇÕES NO IDOSO



O envenenamento é o efeito produzido no organismo por um veneno, quer este seja introduzido pela via digestiva, pela via respiratória ou pela pele.

2.5.1 COMO ATUAR

Quando se estiver perante uma intoxicação deve ser contactado o Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV) ou ligar para o número europeu de socorro 112.

No contacto com o CIAV ou com o 112 indicar:

Em relação ao tóxico:

- Identificar o tóxico:
- Nome do produto;
- Cor;
- Cheiro;
- Tipo de embalagem;
- Fim a que se destina.
- A quantidade provável, a hora a que foi ingerido e seguir as orientações indicadas pelos técnicos de saúde



Em relação à vítima:

- Idade; Sexo; Peso; Doenças anteriores

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Cuidados com a segurança do socorrista, evitando que este entre em contato com o produto intoxicante.
- Remover a vítima para local arejado.
- Afrouxar as vestes e, caso estejam contaminadas, retirá-las, cortando-as.
- **NUNCA** deixar a vítima sozinha.
- Deixar a vítima falar, deixando-a o mais confortável possível.
- Transportar a vítima em posição lateral, a fim de evitar aspiração de vômito, se ocorrer.
- Transportar junto, restos da substância, recipientes, embalagens e aplicadores.

2.5.2 Sinais e Sintomas de suspeita de uma intoxicação

-
- Hálito com odor estranho
- Modificação na coloração dos lábios e
- interior da boca, dependendo do tipo de
- substância
- Dor, sensação de queimação na boca,
- garganta ou estômago

Sonolência, confusão mental, torpor

Uma das principais causas de internamento hospitalar em idosos, corresponde à intoxicação medicamentosa.

Os idosos estão mais predispostos a se intoxicarem com medicamentos por várias razões:

- Fazem uso de várias medicações para diversas patologias crónicas (diabetes, hipertensão, cardiopatias, artrite, laxantes, depressão,
- Apresentam o metabolismo mais lento;
- Apresentam problemas de visão ou de memória, fazendo com que confundam os horários das medicações de uso contínuo, troquem as medicações;
- A automedicação, principalmente com analgésicos, anti-inflamatórios e medicações ansiolíticas, podendo potencializar o efeito dos mesmos.

2.5.3 Prevenção da intoxicação medicamentosa

- Utilizar somente medicações prescritas pelo médico, evitando a automedicação
- Tomar cuidado com o armazenamento das medicações. Nunca deixá-las expostas ao sol ou em lugares quentes.
- Conferir sempre a data de validade dos medicamentos
- Prestar atenção nos horários e na quantidade de medicamento prescrito

A utilização das caixas dispensadoras de medicamentos permite um maior controlo dos medicamentos e o risco de sobredosagem



2.5.4 Intoxicação por ingestão

Procedimentos:

provocar vômito após a Estimulação da úvula ou faringe com o cabo de

- uma colher ou lenço

Não induzir o vômito se a vítima:

- Estiver inconsciente
- Tiver convulsões

- Tiver ingerido substância corrosiva que possa causar queimaduras de mucosas
- Tiver ingerido um derivado de petróleo (querosene, “tiner”, fluído de isqueiro, etc).

Nos casos de ingestão de substâncias corrosivas, cáusticas em geral e derivados de petróleo, diluir ou neutralizar essas substâncias pela ingestão de água.

Se a vítima estiver inconsciente:

- Verificar se respira e, se necessário, fazer respiração artificial
- Se a vítima respira, coloque-a em posição lateral de segurança
- Encaminha-la com urgência, para um local onde possa receber assistência qualificada.
- *Após os primeiros socorros deve-se procurar os*
- *serviços de saúde mais próximos, levando o rótulo ou embalagem do agrotóxico junto com a FISPQ – ficha de informação de segurança do produto químico*



2.5.4.1 Intoxicação alimentar

- Os sintomas de intoxicação alimentar variam de acordo com a fonte de contaminação. A maioria dos tipos de intoxicação causam um ou mais dos seguintes sinais e sintomas:

- Náusea
- Vômitos
- Diarreia aquosa
- Dor abdominal e cólicas
- Febre



Sinais e sintomas podem começar dentro de horas após a ingestão do alimento contaminado, mas também podem começar dias ou mesmo semanas depois. Geralmente, a doença causada por intoxicação alimentar dura desde algumas horas até vários dias.

Quando consultar um médico

- Se você sentir qualquer um dos seguintes sinais ou sintomas, procure atendimento médico:
Frequentes episódios de vômitos e incapacidade de manter os líquidos
- Vômito ou fezes com sangue
- Diarreia por mais de três dias
- Dor extrema ou cólicas abdominais severas
- Uma temperatura oral superior a 38,6 °C
- Sinais ou sintomas de desidratação, que incluem sede excessiva, boca seca, pouca ou nenhuma micção, fraqueza severa, tonturas ou atordoamento.
- Sintomas neurológicos, tais como visão embaçada, fraqueza muscular e formigamento nos braços.



Prevenção



A prevenção das intoxicações alimentares faz-se essencialmente pelos cuidados básicos de higiene na manipulação e conservação dos alimentos.

2.5.5 Envenenamento por contato

Sinais e sintomas

Manchas na pele.

Coeira.

Irritação nos olhos.

Dor de cabeça.

Temperatura da pele aumentada



Procedimentos:

- Retirar as roupas que estejam contaminadas com o tóxico
- Lavar abundantemente o local afetado com água corrente.
- No caso dos olhos serem afetados, lavá-los com água corrente durante 15 minutos e encaminhar a vítima ao oftalmologista.

Quem socorre a vítima deve proteger-se com luvas para não entrar em contacto com o tóxico

2.5.6 Envenenamento por inalação

Sinais e sintomas

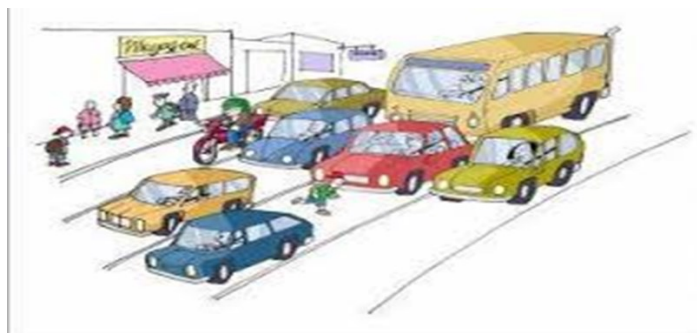
- Respiração rápida.
- Tosse.
- Frequentemente os olhos da vítima aparecerão irritados.

Obs.: estes são os sintomas gerais, podem variar de acordo com o veneno inalado.



Procedimentos:

- Intoxicação por inalação: remover a vítima para o ar fresco e manter a função respiratória



2.6 FRAGILIDADE/VULNERABILIDADE DO IDOSO NO TRÂNSITO

PREVENÇÃO DO RISCO DE ATROPELAMENTO

Os acidentes por atropelamento são muito frequentes e vitimam mais de 5.000 pessoas no nosso país todos os anos.

Os mais afetados por este tipo de **acidentes de viação** são os idosos e as crianças.

