

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem

HAYLA MATTOS DA SILVA

ELABORAÇÃO DE MANUAL DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PRIMEIROS
SOCORROS PARA CUIDADORES DE IDOSOS

Porto Alegre
2010

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem

HAYLA MATTOS DA SILVA

ELABORAÇÃO DE MANUAL DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PRIMEIROS
SOCORROS PARA CUIDADORES DE IDOSOS

Projeto do trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso I – ENF99004.

Orientadora: Prof.Dra. Margarita Ana Rubin Unicovsky

Porto Alegre

2010

Dedico este trabalho aos meus grandes
exemplos de vida,minha mãe,meu pai
e meu irmão que me apoiaram em
todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a minha mãe Carmen e ao meu Irmão Tomaz que me pelo incentivo e apoio diários, por estarem presentes em todos os momentos, e os meus avós João e Zuleica e tias Simone e Carla por acreditarem em mim e apostarem no meu potencial.

Ao meu pai André por ser meu exemplo de força, determinação, e glória.

A minha colega Graciella pelo convívio diário, pelas palavras de força e incentivo, e principalmente pela amizade dedicada.

Luciana colega querida que me apoiou muito nesses dois últimos semestre e que sem dúvida me ajudou muito.

Leonardo que me apoiou com as ilustrações do manual.

A minha orientadora querida Prof^a Dr^a Margarita Ana Rubin Unicovsky pela dedicação, interesse demonstrados, pelos “puxões de orelha” e apoio contínuo.

Aos amigos, colegas, todos que de forma direta ou indireta fizeram parte desta conquista, ao longo dessa grande caminhada, o meu muito obrigada!

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha,
é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra.

Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha,
e não nos deixa só, porque deixa um pouco de si
e leva um pouquinho de nós.

Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova
de que as pessoas não se encontram por acaso.”

Charlie Chaplin

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. Devido a esta atual situação algumas demandas são designadas para os familiares, sociedade e poder público para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos.

Diversas alterações ocorrem em nosso organismo com o passar do tempo, são modificações comuns do envelhecimento. Devido a essas alterações os idosos estão mais propensos a sofrerem quedas, acidentes em geral e por isso necessitam o auxílio de cuidadores.

O presente trabalho teve como objetivo elaborar um manual de orientação para cuidadores de idosos visando à prevenção de acidentes e prestação de primeiros socorros.

Algumas adaptações nos ambientes domiciliares são necessárias para evitar os acidentes com os idosos. O ambiente deve ser adaptado de acordo com as necessidades individuais de cada um, para simplificar e tornar mais seguras as atividades diárias. Devido às modificações comuns do envelhecimento, junto com patologias crônicas preexistentes, quando menos se espera os idosos podem apresentar piora da saúde de maneira súbita. Esses eventos são chamados de emergências, e necessitam de uma intervenção imediata.

Por isso os cuidadores devem ser bem orientados para intervir da maneira correta, numa ação firme e segura, caso contrário o idoso pode apresentar danos transitórios, danos permanentes prejudicando a sua qualidade de vida ou pode morrer.

Acredita-se que este manual possa ajudar os cuidadores a agirem de maneira correta nas urgências, bem como na prevenção de acidentes domiciliares.

Descritores: Enfermagem Geriátrica. Prevenção de Acidentes. Primeiros Socorros.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivo Específico	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Modificações Comuns Do Envelhecimento	11
3.1.1 Sistema tegumentar	11
3.1.2 Sistema neurológico	12
3.1.3 Sistema cardiovascular	13
3.1.4 Sistema respiratório	14
3.1.5 Sistema gastrointestinal	15
3.1.6 Sistema genitourinário	16
3.1.7 Sistema musculoesquelético	17
3.1.8 Órgãos sensoriais	18
3.1.8.1 visão	18
3.1.8.2 audição	18
3.1.8.3 paladar e olfato	19
3.1.8.4 tato	20
3.2 Quedas	20
3.3 Adaptações ambientais	21
3.4 Emergências domiciliares	22
3.4.1 demaios	23
3.4.2 convulsão	24
3.4.3 sangramentos	24
3.4.4 queimaduras	25
3.4.5 quedas	26
3.4.6 parada cardio-respiratória	26
3.4.7 acidente vascular cerebral	27
3.4.8 diabetes mellitus	27

4 METODOLOGIA	29
5 RESULTADOS	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE - Termo de consentimento livre e esclarecido	67
ANEXO A – Questionário	68
ANEXO B – Carta de aprovação COMPESQ	70

1 INTRODUÇÃO

O ser humano passa por diversas etapas no decorrer de sua vida: nascimento, infância, adolescência, fase adulta, e envelhecimento. Nos dias atuais o envelhecer faz parte da realidade mundial, estima-se que para o ano de 2050 existam aproximadamente cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais, e a grande maioria vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil estima-se que existam cerca de 17,6 milhões de idosos. (BRASIL, 2007; RODRIGUES; DIOGO, 2002)

Nos últimos anos as pessoas têm vivido mais tempo. O número de idosos do Brasil vem crescendo muito rapidamente, ao contrário dos países desenvolvidos que tiveram esse crescimento de maneira lenta. De acordo com dados da OMS, entre os anos de 1950 e 2025 a população de idosos crescerá cerca de 20 vezes. O Brasil passará a ocupar o 6º lugar no ranking mundial quando falarmos em contingente populacional de idosos, teremos mais de 32 milhões de pessoas acima dos 60 anos. (BRASIL 2008; BRASIL 2005b)

O envelhecimento da população mundial esta diretamente relacionado com alguns indicadores de saúde como, por exemplo, a queda da mortalidade e da natalidade e o aumento da expectativa e qualidade de vida. (BRASIL, 2007)

Dentro do grupo das pessoas idosas podemos destacar os considerados “muito idosos”, os com 80 anos ou mais. Este grupo vem crescendo de maneira muito acelerada, constituindo a parcela da população que mais cresceu nos últimos anos, chegando a 69 milhões de pessoas. Constitui aproximadamente 12,8% da população idosa e cerca de 1% da população total. (BRASIL, 2007 e BRASIL, 2005a)

Tendo em vista o fenômeno que é o envelhecimento populacional foram necessárias a elaboração de novas políticas públicas específicas para essa faixa etária. Em dezembro de 1999 foi aprovada a “Política Nacional de Saúde do Idoso” que tem como princípio que “a família, a sociedade e o Estado tem o dever de assegurar ao idosos todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e direito a vida”. Esta política preconiza dentre outras coisas o desenvolvimento do cuidado informal, que visa

deixar o idoso junto à comunidade, família. Em outubro de 2003 foi aprovado o Estatuto do idoso, conjunto de leis que visa melhorar o usufruto dos direitos dos idosos. (BRASIL, 2005b).

Frente à atual situação de envelhecimento demográfico, algumas demandas são designadas para os familiares, sociedade e poder público, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida. A presença do cuidador informal nos lares tem sido muito freqüente. Tem-se, portanto uma grande necessidade de orientar essas pessoas para a realização de um cuidado eficaz e proporcionar conforto e bem-estar para o idoso. Este cuidado domiciliar proporciona ao idoso a continuação de uma relação familiar e com a comunidade, diminuindo o tempo de internação hospitalar e as intercorrências que essas longas internações podem acarretar. (BRASIL, 2008)

Algumas adaptações nos ambientes domiciliares são necessárias para evitar os acidentes com os idosos. O ambiente deve ser adaptado de acordo com as necessidades individuais de cada um, para simplificar e tornar mais seguras as atividades diárias, sem perder as características próprias de cada residência. (BRASIL, 1999)

Os idosos geralmente possuem várias doenças crônicas ao mesmo tempo. Essas patologias não têm cura, e sendo assim, é preciso conviver com as mesmas diariamente. Essas doenças podem trazer diversas complicações, principalmente quando não são tratadas e controladas. (BRASIL, 1999)

Quando menos se espera os idosos podem apresentar pioras súbitas dessas patologias, esses eventos são chamados de emergências, e necessitam de uma intervenção imediata. Por isso os cuidadores devem ser bem orientados para intervir da maneira correta, numa ação firme e segura, caso contrário o idoso pode apresentar danos transitórios, danos permanentes prejudicando a sua qualidade de vida ou pode morrer. (BRASIL, 1999)

Durante as atividades de estágio da graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS e na vivência particular da autora observou-se que os cuidadores tanto formais como os informais que tratam idosos tem dificuldades em lidar e entender o processo de envelhecimento. Notou-se que os cuidadores domiciliares não sabem o que fazer nas urgências e nem como prevenir alguns acidentes.

A necessidade de orientar esses profissionais com um recurso educativo motivou a realização desse estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um manual de orientação para cuidadores de idosos visando à prevenção de acidentes e prestação de primeiros socorros.

2.2 Objetivo Específico

Qualificar o manual com os profissionais da área da saúde, cuidadores e idosos, com o objetivo de ser utilizado como recurso educativo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Modificações Comuns Do Envelhecimento

3.1.1 Sistema tegumentar

As mudanças que ocorrem no sistema tegumentário são mais visíveis que as outras mudanças que ocorrem em outros sistemas do corpo humano porque afetam a aparência externa da pessoa.

