



**RISCOS DOMÉSTICOS ENTRE OS IDOSOS:  
GUIA DE PREVENÇÃO DESTINADO A  
PROFISSIONAIS**

**RISCOS DOMÉSTICOS ENTRE OS IDOSOS:  
GUIA DE PREVENÇÃO DESTINADO A PROFISSIONAIS**

Edição especial para o projecto “COM MAIS CUIDADO” da FUNDACIÓN MAPFRE.  
Primeira edição. Setembro 2010.

**Título:** Riscos domésticos entre os idosos: guia de prevenção destinado a profissionais.

**Título original espanhol:** Guía de prevención: riesgos domésticos entre las personas mayores. Profesionales.

**Direcção Técnica:** *Serviço de Geriatria Hospital Clínico S. Carlos (Madrid)- España*  
José Manuel Ribera Casado  
Montserrat Lázaro del Nogal  
M<sup>a</sup> José Orduña Bañón  
Alfonso González Ramírez

**Coordenação:**

María Sainz Martín (*Presidente de FUNDADEPS - Hospital Clínico San Carlos (Madrid)- España*)  
Antonio Merino (FUNDADEPS)  
Julio González-Cobos (FUNDADEPS)  
Hernán Díaz (FUNDADEPS)  
Yolanda Mingueza (FUNDACIÓN MAPFRE)

**Copyright:** © FUNDACIÓN MAPFRE, 2008

**Tradução:** FUNDACIÓN MAPFRE

**Revisão da tradução:**

Adelaide Oliveira (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa)  
Inês Silva (FUNDACIÓN MAPFRE)  
Luísa Desmet (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa)  
Paula Teixeira (ITSEMAP)  
Sónia Silva (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa)

**Editor:** FUNDACIÓN MAPFRE

**Impressão:** Locape - Artes Gráficas (Milharado, Mafra)

**ISBN:** 978-84-9844-238-0

**Depósito legal:**

## PRÓLOGO

Todos desejamos gozar de muitos anos com uma boa qualidade de vida, mantendo a nossa autonomia e independência, o que significa um bom estado de saúde físico e mental, um baixo nível de dependência e a manutenção das nossas relações sociais. No entanto, à medida que vamos envelhecendo, a qualidade de vida é fortemente determinada pela capacidade em manter a autonomia e independência.

O fenómeno do envelhecimento da Europa tem-se verificado de forma constante e acentuada desde a década de oitenta.

Este fenómeno é relativamente uniforme em Portugal, tendo contudo uma expressão particular na cidade de Lisboa, não só pela relevância quantitativa que o envelhecimento demográfico assume, mas igualmente pela diversidade e complexidade de situações e problemáticas sociais que se lhe associam.

De acordo com o INE, nos censos de 2001, as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos representavam cerca de 25% da população residente em Lisboa.

Ao envelhecimento da população, consequência da diminuição da taxa de natalidade e da diminuição da taxa de mortalidade, aos quais se juntam os avanços da medicina no aumento da esperança de vida, associa-se o desequilíbrio urbano originário da migração da população jovem para as zonas periféricas, promovendo o isolamento das pessoas idosas, há muito residentes na cidade de Lisboa.

Face ao aumento demográfico mundial da população idosa, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) preconiza um envelhecimento activo, ou seja um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento.

Acrescenta, ainda, que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de “envelhecimento activo” que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos.

Assim, o envelhecimento da população, sendo um dos maiores triunfos da humanidade, levanta questões fundamentais – Como podemos apoiar as pessoas mais velhas de forma a manterem uma boa qualidade de vida?

Ao isolamento e à complexidade dos processos de envelhecimento que reclamam acrescida atenção por parte dos poderes públicos e da sociedade civil, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa configura uma das suas missões, apoiando milhares de pessoas idosas na cidade de Lisboa através das diversas respostas sociais que presta.


De acordo com os três eixos estratégicos de intervenção em matéria de apoio à população sénior, a expansão das respostas, a sua diversificação e o desenvolvimento da qualificação e inovação, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa procura investir em todas as formas de apoio susceptíveis de promoverem a independência e a autonomia e de retardarem a institucionalização, fomentando a preservação e o estímulo das capacidades físicas e cognitivas das pessoas idosas e providenciando respostas na área do apoio social que se adequem aos diferentes níveis de dependência.

Uma atenção especial deverá ser prestada aos que estão mais vulneráveis, nomeadamente aqueles que se encontram isolados e não dispõem de apoio familiar. Estas pessoas idosas estão especialmente expostas ao risco de sofrerem acidentes em sua casa e de, assim, perderem a sua autonomia e tornarem-se, de alguma forma, dependentes dos cuidados de terceiros.

O projecto da FUNDACIÓN MAPFRE “COM MAIS CUIDADO”, a que a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa se associa, é um projecto pensado em medidas de prevenção à dependência, actuando sobretudo no espaço doméstico, identificando os principais factores de risco de acidentes, como sejam as quedas, intoxicações, queimaduras, incêndio, electrocussão e asfixia.

Pretende-se assim, com conselhos práticos, evitar estes tipos de acidentes e, também, informar como reagir em situações de urgência, não só as pessoas idosas, como também os familiares e cuidadores.

Resta-nos agradecer a todos os intervenientes desta iniciativa, em especial à FUNDACIÓN MAPFRE pelo conhecimento técnico que disponibilizaram para a concretização deste projecto e elaboração do documento que se segue. Acreditamos que através dele é possível reduzir o drama da dependência, ajudando à manutenção da tão desejada qualidade de vida dos nossos seniores.



Rui António Ferreira da Cunha  
Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa



<b>1</b>	<b>Introdução</b>	10
1.1.	Importância dos acidentes domésticos entre as pessoas idosas	10
1.2.	Objectivos gerais e específicos deste Guia	12
<b>2</b>	<b>Os acidentes domésticos</b>	13
2.1.	AS QUEDAS. CAUSAS	13
2.1.1.	Factores de risco relacionados com o envelhecimento fisiológico e patológico	14
2.1.2.	Factores de risco relacionados com o espaço envolvente	16
2.2.	EVITAR A PRIMEIRA QUEDA: PREVENÇÃO PRIMÁRIA	18
2.2.1.	Identificação precoce de factores de risco intrínsecos. Revisão dos órgãos, dos sentidos e da medicação	18
2.2.2.	Correcção de factores de risco extrínsecos	19
2.2.3.	Programas de exercício e hábitos de vida saudáveis	21
2.2.4.	Realização de actividades da vida diária sem risco de queda	28
2.3.	QUEDAS REPETIDAS: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	34
2.3.1.	Avaliação do idoso com quedas repetidas	34
2.3.2.	Correcção de factores de risco intrínsecos	38
2.4.	CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS: PREVENÇÃO TERCIÁRIA	42
2.4.1.	Como levantar-se depois de uma queda?	42
2.4.2.	Como pedir ajuda?	43
2.4.3.	Consequências das quedas. O que fazer se sofrer uma queda?	43

<b>3</b>	<b>Intoxicações</b>	48
3.1.	INTOXICAÇÕES MEDICAMENTOSAS	48
3.2.	INTOXICAÇÕES ALIMENTARES	50
3.2.1.	Quais as causas das intoxicações alimentares?	50
3.2.2.	Tratamento das intoxicações alimentares	54
3.2.3.	Como podem ser evitadas as intoxicações alimentares?	54
3.3.	INTOXICAÇÕES POR GÁS	55
3.4.	OUTRAS INTOXICAÇÕES	56
<b>4</b>	<b>Queimaduras</b>	59
4.1.	Tipos de queimaduras	61
4.2.	Medidas de prevenção	63
<b>5</b>	<b>Outros acidentes domésticos</b>	64
5.1.	Incêndios e explosões	64
5.2.	Choques eléctricos	66
5.3.	Asfixia respiratória	69
<b>6</b>	<b>Bibliografia</b>	73
<b>7</b>	<b>Serviços de interesse</b>	74
<b>8</b>	<b>Tabelas e figuras</b>	78



# 1 Introdução



## 1.1. IMPORTÂNCIA DOS ACIDENTES DOMÉSTICOS ENTRE AS PESSOAS IDOSAS

Os acidentes domésticos são muito frequentes entre as pessoas idosas. O domicílio é um dos locais onde ocorrem mais acidentes. Os mais frequentes são as quedas, as intoxicações, as queimaduras, os incêndios, as explosões e os choques eléctricos. Muitos deles **podem ser evitados** e esse é um dos objectivos deste Guia. Para tal, é primordial reagir e saber como actuar em determinadas situações de perigo.

As **quedas** são os acidentes mais frequentes entre os idosos. Constituem a causa principal de morte acidental acima dos 65 anos e originam uma elevada morbilidade. Segundo o Estudo de Investigação sobre Segurança no Domicílio dos Idosos (FUNDACIÓN MAPFRE. Madrid. 2008) a prevalência de quedas nos últimos doze meses (face ao ano 2007) na população acima dos 65 anos é de 14,7%. Mas deve referir-se que são um fenómeno evitável e que por isso pode ser prevenido.