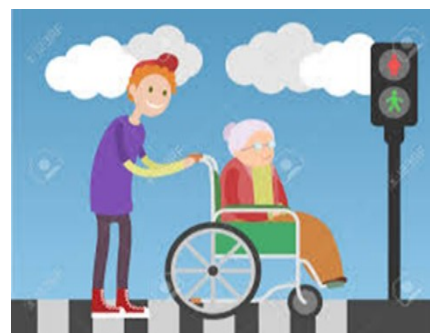
Os acidentes por atropelamento caracterizam-se também pela **gravidade das suas lesões** (o índice de gravidade por atropelamento supera substancialmente o de acidentes por colisão) e pelo dano psicológico causado às vítimas e seus familiares.

2.6.1 PREVENÇÃO

Alterações orgânicas associadas à idade, ao aumento do risco e gravidade do acidente, situam-se na visão, audição (hipoacusia), músculo-esqueléticas (flexibilidade muscular e das articulações), biomecânicas, neurológicas (neurónios, sistemas cinestésico e vestibular), cognitivas (memória, atenção e processamento da informação), sono e estado afetivo.



Muitos destes idosos necessitam de ajuda para atravessarem as ruas em segurança



- Circule sempre nos passeios e no lado direito destes.



- Caso não haja passeio, circule do lado esquerdo de frente para os veículos
- Quando circular em grupo em passeios estreitos, bermas ou estradas sem bermas, circule em fila indiana.



- Atravesse sempre num local seguro: numa passadeira, na passagem para peões, junto com semáforos.





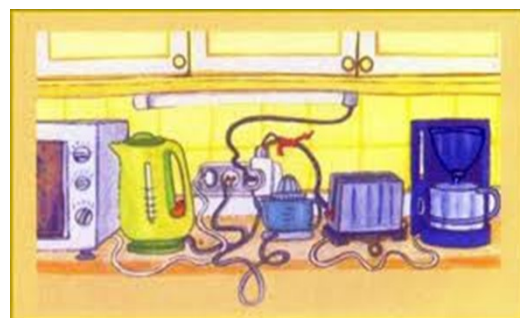
2.7 PREVENÇÃO DOS INCÊNDIOS DOMÉSTICOS

Os incêndios em casa são graves. A maior parte dos incêndios tem origem num mau funcionamento da rede elétrica, da rede de gás ou de fontes de calor. Velas que ficam a arder, cigarros que ficam acesos.

EM CASA

- Tenha muita atenção aos equipamentos de grande consumo, tais como máquinas de lavar roupa, aquecedores, etc.

Não sobrecarregue as tomadas → As ligações numa mesma tomada provocam sobrecargas na instalação elétrica e curto-circuitos. **evitar ligações caseiras** e embutir sempre os fios elétricos



-
- Não coloque aquecedores junto aos móveis e não os utilize para secar roupa;
- Nunca deixe os equipamentos de queima em funcionamento quando tiver de se ausenta.

A cozinha é o local onde a maior parte dos incêndios começa

- **Antes de sair de casa** verificar que os bicos do fogão estão desligados.
- **Não deixar tecidos** (panos de cozinha, cortinas, etc.) perto do fogão da cozinha.
- Se a **frigideira** incendiar enquanto se está a cozinhar, utilizar a tampa. O fogo apagar-se-á por falta de oxigénio.
- Quando se **sente cheiro a gás**, não acender a luz, porque assim evita-se que uma faísca inicie um incêndio.



- As casas com lareiras devem ter guarda-fogos presos à parede. Nunca se deve sair de casa ou ir dormir sem apagar corretamente a lareira. Basta uma fagulha para provocar um sinistro.
- Em caso de incêndio **elétrico**, não se deve tentar apagar o fogo com água.
- **Apagar** corretamente **fósforos e cigarros**. Não atirar beatas para os contentores de lixo e não fumar na cama.





2.8 PATOLOGIAS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO

Os idosos regra geral padecem de doenças crónicas como a diabetes, hipertensão arterial, que podem aumentar o risco de doenças cardiovasculares.

2.8.1 DIABETES

A **DIABETES** é uma doença crónica que se caracteriza pelo aumento da glicose (níveis de açúcar) no sangue, dando origem à hiperglicemia. Os níveis aumentados de açúcar no sangue devem-se à produção insuficiente de insulina, por atuação ineficaz da insulina e, em alguns casos, à combinação dos dois fatores.

A insulina é uma hormona produzida pelo pâncreas e, num organismo saudável, as células pancreáticas produzem insulina em quantidades suficientes face aos níveis de glicose no sangue (que aumentam depois de uma refeição completa, por exemplo). O papel da insulina é vital: permite que a glicose passe da corrente sanguínea para as células, que a utilizam como fonte de energia. A insulina permite assim a abertura de uma porta por onde entra a glicose.

Há dois tipos de diabetes:

DIABETES TIPO 1

- Surge quando o pâncreas não produz insulina suficiente e o nosso sistema de defesa destrói seletivamente as células B pancreáticas (células beta produtoras de insulina). A doença surge, na maioria das vezes, em crianças ou adultos jovens – no entanto, pode surgir em qualquer idade.

DIABETES TIPO 2

- Neste caso o pâncreas continua a produzir insulina, mas o organismo não a aproveita bem.
- Habitualmente este tipo de diabetes desenvolve-se após os 35 anos de idade.



- Para controlar a Diabetes tipo 2 é preciso controlar o peso e seguir um programa alimentar. Algumas pessoas poderão também necessitar de tratamento farmacológico, com antidiabéticos orais ou mesmo com insulina.

Sinais e Sintomas

Os sintomas decorrentes da hiperglicemia grave são poliúria, polidipsia e perda de peso, expondo o paciente a maiores taxas de infeção.

Além do próprio DM, existem outras morbilidades comuns em pacientes diabéticos, como, por exemplo, hipertensão e dislipidemia, que aumentam o risco de muitas dessas complicações.

Fatores que contribuem para o aparecimento da Diabetes tipo 2:

- Antecedentes familiares;
- Idade (>45anos);
- Diabetes gestacional;
- Hipertensão;
- Excesso de peso;
- Vida sedentária;
- Alimentação pouco equilibrada.

VALORES DA GLICÉMIA

Teste	Normal	Pré-diabetes	Diabetes
Glicemia de jejum	< 100	100-125	≥ 126
2 h após 75 g de glicose	< 140	140-199	≥ 200
Glicemia casual	—	—	≥ 200 com sintomas de hiperglicemia

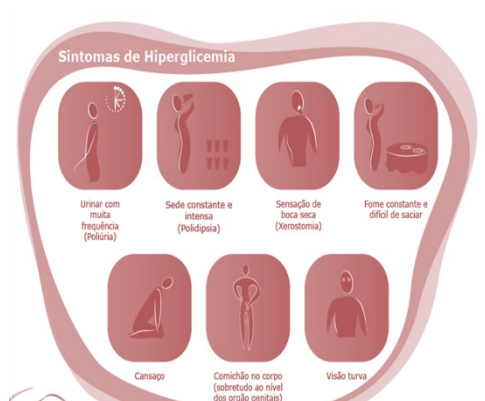
2.5.1.1 DIABETES – HIPERGLICEMIA

Os sintomas decorrentes da hiperglicemia grave são poliúria, polidipsia e perda de peso, expondo o paciente a maiores taxas de infecção.

Além do próprio DM, existem outras morbilidades comuns em pacientes diabéticos, como, por exemplo, hipertensão e dislipidemia, que aumentam o risco de muitas dessas complicações.