A pele é o maior órgão do corpo, sendo constituída de duas camadas, a epiderme e a derme. As funções deste órgão incluem a regulação da temperatura, a proteção, sensação e excreção. (SMELTZER; BARE, 2005; ROACH, 2003)

Com o passar do tempo a pele perde a capacidade de reter a umidade, e isso gera algumas conseqüências como o ressecamento e descamação da mesma. Este fator está associado a uma diminuição de algum hormônio como, por exemplo, o estrogênio e progesterona. O atrofiamento das glândulas sudoríparas e sebáceas também contribui para essas alterações da pele. Com isso a pele fica mais sujeita a infecções e variações de temperatura. (ROACH, 2003; FILHO; THOMAZ, 1994)

Ocorre a diminuição da camada dérmica e epidérmica, a proliferação da epiderme torna-se lenta e existe uma maior degeneração das fibras de elastina. A elasticidade da pele torna-se reduzida devido às fibras de colágenos que se tornam mais ásperas e aleatórias. A pele se tornando menos elástica, seca, frágil, tendo-se a diminuição da gordura subcutânea, as linhas de expressão, rugas e flacidez passam a ser evidentes. (ELIOPOULOS, 2005)

A diminuição dos Melanócitos acarreta na diminuição da produção de melanina que é o principal pigmento da pele. Devido a essa diminuição a pele fica mais clara, e os pêlos do corpo também sofrem alterações, passando a ser brancos. Em alguns pontos de pigmentação extra, resultam manchas amarronzadas denominadas manchas da idade ou lentigo senil. Essas manchas aparecem geralmente na parte do dorso da mão, no rosto, braços e pernas. (ROACH, 2003)

Os folículos pilosos ficam menos ativos e não substituem com tanta frequência fazendo os pelos afinarem. Portanto ocorre um afinamento e diminuição dos pelos. Fazem exceção a esta regra as narinas, orelhas e sobrancelhas onde ocorre o aumento dos pelos. As mulheres passam a ter alguns pelos faciais na região do queixo e/ou acima dos lábios devido às alterações hormonais. (ROACH, 2003; FILHO; THOMAZ, 1994)

Com o decorrer do tempo o número de vasos sanguíneos diminui. Quantidades reduzidas de capilares na pele resultam em aporte sanguíneo diminuído. Os vasos tornam-se mais frágeis rompendo-se com facilidade. (ROACH, 2003)

3.1.2 Sistema neurológico

A função e a estrutura do Sistema Nervoso Central (SNC) modificam-se com o envelhecimento. Existe uma redução no fluxo sanguíneo cerebral que acompanha as alterações que ocorrem no SNC. (SMELTZER; BARE, 2005) O envelhecimento ocasiona uma perda gradual de neurônios no cérebro e na medula espinhal que contribuem para uma perda de progressiva de massa cerebral. (SMELTZER; BARE, 2005; ROACH, 2003)

Estima-se que exista uma perda estimada de 10% dos neurônios aos 75 anos de idade, porém, devido ao grande número destas células presentes no cérebro da grande maioria da população adulta, essa perda progressiva acaba não resultando em um dano significativo. Na maioria dos idosos essa perda acarreta algum comprometimento na visão, paladar, audição, na regulação da temperatura e na sensação de dor. (ROACH, 2003)

Existe também uma diminuição do número de fibras de condução nervosa, ou seja, os impulsos nervosos ocorrem de maneira mais lenta o que resulta em reflexos lentos e tempo de resposta a estímulos diminuídos. Devido a redução de informações sensoriais, principalmente visão, audição e tato, o idoso acaba sofrendo uma perda de controle postural (equilíbrio). Essa diminuição das informações sensoriais coloca o idoso sob um maior risco de quedas. (SMELTZER; BARE, 2005; ROACH, 2003)

Queixas de perda de memória são sintomas freqüentes em idosos entre 60 e 70 anos. De acordo com o senso comum estes esquecimentos são considerados características da velhice. Porém nem todo o esquecimento é considerado “normal” ou inevitável para os idosos. (FREITAS et al., 2006)

O sistema nervoso autônomo age de maneira menos eficiente podendo ocasionar vertigens, e hipotensão ortostática ou postural. Esta faz com que a pessoa sinta tonteira ou até mesmo perca consciência ao se levantar com rapidez. (SMELTZER; BARE, 2005)

A maioria dos idosos apresenta o que chamamos de tremor essencial benigno, que é considerado uma manifestação não patológica. O tremor afeta geralmente as mãos e a cabeça e ocorre quando o idoso realiza tarefas voluntárias que requerem precisão, estando ausente durante o repouso. (ROACH, 2003)

3.1.3 Sistema cardiovascular

Em conseqüência da elevada incidência de patologias que acometem o idoso neste sistema existe certa dificuldade em diferenciar o que é alteração fisiológica de envelhecimento e o que é alteração patológica. (FREITAS et al., 2006)

O Pericárdio sofre alterações discretas na grande maioria das vezes. Ocorrem geralmente decorrentes de desgastes progressivos, especialmente nas cavidades esquerdas do coração, sendo muito comum aparecer gordura epicárdica. Já no Endocárdio encontramos alterações como o espessamento e opacidade, geralmente do lado esquerdo. Existe certa proliferação de fibras colágenas e elásticas, bem como a fragmentação e desorganização destas fibras. (FREITAS et al., 2006)

A mudança mais significativa que ocorre no sistema circulatório do idoso é a do Miocárdio. Ocorre um aumento de cerca 25% de massa muscular no ventrículo esquerdo, a elasticidade diminui acarretando uma maior rigidez no músculo cardíaco. Conseqüentemente teremos uma diminuição da força contrátil dos ventrículos. As fibras musculares diminuem de quantidade e são substituídas por tecido fibroso. O débito cardíaco diminui aproximadamente 25%. (ROACH, 2003)

Os grandes vasos, como a Aorta, por exemplo, perdem a sua elasticidade. Depósitos de cálcio e gordura se acumulam no interior das veias e artérias, deixando as mesmas cada vez mais tortuosas. (SMELTZER; BARE, 2005)

Ocorre um aumento gradual da pressão arterial devido a menor elasticidade arterial e o aumento da resistência periférica. O fluxo sanguíneo que flui através dos rins também diminui, e essas mudanças que ocorrem na elasticidade arterial dos vasos e no fluxo sanguíneo renal são os responsáveis pelo aumento da pressão arterial com a idade. (ROACH, 2003)

O tecido valvar que é composto praticamente por colágeno fica submetido a grandes pressões. Com o passar dos anos, nos indivíduos idosos observa-se um espessamento e enrijecimento das mesmas. A maioria dos idosos não irá desenvolver anormalidades o suficiente para apresentarem manifestações clínicas. (FREITAS et al., 2006)

O Nodo sinoatrial (SA) que fica localizado na porção superior do átrio direito, 50% de suas células é denominado células marca-passo. Nos idosos essa massa de células diferenciadas passa a ser de apenas 10%. Essa visível diminuição de células gera alguns sintomas nos idosos como por exemplo irregularidades na pulsação, como arritmias ou bradicardias. (ROACH, 2003)

3.1.4 Sistema respiratório

As alterações que acometem o sistema respiratório envolvem um conjunto de modificações fisiológicas que acomete os pulmões, caixa torácica, e toda musculatura respiratória. Devido essas alterações tem-se prejuízo da função pulmonar, com intensidade variável e dependente de fatores exógenos e endógenos. (FREITAS et al., 2006)

Os alvéolos pulmonares sofrem alterações anatômicas e funcionais. As paredes tornam-se mais finas, o número de capilares que envolvem os alvéolos diminui de quantidade e os ductos alveolares tornam-se mais esticados, causando o alargamento e posteriormente o rompimento dos alvéolos. O número de alvéolos continua praticamente constante, porém as alterações estruturais diminuem as trocas gasosas. (ROACH, 2003)

O envelhecimento faz com que ocorra um enrijecimento das cartilagens costais que ligam várias partes da cavidade torácica. Este sintoma pode ser atribuído ao processo de osteoporose e osteoartrose. Essa mudança aumenta a necessidade de utilização dos músculos respiratórios. (ROACH, 2003;FREITAS et al., 2006)

O diâmetro antero-posterior do tórax aumenta, a cifose geralmente é a principal causa desse aumento. A musculatura torácica tanto expiratória quanto inspiratória torna-se mais fraca. O idoso apresenta uma diminuição importante do reflexo da tosse e dos reflexos laríngeos. (ELIOPOULOS, 2005)

3.1.5 Sistema gastrintestinal

As mudanças gastrintestinais geralmente não apresentam risco de vida como as cardiovasculares ou as respiratórias, porém geralmente trazem bastante desconforto. Essas alterações podem afetar de maneira severa o estado nutricional da pessoa idosa (ELIOPOULOS, 2005; ROACH, 2003; SMELTZER; BARE, 2005)

Doença periodontal é bastante comum no idoso, ocasionando a deterioração e possível queda dos dentes. Os ossos que fazem a sustentação dos dentes diminuem em altura e densidade e auxiliam na perda dos dentes. (ELIOPOULOS, 2005;SMELTZER; BARE, 2005)

As glândulas salivares diminuem a sua produção diminuindo assim a quantidade de saliva, fazendo com que os idosos reclamem freqüentemente de boca seca, e de dificuldade para deglutir os alimentos. (ROACH, 2003;SMELTZER; BARE, 2005)

A língua atrofia, as papilas gustativas diminuem em numero, o que ocasiona na diminuição do apetite em grande parte da população de idosos. O esôfago torna-se mais dilatado e o seu esvaziamento torna-se mais lento. Essa alteração pode gerar certo desconforto, pois a alimento permanece por mais tempo no esôfago (ELIOPOULOS, 2005; ROACH, 2003)

No estômago ocorre a diminuição da produção de ácido clorídrico Acredita-se que possa haver uma motilidade diminuída em pessoas com idade mais avançada. (ELIOPOULOS, 2005; ROACH, 2003)

A musculatura do intestino delgado enfraquece e os movimentos peristálticos diminuem. Devido a esta diminuição bem como a mudança de estilo de vida com uma dieta inadequada e a falta de exercícios físicos, queixas de constipação pelos idosos são muito comuns. (ROACH, 2003)

3.1.6 Sistema genitourinário

Cada um de nossos rins possui no nascimento cerca de 1 milhão de néfrons cada. Com o chegar da fase adulta esse número de células começa a diminuir. Acredita-se que aos 80 anos cerca de 50% do néfrons seja perdido. (ROACH, 2003; SMELTZER; BARE, 2005)

As diversas alterações renais incluem uma menor taxa de filtração glomerular, função tubular diminuída acarretando em uma menor reabsorção e concentração da urina, e restauração do equilíbrio ácido-básico lenta. Essas mudanças predis põem a pessoa idosa a vários problemas como por exemplo, na eliminação mais lenta de medicações pela urina, podendo gerar níveis tóxicos destas drogas. (ROACH, 2003; SMELTZER; BARE, 2005)