Os acidentes que têm como consequência uma queda têm os seus próprios factores de risco perfeitamente identificados. A contribuição relativa de cada factor de risco difere conforme a situação médica individual subjacente, a situação funcional e as características do espaço envolvente. Depois de uma queda, deve avaliar-se rapidamente se existem danos físicos e/ou problemas médicos agudos e deve-se proporcionar o tratamento adequado. Depois de realizada esta avaliação inicial, os objectivos primordiais da avaliação da pessoa idosa são descobrir os factores causais e identificar as pessoas que têm um risco de apresentar novas quedas e lesões graves no seguimento destes episódios recorrentes.

**Uma simples queda pode mudar a vida do idoso.** A propensão dos idosos para este tipo de lesões é devida à elevada prevalência de doenças e a alterações fisiológicas relacionadas com a idade, que fazem com que uma pequena queda possa ser especialmente perigosa.

Para além das consequências físicas (fracturas, entorses, contusões, feridas, traumatismos crânio-encefálicos, etc.), as quedas e outros tipos de acidentes (queimaduras, intoxicações, etc.) têm consequências psicológicas importantes como medos, síndrome de ansiedade, e por esta razão também são referidos no Guia, uma vez que complementam a prevenção de acidentes entre os idosos. Este síndrome posterior à queda origina perda de autonomia, deterioração funcional, depressão e considerável isolamento social. **A prevenção das quedas é, pois, um objectivo prioritário.** Numa percentagem importante destes acidentes participam vários factores de risco, muitos dos quais provavelmente podem ser alterados ou eliminados com intervenções específicas preventivas. Neste Guia expor-se-ão as estratégias para prevenir as quedas e outros acidentes domésticos e destacaremos a importância de os prevenir corrigindo os principais factores de risco.

Por este motivo, é tão importante que, entre todos, contribuamos com os nossos conhecimentos e o nosso trabalho diário, dando a conhecer os principais riscos existentes e, **através da prevenção, permitir viver o envelhecimento como mais uma etapa no percurso da vida.** Com as limitações que nos condicionam, mas também com a autonomia proporcionada pelo melhor conhecimento dessas limitações, tem-se como objectivo um envelhecimento saudável.

## 1.2. OBJECTIVOS DESTE GUIA

### Objectivos gerais:

- Conhecer os tipos de acidentes em casa das pessoas idosas.
- Destacar a importância dos acidentes domésticos nas pessoas idosas pela sua incidência e morbilidade.
- Analisar factores de risco e suas consequências para se tomar medidas de prevenção.
- Prevenir os acidentes no domicílio neste grupo da população.
- Proporcionar informação sobre como reagir em diversas situações de urgência.

### Objectivos específicos:

- Reduzir o número de acidentes no domicílio.
- Fomentar hábitos saudáveis.
- Detectar os vários factores de risco.
- Aconselhar normas de utilização de medicamentos.
- Prevenir intoxicações alimentares, medicamentosas e por gás.
- Prevenir e tratar as queimaduras no domicílio.
- Prevenir incêndios.
- Fomentar a segurança no domicílio.
- Disponibilizar recursos e serviços de interesse.

## 2 Os acidentes domésticos

### 2.1. AS QUEDAS. CAUSAS

As causas das quedas são muito numerosas. Os seus factores de risco podem ser classificados em dois grandes grupos:

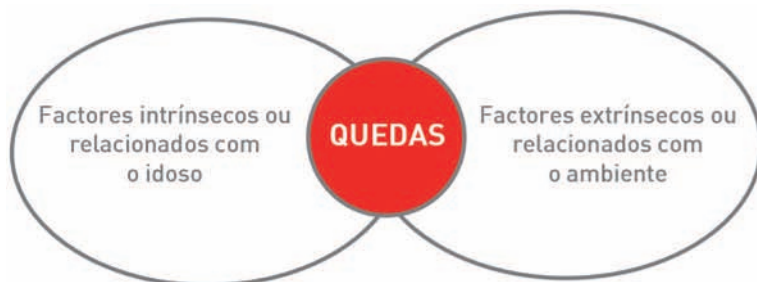
- **Factores intrínsecos ou relacionados com o idoso**

Durante o processo de envelhecimento, ocorre uma redução das capacidades auditiva, visual e locomotora, que pode contribuir para que ocorra uma queda, assim como doenças crónicas ou agudas. Para além disso, há a destacar o consumo de certos fármacos como os psicofármacos ou os fármacos antihipertensores bem como a utilização de polifármacos, que contribuem de maneira significativa para o risco de ocorrência de uma queda.

- **Factores extrínsecos ou relacionados com o espaço envolvente**

Quando o idoso realiza as suas actividades da vida diária, é provável que ocorra uma queda quando se levanta, senta, caminha, lava, etc., sobretudo se o chão for escorregadio, a iluminação da habitação for deficiente ou encontrar obstáculos nas zonas de passagem, os degraus das escadas forem excessivamente altos ou irregulares ou o pavimento das ruas estiver mal conservado.

Figura 1. Causas gerais das quedas



### 2.1.1. Factores de risco relacionados com o envelhecimento fisiológico e patológico

O próprio envelhecimento faz com que as respostas de adaptação às mudanças que ocorrem no meio sejam diferentes, os reflexos sejam mais lentos e a força muscular seja diminuída. A forma de caminhar pode variar com o avançar dos anos; a vista e a audição podem necessitar de “ajuda extra” para nos avisar dos possíveis perigos.

Como dissemos anteriormente, para poder prevenir é preciso conhecer que patologias podem causar estas lesões. As tabelas 1 e 2 recolhem, por um lado, os factores fisiológicos e, por outro, as doenças que favorecem as quedas.

**Tabela 1: Factores fisiológicos do envelhecimento que favorecem as quedas**

<b>AFFECTAM A NOSSA “PERCEPÇÃO” DO MUNDO QUE NOS RODEIA</b>	Perda do poder de ACOMODAÇÃO e diminuição da ACUIDADE VISUAL.
	Alterações na CONDUÇÃO NERVOSA VESTIBULAR.
	ANGIOESCLEROSE do OUVIDO INTERNO.
	Diminuição da SENSIBILIDADE PROPRIOCEPTIVA.
<b>AFFECTAM AS NOSSAS “RESPOSTAS” FACE ÀS ALTERAÇÕES EXTERNAS</b>	Redução geral dos REFLEXOS.
	ATROFIA MUSCULAR e de PARTES MOLES.
	Degeneração das ARTICULAÇÕES.

Determinadas doenças podem influenciar negativamente o controlo postural e predispor para as quedas. Nos idosos há frequentemente problemas de saúde e o consumo de medicamentos é elevado. Tudo isto provoca um maior risco de quedas.

**Tabela 2: Doenças que favorecem as quedas**

<b>PATOLOGIA CARDIOVASCULAR</b>	
Síncope. Disritmias	Lesões valvulares
Doença vascular periférica	Hipotensão ortostática
Cardiopatía isquémica	Insuficiência cardíaca
<b>PATOLOGIA NEUROLÓGICA/PSIQUIÁTRICA</b>	
Síndromes de disfunção do equilíbrio	Extrapiramidalismos Doença de Parkinson
Acidente vascular cerebral (AVC/AIT)	Crises epilépticas
Hidrocefalia normotensiva	Massa intracranéana
Depressão e Ansiedade	Deterioração cognitiva
<b>PATOLOGIA DO APARELHO LOCOMOTOR</b>	
Patologia inflamatória	Artroses
Osteoporose	Patologia do pé
<b>PATOLOGIA SENSORIAL MÚLTIPLA</b>	
Engloba toda a patologia ocular, do sistema propioceptivo e do equilíbrio	
<b>PATOLOGIA SISTÉMICA</b>	
Infecções, transtornos endocrino-metabólicos e hematológicos	

---

**A identificação de patologias, que, favorecem as quedas, e o tratamento adequado das mesmas previnem o risco de novas quedas.**

---

### **2.1.2. Factores de risco relacionados com o espaço envolvente**

A maioria dos acidentes que têm como consequência uma queda ocorre por uma má adequação do espaço envolvente. É importante conhecer os factores de risco associados para se poder preveni-los.

**Tabela 3: Factores ambientais**

<b>ESPAÇO ENVOLVENTE</b>	<b>FACTORES DE RISCO</b>
<b>PISOS</b>	Pisos escorregadios, muito encerados.
	Pisos irregulares.
	Ladrilhos mal fixos.
<b>PORTAS</b>	Pequenas dimensões.
	Puxadores difíceis de segurar.
<b>ILUMINAÇÃO</b>	Iluminação deficiente.
<b>CORREDORES</b>	Ausência de corrimões.
	Presença de tapetes.
	Excesso de móveis que prejudicam a mobilidade.
	Interruptores muito altos.
<b>CASA DE BANHO</b>	Ausência de traves de apoio no lavatório, banheira e sanita.
	Ausência de antiderrapantes na banheira.
	Produtos de limpeza a uma altura excessiva.