Fatores que contribuem para o aparecimento da Diabetes tipo 2:

- Antecedentes familiares;
- Idade (>45anos);
- Diabetes gestacional;
- Hipertensão;
- Excesso de peso;
- Vida sedentária;
- Alimentação pouco equilibrada.



2.8.1.2 DIABETES- HIPOGLICEMIA

Isso acontece quando há um desequilíbrio entre a quantidade de açúcar e a quantidade de insulina no nosso corpo.

Os sintomas de hipoglicemia são: - confusão mental, comportamento anormal, irritabilidade, agressividade ou também lentidão; incapacidade para realizar coisas comuns, como somar 2 + 2; distúrbios visuais, como visão dupla ou turva; tontura; palpitação; tremores; suor excessivo; fome; sonolência.

Na hipoglicemia severa o valor da glicemia está abaixo de 36mg/dl e pode entrar em com hipoglicémico



Paciente acordado, consciente

Oferecer um 1 copo de refrigerante ou duas colheres de açúcar.

Após 10 minutos deve-se avaliar a glicemia.

Paciente desacordado, inconsciente: não se pode fornecer alimentos, pelo que há necessidade de administrar glicose por via endovenosa. Chamar o INEM para ser transportada ao hospital.

Um dos problemas mais comuns, depois de uma crise hipoglicêmica, é a hiperglicemia causada pelo excesso de carboidratos. Na maioria das vezes, a pessoa se recupera sem sequelas.

O problema maior, ocorre com hipoglicemias mais graves, com perda de consciência, que podem até levar à morte, embora isso seja bastante raro.

Um episódio de hipoglicemia severa prolongado pode favorecer lentidão de pensamento e perda de memória momentânea que, em geral, é recuperada.

2.8.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA PESSOA IDOSA



A hipertensão aumenta o risco de doenças cardiovasculares.

PRESSÃO PARA ADULTOS			
NOMENCLATURA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA	
HIPOTENSO	ABAIXO DE 90 mmHG	60-85 mmHG	
	90 - 130 mmHG	80 - 85 mmHG	
NORMOTENSO LIMÍTROFE	138 - 139 mmHG	85 - 89 mmHG	
	LEVE	140 - 159 mm HG	90 - 99 mmHG
HPERTENSO	MODERADO	160 - 179 mmHG	100 - 109 mmHG
	GRAVE	ACIMA DE 180 mmHG	ACIMA DE 110 mmHG

Hipertensão Arterial - Sintomas

- Dor de cabeça;
- Tonturas;
- Cansaço;
- Enjôos;
- Falta de ar;
- Sangramentos nasais;
- Dor na nuca(pescoço).





Pessoas com maior propensão a desenvolver a hipertensão:

- Têm familiares hipertensos
- Diabéticos
- Estão acima do peso
- Não têm hábitos alimentares saudáveis
- Sedentários
- Ingerem muito sal e exageram no consumo de bebidas alcoólicas



Hipertensão

Doença silenciosa, previna-se.



2.9 PRIMEIROS SOCORROS



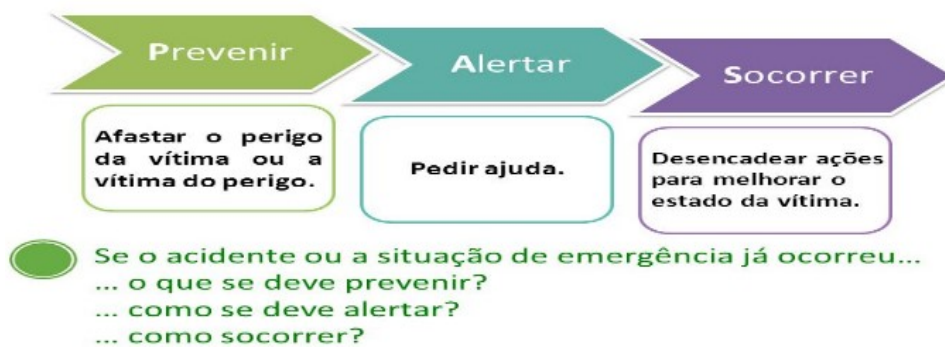
2.9.1 Definição de termos

O que é um Primeiro Socorro?

São um conjunto de medidas que devem ser tomadas rapidamente, em caso de acidentes ou de outras emergências. São, portanto, a primeira ajuda a prestar a uma pessoa, para impedir o agravamento do seu estado de saúde, antes de poder receber cuidados especializados **Princípios Gerais do Socorrismo** segundo uma atuação sistematizada perante qualquer situação de emergência.

2.9.2 Princípios gerais do socorrismo

Princípios gerais do socorrismo



Prevenir- Não previne o acidente porque ele já ocorreu, mas prevenir complicações.

Alertar – Destina-se a chamar para o local do acidente, pessoal especializado estabilização e no transporte das vítimas para um centro médico de urgência.

Informação que deverá ser transmitida quando telefona 112:

- Identificar-se;
- Local exato com pontos de referência se possível;
- Qual o tipo de ocorrência (ex: acidente, queda, doença...)
- Sexo, idade aparente e número de vítimas;
- Existência de fatores agravantes ou de risco;
- Número de telefone;
- Atuação de socorro já efetuado.



Socorrer – Prestar cuidados de emergência iniciais às vítimas de doença súbita ou de

acidente, com o objetivo de as estabilizar, diminuindo assim a morbidade e a mortalidade.

Socorro Primário - São situações prioritárias em relação a todas as outras, quer na prestação do primeiro socorro, quer na evacuação para o centro hospitalar, uma vez que comprometem rapidamente a vida da (s) vítima (s):

- Alterações Cardio-respiratórias;
- Choque;
- Hemorragias;
- Envenenamentos

Socorro Secundário - São todas as outras situações que devem ser socorridas depois das outras situações de socorro essencial estarem estabilizadas, uma vez que não põem diretamente em risco a vida da (s) vítima (s).

No entanto, estas vítimas necessitam de uma vigilância constante, pois o seu estado pode agravar-se, evoluindo para uma situação de socorro essencial, nomeadamente o coque:

- Feridas;
- Queimaduras;
- Fraturas.

Ao prestar os primeiros socorros a um idoso que sofreu acidente ou uma intercorrência clínica, deve-se observar os seguintes princípios básicos:

- Manter a calma: a tranquilidade facilita o raciocínio e a avaliação da situação da vítima e dos cuidados necessários;
- Avaliar a cena: quem vai socorrer uma vítima de acidente deve certificar-se que o local onde este ocorreu esteja seguro, antes de aproximar-se dela.

A vítima só deverá ser abordada se a cena do acidente estiver segura e os socorristas não correrem o risco de também sofrerem algum tipo de acidente, sendo a primeira responsabilidade do socorrista é garantir a sua segurança;

- Não permitir que outras pessoas se tornem vítimas: a segunda responsabilidade do socorrista é garantir a segurança das pessoas ao redor;
- Solicitar ajuda imediatamente, caso o acesso à vítima não seja possível (se houver riscos para o socorrista): **acionar 112.**
- Abordar a vítima depois de estarem reunidas todas as condições de segurança para efetuar a avaliação da situação procurando detetar as condições em que a mesma se encontra para decisão quanto aos cuidados necessários;

ATENÇÃO: sempre que o local do acidente oferecer riscos o socorrista deve manter-se afastado e acionar imediatamente o 112, descrevendo a situação, para que a central de Emergência

2.9.3 SISTEMA INTEGRADO DE EMERGÊNCIA MÉDICA

Define-se como o conjunto de ações coordenadas, de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do sistema de saúde nacional, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica. Compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente.