A capacidade diminuída de concentrar a urina, devido a perda de néfrons, pode afetar diretamente o equilíbrio ácido-básico. O idoso fica exposto a desidratação, principalmente se tiver febre, vômitos ou diarreia, e até mesmo quando fica em jejum por muito tempo. (ROACH, 2003)

A freqüência, urgência miccional acompanham as alterações que ocorrem na bexiga. A musculatura lisa e o tecido elástico deste órgão são substituídos por tecido fibroso, por isso, a capacidade de reter a urina fica diminuída. As infecções do trato urinário (ITU) são muito freqüentes em idosos devido a incapacidade de esvaziamento total da bexiga. (ROACH, 2003; ELIOPOULOS, 2005)

A hiperplasia prostática benigna, que é o aumento da próstata, é encontrada freqüentemente em idosos do sexo masculino. Este aumento é uma das causas do aumento gradual da retenção urinária e na incontinência. (ELIOPOULOS, 2005)

As mulheres idosas têm maior prevalência de ITU. Essa maior prevalência deve-se pela diminuição da produção do hormônio estrogênio que encurta o comprimento da uretra, higiene íntima mal realizada, fazendo com que bactérias do anus migrem para a vagina, menor consumo de líquidos o que gera uma urina mais

concentrada sendo um meio de proliferação de bactérias. (SMELTZER; BARE, 2005)

3.1.7 Sistema musculoesquelético

As alterações que ocorrem no sistema musculoesquelético englobam os ossos, articulações e músculos. Essas modificações que ocorrem com o idoso podem prejudicar a sua qualidade de vida, afetando a sua capacidade funcional e gerando um alto grau de dependência. (ROACH, 2003)

A perda de densidade óssea coloca o idoso sob grande risco de fraturas. Essa perda óssea pode geralmente ocasionar osteoporose. Essa perda de massa óssea faz com que os ossos fiquem mais fracos e quebradiços. A osteoporose afeta tanto homens quanto mulheres idosas, porém, é mais prevalente em mulheres na pós-menopausa do que em homens. (SMELTZER; BARE, 2005; ROACH, 2003)

O envelhecimento acarreta diminuição da altura, ou seja, a postura torna-se mais curvada. Esse encurvamento está associado às alterações que ocorrem nos discos vertebrais, ou seja, as fibrocartilagens dos discos tornam-se mais secas, ocasionando compressão das vértebras. (ROACH, 2003)

As fibras musculares diminuem de tamanho, e as que restam atrofiam, causando perda de massa corporal. Os músculos tornam-se fracos e finos, causando fraqueza. Esta fraqueza pode ser observada claramente nos braços e pernas dos idosos que se tornam, aparentemente, fracos e flácidos. As articulações também podem sofrer com uma doença degenerativa, as artrites. A osteoartrite que é o tipo mais comum de artrite aumenta significativamente com a idade. (ROACH, 2003; ELIOPOULOS, 2005)

As alterações no aparelho musculoesquelético deixam o idoso com mais lentidão de movimentos, influenciam na deambulação e aumentam o risco de quedas. (ROACH, 2003)

3.1.8 Órgãos sensoriais

3.1.8.1 visão

Com o envelhecer o olho sofre múltiplas alterações estruturais. A Córnea é a continuação da Esclerótica, formando uma camada transparente na frente do Globo Ocular, é através dela que a luz entra no olho. Com o fenômeno que é o envelhecimento a Córnea sofre com uma diminuição generalizada da sensibilidade, fazendo com que o idoso tenha uma menor consciência do dano ocorrido com sua visão. O Humor Aquoso, fluido que preenche a cavidade anterior do olho, diminui a sua produção com o passar do tempo, o que não interfere muito no equilíbrio da pressão intra ocular. (ROACH, 2003)

O Cristalino tem a função de "acomodação", ou seja, ajustar sua forma para focalizar os objetos tanto próximos quanto distantes. O corpo ciliar e as fibras musculares da íris juntos auxiliam no processo de acomodação. Numa visão normal o corpo ciliar se contrai fazendo com que o cristalino torne-se mais espesso, já as fibras musculares da íris se contraem fazendo com que a pupila torne-se menor, ou seja, o músculo ciliar altera a curvatura do cristalino. Porém com o envelhecimento o músculo ciliar torna-se menor e menos elástico causando uma dificuldade de modificação da curvatura do cristalino. O cristalino não alterando sua forma, não consegue focalizar com clareza os objetos próximos. (ROACH, 2003)

3.1.8.2 audição

O ouvido é o órgão responsável pela audição e pelo equilíbrio. Ele é formado por três partes: ouvido externo, ouvido médio e ouvido interno. Com o envelhecimento as pessoas acabam tendo algum tipo de déficit auditivo. Estima-se que com 65 anos aproximadamente 55% dos idosos apresentem algum problema de audição, e se falarmos em 80 anos esse número passa para 66% de pessoas. (ROACH, 2003)

A perda auditiva pode ocorrer de três maneiras: a condutiva que ocorre em consequência de alterações que ocorrem no ouvido externo e médio; a

neurossensorial que ocorre por danos ao ouvido interno; ou mista que seria as duas alterações anteriores juntas. (ROACH, 2003)

A prebiacusia, é a progressiva perda da capacidade de ouvir os tons considerados de alta frequência em consequência a alterações que ocorrem em decorrência da idade no ouvido interno. Os idosos podem ter certa dificuldade em acompanhar as conversas devido ao entendimento de certas consoantes de alta frequência (f,s,ch,b,t,p), por elas soarem muito parecidos. Essa dificuldade pode levar ao isolamento social. Esse comportamento pode ser entendido erroneamente como confusão. (ELIOPOULOS, 2005; SMELTZER; BARE, 2005)

As alterações no ouvido podem acarretar mudanças no equilíbrio do idoso. A Vertigem é uma sensação de movimento que pode acarretar problemas com o equilíbrio do idoso. A sensação é de que o ambiente está em movimento e girando. Esse sintoma deve-se a uma disfunção do ouvido interno, mais especificamente, do labirinto. Acredita-se que aproximadamente 100 mil fraturas de quadril estejam associadas aos distúrbios do equilíbrio. (ROACH, 2003)

3.1.8.3 paladar e olfato

As papilas gustativas são as responsáveis pelo paladar. Com o passar do tempo as papilas gustativas diminuem de quantidade, fazendo com que os idosos tenham uma leve alteração dos sabores, ou seja, perda do paladar. O gosto ruim na boca é uma queixa comum dos idosos, esse fato é consequência da xerostomia, ou seja, boca seca. A diminuição da saliva altera o gosto do alimento, produzindo um gosto desagradável. (ROACH, 2003)

A apreciação dos alimentos é acentuada pela capacidade do olfato. Algumas células olfativas estão conectadas ao cérebro pelo nervo olfativo. As terminações nervosas captam os odores no ar e passam essas “informações” para o nervo olfativo. Os idosos possuem uma diminuição da função olfativa e perda de neurônios. (ROACH, 2003)

3.1.8.4 tato

O tato é um sentido extremamente importante, pois ele transmite uma mensagem. A sensação tátil é diminuída com o passar dos anos, o idoso apresenta dificuldade de sentir a pressão e de distinguir o frio, o calor e a dor. (RODRIGUES, 2002; ELIOPOULOS, 2005 ; ROACH, 2003)

Essas mudanças do tato podem trazer informações errôneas do ambiente, o que pode trazer diversos riscos para segurança do paciente como lesões e queimaduras graves. O idoso também perde a motricidade fina o que pode diminuir a capacidade de manusear pequenos objetos podendo acarretar alguns acidentes. (RODRIGUES, 2002; ELIOPOULOS, 2005 ; ROACH, 2003)

3.2 Quedas

Segundo dados do Ministério da Saúde as quedas de idosos e suas conseqüências têm tomado proporções de uma epidemia no Brasil. Os gastos que se tem com uma pessoa (idosa) que cai e tem uma fratura são imensos. Essas pessoas na maioria dos casos precisam de cirurgias e tendo que ficar hospitalizadas o que acaba atingindo toda a família e os custos para o sistema de saúde são exorbitantes. (BRASIL, 2010)

Em 2009, o Sistema Único de Saúde (SUS) teve gastos elevadíssimos com o tratamento de fraturar de pessoas idosas, foram R\$ 57,61 milhões com as internações e R\$ 24,77 milhões com os medicamentos para tratar osteoporose. Estes gastos são crescentes pois em 2006 foram R\$ 49 milhões com internações e R\$ 20 milhões com medicamentos. (BRASIL, 2010)

A queda em pessoas idosas pode ocorrer por diversas causas como, por exemplo, dificuldade de visão, audição, diminuição da força muscular, dificuldade de se equilibrar, uso errado de medicações, dentre outras situações clínicas que aumentam a probabilidade de quedas. (BRASIL, 2010)

Os obstáculos no ambiente domiciliar que aumentam o risco de quedas precisa ser retirados, para melhor abrigar a pessoa cuidada, portanto algumas adaptações muitas vezes são necessárias.

3.3 Adaptações Ambientais

O processo de envelhecimento geralmente leva a pessoa idosa a algumas perdas funcionais. Essas perdas podem interferir nas atividades diárias dos idosos, aumentando o risco de acidentes, afetando de maneira negativa na qualidade de vida, podendo gerar dependência total ou parcial dessa pessoa. (DUARTE; DIOGO, 2000)

Os idosos precisam mover-se em seu domicílio com independência, e se isso não for possível, pelo menos com toda a segurança. Os ambientes devem ser adaptados de acordo com as necessidades funcionais de cada pessoa, para prevenir os acidentes, e tornar as atividades diárias mais seguras. (BRASIL, 1999).

No Brasil existe uma Normativa (NBR 9050), vigente desde 30 de julho de 2004, cuja qual, aborda a questão da acessibilidade como um todo, abrangendo as necessidades dos idosos.