<b>COZINHA</b>	Móveis de difícil acesso, muito altos ou muito baixos.
	Móveis pesados, difíceis de transportar.
	Restos de comida e líquidos.
<b>QUARTO</b>	Presença de tapetes aos pés da cama.
	Camas muito altas ou muito baixas.
	Roupa de cama de textura pesada.
	Mesas instáveis.
<b>SALA DE ESTAR</b>	Mobiliário excessivo.
	Cortinas demasiado compridas.
	Presença de cabos eléctricos e objectos no chão.
	Mesas de tampo de vidro.
<b>PORTA</b>	Escadas: ausência de rampa e corrimões.
	Presença de passadeiras e tapetes.
	Iluminação deficiente.
<b>RUA</b>	Pavimento em mau estado.
	Obras.
	Passeios estreitos, com desníveis e obstáculos.
	Curta duração dos semáforos.
<b>MEIOS DE TRANSPORTE</b>	Movimentos bruscos ou inesperados da viatura.



## 2.2. EVITAR A PRIMEIRA QUEDA: PREVENÇÃO PRIMÁRIA

### 2.2.1. Identificação precoce de factores de risco intrínsecos. Revisão dos órgãos, dos sentidos e da medicação

É importante recordar ao idoso a necessidade de consultar regularmente o médico de família ou especialista, em especial quando se trata de manter uma visão que não lhe limite a sua vida diária, uma vez que a visão deficiente pode aumentar o risco de quedas.

Para além disso, determinados fármacos podem predispor para quedas, pelo que é aconselhável informar o idoso deste risco e da importância de se manter alerta. Entre os medicamentos de uso mais frequente estão os antihipertensivos, os sedativos, os antidepressivos, os analgésicos, os diuréticos, etc. Isto não quer dizer que sejam medicamentos desnecessários, mas sim que devem ser sempre prescritos pelo médico e nas doses que este aconselhe. O consumo irresponsável dos medicamentos pode levar a uma situação de risco.

**Tabela 4: Grupos de fármacos e outras substâncias que mais frequentemente podem predispor para as quedas.**

<b>ANTIHIPERTENSIVOS</b>	Antagonistas do cálcio, $\beta$ -bloqueantes, IECAs, ARA-II, diuréticos.
<b>FÁRMACOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL</b>	Neurolépticos, antidepressivos e BZD.
<b>ANTIBIÓTICOS</b>	Anfotericina B, Aminoglicósidos, Tetraciclina, Macrólidos, Glicopéptidos.
<b>DEPRESSORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL</b>	Álcool, fenitoína.
<b>OUTRAS SUBSTÂNCIAS</b>	AAS, anti-inflamatório.

## 2.2.2. Correção de factores de riscos extrínsecos

Uma vez detectados os factores de risco, assinalamos quais as modificações no espaço recomendadas para a casa de modo a prevenir quedas e acidentes.

Tabela 5: Correção de factores de risco extrínsecos

FACTORES DE RISCO	MEDIDAS A TER EM CONTA
<b>PORTA E ESCADAS</b>	É necessária uma zona de 90 cm em frente da porta se esta abre para dentro, e de 150 cm se abre para fora.
	Recomenda-se uma rampa para evitar as escadas. Deve ter um mínimo de 75 cm de largura e a relação entre comprimento/altura não deve exceder os 8%. A superfície deve ser antiderrapante.
	Se houver escadas, a inclinação recomendável está compreendida entre ângulos de 25° a 30°. É importante a existência de corrimão em ambos os lados.
	Em cada degrau, no final, deverão ser colocadas tiras antiderrapantes que contrastem em cor com o degrau.
	O tamanho do degrau deverá ser de 15 cm de altura e 30 cm de largura. Cada lanço de escada deverá ser, no máximo, de 10 degraus e com patamares intermédios.
<b>PISOS</b>	Procurar superfícies antiderrapantes, principalmente na cozinha e casas de banho.
	Evitar pisos encerados e molhados.
	Evitar irregularidades e desníveis.
	Cor uniforme.
	Evitar cabos eléctricos espalhados.
	Retirar tapetes e passadeiras ou fixá-los no chão.
	Utilizar produtos antiderrapantes para limpar e dar brilho.

<b>PORTAS</b>	Devem ser de correr ou de batente abrindo para o exterior. As dimensões deverão ser, pelo menos, de 80 cm, para facilitar a entrada e saída de cadeiras de rodas, andarilhos e outras ajudas técnicas. Recomenda-se que os puxadores sejam de madeira ou alavanca.
	Se são de correr, uma das portas deverá ter uma amplitude de pelo menos 80 cm, com as guias embutidas no chão para se evitar o degrau.
<b>ILUMINAÇÃO</b>	A luz deve ser ampla e indirecta em todas as áreas, principalmente no quarto e na casa de banho.
	As janelas devem ser translúcidas e as lâmpadas opacas.
	Devem ser utilizadas lâmpadas fluorescentes.
	Deve manter-se uma luz de presença/circulação acesa durante a noite, colocada em várias portas, que permita a visão e as deslocações de risco.
<b>JANELAS</b>	Devem ser de correr para evitar o acidente quando abrem para dentro.
	Noutro tipo de janelas, puxadores de alavanca com maçaneta acessível, situados na parte baixa no máximo a 1,20 cm de altura medido a partir do chão.
<b>INSTALAÇÕES</b>	Os interruptores de todas as divisões e quartos devem estar a uma altura fácil de alcançar.
	Devem ter uma cor que contraste com a da parede para facilitar a sua visão. Podem-se colar autocolantes luminosos para serem vistos na escuridão.
<b>SALA DE ESTAR</b>	As cadeiras e sofás devem ter apoios para os braços e costas.
	O assento não deve afundar e a altura recomendada a partir do chão é de 45 cm.
	Eliminar móveis que possam provocar quedas ou que possam prejudicar o caminhar.

<b>QUARTO</b>	A cama deve facilitar a entrada e saída e a sua altura deve adequar-se às necessidades pessoais. Recomenda-se que seja entre 45 a 50 cm.
	O colchão não se pode afundar e a roupa da cama deve ser leve, de modo a facilitar os movimentos.
	A distribuição dos móveis deve permitir a mobilidade com andariço, bengala e/ou muleta.
	O armário da roupa deve estar acessível.
	A mesa de cabeceira deve ser firme e ter uma altura que evite ter que se inclinar para lhe aceder.
<b>CASA DE BANHO</b>	Recomenda-se a substituição da banheira por uma base de chuveiro ou cabine de duche com uma dimensão mínima de 1,50m x 1,50m e que inclua um banco de ajuda.
	Colocar um tapete antiderrapante dentro e fora da banheira ou base de chuveiro.
	Colocar barras de apoio para entrar/sair da banheira, nos lados da sanita e bidé.
<b>COZINHA</b>	Evitar passadeiras que dificultem a passagem e favoreçam os tropeções.
	Colocar detector de fumos e de fugas de gás.
	A distribuição dos móveis em forma de L permite ter sempre um ponto de apoio durante as deslocações.

### 2.2.3. Programa de exercício e hábitos de vida saudáveis

#### O exercício físico

O exercício físico é um objectivo 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, através de

uma actividade que se adapte às características próprias, necessidades e capacidades do idoso.

A actividade física é importante para estimular o metabolismo mineral dos ossos. A imobilização conduz a uma diminuição da densidade óssea o que, conseqüentemente, 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. Recorde-se que “quem mexe as pernas, mexe o coração”. A actividade física também é benéfica para problemas tão comuns como o colesterol e a diabetes.

Exercícios de coordenação (como o Tai-Chi) e os que implicam uma atenção activa e dirigida sobre a postura (como o Yoga) são de grande utilidade para pessoas com problemas de equilíbrio e quedas.

**Tabela 6: Características gerais que devem estar presentes num programa de exercícios para o idoso**

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 as tabelas de exercícios sejam supervisionadas por pessoal qualificado (enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas).

**Tabela 7: Recomendações antes de iniciar o exercício físico**

Antes de iniciar, é conveniente que o idoso seja consultado pelo médico assistente.
Controlar regularmente a pulsação durante o exercício. Se a pulsação for acelerada deve descansar.
Evitar os esforços muito intensos.
Recomenda-se um esforço moderado e continuado.
Evitar esforços que impliquem posturas estáticas e rígidas.
Deve parar-se perante sintomas como tonturas, dor, vertigem, respiração ofegante ou dor de cabeça.
Os esforços devem ser de baixa intensidade e de duração relativamente prolongada.
Recomenda-se também a realização de actividades desportivas em grupo, uma vez que assim se favorece a motivação, o estado anímico e se fomenta a sociabilidade.