2.9.3.1 SIEM (Sistema Integrado de Emergência Médica)



Organização do siem

A capacidade de resposta adequada, eficaz e em tempo oportuno dos sistemas de emergência médica às situações de emergência, é um pressuposto essencial para o funcionamento da cadeia de sobrevivência.

O INEM O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal continental, de um sistema integrado de emergência médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde.

O INEM, através do Número Europeu de Emergência – 112, dispõe de vários meios para responder com eficácia, a qualquer hora, a situações de emergência médica.

As chamadas de emergência efetuadas através do número 112 são atendidas em centrais de emergência da **Polícia de Segurança Pública (PSP).**

Atualmente, no território de Portugal Continental, as chamadas que dizem respeito a situações de saúde são encaminhadas para o **Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.**

Meios de emergência

CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes)

Pedidos de socorro relacionados com a área da Saúde.
Atendimento, triagem, seleção, envio dos meios de socorro e acompanhamento.

Lisboa, Porto, Coimbra e Faro.



CIAV (Centro de Informação Antivenenos)

808 250 143

Centro médico de informação toxicológica

Intoxicações agudas ou crónicas, de etiologia múltipla

Esclarecimento sobre efeitos secundários de terapêuticas



CODU MAR – Contactar através do nº 213 308 258

O Centro de Orientação de Doentes Urgentes-Mar (CODU-MAR) tem por missão prestar aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações. Se necessário, o CODU-MAR pode acionar a evacuação do doente e organizar o acolhimento em terra e posterior encaminhamento para o serviço hospitalar adequado.

**Fases do SIEM****Deteção**

Deteção da ocorrência de emergência médica que corresponde ao momento em que alguém se apercebe da existência uma ou mais vítimas.

Alerta

Fase na qual se contacta através do número nacional de emergência médica (112), dando conta da ocorrência anteriormente detetada.

Socorro

Corresponde ao conjunto de gestos do socorro complementar executados pelos tripulantes de ambulância e que visam a continuação da estabilização da vítima.

Transporte

Desde o local onde ocorreu a situação de emergência até a entrada no estabelecimento de saúde garantindo ao doente a continuidade da prestação de cuidados de saúde.

Tratamento / Hospital

Após a entrada no estabelecimento de saúde mais próximo a vítima é avaliada e são iniciadas as medidas de diagnóstico e terapêutica com vista ao seu restabelecimento. Se necessário pode considerar-se posteriormente um novo transporte, transferência para um hospital de maior diferenciação, onde irá ocorrer o tratamento mais adequado a situação.

2.9.4 PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

Suporte Básico de Vida

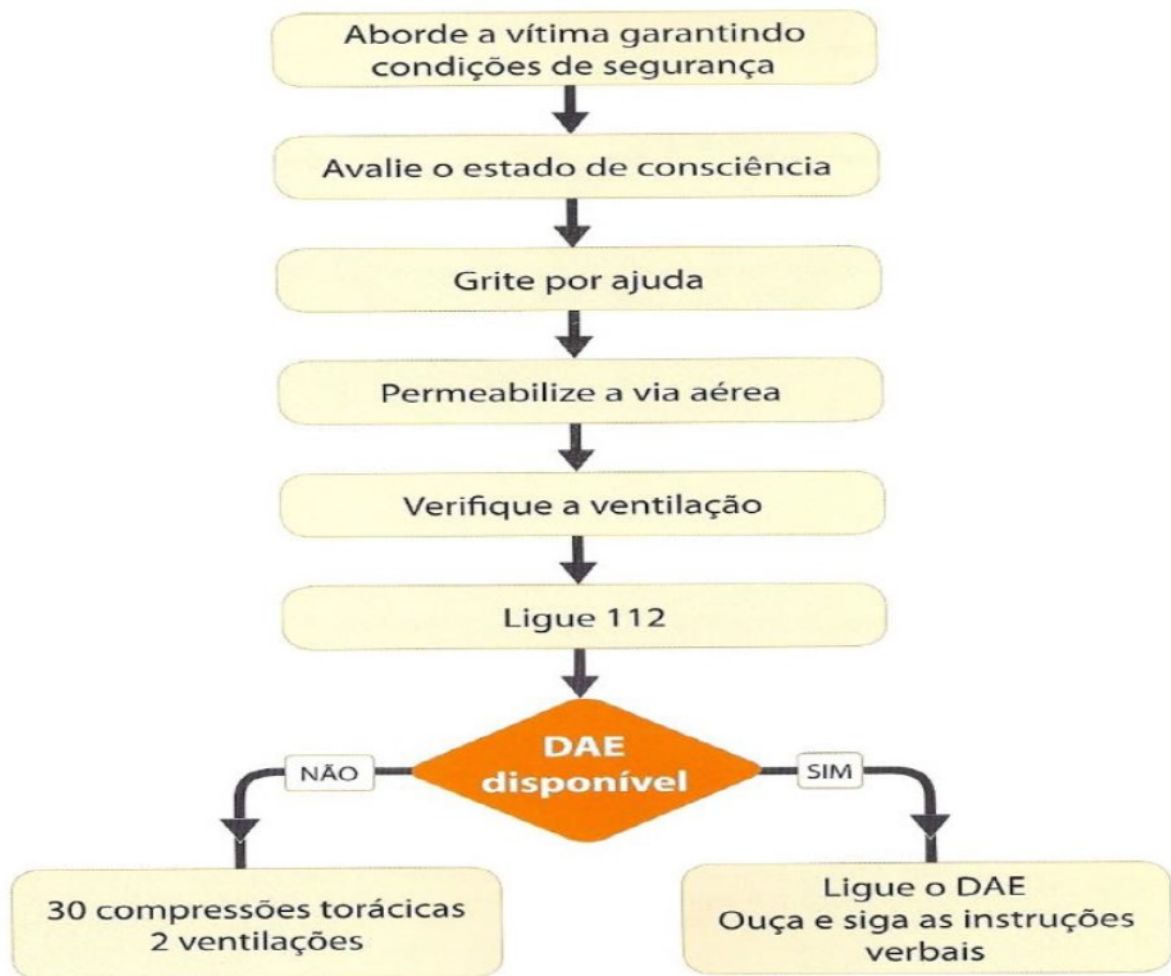
O **SBV** consiste num conjunto de procedimentos realizados sem recurso a equipamento específico, e que tem como objetivo a manutenção da vida e o ganho de tempo, até à chegada de ajuda especializada.



O **SBV** inclui:

- Avaliação inicial (verificar condições de segurança e se a vítima responde).
- Permeabilização das vias respiratórias.
- Ventilação com ar expirado (respiração boca a boca).
- Compressão do tórax (compressão cardíaca externa).

2.9.4.1 ABORDAGEM DA VÍTIMA



Permeabilização da via aérea



- > Hiperextensão do pescoço
- > Elevação do queixo, com uma mão na testa e a outra no maxilar inferior.



Explorar a cavidade oral



Verificar se respira

- > Ver movimentos torácicos
- > Ouvir ruídos respiratórios
- > Sentir o ar expirado
- > Avaliar até 10 segundos

Deve ser ativado de imediato o **sistema de emergência médica, ligando 112** Se a vítima não respira normalmente.