Devido a dificuldade visual, alguns detalhes podem passar despercebidos, portanto os móveis devem estar dispostos de maneira a aumentar os ambientes dos domicílios. As mesas devem ter suas quinas protegidas, e seus tampos devem ser bem fixados aos pés. Os ambientes devem ser bem iluminados devido a lentidão da adaptação da visão no escuro. Alguma luz deve permanecer acesa inclusive durante a noite caso o idoso precise se levantar de sua cama, para ir ao banheiro por exemplo. (DUARTE; DIOGO, 2000; BRASIL, 1999)

As medicações devem ser cuidadas. Um sistema fácil para auxiliar na auto-administração, para não ocorrer trocas de medicações, horários e dosagens, são as embalagens semanais, onde as medicações são colocadas cada uma no seu compartimento de acordo com o dia. E essas embalagens podem ser diárias também, sendo que cada compartimento tem o horário da administração de cada medicamento, por exemplo, café da manhã, almoço, janta. (ROACH, 2003)

O piso deve ser antiderrapante, não deve se tiver tapetes, para que o idoso não sofra quedas. Os degraus devem ser sinalizados, e todas as escadas devem ter corrimão para apoio. (BRASIL, 1999)

Os banheiros são lugares onde as quedas ocorrem com frequência, portanto necessitam de algumas adaptações. Conforme NBR 9050, box, vaso sanitário, pia e pisos devem ser adaptados, visando a segurança e acessibilidade do idoso. Nos box e vaso sanitário devem ser instaladas barras de apoio e o piso deve ser antiderrapante, para o idoso ter uma maior estabilidade. Com as alterações do tato e propriocepção o idoso corre risco de queimaduras com água muito quente, no banho por exemplo. (BRASIL, 1999; FREITAS et al., 2006)

A cozinha é um ambiente que contem muitos riscos. Objetos perigosos como facas podem ocasionar cortes, o fogão contendo panelas quentes onde as queimaduras podem ocorrer, o gás e os produtos tóxicos podem gerar uma intoxicação, entre outros. A cozinha deve ser adaptada para cada situação, portanto idosos mais confusos não devem ir a cozinha sem a ajuda do seu cuidador, os objetos perigosos, como facas e produtos de limpeza, devem ser guardados em locais de difícil acesso e se necessário chaveados. (BRASIL, 1999; FREITAS et al., 2006)

As modificações ambientais devem começar através de uma avaliação das pessoas que utilizarão aquele local, prevendo não somente as alterações para as necessidades atuais como também aquelas que estão estimadas para o futuro. (FREITAS et al., 2006)

3.4 Emergências domiciliares

O idoso devido ao número acentuado de patologias, geralmente crônicas, podem desenvolver a qualquer momentos quadros que necessitam de intervenções imediatas, chamados de emergências. (FREITAS et al., 2006)

Os cuidadores devem estar treinados e preparados para intervir de maneira firme e segura, caso contrario o idoso pode ter uma piora súbita e morrer. Este

primeiro atendimento deve ser realizado rapidamente enquanto o socorro não chega.

3.4.1 Desmaios

É a perda da consciência, podendo ficar um tempo longo ou apenas por alguns segundos. Identificar a causa deste desmaio é muito importante para poder intervir de maneira correta, para que este incidente não volte a acontecer. (FREITAS et al., 2006)

Se a pessoa começou a desfalecer (Figura 1): sente-a em alguma cadeira ou outro lugar parecido, curve-a para frente, coloque a cabeça da pessoa entre as pernas e pressione a mesma para baixo forçando para que a mesma fique abaixo dos joelhos. Faça a pessoa inspirar pelo nariz e expirar pela boca até que o mal estar passe. (BRASIL, 2003)



Figura 1 – Fonte: Manual de Primeiros Socorros da Anvisa

Se ocorrer o desmaio (Figura 2) : deve-se manter o indivíduo deitado , com a cabeça lateralizada para se caso haja vômitos não haja sufocamento, e com as pernas apoiadas para que fiquem acima do coração. Quando a pessoa “voltar” do desmaio não deve ser dado água, nem alimentos a ela, até ela recuperar todos os sentidos, pois se algum alimento for dado a pessoa com os sentidos um pouco alterados a mesma pode aspirar esses alimentos. (BRASIL, 2003)

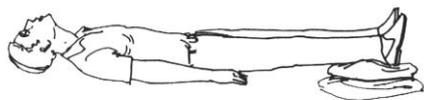


Figura 2 – Fonte: Manual de Primeiros Socorros da Anvisa

3.4.2 Convulsão

São ataques epiléticos. Manifestam-se geralmente através de contrações musculares involuntárias. Podem ser parciais, ocorrendo em apenas uma parte do corpo, ou generalizadas, em todo o corpo. (BRASIL, 1999; ELIOPOULOS, 2005)

Os sintomas de uma pessoa que convulsiona são: Inconsciência; a pessoa cai ao solo desamparada; olhar vago, fixo e/ou revirar dos olhos; sudorética; midríase ; lábios cianosados; corpo rígido e contração do rosto; palidez intensa; movimentos involuntários e desordenados ; relaxamento dos esfíncteres. . (BRASIL, 2003)

Caso observe uma pessoa com esses sintomas, ampare a mesma não deixando-a cair desamparada ao solo. Se possível retirar próteses dentárias, aparelhos, ou qualquer objeto que a pessoa possa engolir e se sufocar. Proteja a vítima retirando qualquer objeto de sua volta que possa lhe machucar. Não tente interferir nos movimentos, apenas segure a pessoa para que a mesma não se machuque ao se “debater”. Tente lateralizar a cabeça da vítima para que a mesma não “engula” a língua e nem se afogue com possíveis secreções . (BRASIL, 2003)

Geralmente os movimentos têm uma duração de 2 a 4 minutos. Após, a vítima começa a se recuperar lentamente. Episódios de amnésia são comuns após uma crise convulsiva. (BRASIL, 2003)

Após buscar atendimento dos serviços de urgência ou chamar o SAMU 192.

3.4.3 Sangramentos

Se a origem do sangramento for de alguma ferida ou corte, estanque a hemorragia com uma compressa no local, elevando o membro afetado, e logo em

seguida procure um hospital mais próximo ou chame o socorro. (BRASIL, 2003; BRASIL, 1999)

Se o sangramento for interno ele poderá se exteriorizar através das fezes (bem escuras, e um odor muito fétido), vômitos, tosse, nasal. Nesses casos é orientado procurar um atendimento de urgência, para achar a causa desse sangramento. É importante lembrar que um sangramento, até que se prove o contrário, é um acontecimento sério e urgente. (BRASIL, 1999)

Após buscar atendimento dos serviços de urgência ou chamar o SAMU 192.

3.4.4 Queimaduras

As queimaduras térmicas são causadas pela condução de calor. Elas podem ser classificadas como de primeiro, segundo ou terceiro grau dependendo da extensão e profundidade da queimadura. (BRASIL, 2003)

As queimaduras de primeiro grau são aquelas que só atingem a epiderme, causam dor e eritema no local. Elas devem ser lavadas com água corrente, em temperatura ambiente, por no máximo um minuto, para que a lesão possa sofrer resfriamento. Caso fique mais de um minuto pode induzir hipotermia. Não se deve aplicar gelo no local, pois o mesmo causa vasoconstrição e diminuição da irrigação sanguínea. (BRASIL, 2003)

As queimaduras de segundo grau são aquelas que atingem a epiderme e a derme causando dor, eritema e bolhas no local. Deve-se lavar o local lesado, colocando pano ou gaze umedecida no local lesado. Não aplicar pomadas, cremes, manteiga, margarina como dizem os hábitos populares. (BRASIL, 2003) As queimaduras de terceiro grau são aquelas que atingem todas as camadas da pele, não causam dor, fica com uma coloração branca, preta ou marrom. Para esse tipo de lesão deve-se lavar o local e proteger a área de preferência com papel alumínio. Chamar o socorro imediato. (BRASIL, 2003)

Após qualquer tipo de queimadura deve-se buscar atendimento dos serviços de urgência ou chamar o SAMU 192.

3.4.5 Quedas

As quedas podem ter como consequência uma fratura de costela, coluna, fêmur, bacia, braço, entre outras. Se o idoso conseguir se levantar, a orientação é encaminhá-lo para um serviço de urgência mais próximo. Caso a vítima esteja inconsciente, chamar o socorro imediato é a conduta adequada. (BRASIL, 2003)

As fraturas expostas, e as fechadas nunca devem ser “colocadas no lugar”, se possível colocar ataduras, ou talas (figura 3) para imobilizar o local da fratura até o atendimento adequado. (BRASIL, 2003)

Após buscar atendimento dos serviços de urgência ou chamar o SAMU 192.



Figura 3 – Fonte: Manual de Primeiros Socorros da Anvisa

3.4.6 Parada cardiorrespiratória

Quando o paciente sofre uma parada respiratória, primeiro verifica-se se não há nenhum objeto, como comida, por exemplo, obstruindo a passagem do ar. Caso haja alguma obstrução, tente retirar o corpo estranho com as mãos. (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2007)

Caso não haja nenhum objeto obstruindo a orofaringe do idoso, ele pode estar em parada cardio-respiratória. Antes de iniciar qualquer procedimento deve-se verificar se o paciente não tem nenhuma pulsação. Após a verificação e constatação de nenhuma pulsação, iniciam-se as manobras. (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2007)

As manobras com 2 socorristas se dão da seguinte maneira: um inicia as ventilações que devem ser efetivas, ou seja, deve-se colocar a boca em torno da boca do paciente fechar o nariz e “soprar” até que o tórax levante. O outro socorrista inicia com as massagens cardíacas, são 30 compressões para 2 ventilações. É importante que o socorro seja chamado imediatamente (SAMU 192), para que um

suporte avançado seja iniciado. (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2007)

3.4.7 Acidente vascular cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) , também conhecido como derrame, é resultante da falta ou restrição da irrigação sanguínea no cérebro, podendo acarretar lesões celulares e alterações nas funções neurológicas. (BERTOLOTTI, 2009)

O AVC é a segunda causa de mortes no mundo. A sua incidência está diretamente relacionada com a idade. As principais causas são: os enfartes cerebrais, hemorragias cerebrais, hipertensão arterial, tumores cerebrais, malformações em vasos sanguíneos e traumas. Os principais fatores de risco incluem: idade; doença cardíaca; diabetes mellitus; aterosclerose; hipertensão arterial sistêmica; sedentarismo entre outros. (BERTOLOTTI, 2009)

Para verificar se uma pessoa está tendo um AVC utiliza-se a avaliação de três achados físicos: Queda facial; Debilidade dos braços ; Fala anormal. Se o paciente apresentar um desses achados acredita-se que o paciente tem a probabilidade de 72% de um AVC, se os achados forem os 3 essa probabilidade aumenta para 85%. (BERTOLOTTI, 2009)

Pedir ao idoso para dar um sorriso, verifique se existe alguma alteração na face. Veja se ocorreu alguma perda dos movimentos dos braços e/ou pernas, ou amortecimento dos mesmos; se não consegue comandar o braço ou mão; boca torta; perda da fala; não conseguir andar; e nem segurar os objetos; tudo isso de maneira súbita. (BERTOLOTTI, 2009)

Caso alguma dessas alterações ocorra procure o serviço de urgência mais próximo ou chame o SAMU 192.