**Tabela 8: Actividades desportivas recomendadas**

<b>EXERCÍCIOS DE GINÁSTICA</b>	É uma das actividades mais utilizadas. Os exercícios devem envolver todas as articulações e músculos procurando a flexibilidade articular e a resistência muscular.
<b>CAMINHAR</b>	Melhora o equilíbrio, aumenta a velocidade de deslocação e diminui a fadiga. É um bom exercício cardiorespiratório.
<b>NADAR</b>	É um bom exercício para melhorar e manter a capacidade cardiorespiratória. Ajuda também o sistema neuromuscular. Favorece a mobilidade articular, pelo que é especialmente indicado nos problemas das articulações. Melhora a amplitude dos movimentos e relaxa os músculos.
<b>BICICLETA</b>	Traz benefícios circulatórios e mantém a tonificação da coluna, dos braços e das pernas. Se não puder fazer ciclismo, pode substituir esta actividade pela bicicleta estática.
<b>TAI-CHI</b>	Produz efeitos benéficos no equilíbrio e na marcha.

Seguidamente, apresenta-se uma tabela de exercícios de carácter preventivo, procurando uma melhor condição física do idoso, bem como recuperar a sua agilidade e evitar a dependência.

**Tabela 9: Programa de exercícios**

<b>EXERCÍCIO ARTICULAR</b>	Coloque um balão no chão e ponha um pé em cima. Rode o balão para a frente e para trás, para um lado e para o outro, e por último, na diagonal. Realize ciclos de cinco repetições para cada um dos movimentos.
<b>EXERCÍCIOS DA BACIA</b>	Na mesma posição, sentado, incline-se para a frente, tentando tocar com o nariz em cada joelho, flectindo a cabeça e subindo o joelho, voltando depois à posição de sentado.
<b>EXERCÍCIOS MUSCULARES</b>	Apoiando as mãos num móvel estável, junte os pés e flecta os braços sem mover os pés.
<b>EXERCÍCIOS DE COORDENAÇÃO</b>	Levante ao mesmo tempo um braço e o pé contrário. Estando sentado, coloque-se de pé e dê uma volta para a direita. Volte a sentar-se e repita o exercício, dando uma volta para a esquerda. É importante que se levante bem, apoiando as mãos nos joelhos.
<b>FLEXIBILIDADE DA BACIA</b>	De pé, com as pernas e pés afastados desloque a bacia para um lado e para o outro. Depois faça círculos com a bacia sem mexer os pés, fazendo rotações para um e outro sentido.
<b>EQUILÍBRIO E TONIFICAÇÃO</b>	Numa esquina, com os pés juntos, apoie as costas na parede. Levante uma perna com o joelho flectido, depois a outra perna.
<b>REEDUCAÇÃO DA MARCHA, EQUILÍBRIO E COORDENAÇÃO</b>	Ande a direito com grandes passadas. Quando o repetir um par de vezes, faça o mesmo olhando para a esquerda e para a direita enquanto caminha.

## A importância da alimentação

A nutrição dos idosos está condicionada por uma série de factores, como a relação entre a dieta e diversas patologias crónicas, o mau estado da dentadura, os maus hábitos e a deterioração sensorial, que têm influência directa na sua saúde. Por isso, é tão importante detectar as alterações na sua composição corporal, uma vez que, à medida que a idade avança, diminui a massa muscular e aumenta a percentagem de tecido gordo. Estas alterações podem ter repercussões metabólicas e desempenhar um papel importante no desenvolvimento da hipertensão, doenças da vesícula biliar e hiperlipidemias.

### Recomendações básicas

- Antes de começar alguma dieta é fundamental a consulta de um médico ou especialista.
- As frutas e as verduras devem estar presentes na dieta, uma vez que melhoram o ritmo intestinal devido ao seu alto conteúdo em fibra.
- É aconselhável fraccionar a ingestão em 4 ou 5 refeições diárias. O jantar deve ser ligeiro.
- O leite e os produtos lácteos constituem fontes de cálcio muito adequadas, pelo que deverão tomar-se 2 ou 3 doses diárias.
- Controlar o peso para prevenir estados de má nutrição.
- Suprimir ou moderar o consumo de bebidas alcoólicas.
- Beber líquidos e sumos entre as refeições.
- Praticar exercício físico moderado.



**Tabela 10: Alimentos ricos em cálcio**

<b>ALIMENTOS</b>	<b>CONTEÚDO EM CÁLCIO (mg)</b>
Queijo curado	1200
Queijo Gruyere, Emmental, Roquefort...	560-850
Sardinhas em óleo	400
Amêndoas, avelãs	240
Lagostins, camarões, gambas...	220
Queijo de cabra	186
Iogurte	127-180
Figos secos	180
Gelados	150
Grão de bico	145
Natas e pudins	140
Pistácios	136
Leite de vaca	130
Feijão branco, favas secas	130
Bivalves	120
Chocolate com leite	120
Batidos lácteos	120
Acelgas, cardo, espinafres, alho francês...	87-114
Queijo fatiado	98
Nozes, tâmaras, passas ...	70
Azeitonas	63
Requeijão e coalhada	60
Lagosta e lavagante	60
Lentilhas	56
Ovo de galinha	51
Bacalhau	51
Bolos	48
Sardinhas	43
Alcachofras, couves, repolho, feijão verde...	40

Fonte: Instituto Espanhol de Tecnologia dos Alimentos

**Tabela 11: Doses dietéticas recomendadas para pessoas idosas (\*)**

<b>GRUPOS DE ALIMENTOS</b>	<b>FREQUÊNCIA RECOMENDADA</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b>
<b>CARNES</b>	2-3 vezes /semana	Preparações culinárias de fácil mastigação (almôndegas, hambúrguer, tiras de peito de frango...). Carnes magras.
<b>PEIXES</b>	3-4 vezes /semana	Preparações a vapor, cozido ou na chapa. Escolher peixes ou postas de peixe sem espinhas.
<b>OVOS</b>	Máximo 3 /semana	Preferível cozidos, na chapa ou omelete.
<b>LÁCTEOS</b>	2-3 doses /dia	Preferível iogurte magro, queijo fresco, leite magro.
<b>LEGUMES</b>	2-3 doses /dia	Em forma de purés, com 25% de verduras adicionadas na preparação.
<b>CEREAIS E BATATAS</b>	Diariamente	Papas de cereais, pão, arroz, massa e batatas devem ser o elemento central da dieta dos idosos.
<b>VERDURAS E HORTALIÇAS</b>	1 dose/dia: crus 1 dose/dia: cozinhados	As saladas devem ser bem cortadas. Também se pode preparar como sumo vegetal. As verduras cozidas, como puré ou em forma de sopa.
<b>FRUTAS</b>	2 ou mais doses/ dia	Podem ser preparados em compota, fruta assada ou cozida, salada de frutas bem partidas. As frutas devem ser bem lavadas e consumidas descascadas.
<b>ÓLEOS</b>	Consumo moderado	Procurar utilizar azeite. Devem ser evitados os fritos e os preparados com molhos. Os alimentos fritos devem repousar em papel absorvente para eliminar o excesso de óleo.

(\*) Uma dose é, por exemplo, uma maçã, um copo de leite, um sumo de laranja, uma talhada de melão, um prato de salada ou de verduras, duas fatias de pão, uma tigela de cereais, 75 gramas de arroz...

<b>DOCES E BOLOS</b>	-----	O seu consumo deve ser uma excepção.
<b>BEBIDAS ALCOÓLICAS</b>	-----	Deve moderar-se o consumo. Se não houver contra indicações, são permitidos 1-2 copos de vinho tinto/dia. São desaconselhados os licores de alta graduação.

Fonte: Varela G. **Dieta equilibrada.**  
Fundação Espanhola de Nutrição

**Figura nº 2: Roda dos Alimentos**



### **2.2.4. Realização de actividades da vida diária sem risco de queda**

Existe uma série de cuidados que os nossos idosos podem adoptar e incorporar como hábitos na sua vida quotidiana contribuindo para evitar as quedas.

As actividades da vida diária (AVD) são vitais para o correcto desempenho das funções de uma pessoa. São aquelas que se realizam diariamente e que se dividem em: Actividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Actividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).

As ABVD são as que têm relação com as funções de cuidados pessoais: controlo de esfíncteres, alimentação, mobilidade, asseio e higiene.

As AIVD implicam outras funções imprescindíveis para um desenvolvimento normal da vida mas um pouco mais elaboradas: comunicação, manuseamento de dinheiro, utilização de transportes, realização das tarefas do lar, manuseamento da medicação.