INSUFLAÇÕES

1. Uma mão na testa da vítima
2. Comprimir as narinas da vítima com o polegar e o indicador
3. Com a outra mão, manter o queixo elevado
4. Inspirar normalmente, inclinar-se para a frente, colocar a boca completamente sobre a boca da vítima
5. Insuflar para dentro da boca da vítima e verificar se o tórax se eleva.
6. Mantenha a cabeça da vítima para trás com a elevação do queixo para verificar se o tórax baixa



2 insuflações por ciclo – 1 segundo/insuflação

1.Ajoelhar-se ao lado da vítima

2.Base de uma mão no centro do tórax da vítima

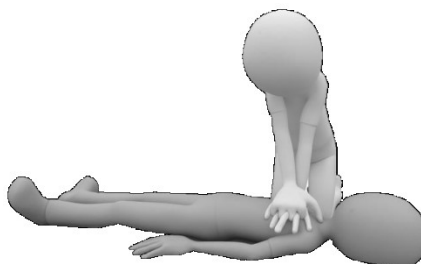
3.Base da outra mão em cima da primeira mão

4.Entrelaçar os dedos das duas mãos

Não deve pressionar nem as costelas das vítimas, nem a porção superior do estômago



30 Compressões torácicas: 2 Insuflações



NUNCA INTERROMPER O SBV!

Continuar **SEMPRE** com as manobras até:

À chegada de pessoal qualificado que tome conta da situação.

A vítima começa a ventilar normalmente

Ficar exausto

EXCEPTO- Se a vítima começa a ventilar normalmente, reavaliar o estado de consciência



2.10 ASFIXIA



A presença de um corpo estranho nas vias respiratórias poderá impedir a vítima de respirar, o que se torna uma situação de emergência, exigindo uma atuação imediata que visa a desobstrução da via aérea.

2.10.1 Classificação da obstrução das vias aéreas

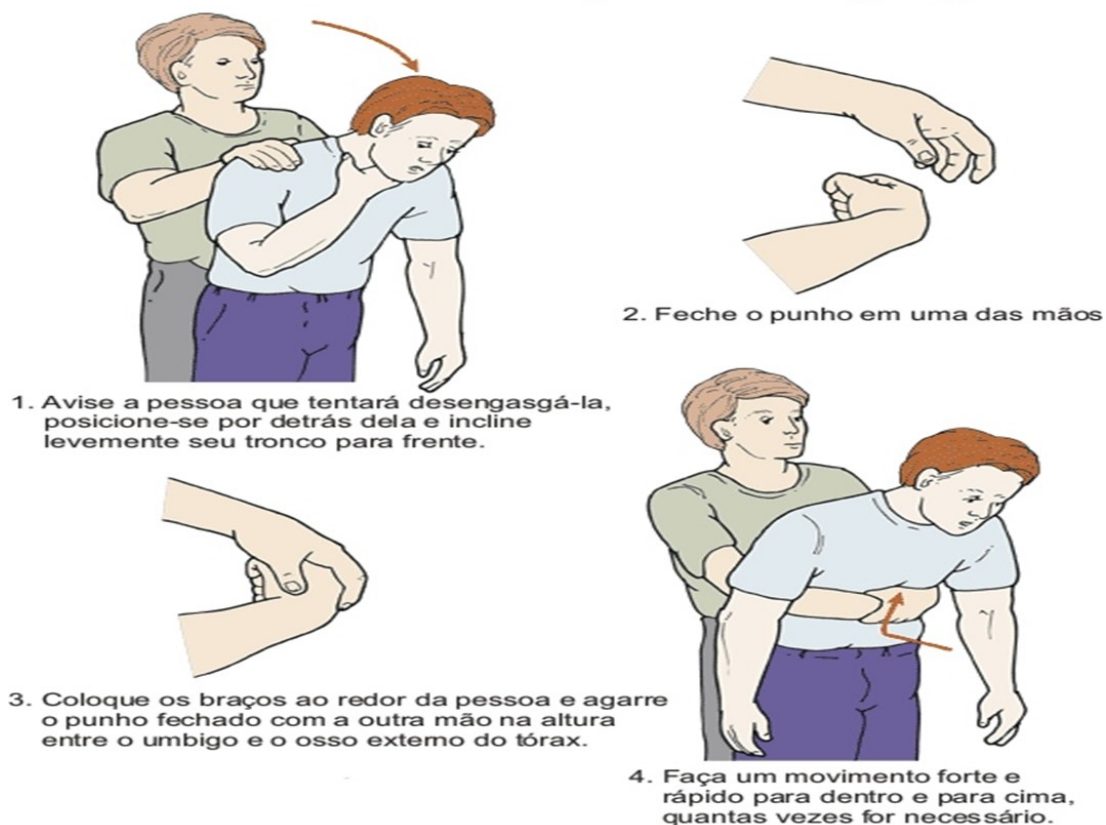
Podemos classificar a **OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS** quanto à gravidade:

- **LIGEIRA:** vítima reativa, eventual ruído respiratório na inspiração, mantém trocas gasosas, mantém reflexo de tosse eficaz;
- **GRAVE:** incapacidade de chorar (lactente), ruído agudo alto à inspiração ou ausência total de ruído, cianose, incapacidade de falar, agarra pescoço com as mãos (sinal universal de asfixia),
- incapacidade de movimentar o ar (trocas gasosas ineficazes ou ausentes), tosse

2.10.2 Procedimentos

- Incentivar a tossir.
- Aplicar 5 palmadas com a palma da mão livre, na região entre as omoplatas.
- Confirmar, após cada palmada, se existiu desobstrução da via aérea.
- Se as 5 palmadas entre as omoplatas não desobstruírem as vias aéreas deve iniciar **Manobra de Heimlich**

A manobra Heimlich para desengasgar



2.10.3 ALGORITMO DA DESOBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS



Iniciar SBV se a vítima ficar em paragem cardio-respiratória

2.11 FRATURAS

A **fratura** define-se quando existe toda e qualquer alteração da continuidade de um osso.



2.11.1 Classificação das fraturas

- As fraturas podem classificar-se da seguinte forma:
- **Fraturas abertas (expostas)** - quando existe exposição dos topos ósseos, podendo facilmente infectar.