3.4.8 Diabetes mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é uma disfunção metabólica na qual a concentração sérica de glicose está elevada, pois o organismo não produz ou produz de maneira insuficiente a insulina. (ROACH, 2003)

Existem 2 tipos de DM. O tipo I, também chamado de insulino-dependente, em que o pâncreas não produz nada de insulina, e geralmente é diagnosticado antes dos 30 anos de vida. Os principais sintomas são a polifagia, polidipsia, poliúria e hiperglicemia. O tipo II pode ocorrer em qualquer idade, porém geralmente inicia após os 30 anos e torna-se mais comum com o avançar da idade. No DM II o organismo tem a capacidade de produzir algum tipo de insulina porém a mesma é insuficiente. A obesidade é o principal fator de risco para o DM tipo II. (BERTOLOTTI, 2009; ROACH, 2003)

O controle do DM é muito importante, pois se os níveis de glicose no sangue ficam descontrolados durante muito tempo algumas complicações são inevitáveis. A glicose elevada lesa os vasos sanguíneos e outras estruturas do nosso organismo. A aterosclerose, perda da visão (retinopatia diabética), perda da sensibilidade, demora da cicatrização e o coma diabético são algumas das principais complicações. (BERTOLOTTI, 2009)

Com o tratamento, tanto medicamentoso, como hábitos de vida saudáveis, o objetivo é manter a concentração sérica dentro dos limites da normalidade. Porém o maior risco de se tentar manter o controle rígido da glicose é a hipoglicemia. (BERTOLOTTI, 2009)

A hipoglicemia leva o nosso organismo a desencadear uma série de ações para tentar reverter esse quadro. Os sintomas iniciam com sudorese, tremores, nervosismo, desmaios. Posteriormente esses sintomas podem se tornar mais graves provocando tonturas, cefaléias, confusões mentais, fadiga. (BERTOLOTTI, 2009)

Os sintomas de hipoglicemia podem ser controlados após o consumo de açúcar de qualquer forma. Se os sintomas não melhorarem, ou o idoso estiver inconsciente deve-se encaminhar o mesmo para um serviço de urgência ou chamar o SAMU 192.

É importante que os portadores de DM carreguem consigo um cartão informando sua patologia para que as equipes de emergência possam estar informadas desta condição.

4 METODOLOGIA

A primeira etapa deste projeto trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório. Segundo Gil (2007) permite ao pesquisador a cobertura de uma gama de fenômenos muito ampla.

Para a construção do manual foi seguida a proposta de Echer (2005) e se compõem das seguintes etapas:

- a) Elaboração do projeto de desenvolvimento;
- b) Revisão de literatura especializada sobre o assunto;
- c) Elaboração preliminar do manual de orientações, ilustrativo com linguagem simples e objetiva, segundo a revisão de literatura;
- d) A segunda etapa do projeto trata-se da qualificação do manual preliminar, entre uma amostra de profissionais da área da saúde, cuidadores e idosos visando qualifica-lo. Segundo Echer (2005) a qualificação do manual com os pacientes, familiares é uma atitude necessária e que trás um ganho fundamental para o pesquisador e a equipe pois é o momento em que percebemos o que está faltando e o que não foi compreendido.

Para a coleta dos dados referentes a qualificação do manual seria selecionada uma amostra intencional constituída de profissionais da área da saúde que trabalhem no HCPA, cuidadores e idosos que estejam internados no HCPA e alguns selecionados da comunidade em geral.

No momento da entrega do material que deveria ser analisado os cuidadores, idosos e profissionais da área da saúde receberiam uma explicação sobre o objetivo do estudo e a importância da participação de cada um para a qualificação do manual.

Juntamente com o manual seria entregue para os integrantes da amostra um questionário sobre o conteúdo e a organização do material.

Todos os participantes assinariam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para oficializar a sua participação no estudo e garantir o anonimato, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadores de pesquisa envolvendo seres humanos. (BRASIL, 1996).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e está em situação “pendente” no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

5 RESULTADO

O resultado deste trabalho foi a construção do manual “Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros para Cuidadores de Idosos”.

A metodologia utilizada para a sua elaboração é proposta por Echer (2005) que descreve os passos a serem seguidos no desenvolvimento de um instrumento que atenda às necessidades do público-alvo, no caso os cuidadores de idosos, para a prevenção de acidentes, e como prestar os primeiros socorros quando for necessário. Ter à disposição uma metodologia específica para a construção de um manual trouxe segurança e facilitou a realização deste estudo.

Na primeira etapa da pesquisa tivemos facilidade em encontrar referências bibliográficas que falassem sobre as modificações comuns do envelhecimento, bem como sobre o envelhecimento demográfico e primeiros socorros. Encontramos poucas referências de enfermagem que falassem de adaptações ambientais para idosos, por isso utilizamos como base a NBR 9050 que fala sobre acessibilidade.

A partir da revisão de literatura e experiência das autoras foi criado um manual piloto. A maior dificuldade nessa etapa foi o uso de uma linguagem simples, que pudesse ser facilmente compreendida por leigos. Também houve a preocupação de ilustrar o manual para que fosse mais fácil a compreensão dos leitores.

Na segunda etapa, da qualificação do manual, as autoras encontraram dificuldade devido ao curto período de tempo para realização da validação. Após o projeto ser encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HCPA no início do mês de agosto, obtivemos uma resposta quanto aos pareceres do projeto em questão, na segunda quinzena do mês de outubro.

Os pareceres vieram com algumas pendências, e não houve tempo hábil para corrigi-las e encaminhá-las novamente ao CEP e, após novo parecer, começar a aplicar o instrumento de pesquisa nos indivíduos participantes.

Apesar das dificuldades foi muito gratificante observar a montagem e finalização do manual. As autoras pretendem validar esse manual posteriormente.

Hayla Mattos
da Silva

Margarita Ana
Rubin Unicovsky

Vamos falar sobre

PREVENÇÃO DE ACIDENTES E

PRIMEIROS SOCORROS

Orientação para cuidadores de idosos



Vamos falar sobre
PREVENÇÃO DE ACIDENTES E
PRIMEIROS SOCORROS:
Orientação para cuidadores de idosos*

Hayla Mattos da Silva
Margarita Ana Rubin Unicovsky

***Projeto aprovado pelo Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.**

Sumário

Introdução	4
Modificações Comuns do Envelhecimento X Consequencias	
Ambientais	7
Adaptações Ambientais	10
Emergências Domiciliares X Primeiros Socorros	17
Desmaios	17
Convulsões	19
Sangramentos	20
Queimaduras	21
Quedas	22
Engasgos	23
AVC	27
Hipoglicemia (Glicose Baixa)	29
Referências	30

Introdução

O envelhecimento populacional nos dias de hoje faz parte da realidade mundial.

Frente a esta situação de envelhecimento populacional, as demandas relacionadas a estes cidadãos são designadas para os familiares, sociedade e poder público, com o objetivo principal de proporcionar uma melhor qualidade de vida para os nossos idosos.

A presença de cuidadores informais e formais nos lares tem se tornado cada vez mais freqüentes.



O processo do envelhecimento acarreta em diversas alterações físicas e fisiológicas, levando os idosos a uma tendência maior a sofrerem acidentes.

Este cuidado domiciliar proporciona ao idoso a continuação de uma relação familiar e com a comunidade, diminuindo o tempo de

internação hospitalar e as intercorrências que essas longas internações podem acarretar.

Algumas adaptações nos ambientes domiciliares são necessárias para evitar os acidentes com os idosos. O ambiente deve ser adaptado de acordo com as necessidades individuais de cada um, para simplificar e tornar mais seguras as atividades diárias, sem perder as características próprias de cada residência.

Os idosos geralmente possuem várias doenças crônicas ao mesmo tempo. Essas patologias não têm cura, e sendo assim, é preciso conviver com as mesmas diariamente. Essas doenças podem trazer diversas complicações, principalmente quando não são tratadas e controladas.

Quando menos se espera os idosos podem apresentar pioras súbitas dessas patologias, esses eventos são chamados de emergências, e necessitam de uma intervenção imediata. Por isso os cuidadores devem ser bem orientados para intervir da maneira correta, numa ação firme e segura, caso contrário o idoso pode apresentar danos transitórios, danos permanentes prejudicando a sua qualidade de vida ou pode morrer.



Primeiros Socorros

Existe portanto uma grande necessidade de orientar os cuidadores para a realização de um cuidado eficaz que proporcione conforto e bem estar para os idosos.

Espera-se que este manual possa auxiliar os cuidadores e os idosos a prevenir acidentes bem como intervir de maneira adequada quando os mesmos não puderem ser evitados.