**Tabela 12: Actividades da vida diária**

PRINCIPAIS ACTIVIDADES	RECOMENDAÇÕES
<b>SAIR DA CAMA</b>	Colocar-se em posição lateral.
	Encolher o pescoço e a cabeça aproximando o queixo do peito.
	Encolher os ombros, enquanto se apoiam os cotovelos e as palmas das mãos continuam abertas e apoiadas sobre a cama.
	Retirar a perna que está mais perto da beira da cama enquanto se faz um movimento de rotação sobre os glúteos e se termina de elevar o tronco até ficar sentado.
	Encolher-se até ficar de pé.
	No caso de uma séria falta de equilíbrio, pode colocar-se uma barra de apoio no lado da cama de modo a facilitar todo o processo.
	É conveniente evitar tapetes junto à cama, pois facilitam o escorregamento e os tropeções.

**Figura nº 3: Como sair da cama?**



<b>ENTRAR NA CAMA</b>	Colocar-se de costas na cama perto da almofada.
	Inclinar o tronco e flectir os joelhos até se sentar nela.
	Inclinar lateralmente o tronco até tocar com a cabeça na almofada.
	Subir primeiro a perna mais próxima da cama.
	A altura da cama deve facilitar as transferências. Recomenda-se que seja entre 45 e 50 cm.
	Se a cama tiver rodas, trave-a antes de entrar ou sair.
	Se houver risco de queda da cama durante o sono, colocar barras laterais em ambos os lados. Também pode encostar-se a cama à parede e, no outro lado, colocar-se uma barra.
	O colchão não deve afundar-se, para não facilitar a queda ao sair da cama.

**Figura nº 4: Como entrar na cama?**



<b>FAZER COMPRAS</b>	Não sair sem a bengala, a muleta ou o andarilho se estes forem habitualmente utilizados.
	Escolher um supermercado ou loja próxima e que satisfaça o máximo de necessidades.
	Optar por pedir a entrega dos artigos mais pesados, adquirindo pessoalmente os mais fáceis de transportar.
	Utilizar andarilho com rodas. Facilita o transporte das compras e assegura o equilíbrio durante a marcha.
	Fazer pausas durante o trajecto.

<b>CAMINHAR</b>	Posição simétrica com a linha de gravidade dentro do polígono de sustentação.
	Elevar o pé adiantando-o para tocar posteriormente com o calcanhar.
	O ritmo da marcha não deve ser excessivamente rápido.
	Os passos serão de média distância para evitar perdas de equilíbrio e cansaço excessivo.
	Em cada avanço, o peso será transferido para o membro inferior que permanece apoiado.
	Não é aconselhável fazer trajectos longos. Se tal não puder ser evitado, recomendam-se pausas para descansar.
	Para subir uma inclinação, deve inclinar o tronco ligeiramente para a frente.
	Não devem ser feitas mudanças bruscas de direcção.
	Não deve voltar-se rodando sobre si mesmo. Faça um pequeno semi-círculo e assim não aumenta o risco de queda.
	Antes de utilizar alguma ajuda técnica para caminhar (bengala, muleta, andarilho) aconselhe-se com um profissional adequado (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional...).
	Se utilizar bengala, a pega da mesma deve chegar à altura da anca.
Os braços devem ir livres e pendulares nos lados do corpo.	
<b>SUBIR / DESCER ESCADAS</b>	Deve utilizar-se sempre o corrimão, de modo a que a mão fique comodamente apoiada ao subir/descer a escada.
	Ao subir o degrau deve inclinar-se o tronco para a frente. Ao descer, deve evitar-se inclinar a cabeça e tronco para trás pois isso facilita a queda. O peso do corpo tanto para subir como para descer avança para a perna que se adianta.
	O mais seguro é avançar primeiro o membro inferior mais saudável para subir, e o contrário para descer.
	Os corrimões nas escadas devem ser cilíndricos e estar a 2,5 cm da parede. O degrau deve ter uma altura de 15 cm e largura de 30 cm, com tiras antiderrapantes nos bordos do degrau e que contrastem em cor.

## VESTIR / DESPIR

Se se veste e/ou despe em pé é conveniente ter um ponto de apoio à frente e uma cadeira ou sofá atrás.

Se os problemas de equilíbrio são constantes, recomenda-se que essa actividade seja feita sentado.

É importante ter a roupa previamente preparada para evitar inclinações e deslocações desnecessárias.

Recomenda-se a utilização de uma calçadeira metálica de cabo comprido.

As roupas devem ser largas, cómodas e fáceis de vestir.

A altura a que a roupa está pendurada no armário deve ser adequada para se evitarem posturas em bicos de pés e os braços em elevação.

Recomendações para o calçado:

- Ponteira redonda, oblíqua ou quadrada. Evitar ponteiros de bico.
- O salto não deve ultrapassar os 3 cm.
- A sola deve ser de borracha e com desenho bem marcado.
- Não utilizar calçado do tipo chinelo. O pé deve estar bem preso.
- Evitar sapatos com atacadores.

Recomendações de utilização de protectores de bacia:

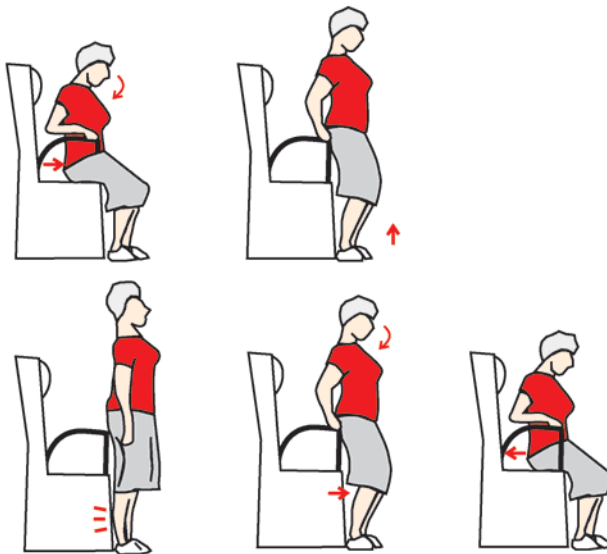
- Pacientes com osteoporose e fracturas anteriores.
- Pacientes com quedas de repetição, baixa massa corporal e transtornos do equilíbrio.

<b>UTILIZAÇÃO DA CASA-DE-BANHO</b>	Facilitar o acesso à sanita, evitando móveis desnecessários na casa de banho.
	Recomenda-se elevar a altura da sanita. Para tal existem diferentes modelos alteadores da sanita. Desta forma, o esforço para sentar-se/levantar-se diminui, evitando o desequilíbrio.
	O dispositivo do papel higiénico deve estar no lado direito e a uma altura acessível, cerca de 0,60m do pavimento.
	Recomendam-se barras de apoio laterais, colocadas a uma altura de entre 0,70m a 0,75m do pavimento.
<b>LIMPEZA DA CASA / COZINHAR</b>	Recomenda-se prolongar a altura do braço do aspirador, escova e esfregona.
	Recomenda-se máquina de lavar de carregar por cima para evitar inclinações. Se não for possível, deve introduzir-se a roupa na posição de sentado e com o cesto da roupa próximo.
	Recomenda-se adaptar o estendal da roupa a uma altura compatível com as necessidades.
	Recomenda-se passar a ferro sentado. A tábua deve ser leve.
	Na cozinha, evitar restos de água no chão que facilitem as escorregadelas.
	Sempre que possível, todas as actividades de preparação da comida devem ser realizadas sentado.
	Recomenda-se chão antiderrapante na cozinha.
	Ter à mão e à altura da cintura todos os utensílios de cozinha que se utilizam diariamente. Evitar o transporte de recipientes pesados.
	Utilizar utensílios de cozinha leves.
Recomenda-se a disposição da cozinha em forma de L. Assim, durante as deslocações haverá sempre um ponto de apoio.	



<b>LEVANTAR-SE DE UMA CADEIRA OU SOFÁ</b>	Colocar-se na beira do assento, facilitando o movimento para a frente.
	Apoiar as mãos nos apoios de braços.
	Separar os pés uns 20 cm inclinando-os ligeiramente para trás.
	Levar o queixo ao peito, inclinar o tronco para a frente e empurrar com os ombros e braços para a frente até conseguir elevar-se. Uma vez em pé, antes de iniciar a marcha, segurar a postura evitando a atitude cifótica e flexão de joelhos.

**Figura nº 5: Como levantar-se / sentar-se numa cadeira ou sofá?**



## **2.3. QUEDAS REPETIDAS: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA**

### **2.3.1. Avaliação do idoso com quedas repetidas**

Para prevenir as quedas repetidas no idoso devem identificar-se os factores de risco e realizar-se uma cuidada avaliação.

É importante estudar as **consequências imediatas** e se existe algum **problema médico agudo responsável** pela queda (**etapa 1**).

Uma vez proporcionado o tratamento médico e/ou cirúrgico que seja indicado, proceder-se-á à **avaliação da história das circunstâncias das quedas anteriores (etapa 2)**.

Recolhem-se neste ponto: número de quedas; lugar da última queda; actividade que estava a realizar no momento de sofrer a queda; sintomas associados e consequências das quedas anteriores.