2.11.2 Sinais e sintomas de fraturas

- Dor localizada na zona do foco de fratura, normalmente intensa e aliviando após imobilização;
- Perda da mobilidade. Pode, em alguns casos, existir alteração da sensibilidade;
- Existe normalmente deformação, podendo, em alguns tipos de fraturas, não estar presente
- Edema (inchaço) normalmente presente, aumentando de volume conforme o tempo vai passando.
- Exposição dos topos ósseos, no caso da fratura exposta, não deixa dúvidas em relação à existência da mesma;
- Alteração da coloração do membro. Surge no caso de existir compromisso da circulação sanguínea. Palpar o pulso na extremidade;

2.11.3 Cuidados no manuseamento de fraturas

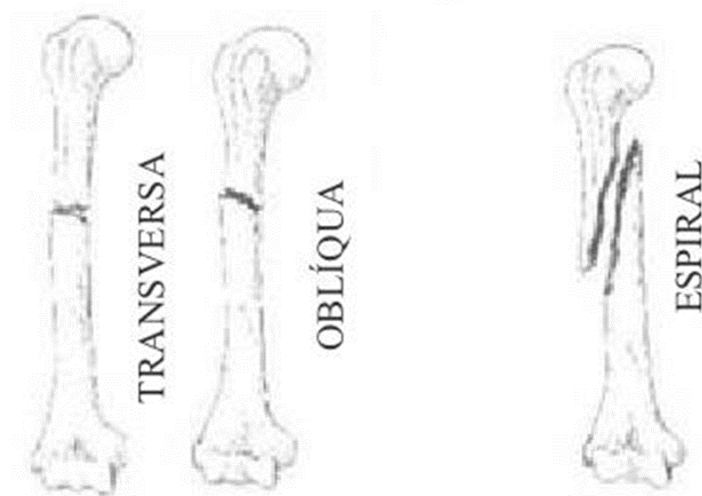
Não efetua qualquer pressão sobre o foco de fratura;

Imobilizar a fratura, mantendo o alinhamento do membro, não forçando no caso da fratura ser ao nível do ombro, cotovelo, mão, joelho e pés;

No caso de fraturas abertas, lavar a zona com recurso a soro fisiológico antes de imobilizar;

Não efetuar movimentos desnecessários

EXEMPLOS DE TIPO DE FRATURAS FECHADAS



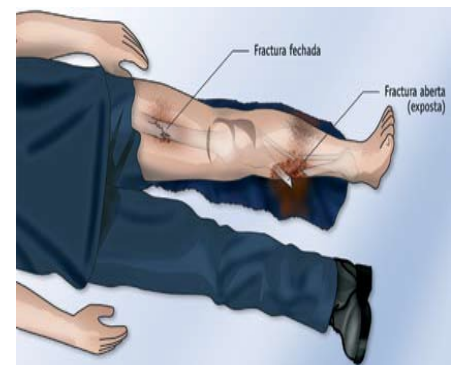
FRATURAS EXPOSTAS

Exposição dos topos ósseos, no caso da fratura exposta, não deixa dúvidas em relação à existência da mesma;

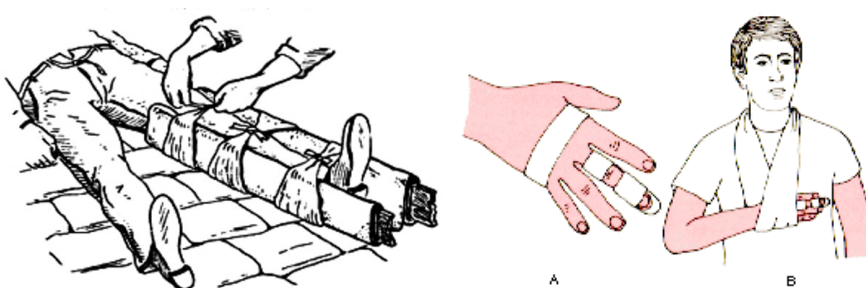
Alteração da coloração do membro:

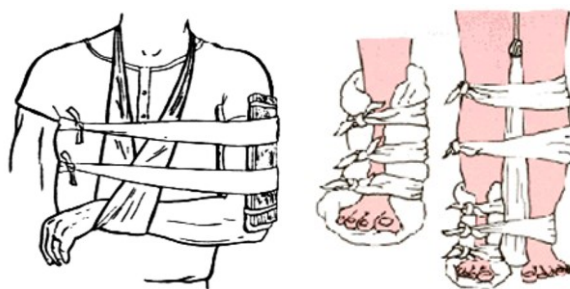
Surge no caso de existir compromisso da circulação sanguínea.

Palpar o pulso nas extremidades



IMOBILIZAÇÕES





2.12 TRAUMATISMOS CRÂNIO-ENCEFÁLICOS E VERTEBRO-MEDULARES

São das lesões mais graves em trauma, uma vez que são responsáveis por um elevado número de mortes mas também por causarem lesões permanentes nos doentes.



2.12.1 Traumatismos Cranianos

Os traumatismos da cabeça incluem fraturas do crânio, dos ossos, da face e dos tecidos moles. O crânio é composto por vários ossos ligados entre si formando uma caixa que tem como objetivo proteger o Sistema Nervoso Central.

Sinais e sintomas de alarme:

- * deformações na cabeça;
- * perda de consciência;
- * perda de memória;
- * náuseas ou vômitos;
- * diminuição da força muscular nos membros superiores e/ou inferiores;
- * «formigueiros» nos membros;
- * cefaleias violentas;
- * alterações visuais (diplopia).

2.12.2 TRAUMATISMOS DA COLUNA

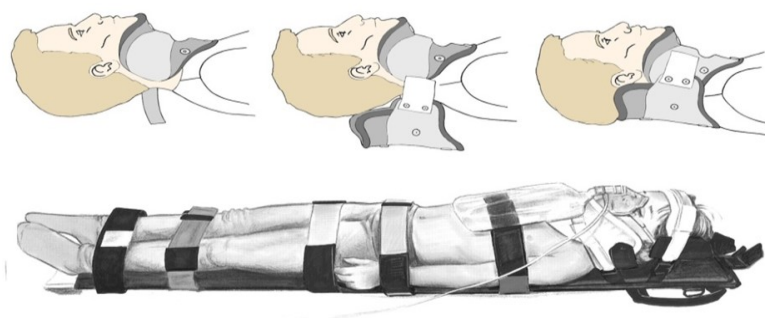
A coluna vertebral é uma estrutura óssea que contém no seu interior a espinal medula. Esta, por sua vez, é responsável pela transmissão e receção da informação entre o cérebro e o resto do organismo.

- **As lesões de coluna podem ser provocadas por:**
- Traumatismo direto (ex.: pancada direta na coluna);
- Traumatismo indireto (ex.: queda da vítima, na vertical, com os pés no solo).
- Alteração da mobilidade e da sensibilidade
- Deformação
- Dificuldade respiratória
- Alteração dos sinais vitais



ATUAÇÃO

- Verificar a via aérea (A), a ventilação (B) e a circulação (C);
- Movimentar o doente o menos possível e sempre como um todo;
- Efetuar o alinhamento seguindo como referência uma linha imaginária entre o nariz e o umbigo do doente (se possível após esta manobra aplicar um colar cervical);
- Caso seja necessário remover o doente do local (decisão que somente deve ser tomada em último recurso), efetuar a sua imobilização com recurso a uma superfície plana e dura





2.13 HEMORRAGIAS

Uma hemorragia consiste na perda de sangue de forma não controlada.

2.13.1 Classificação das hemorragias em relação à origem

A gravidade desta ocorrência varia consoante o vaso sanguíneo atingido e o tipo de hemorragia que está a decorrer.