Modificações Comuns do Envelhecimento X Consequencias ambientais

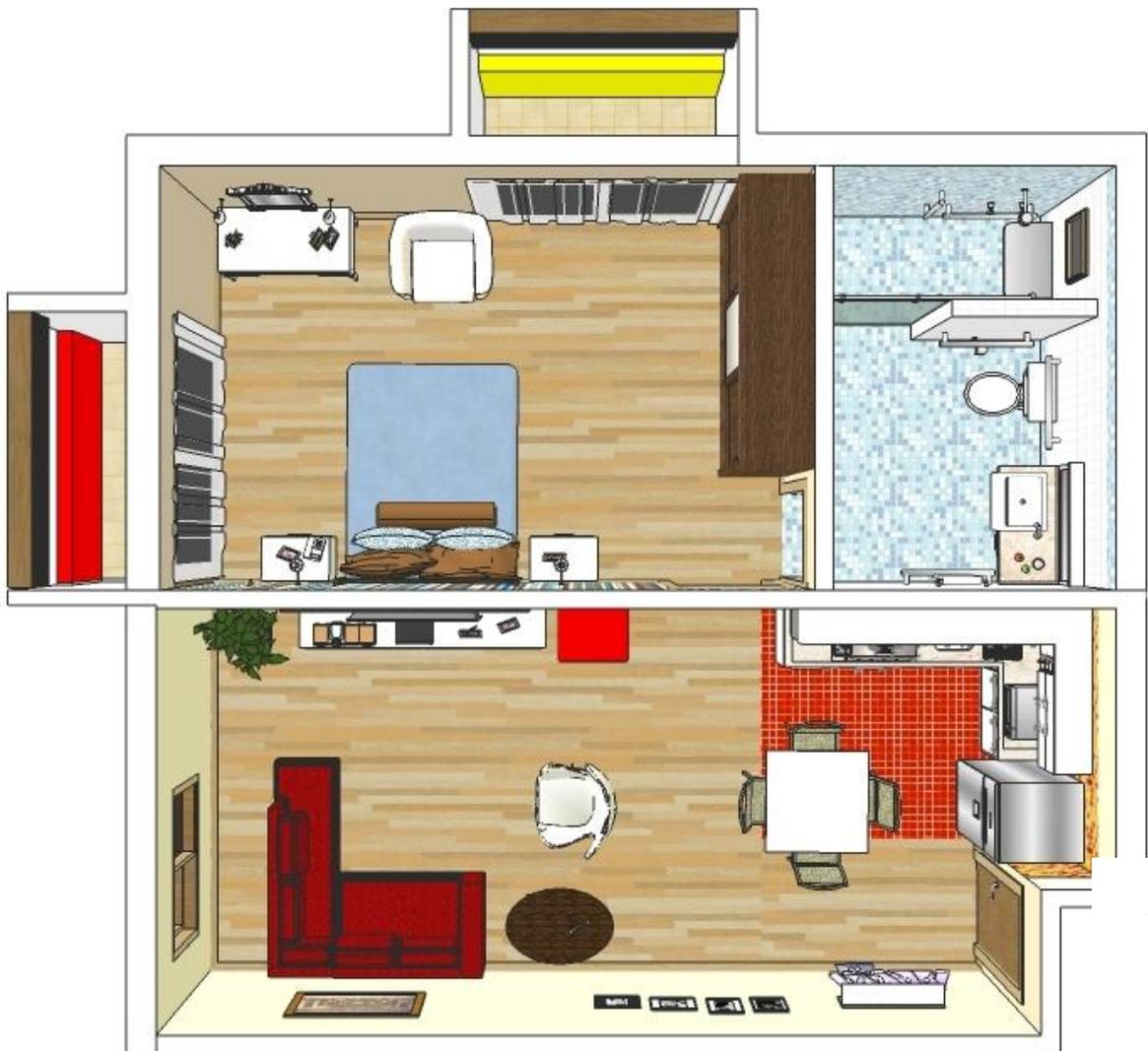
Mudanças comuns do envelhecimento	Conseqüências ambientais	Adaptações ambientais
<p style="text-align: center;">VISÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Diminuição da acuidade visual *Diminuição da nitidez *Dificuldade para focalizar os objetos, principalmente os próximos *Diminuição do campo visual periférico e superior *Lentidão para adaptar o olhar ao escuro * Diminuição da noção de profundidade 	<ul style="list-style-type: none"> *Dificuldade em observar degraus, *Objetos no chão podem passar despercebidos *Dificuldade em enxergar letras muito pequenas *Esbarra em objetos *A lentidão para se adaptar ao escuro é um problema com "saídas da cama de noite" * Dificuldade com pisos desenhados, sem nenhum contraste, por exemplo janelas e paredes brancas, toalha de mesa e pratos da mesma cor 	<ul style="list-style-type: none"> * Os móveis devem estar arrumados de maneira a aumentar os ambientes * As mesas devem ter suas quinas protegidas, e seus tampos devem ser bem fixados aos pés. *Os ambientes devem ser bem iluminados devido a lentidão da adaptação da visão no escuro. * Alguma luz deve permanecer acesa inclusive durante a noite caso o idoso precise se levantar de sua cama, para ir ao banheiro por exemplo. * Cuidado especial com a administração das medicações para não ocorrer erro na dosagem

<p>TATO:</p> <ul style="list-style-type: none"> * A sensação tátil é diminuída com o passar dos anos * o idoso apresenta dificuldade de sentir a pressão e de distinguir o frio, o calor e a dor * Perda da motricidade fina o que pode diminuir a capacidade de manusear pequenos objetos 	<ul style="list-style-type: none"> * Risco de acidentes no manuseio de objetos cortantes * Risco de úlceras de pressão * Risco para queimaduras com as panelas e no fogão * Risco com objetos muito pequenos, como remédios, botões de aparelhos eletrônicos e eletrodomésticos 	<ul style="list-style-type: none"> * A cozinha deve ser adaptada para cada situação, portanto idosos mais confusos não devem ir a cozinha sem a ajuda do seu cuidador, * os objetos perigosos, como facas e produtos de limpeza, devem ser guardados em locais de difícil acesso e se necessário chaveados
<p>PALADAR e OLFATO</p> <ul style="list-style-type: none"> * Diminuição da sensação gustativa * Diminuição do olfato 	<ul style="list-style-type: none"> * Risco para diminuição do interesse pela alimentação * Risco de ingestão de alimentos estragados 	<ul style="list-style-type: none"> * Incentivar os idosos a se alimentar * Cuidado para não guardar comidas estragadas
<p>SIST. MUSCULO - ESQUELÉTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> * Envolve os ossos, músculos e articulações * Diminuição da flexibilidade * Os músculos tornam-se fracos e finos, causando fraqueza. * Diminuição da densidade óssea * Aumento da rigidez articular com diminuição da amplitude dos movimentos 	<ul style="list-style-type: none"> * Risco de quedas * Dificuldade em levantar de lugares baixos como sofás * Dificuldade em subir e descer escadas e rampas muito inclinadas * Risco de fraturas aumentado quando associada a dureza da superfície e altura da queda 	<ul style="list-style-type: none"> * Manter pisos antiderrapantes * Retirar os tapetes * Manter barra de apoio em escadas, rampas, e banheiro * Marcar os degraus com fitas adesivas, para evitar as quedas * Adequar sofás, cadeiras para que não sejam muito baixas
<p>SISTEMA NEUROLÓGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> * Morte/degeneração dos nervos periféricos * Perda progressiva dos neurônios 	<ul style="list-style-type: none"> * Lentidão nas respostas motoras * Lentidão para respostas a qualquer tipo de fator de risco. Ex: lentidão em processar que está se queimando com a água do 	<ul style="list-style-type: none"> * Estar sempre atento aos movimentos dos idosos * Diminuir ao máximo os riscos ambientais

	banho	
SISTEMA CARDIO- PULMONAR *Diminuição da quantidade de oxigênio no sangue levando a um cansaço extremo * Diminuição da circulação periférica	* Risco de lesões nos pés e extremidades * Cansaço na realização de pequenos exercícios	* A instalação de corrimões diminui o cansaço na realização * Cuidado com objetos que podem ferir os pés, devido a demora no processo de cicatrização

Adaptações Ambientais

Os idosos precisam mover-se em seu domicílio com independência, e se isso não for possível, pelo menos com toda a segurança. Os ambientes devem ser adaptados de acordo com as necessidades funcionais de cada pessoa, para prevenir os acidentes, e tornar as atividades diárias mais seguras. (BRASIL, 1999)



Algumas adaptações devem ser realizadas nos ambientes como:

- * Os móveis devem estar dispostos de maneira a aumentar os ambientes



- * Manter pisos antiderrapantes
- *Retirar os tapetes
- * Adequar sofás, cadeiras para que não sejam muito baixas



* As mesas devem ter suas quinas protegidas, e seus tampos devem ser bem fixados aos pés (altura de 80cm).



*A cozinha deve ser adaptada para cada situação, portanto idosos mais confusos não devem ir a cozinha sem a ajuda do seu cuidador.



Os objetos perigosos, como facas e produtos de limpeza, devem ser guardados em locais de difícil acesso e se necessário chaveados



* Cuidado especial com a administração das medicações para não ocorrer erro na dosagem

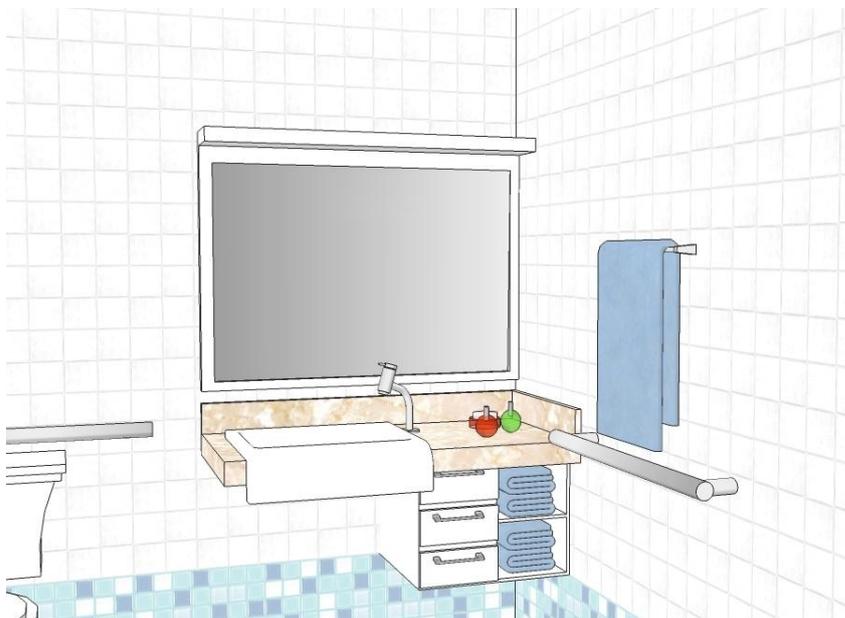
*Os ambientes devem ser bem iluminados devido a lentidão da adaptação da visão no escuro.