A avaliação da pessoa idosa com quedas inicia-se com a **procura e identificação dos factores de risco individuais (etapa 3)** e deve incluir os seguintes aspectos: avaliação geriátrica (médica, funcional, mental e social); análise física geral; análise dos órgãos dos sentidos; análise do equilíbrio e da marcha e avaliação do espaço envolvente. Uma vez identificados, devemos **actuar sobre os factores de risco (etapa 4)**.

É fundamental o **acompanhamento dos idosos** que caem para se saber se a nossa intervenção foi eficaz (**etapa 5**). Durante o acompanhamento devem ser registadas as novas quedas e detectar se apresenta consequências a longo prazo (síndrome pós queda). Na tabela 14 (página 38) detalha-se esta avaliação.

O objectivo da avaliação é diminuir o risco de quedas sem comprometer a independência funcional do idoso.

Definitivamente, note-se que para prevenir uma queda é necessário conhecer os factores de risco e as características das quedas e o que está à sua volta. Para além de modificar o que está à sua volta, devemos recordar que um número elevado de quedas é evitável se se mantiver um controlo sobre as doenças e a medicação.

**Tabela 13: Lugares comuns sobre as quedas que devemos ELIMINAR**

As quedas frequentes são normais nos idosos.
As quedas não podem ser evitadas.
Depois de uma queda, o idoso deve ser protegido para evitar a exposição a novos riscos.
O idoso que cai não precisa de atenção médica.
A influência do meio nas quedas é limitada.

**Tabela 14: Avaliação do idoso com quedas**

<b>AVALIAÇÃO DO IDOSO COM QUEDAS</b>	<b>ANÁLISES COMPLEMENTARES</b>
<b>ANAMNESE</b>	
<b>Número de quedas</b>	Nos últimos 3-6 meses.
<b>Local da última queda</b>	Domicílio, iluminação, condições do solo. Presença de algum objecto ou animal capaz de potenciar a queda...
<b>Actividade que estava a realizar</b>	Caminhar, subir / descer escadas, etc.
<b>Sintomas prévios à queda</b>	Dispneia, dor torácica, palpitações. Considerar causas cardiológicas.
	Défices neurológicos, movimentos involuntários. Considerar causas neurológicas
	Perda de conhecimento: síncope.
<b>Consequências das quedas</b>	Físicas: fracturas, contusões, feridas, etc.
	Psíquicas: medo de cair.

<b>AVALIAÇÃO GERIÁTRICA</b>	
<b>Avaliação biomédica</b>	Patologias crónicas.
	Patologias agudas.
	Estado nutricional.
	Número e tipo de fármacos.
<b>Avaliação funcional</b>	Capacidade para realizar actividades básicas da vida diária.
	Capacidade para realizar actividades instrumentais.
	Capacidade para se mover.
	Recurso para avaliar a capacidade funcional: Escala de Barthel.
<b>Avaliação mental</b>	Presença de deterioração cognitiva.
	Presença de depressão.
<b>Avaliação social</b>	Vive só / Em habitação própria ou familiar.
	Instituição.
	Recursos: tele-assistência, ajuda ao domicílio, domótica.
<b>ANÁLISE FÍSICA</b>	
<b>Análise geral</b>	Tensão arterial. Pulso rítmico ou arritmico.
<b>Análise cardiovascular</b>	Sopros, arritmias.
<b>Análise neurológica</b>	Défices neurológicos.
<b>Análise osteoarticular</b>	Deformidades, artrites, limitações.
<b>Análise dos órgãos dos sentidos</b>	Visão, audição.

<b>ANÁLISE DO EQUILÍBRIO E MARCHA</b>	
<b>Teste de Romberg.</b>	Normal ou anormal.
<b>Teste de time up and go.</b>	> 29 sg: risco elevado de quedas.
<b>Teste de Tinetti global.</b>	< 18: risco elevado de quedas.
<b>AVALIAÇÃO DO MEIO ENVOLVENTE</b>	
Iluminação, mobiliário, pisos.	
<b>ANÁLISES COMPLEMENTARES</b>	
Analítica, electrocardiograma...	

### 2.3.2. Correção de factores de riscos intrínsecos

Tabela 15: Correção de factores de risco intrínsecos

<b>IDENTIFICAÇÃO DE FACTORES DE RISCO</b>	<b>INTERVENÇÕES</b>
<b>FACTORES RELACIONADOS COM O ENVELHECIMENTO.</b>	Realizar exercícios regularmente.
	Ingerir a dieta recomendada.
	Utilização correcta de medicamentos.
	Realizar regularmente exames de visão.

<p><b>DETERIORAÇÃO DA MOBILIDADE.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dificuldades para se sentar, levantar ou deitar.</li> <li>● Dispositivos de ajuda para a mobilidade.</li> </ul>	Avaliação do médico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.
	Treino e aprendizagem de transferências.
	Modificações do espaço envolvente.
	Manter elemento de chamada ao alcance do paciente.
	Avaliar a segurança dos dispositivos de ajuda para a mobilidade.
	Aplicação de programas de exercício físico.
<p><b>TRANSTORNOS DA MARCHA/ EQUILÍBRIO.</b></p>	Avaliação do médico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.
	Treino da marcha.
	Aprendizagem e utilização correcta de ajudas técnicas para a marcha.
	Exercícios de potenciação muscular.
	Exercícios de passeios programados (15 minutos, duas vezes por dia).
	Avaliar a segurança do calçado.
<p><b>DEPENDÊNCIA PARA AS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA.</b></p>	Programas de aprendizagem e/ou apoio para melhorar independência em actividades da vida diária (básicas e instrumentais).

<b>HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA</b>  Queda da pressão arterial sistólica >20 mmHg, depois de 1 min. na posição de pé, ou PA sistólica <90 mmHg em bipedestação.	Recomendações posturais: levantar-se lentamente em dois tempos (primeiro sentar-se e depois levantar-se); elevar a cabeceira da cama pouco antes de se sentar; utilizar sempre um ponto de apoio.
	Meias elásticas.
	Diminuir a dose, retirar ou substituir os fármacos que possam provocar hipotensão.
<b>CONSUMO DE FÁRMACOS</b>  Toma > 4 fármacos	Rever todas as medicações.
	Rever as doses.
	Evitar fármacos de eficácia duvidosa.
<b>Utilização de benzodiazepinas ou outros sedativos</b>	Tentar diminuir as doses, se for possível.
	Educação sanitária sobre a utilização correcta de sedativos.
	Conselhos sobre medidas não farmacológicas para os transtornos do sono.
<b>Diuréticos</b>	Monitorizar a pressão arterial postural. (sentado/levantado)

Uma vez detectados os factores de riscos intrínsecos ao paciente, é possível actuar sobre eles através dos seguintes programas.

**Tabela 16: Programa de exercícios em idosos com quedas**

<b>PROGRAMA</b>	<b>OBJECTIVO</b>
<b>RESPIRATÓRIOS:</b> Inspiração abdominal, diafragmática em várias posições.	Melhorar a ventilação respiratória para a adaptação ao esforço.
<b>FLEXIBILIDADE ARTICULAR E MUSCULAR:</b> Extensão da bacia posterior em supinação e lateral.	Obter resposta muscular face a um desequilíbrio.
<b>REFORÇO MUSCULAR:</b> Potenciação de membros superiores e inferiores, abdominais e paravertebrais.	Reforçar e obter melhoria face a uma necessidade energética.
<b>REFORÇO DO PÉ:</b> Potenciação dos grupos musculares intrínsecos do pé.	Manter a boa base de apoio que facilite a estabilidade em marcha.
<b>HABILIDADE MOTRIZ:</b> Exercícios de lateralização e coordenação de membros superiores e inferiores.	Reforçar os vários apoios na marcha. Reforçar os movimentos para as ABVD.
<b>REEDUCAÇÃO DO EQUILÍBRIO:</b> Exercícios com olhos fechados e abertos. De apoio uni e bipodal. De percepção corporal, transferências de cargas, reacções de endireitamento.	Assegurar a postura e estabilidade.
<b>REEDUCAÇÃO DA MARCHA:</b> Exercícios de marcha com e sem obstáculos, marcha para a frente, para trás, lateral.	Assegurar, recuperar e manter o padrão normal da marcha.



## 2.4. CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS: PREVENÇÃO TERCIÁRIA.

### 2.4.1. Como levantar-se depois de uma queda?

A técnica usada para se levantar do chão deve ser aprendida e interiorizada pelo idoso, para que no caso de queda recorde como aplicá-la e o ajude a enfrentá-la sem dificuldade.

A técnica consiste em girar até adoptar a posição de decúbito ventral (barriga para baixo); apoiar depois os joelhos até se colocar na posição de gatinhar; tentar ver um elemento de apoio firme (móvel, banheira, wc, cadeira, sofá) e aproximar-se dele. Acto contínuo, apoiar-se no móvel e, com a ajuda dos antebraços, elevar-se até conseguir ficar em pé. Descansar antes de iniciar a marcha.