- **Arterial; Venosa; Capilar.**



2.13.2 Classificação das hemorragias em relação à localização

- Externas: é visível a saída do sangue.
- Internas não é visível a saída do sangue
- Sinais e sintomas de uma hemorragia interna: Pulso rápido e fraco; Respiração rápida com pouca amplitude; Pele pálida fria e húmida; Sudorese; Pupilas dilatadas (midríase); Fraqueza; Frio e sede

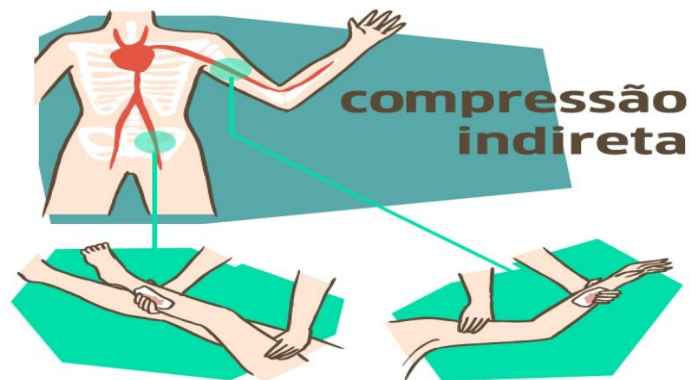


2.13.3 FORMA DE ATUAÇÃO

- Perante uma hemorragia externa pode-se recorrer a um conjunto de técnicas que ajudam a controlá-la:
- **Compressão manual direta:** Consiste em fazer compressão diretamente sobre a lesão que sangra. Para tal deve utilizar compressas ou um pano limpo. Se necessitar de trocar de compressas, deve retirar a maioria sem remover aquelas que estão em contacto direto com a ferida, de forma a evitar que a mesma volte a sangrar.



- **Compressão manual indireta ou à distância.** Esta técnica aplica-se quando não é possível efetuar a compressão manual direta e consiste em fazer compressão num ponto entre o coração e a lesão que sangra



HEMORRAGIA DO NARIZ

A hemorragia do nariz, denominada epistaxis, é um tipo de hemorragia, que ocorre com alguma frequência, nos traumatismos da face ao qual pode estar associado fratura dos ossos do nariz e da face.

- Deve-se comprimir a narina, podendo fazer tamponamento com algodão ou compressa.

Caso a hemorragia não pare deve ser encaminhada para o hospital

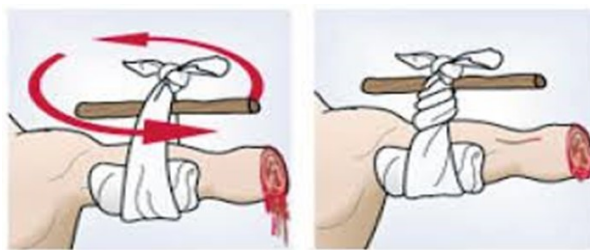


AMPUTAÇÃO

FORMA DE ATUAÇÃO

Garrote

- A técnica de controlo de hemorragia através da realização de garrote só deve ser utilizada quando todas as outras técnicas falharam ou quando ocorreu a destruição/amputação de um membro. O material utilizado deve ser de tecido não elástico, largo e preferencialmente aplicado por cima da roupa.
- Aplicar o garrote entre a ferida e o coração, mas o mais perto possível da ferida
- Anotar sempre a hora a que o garrote começou a fazer compressão – informar aquando a chegada de ajuda diferenciada.
- Após a realização de um garrote este **NUNCA DEVE SER RETIRADO ATÉ À CHEGADA AO HOSPITAL**, pois pode colocar em risco a vida da vítima.





2.14 QUEIMADURAS

Queimadura é uma solução de continuidade da pele e/ou tecidos subjacentes, resultantes do contacto ou ação de um agente exterior.

A pele tem duas funções básicas:

Termo Proteção- protege da entrada de microrganismos no nosso organismo.

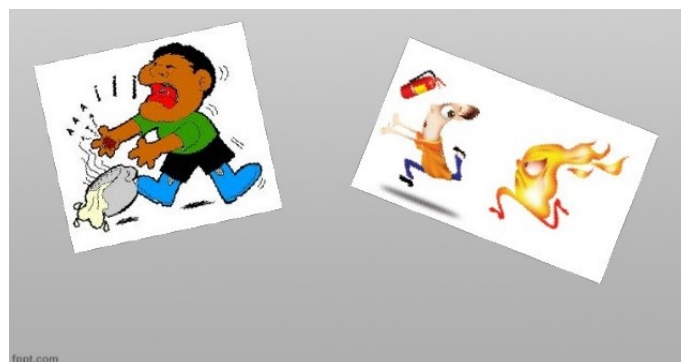
Termo Regulação – manutenção da temperatura corporal.

2.14.1 AGENTES CAUSAIS

As queimaduras são lesões cutâneas e dependendo do agente podem ser classificadas em térmicas, elétricas, químicas e por radiação. As causas mais prováveis e frequentes das queimaduras são:

- Queimaduras Térmicas por ação do frio e do calor (sol, fogo, líquidos ferventes, gelo e neve).

Se existe comprometimento do tecido adiposo, músculos e até dos ossos estas queimaduras são invariavelmente graves podendo resultar até mesmo na morte.



Queimaduras Elétricas

São causadas pela transformação da energia radiante em calor.

As queimaduras são invariavelmente graves porque interferem com o sistema nervoso podendo provocar paragem respiratória e alteração do ritmo cardíaco e consequentemente paragem cardíaca, podendo conduzir à morte no local do acidente.

Nestas queimaduras existe sempre:

Lesão de Entrada - irregular, deprimida, amarelo esbranquiçada, seca, indolor;

Um trajeto;

Lesão Saída - bordos secos, deprimidos, dando a sensação que a corrente elétrica explodiu quando fez a sua saída.



Queimaduras Químicas

Provocadas por contacto com produtos químicos como os ácidos e as substâncias alcalinas



Queimaduras por Radiação

Por exposição a radiações. A mais frequente é a exposição aos raios solares, mas pode também estar relacionado por ex. com tratamentos com radioterapia.

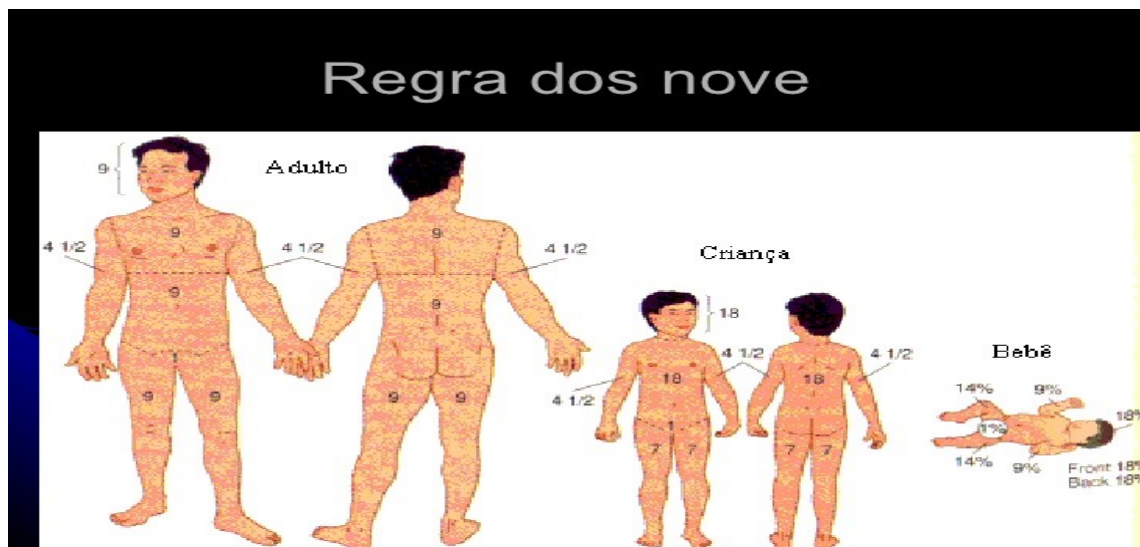


2.14.2 CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS

Podemos classificar as queimaduras quanto à sua extensão, profundidade, localização e idade da vítima

Extensão

A Extensão da queimadura é determinada pela percentagem da superfície corporal atingida. Se a vítima apresentar 15% desta superfície afetada mesmo que seja de 1º grau é sempre grave. No caso de queimaduras do 2º e 3º grau com uma extensão de 25% deve ser já considerado um Grande Queimado



Profundidade

A profundidade da queimadura é relativa às camadas de pele queimada e afere-se pelo grau.