* Alguma luz deve permanecer acesa durante a noite caso o idoso precise se levantar de sua cama, para ir ao banheiro por exemplo, luz de cabeceira ou luz do próprio banheiro



* Manter barra de apoio em escadas, rampas, e banheiro



* Marcar os degraus com fitas adesivas, para evitar as quedas





Emergências Domiciliares X Primeiros

Socorros

Os idosos devido sua acumulação de patologias, geralmente crônicas, podem desenvolver a qualquer momentos quadros que necessitam de intervenções imediatas, chamados de emergências. (FREITAS et al., 2006)

Os cuidadores devem estar treinados e preparados para intervir de maneira firme e segura, caso contrario o idoso pode ter uma piora súbita e morrer. Este primeiro atendimento deve ser realizado rapidamente enquanto o socorro não chega.

Desmaios

É a perda da consciência, podendo ficar um tempo longo ou apenas por alguns segundos

Se a pessoa começou a desfalecer, sintomas de pressão baixa, pré-desmaio (Figura 1):

- 1° sente-a em alguma cadeira ou outro lugar parecido
- 2° curve-a para frente, coloque a cabeça da pessoa entre as pernas e pressione a mesma para baixo forçando para que a mesma fique abaixo dos joelhos.
- 3° Faça a pessoa inspirar pelo nariz e expirar pela boca até que o mal estar passe.



Figura 1 – Fonte: Manual de Primeiros Socorros da Anvisa

Se ocorrer o desmaio (Figura 2) :

- 1° Deve-se manter o indivíduo deitado
- 2° Lateralizar a cabeça do idoso para se caso haja vômitos não haja sufocamento,
- 3° As pernas devem estar elevadas, apoiadas em algum objeto para que fiquem acima do coração.

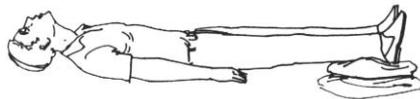


Figura 2 – Fonte: Manual de Primeiros Socorros da Anvisa

OBSERVAÇÃO: Quando a pessoa “voltar” do desmaio não deve ser dado água, nem alimentos a ela, até ela recuperar todos os sentidos, pois se algum alimento for dado a pessoa com os sentidos um pouco alterados a mesma pode aspirar (ir para o pulmão, ao invés do estômago) esses alimentos. Deve deixar a pessoa sentada até que ela recupere todos os sentidos.

4° Ligar para SAMU 192 para que seja realizado a continuidade do atendimento, e se necessário o encaminhamento para o Hospital de referência.

O que NÃO fazer:

- Dar “coisas” para o paciente cheirar
- Dar água, ou líquidos para o paciente “acordar”
- “Sacudir” o paciente para ele “acordar”
- Jogar líquidos no rosto do paciente para ele “acordar”



Convulsões

Os sintomas de uma pessoa que convulsiona são: Inconsciência; a pessoa cai ao solo desamparada; olhar vago, fixo e/ou revirar dos olhos; sudorética ("suar frio"); lábios roxos; corpo rígido e contração do rosto; palidez intensa; movimentos involuntários e desordenados; relaxamento dos esfíncteres, ou seja, a pessoa pode urinar ou evacuar.

Caso observe uma pessoa com esses sintomas você deve:

1º Tentar amparar a pessoa não deixando-a cair desamparada ao solo. 2º Se possível retirar próteses dentárias, aparelhos, ou qualquer objeto que a pessoa possa engolir e se sufocar.

3º Proteja a vítima retirando qualquer objeto de sua volta que possa lhe machucar.

OBSERVAÇÃO: Não tente interferir nos movimentos, apenas segure a pessoa para que a mesma não se machuque ao se "debatê-la".

4º Tente lateralizar a cabeça da vítima para que a mesma não "engula" a língua e nem se afogue com possíveis secreções .

5º Após buscar atendimento dos serviços de urgência ou chamar o SAMU 192.



OBSERVAÇÃO: episódios de amnésia (não saber o que aconteceu) são normais após crises convulsivas, é importante dar apoio para esse paciente, pois a pessoa fica bastante confusa após estes episódios.

O que NÃO fazer:

- Tentar interferir os movimentos - eles param em algum momento, não adianta tentar interferir
- Colocar a mão dentro da boca da pessoa para que ela não "engula " a língua. A pessoa que convulsiona não tem noção de sua força, se ela te morder pode causar um ferimento bem grave
- Não dar nenhum líquido ou alimento até que a pessoa recupere todos os seus sentidos

Sangramentos

Se a origem do sangramento for de alguma ferida ou corte:

- 1° Se possível lave o corte/ferida
- 2° Estanque o sangramento com uma compressa no local
- 3 Eleve o membro afetado
- 4° Procure um hospital mais próximo ou chame SAMU 192



O que NÃO fazer:

- Colocar café, ou outra substância para estancar o sangramento
- Deixar para procurar o hospital, ou pedir socorro, um dia depois ou mais. Os pontos só podem ser dados até 6 horas do horário do ferimento, portanto se você deixar para procurar atendimento no dia seguinte, seu ferimento pode demorar mais tempo para cicatrizar

Se o sangramento for interno

*Ele poderá se exteriorizar através das fezes (bem escuras, e um odor muito fétido), vômitos, tosse, nasal.

* Nesses casos é orientado procurar um atendimento de urgência, para achar a causa desse sangramento. É importante lembrar que um sangramento, até que se prove o contrário, é um acontecimento sério e urgente.

Queimaduras

As queimaduras de primeiro grau são aquelas que só atingem a epiderme (1º camada da pele) causam dor e vermelhidão no local.

* Lavar com água corrente, em temperatura ambiente, por no máximo um minuto, para que a lesão possa sofrer resfriamento.

O que NÃO fazer:

- Lavar com água ambiente por mais de um minuto
- Lavar com água gelada ou água quente
- Colocar gelo na lesão

As queimaduras de segundo grau são aquelas que atingem a epiderme e a derme (camada abaixo da epiderme) causando dor, vermelhidão e bolhas no local.

*Lavar o local lesado, colocando pano ou gaze umedecida no local lesado.

O que NÃO fazer:

- Não aplicar pomadas, cremes, manteiga, margarina

As queimaduras de terceiro grau são aquelas que atingem todas as camadas da pele, não causam dor, fica com uma coloração branca, preta ou marrom.

1ºLavar o local e proteger a área de preferência com papel alumínio.

2ºChamar o socorro imediato.

3ºApós qualquer tipo de queimadura deve-se buscar atendimento dos serviços de urgência ou chamar o SAMU 192



Quedas

As quedas podem ter como consequência uma fratura, ou seja, algum osso quebrado

- Se o idoso conseguir se levantar, a orientação é encaminhá-lo para um serviço de urgência mais próximo.
- Caso a vítima esteja inconsciente, deve-se chamar o socorro imediato. SAMU 192



O que NÃO fazer:

- As fraturas expostas(que o osso fica aparecendo), e as fechadas nunca devem ser “colocadas no lugar”

Engasgos

Se o idoso tiver se engasgando tanto com algum alimento, como com qualquer objeto como dentaduras ele apresentará os seguintes sintomas:

- Agitação
- Dificuldade de respirar
- Cianótico (roxo)
- Incapaz de tossir
- Falar e respirar

Caso o idoso consiga falar é sinal que a obstrução não é total e ele deve ser incentivado a tossir para expelir o objeto.

Caso isso não seja possível, deve-se proceder da seguinte maneira em vítimas conscientes :

1° Abraçar o idoso por trás, com as mãos na altura do estômago, ou seja, entre o umbigo e o apêndice xifóide.



Figura 3 – Fonte: Manual de Socorro de Emergência

2° A mão de baixo que ficará em contato com o abdômen deve estar fechada e a outra é colocada sobre a primeira

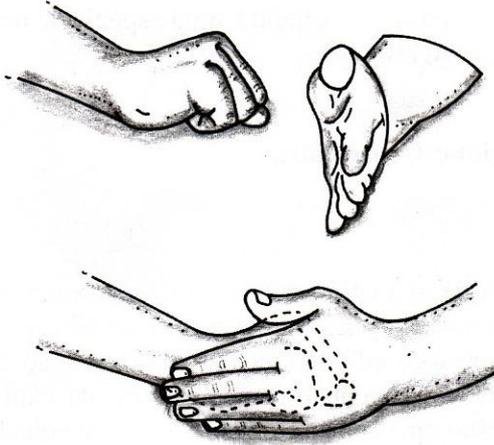


Figura 4 – Fonte: Manual de Socorro de Emergência

3° Fazer compressões abdominais para trás e para cima até que o objeto seja expelido

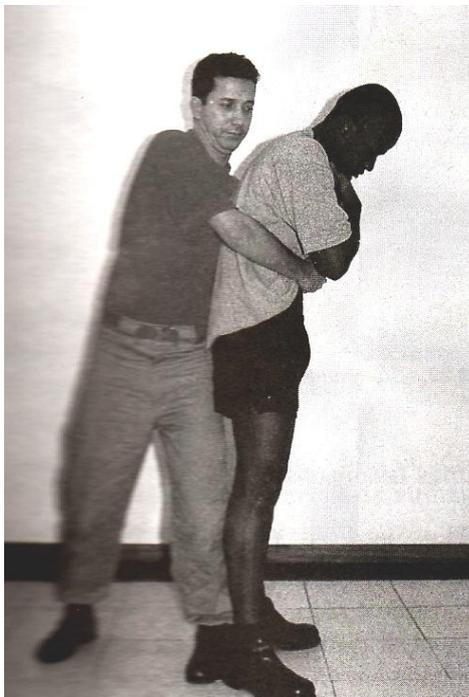


Figura5 – Fonte: Manual de Socorro de Emergência

Em vítimas inconscientes deve-se proceder da seguinte maneira:

1° Se a vítima for a mesma que você estava tentando a técnica descrita anteriormente, deve-se ajoelhar-se do lado da vítima e fazer compressões entre o processo xifóide e a cicatriz umbilical para cima e para trás com o objetivo de expelir esse objeto. Fazer essa técnica 5 vezes



Figura6 – Fonte: Manual de Socorro de Emergência

2° Fazer 2 ventilações (respirações boca a boca)



Figura7 – Fonte: Manual de Socorro de Emergência

3° Fazer a varredura digital – colocar a mão dentro da boca do paciente tentando retirar o objeto que causou o engasgo.