Figura nº 6: Como levantar-se depois de uma queda?



**PASSO 1:** Girar sobre o próprio corpo até ficar com a boca para baixo.



**PASSO 2:** Apoiar os joelhos até ficar de gatas. Procurar com o olhar um elemento de apoio firme e aproximar-se dele.



**PASSO 3:** Apoiar firmemente as mãos nele e tentar pôr-se em pé, ajudando com os antebraços.



**PASSO 4:** Uma vez em pé, descansar antes de iniciar a marcha.

### 2.4.2. Como pedir ajuda?

É importante que cada pessoa tenha pensado num sistema de auto-ajuda a utilizar em casos de emergência, para que, em caso de necessidade, possa agir eficazmente.

- Serviços de tele-alarme ou tele-assistência: através de um sensor, toque ou telefone, a pessoa pode comunicar com uma central dedicada ao apoio de pessoas idosas.
- Lista telefónica: convém ter preparados, num lugar acessível e facilmente visível, os números de telefone necessários nestes casos: de familiares, de assistência...

### 2.4.3. Consequências das quedas. O que fazer se sofrer uma queda?

Há uma série de conselhos básicos que o idoso e quem está a cuidar dele devem conhecer para reagir de forma eficaz no caso de uma queda.

#### **Fracturas**

Uma fractura ocorre como resultado de uma queda, um golpe ou outra ocorrência traumática.

Os sinais e sintomas de uma fractura podem incluir:

- Inchaço ou contusão sobre um osso.
- Deformidade do membro afectado.
- Dor localizada que aumenta de intensidade quando se mexe a área lesionada ou se faz pressão sobre a mesma.
- Perda de função da área da lesão.

## Fracturas da bacia ou pélvis

- Suspeita-se que há uma fractura se a pessoa se queixa de dor na bacia, na parte baixa das costas ou na área da virilha. A dor piora com o movimento de uma ou ambas as pernas. Peça ajuda urgente e não mova o acidentado.
- Não tente endireitar uma perna ou bacia lesionada que pareça ter uma posição estranha.

## Luxações

- Os sinais habituais de uma luxação são inchaço e dor intensa. A articulação está visivelmente fora da sua posição, deformada e é difícil de mover.
- Não tente repor a articulação na sua posição normal. Procure ajuda médica tão rapidamente quanto possível.

## Entorses

- Os sintomas típicos são dor e hipersensibilidade na área afectada, inchaço rápido e alteração da função da articulação. É fundamental a protecção, o repouso, a compressão e a elevação da articulação afectada. A aplicação imediata de gelo diminui o inchaço, a dor e o espasmo muscular.

## Lesões na cabeça

- A maioria das lesões na cabeça não são graves porque o crânio proporciona uma considerável protecção ao cérebro. Só aproximadamente 10% das lesões da cabeça exigem hospitalização.
- Procurar **ajuda médica urgente** face a qualquer um dos seguintes sinais ou sintomas:

- Dificuldade respiratória.
  - Hemorragia grave na cabeça ou na cara proveniente do nariz e ouvidos.
  - Vômitos.
  - Alterações do estado de consciência: confusão, letargia ou perda de conhecimento.
- **Procure não mover o pescoço porque pode estar lesionado.**
  - Entre as possíveis complicações de uma lesão na cabeça estão as comoções cerebrais, os hematomas intracranianos e as fracturas do crânio.
  - Todas estas situações são uma urgência médica e devem ser tratadas tão rapidamente quanto possível para se evitem danos cerebrais.

## **Feridas**

- Todos os os tipos de ferida exigem cuidados e tratamentos apropriados. Não tratar uma ferida pode ter como resultado uma infecção grave. A necessidade da imunização contra o tétano será avaliada pelo profissional de saúde.
- Os adultos necessitam de um reforço da vacina contra o tétano de 10 em 10 anos, mas pode ser necessária uma vacina de reforço se a ferida for profunda ou estiver suja e a última dose tiver sido recebida há mais de cinco anos.
- Os reforços devem ser administrados tão rapidamente quanto possível após a lesão.

## Hemorragia por uma ferida aberta

- Para controlar a hemorragia, aplique pressão directamente sobre a ferida, verificando a inexistência de corpos estranhos e utilizando uma gase esterilizada ou um pano limpo.
- Se a hemorragia continua e passa através da gase ou outro material usado como ligadura, não o retire. Em vez disso, acrescente mais material absorvente em cima dela.
- Se a hemorragia não passa com pressão directa, pode ser necessário aplicar pressão sobre a artéria principal que leva sangue à área da ferida. Com a outra mão continue a exercer pressão sobre a ferida.
- Depois de ter parado a hemorragia, deve imobilizar-se a área lesionada e solicitar ajuda médica urgente.
- Garantir a elevação do membro afectado.

## Cortes

- Se sofrer um corte pequeno que só apresenta hemorragia ligeira, lave a ferida abundantemente com sabão suave e água. Aplique um anti-séptico para evitar a infecção, e cubra a ferida com uma ligadura para mantê-la limpa. Se o corte é mais grave, se a hemorragia não passa passados uns minutos, ou se o corte é grande, profundo ou de bordos irregulares, procure ajuda médica. Mas primeiro detenha a hemorragia aplicando pressão directa sobre a lesão com uma gase esterilizada ou um pano limpo. Mantenha a pressão até que pare a hemorragia.

## Hematomas

- Um hematoma ocorre quando uma lesão rompe os vasos sanguíneos pequenos, mas não a pele. Os vasos abrem e deixam sair o sangue por baixo da pele. Podem ser na pele, num músculo ou num osso.

- Para diminuir os efeitos, eleve a área lesionada e aplique compressas geladas ou frias durante vinte minutos seguidos, várias vezes por dia durante um ou dois dias.
- Em todo o caso, consulte um médico se considerar que o hematoma ocorreu sem motivo ou se puder haver uma infecção associada à ferida.

## **Lesões Penetrantes ou Perfurantes**

- São lesões produzidas por instrumentos que actuam em profundidade, dissociando um ou mais planos de tecidos - agulhas, estiletos, picador de gelo, pregos, estacas, balas, entre outros.
- Estas feridas deverão receber tratamento adequado nas primeiras vinte e quatro horas uma vez que poderão surgir complicações associadas.

## **Laceração**

- É uma lesão resultante de um rasgamento da pele até ao tecido subcutâneo, geralmente provocada por objectos afiados. Esta poderá apresentar uma forma regular ou irregular.

## **Amputação**

- A amputação é a secção acidental de um membro ou de um segmento de membro. Este tipo de lesão é grave estando associada a hemorragias extensas pelo que a actuação nesta situação deve ser rápida e eficaz.

# 3 Intoxicações



## 3.1. INTOXICAÇÕES MEDICAMENTOSAS

À margem da função terapêutica, os medicamentos podem provocar outro tipo de reacções diferentes daquelas para que foram administrados.

As principais **causas de toxicidade** são:

- Intoxicação ou sobredosagem.
- Hipersensibilidade do organismo, o que dá lugar a reacções alérgicas aos medicamentos.
- Idiosincrasia ou reacção derivada das peculiaridades genéticas do paciente.
- Interações entre medicamentos.
- Efeitos secundários.
- Efeitos teratogénicos.

A intoxicação por medicamentos é uma das causas mais frequentes de intoxicação nos idosos.

Tabela 17: Prevenção da intoxicação medicamentosa

Deve evitar-se o consumo de fármacos <b>não prescritos</b> pelo médico.
Antes de tomar algum medicamento, consultar a data de validade.
Os medicamentos devem <b>ser guardados nas condições</b> aconselhadas pelo fabricante (lugar fresco e seco e por vezes no frigorífico).

Cada medicamento **deve ser guardado** na sua **embalagem original** com as etiquetas. Conservar também o folheto para se saber, a todo o momento, o nome e indicação do fármaco.

É aconselhável saber **para que serve cada um dos medicamentos** que se tomam e saber quantas doses devem ser tomadas ao longo do dia. Para isso, é aconselhável assentar estas informações nas embalagens. Há um método simples que consiste em apontar o número de comprimidos, drageias, colheres, etc., que devemos tomar ao dia na primeira toma; pôr um traço; apontar o número de comprimidos da segunda toma; e assim sucessivamente. Para isto, são muito úteis as caixinhas de comprimidos mensais ou semanais, os quadros ou suportes tipo “notas” na cozinha.

Suspender a medicação quando terminar o prazo indicado pelo médico.