- **1º Grau:** A Pele apresenta-se vermelha, quente, seca, dolorosa e acompanhada de ardor. O agente mais comum é o sol.



- **2º Grau:** A Pele apresenta-se quente, seca, muito dolorosa, há o aparecimento de flitenas (bolhas) no local atingido e edema, é atingida a epiderme e parte da derme. O agente mais comum são os líquidos aquecidos.



- **3º Grau:** A Pele apresenta-se escura (carbonizada) ou esbranquiçada. Há destruição de todas as camadas da pele e de outros tecidos adjacentes, como músculos e ossos, podendo chegar à carbonização. Poderá haver a destruição dos nervos sensitivos o que leva à perda de sensibilidade à dor na região queimada.



Localização da Queimadura

A localização de uma queimadura é determinante para a avaliação da sua gravidade e assim as queimaduras localizadas em determinadas zonas do corpo como: a face, os olhos, o pescoço, as vias respiratórias, o tórax, os órgãos genitais e articulações são sempre graves, independentemente do seu grau.

Idade da Vítima

As queimaduras também são sempre mais graves quando se tratam de crianças e idosos.

Os idosos têm as defesas imunológicas diminuídas pelo que acresce o risco de infeção, a capacidade da pele regenerar é muito mais lenta e nas situações mais graves acresce o risco associado a patologias crónicas que o idoso possa ter, nomeadamente diabetes que interfere na cicatrização.

2.14.3 PROCEDIMENTOS

Queimaduras superficiais ou de 1º Grau Queimadura de 2º Grau

- Baixar a temperatura da área queimada que poderá ser com água ou soro fisiológico se disponível, aliviando assim a sensação de ardor local;
- Arrefecer o mais possível até desaparecer a dor por completo, colocando sobre a zona atingida compressas ou panos limpos sem pelos, molhados com água fria pelo menos 5 minutos;
- Evitar que esse pano ou compressa adiram à região queimada porque é de difícil remoção posteriormente
- Não rebentar as flictenas (bolhas) e se necessário encaminhar para o hospital.



Queimaduras de 3º Grau



- Arrefecer com água e para isso utilizar compressas húmidas;

Uma das grandes preocupações neste tipo de queimaduras surge do facto da vítima não sentir dor e assim não se queixar uma vez que os nervos sensitivos poderão também ter sido atingidos.

- Providenciar de imediato o transporte ao hospital.

No caso de Queimaduras Muito Extensas- Cobrir o doente queimado com um lençol lavado, humedecido em soro fisiológico;

- Se a queimadura tiver atingido grande parte do corpo, tenha o cuidado de manter a vítima aquecida;

- Em caso de hipotermia envolva a vítima em lençóis limpos para reduzir a perda de calor e a contaminação bacteriana;

Evitar e/ou combater o estado de choque;

Promover a evacuação da vítima para o Hospital (recorrendo aos contactos e nºs de Emergência).

Queimaduras por produtos químicos



A maior parte dos agentes corrosivos fortes são encontrados na indústria, embora as queimaduras químicas também possam ser causadas por agentes de uso doméstico, tais como produtos para limpeza de forno e solventes.

Essas lesões são sempre graves, e podem exigir tratamento hospitalar urgente. É aconselhável descobrir e anotar o nome ou a marca do produto.

Preserve-se ao aproximar-se para tratar de tais lesões: alguns desses produtos químicos exalam gases letais.

- Identificar e remover o produto químico antes de maiores danos.
- Encaminhar a vítima para o hospital.

Banhe a região afetada com muita água para dispersar a substância química e interromper o processo de queimadura.

Certos produtos químicos requerem que se lave a região por 20 minutos.



Remova com cuidado qualquer tecido contaminado enquanto molha a região lesada. Cuidado para não se contaminar - use luvas protetoras, se houver.

Leve a vítima para o hospital, sem deixar de observar o estado das vias respiratórias e a respiração.

NÃO retarde o início do tratamento procurando por um antídoto.



Queimaduras nos olhos

Quando um produto químico espirra nos olhos, a lesão pode se tornar grave se não for tratada com rapidez. Tome cuidado, enquanto estiver a lavar os olhos da vítima, para que a água contaminada não espirre em você ou nela.

Use luvas protetoras, se houver.

Reconhecimento - Pode haver:

Forte dor nos olhos.

Impossibilidade de abrir o olho ferido.

Vermelhidão e inchaço dentro e em volta dos olhos.

Intenso lacrimejar



3. Conclusão

O envelhecimento é um processo contínuo, gradual de alterações naturais que começam na idade adulta. Durante o final da idade adulta, muitas funções corporais começam a declinar-se gradualmente.

As pessoas não ficam velhas ou envelhecem em uma idade específica.

A dimensão biológica se expressa pela alteração estrutural e funcional, a qual nem sempre coincide com o avanço cronológico e a perda social. O envelhecimento é regulado por mecanismos celulares intrínsecos e modulado por numerosas influências do meio ambiente.

Porém, as alterações biológicas tornam o idoso menos capaz de manter a homeostase quando submetido ao estresse fisiológico. Tais alterações quando associadas, principalmente, à idade cronológica avançada, determinam maior suscetibilidade ao aparecimento de doenças, à instalação de incapacidades físicas, mentais e funcionais, assim como a maior probabilidade de morte.

Assim os idosos têm um risco acrescido de acidentes.

Adaptar o meio ambiente ao idoso é prevenir o risco de acidente.

Quem lida com idosos deve ter conhecimentos e competências para numa situação de doença súbita ou acidente, agir de forma a minimizar as sequelas até que chegue o auxílio diferenciado.

4. Atividades e exercícios

Foi realizada uma ficha de verificação de conhecimentos

5. Bibliografia

Cummins RO. From concept to standard-of-care? Review of the clinical experience with automated external defibrillators. Ann Emerg Med 1989;18:1269–1275

European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010

Manual do curso de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa, European

Resuscitation Council, Conselho Português de Ressuscitação, 1ª edição, 2011

Manual de Suporte Básico de Vida para profissionais de saúde (versão brasileira), American Heart Association, 2011

<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>

<http://www.flba.pt/ficheiros/cd/FLBA.114.01%20->

[%20Manual%20de%20Primeiros%20Socorros%20-%20Idosos.pdf](http://www.flba.pt/ficheiros/cd/FLBA.114.01%20-%20Manual%20de%20Primeiros%20Socorros%20-%20Idosos.pdf)

<https://www.adcsaldeia.com/joomla30/images/qualidade/dg%2002.19%20manual%20de%20atuao%20em%20situaes%20de%20emergncia%20-%20verso1.pdf>

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/envelhecimento-saudavel.asp>