Figura8 – Fonte: Manual de Socorro de Emergência

3° Repetir essa seqüência até que o objeto seja expelido ou possa ser removido com as mãos

Chamar o Socorro através do 192 SAMU



AVC

Para verificar se uma pessoa está tendo um AVC utiliza-se a avaliação de três achados físicos:

- * Queda facial
- * Debilidade dos braços
- * Fala anormal.

Se o paciente apresentar um desses achados acredita-se que o paciente tem a probabilidade de 72% de um AVC (derrame), se os achados forem os 3 essa probabilidade aumenta para 85%.

Peça para o idoso:

1° dar um sorriso - verifique se existe alguma alteração na face.



Figura9 – Fonte:Manual do Socorrista

2° Veja se ocorreu alguma perda dos movimentos dos braços e/ou pernas, ou amortecimento dos mesmos; se não consegue comandar o braço ou mão; não conseguir andar; e nem segurar os objetos;



Figura10 – Fonte: Manual do Socorrista

3° boca torta; perda da fala; tudo isso de maneira súbita.

4° Caso alguma dessas alterações ocorra procure o serviço de urgência mais próximo ou chame o SAMU 192



Hipoglicemia (Glicose baixa)

Os sintomas iniciais são de:

- *sudorese (suor)
- *tremores
- * nervosismo
- * desmaios.

Posteriormente esse sintomas podem se tornar mais graves provocando:

- * tonturas
- *cefaléias (dor de cabeça)
- * confusões mentais
- * fadiga (cansaço)

Como reverter o caso:

- * Consumo de açúcar de qualquer forma

** Se os sintomas não melhorarem, ou o idoso estiver inconsciente deve-se encaminhar o mesmo para um serviço de urgência ou chamar o SAMU 192.



** É importante que os portadores de Diabetes Mellitus carreguem consigo um cartão informando sua doença para que as equipes de emergência possam estar informadas desta condição.

Referências

- ABNT. **Norma Brasileira 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário,.** Brasil: Abnt, 2004.
- BERTOLOTTI, Fábio. **Manual do socorrista.** Porto Alegre: Expansão Editorial, 2009. 397 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Quedas em Idosos.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33674&janela=1>. Acesso em: 15 abr. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde **GUIA PRÁTICO DO CUIDADOR.** Brasília: Ministério Da Saúde, 2008. 64 p.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz **Manual de Primeiros Socorros.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003
- _____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Idosos: Problemas e cuidados básicos.** Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1999. 99 p.
- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'elboux. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000.
- ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica.** 5° Porto Alegre: Artmed, 2005
- FREITAS FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2° Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ROACH, Sally. **Introdução à Enfermagem Gerontológica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- RODRIGUES, Roelina A.p.; DIOGO, Maria José D.. **Como cuidar de idosos.** 3° Capinas, Sp: Papyrus, 2002. 125 p.
- SANTOS, Raimundo Rodrigues et al. **Manual de Socorro de Emergência.** São Paulo: Atheneu, 1999. 369 p.
- SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 10° Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 4 v.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de cuidadores tanto, formais quanto informais ou até mesmo profissionais, nos lares de idosos tem se tornado um fato cada vez mais habitual.

Os idosos sofrem diversas alterações fisiológicas que interferem diretamente nas suas atividades diárias. Entender essas mudanças geralmente é algo difícil, muitas vezes achamos que os idosos estão fingindo, e passamos a “desprezar” suas queixas.

Entender essas alterações, porém, é essencial para que possamos prevenir os acidentes domésticos, e saber o que fazer em situações de urgências. A prevenção de acidentes que ocorrem nos lares dos idosos é uma tarefa simples, onde algumas modificações, como retirar tapetes, manter pisos antiderrapantes, podem prevenir que os idosos sofram danos temporários, permanentes e até mesmo a morte.

Transformar o conhecimento técnico científico para uma abordagem prática e de fácil aplicação, é uma tarefa da enfermagem. Orientar os cuidadores com um instrumento ilustrativo e de fácil compreensão visa o melhor entendimento sobre as mudanças fisiológicas que ocorrem no processo de envelhecimento, o que é possível fazer para a prevenção de acidentes e melhoria da qualidade de vida do idoso, e a prestação dos primeiros socorros quando forem necessários.

A experiência da construção desse manual foi interessante e enriquecedora. Esperamos que o mesmo possa auxiliar os cuidadores e próprios idosos na prevenção de alguns acidentes domiciliares e o no que fazer caso algum desses acidentes ocorra, e o que não fazer.

A participação ativa da Professora Dr^a Margarita Ana Rubin Unicovsky, orientadora desse trabalho, foi fundamental para que se chegasse ao resultado final. A sua experiência em gerontologia trouxe uma segurança durante todo o processo de elaboração deste manual.

A limitação encontrada nesse trabalho foi não ter tido tempo suficiente para a validação do manual devido aos critérios estabelecidos pelo Comitê de Ética e

Pesquisa do HCPA. O projeto encontra-se no CEP do HCPA para algumas alterações e posterior qualificação

REFERÊNCIAS

ABNT. **Norma Brasileira 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário,. Brasil: Abnt, 2004

BERTOLOTI, Fábio. **Manual do socorrista**. Porto Alegre: Expansão Editorial, 2009. 397 p.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Idosos**: Problemas e cuidados básicos. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1999. 99 p.

_____. Ministério da Saúde. **Quedas em Idosos**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33674&janela=1>. Acesso em: 15 abr. 2010.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, p. 21082-21085,1996.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz **Manual de Primeiros Socorros**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Ações Básicas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica**: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde **GUIA PRÁTICO DO CUIDADOR**. Brasília: Ministério Da Saúde, 2008. 64 p.

_____. Organização Pan Americana de Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2005a.

_____. Prefeitura Municipal de Campinas. **Manual para cuidadores informais de idosos**. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas, 2005b. 102 p.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'elboux. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

ECHER, Isabel Cristina. Elaboração de Manuais de Orientação para o Cuidado em Saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p.754-757, set./out. 2005.

ECHER, I. C.; NASCIMENTO, M. E. C; CASCO, M. F **Angioplastia coronariana**: orientações para pacientes e familiares. Porto Alegre (RS): HCPA, 2006.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica**. 5° Porto Alegre: Artmed, 2005

FILHO, Carvalho; THOMAZ, Eurico. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1994.

FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatría e Gerontologia**. 2° Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4° São Paulo: Atlas, 2007. 175 p.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. **PHTLS: Prehospital Trauma Life Support**. 6° Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

ROACH, Sally. **Introdução à Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RODRIGUES, Roelina A.p.; DIOGO, Maria José D.. **Como cuidar de idosos**. 3° Capinas, Sp: Papyrus, 2002. 125 p.

SANTOS, Raimundo Rodrigues et al. **Manual de Socorro de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 1999. 369 p.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10° Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 4 v.

APÊNDICE - Termo de consentimento livre e esclarecido

Convidamos você a participar de um estudo, cujo objetivo é a prevenção de acidentes e orientação de primeiros socorros para cuidadores de idosos por meio de um Manual Educativo. Sua participação consiste na leitura do manual, pontuando aspectos que necessitam ser melhorados e no preenchimento de um questionário sobre a adequação do conteúdo do mesmo.

Pelo presente consentimento pós-informação, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do questionário a que responderei e dos benefícios do presente projeto de pesquisa. Fui igualmente informado: da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca da investigação; da liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo a mim ou ao paciente do qual estou acompanhando; da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade.

Os pesquisadores responsáveis por este projeto são Hayla Mattos da Silva, aluna da graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Margarita Ana Rubin Unicovsky, professora da Escola de Enfermagem da UFRGS, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo comitê de ética dessa instituição.

Nome e assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: / /

Telefone para contato com Hayla Mattos da Silva : 91283546 ou 32328520

ANEXO A - Questionário

Prezado participante:

Gostaríamos de melhorar as instruções deste Manual Educativo e, para isso, as suas sugestões são muito importantes. Solicitamos o preenchimento deste questionário, após leitura do texto fornecido em anexo.

1. As orientações contidas neste manual são:

importantes pouco importantes não são importantes

2. A linguagem usada neste material é:

acessível pouco acessível não é acessível

3. A leitura desta Manual Educativo pode contribuir para diminuir as dúvidas dos pacientes e familiares?

contribuiu contribuiu pouco não contribuiu

O que pode ser acrescentado ou melhorado?

4. A quantidade de informação está:

adequada pouco adequada não está adequada

O que pode ser modificado?

5. O tamanho e estilo da letra é:

adequado pouco adequado não está adequado

6 A forma de disposição das informações está:

adequado pouco adequado não está adequado

O que pode ser modificado?

7. As sugestões de gravuras podem contribuir para o melhor entendimento do texto?

sim não às vezes

8. As informações são facilmente localizadas no manual?

sempre na maioria das vezes raramente

9. Você considera que as informações contidas no manual podem favorecer o cuidado aos pacientes?

sim não às vezes

Por quê?

Este espaço está reservado para sugestões, a fim de melhorar este manual.

Agradecemos sua colaboração!

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO COMPESQ



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto Docente: 012/2010

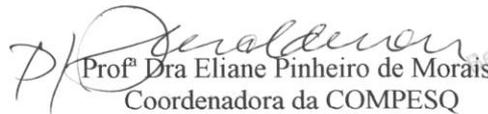
Versão Mês: 07/2010

Pesquisadores: Profa. Margarita R. Unicowsky e Hayla Mattos da Silva

Título: MANUAL DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PRIMEIROS SOCORROS PARA CUIDADORES DE IDOSOS.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 16 de julho de 2010.


Profª Dra Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ


Profa. Margarita R. Unicowsky
Coordenadora Substituta
Compesq EEnt UFRGS