---

## Não existem fármacos inócuos. Todos devem ser prescritos pelo médico e fornecidos pelo farmacêutico.

---

Tabela 18: Conselhos para prevenir a intoxicação medicamentosa

Em primeiro lugar, o paciente deve **informar o médico** da medicação que está a tomar e que tomou no último mês. O paciente também deve seguir os seguintes conselhos:

- **Seguir as instruções adequadamente:** doses, horário, condições especiais de administração.
- **Comunicar qualquer possível alteração** atribuível ao fármaco.
- **Perguntar** ao médico qualquer dúvida que tenha e insistir se houver algo que não entenda.
- **Não abandonar o tratamento** sem antes consultar o médico.
- **Tentar memorizar os medicamentos** que toma. Se tal não é possível, elaborar uma pequena folha com a medicação que toma: para o que é tomada, as doses, etc.
- **Informar** o médico se alguma vez teve **algum problema com um fármaco**.
- Se o tratamento é crónico, é importante que os pacientes **não esperem pelo último dia** para que lhe forneçam a medicação. Deve criar um calendário e solicitar a um familiar ou pessoa próxima que lho recorde.



## 3.2. INTOXICAÇÕES ALIMENTARES

As doenças transmitidas pelos alimentos constituem um importante problema de saúde. Estas doenças ocorrem pelo consumo de água ou alimentos contaminados com micro-organismos, parasitas ou pelas substâncias tóxicas que eles produzem.

**As doenças transmitidas por alimentos podem ser infecções ou intoxicações.**

- **Infecção transmitida por alimentos:** doença que resulta da ingestão de alimentos que contêm micro-organismos (vírus, bactérias, parasitas) prejudiciais vivos. Por exemplo: salmonela, o vírus da Hepatite A, *Triquinella spirallis*.
- **Intoxicação causada por alimentos:** doença que resulta da ingestão de toxinas ou venenos que estão presentes no alimento ingerido, os quais foram produzidos por fungos ou bactérias, ainda que estes micro-organismos já não estejam presentes no alimento. Por exemplo: toxina botulínica, enterotoxina de *Staphylococcus*.

### 3.2.1. Quais as causas das intoxicações alimentares?

Diversos tipos de bactérias podem causar uma intoxicação alimentar. Algumas das bactérias comuns são as seguintes:

#### **Salmonela:**

- As salmonelas são um grupo de bactérias que causam diarreias nos humanos. A gastroenterite causada por salmonela chama-se salmonelose.
- Características da doença: dor abdominal, diarreia e febre.

- Consequências crônicas: sintomas de artrite que podem aparecer três a quatro semanas depois dos sintomas agudos.
- Período de incubação: de 12 a 72 horas.
- Alimentos associados: carnes cruas, frango, ovos, leite e derivados lácteos, peixe, molhos e saladas, mistura para bolos, sobremesas à base de creme, gelatina em pó, cacau e chocolate.

### **Campylobacter:**

- Na maioria dos casos a doença nos seres humanos é ocasionada por uma espécie chamada *Campylobacter jejuni*.
- Sintomas da doença: diarreia, câibras, dor abdominal e febre. A diarreia pode ser sanguinolenta e pode ser acompanhada de náuseas e vômitos.
- Período de incubação: de 1 a 5 dias.
- Alimentos associados: frango mal cozinhado e leite não pasteurizado. A bactéria pode atingir outros alimentos por contaminação cruzada.

### **Clostridium perfringens:**

- Pode estar presente na carne, nas aves e nos ovos crus ou em produtos lácteos não pasteurizados, bem como nas verduras e cultivos que entrem em contacto com a terra.

## **Listeria monocytogenes:**

- Sintomas da doença: algumas pessoas podem apresentar sinais semelhantes a uma gripe com febre persistente e evoluir para sintomas gastrointestinais.
- Os sintomas podem manifestar-se de 3 a 21 dias. Alimentos associados: leite não pasteurizado ou mal pasteurizado, queijos (principalmente as variedades levemente curadas), gelados, verduras cruas, salsichas fermentadas cruas, frango cru e cozinhado, carnes cruas (todos os tipos) e peixe cru e fumado.

## **Estafilococos:**

- Existem de forma normal sobre a pele humana, no nariz e na garganta. Estas bactérias passam para os alimentos ao serem tocados com as mãos.
- Sintomas da doença: náuseas, vômitos, ansiedade, cólica abdominal e prostração. Em casos graves pode provocar dores de cabeça, dores musculares, alterações temporárias da pressão arterial e disritmias cardíacas.
- Alimentos associados: carnes e derivados; aves e derivados do ovo; saladas com ovos, atum, frango e massas; produtos de panificação como pastéis e bolos com creme, leite não pasteurizado e produtos lácteos.

## **Escherichia coli (E. coli):**

- A infecção ocorre pela ingestão de carne de vaca mal cozinhada ou leite não pasteurizado.
- Sintomas da doença: diarreia, dores abdominais, vômitos e outros mais graves como diarreia sanguinolenta, insuficiência renal, alterações da coagulação e morte.
- Período de incubação: de 3 a 9 dias.
- Alimentos associados: carnes picadas de vaca e aves mal cozidas (por exemplo, hamburgueses); rissóis de carne; leite e sumos não pasteurizados; produtos lácteos elaborados a partir de leite não pasteurizado; águas contaminadas, alface, repolho e outros vegetais que se consomem crus.

## **Clostridium botulinum:**

- O botulismo é uma intoxicação alimentar pouco frequente mas mortal, causada pelo clostridium botulinum. Esta bactéria encontra-se normalmente no chão. Produz uma doença chamada botulismo.
- Características do botulismo de origem alimentar: fadiga extrema, debilidade e vertigens, normalmente seguidas por visão dupla e dificuldade progressiva de falar e comer. Paralisia flácida. Os sintomas gastrointestinais podem incluir dor abdominal, diarreia ou congestão. A morte ocorre por insuficiência respiratória e obstrução da entrada de ar na traqueia.
- Período de incubação: é de 12 a 36 horas, mas pode estender-se até 8 dias em alguns casos.
- Alimentos associados: geralmente, alimentos que não são aquecidos antes do consumo. Por exemplo, palmito; milho em conserva; pimenta,

sopas; beterraba; espargos; cogumelos; fungos; azeitonas; espinafres; atum; frango; fígado de frango e paté de fígado; carnes frias; presunto; salsichas; beringela recheada; peixe salgado e fumado.

### 3.2.2. Tratamento das intoxicações alimentares

Há muitos momentos de risco de contaminação desde que recebemos a matéria-prima até que a servimos, que se reduziriam com uma manipulação mais cuidada ao longo de toda a cadeia.

Os casos ligeiros de intoxicação alimentar, como a gastroenterite, geralmente, tratam-se repondo-se os líquidos e controlando as náuseas e os vómitos. No entanto, nos casos sérios de intoxicação alimentar, pode ser necessário o internamento.

### 3.2.3 Como podem ser evitadas as intoxicações alimentares?

Tabela 19: Prevenção de intoxicações alimentares

Lavar cuidadosamente as mãos antes de tocar nos alimentos.
Lavar as mãos depois de usar a casa de banho, mudar fraldas, fumar, assoar o nariz, tossir ou espirrar.
Lavar as mãos depois de tocar em carne crua, marisco, aves de capoeira ou ovos e antes de tocar em qualquer outro alimento.
Se se tratar de alimentos perecíveis, guardar no frigorífico ou em lugar fresco e sem humidade.
Vigiar as datas de validade e respeitá-las ainda que o alimento em causa apresente bom aspecto.
Não utilizar tábuas de madeira para cortar o peixe, as aves ou a carne crua. As tábuas de plástico são mais fáceis de desinfectar.
Limpar minuciosamente qualquer superfície ou utensílio depois de o utilizar.

Cozinhar bem as aves de capoeira, a vaca e os ovos antes de os comer.
Não consumir alimentos ou bebidas feitos com ovos, aves de capoeira ou carnes cruas ou pouco cozinhadas, nem leite ou outros produtos lácteos que não sejam pasteurizados.
Deitar fora qualquer conserva cuja embalagem apresente deformidades, furos ou pareça inchada.
Não voltar a congelar um alimento que tenha sido descongelado, nem aquecer várias vezes uma refeição.
Cozinhar completamente a carne, em especial a carne picada e os produtos elaborados com ela (que não fiquem partes rosadas ou vermelhas no seu interior).
Lavar bem as frutas e verduras.
Consumir leite pasteurizado.
Consumir água potável. Em caso de dúvida, fervê-la.
A Hepatite A e outras doenças virais podem passar através das mãos das pessoas infectadas para as mãos dos manipuladores de alimentos ou para as águas residuais. O marisco e outros alimentos, que possam ter estado expostos a águas residuais contaminadas, podem transmitir estas doenças virais.
Evitar a contaminação cruzada dos alimentos mantendo os produtos alimentares, alimentos cozinhados e refeições pré-cozinhadas separados das carnes pouco cozinhadas e dos ovos crus.

### 3.3. INTOXICAÇÕES POR GÁS

A maioria destas intoxicações ocorre por esquecimento, maus hábitos, etc. Por isso, há que aconselhar os idosos sobre a importância de adquirirem certos hábitos que ajudarão a evitar este tipo de acidentes. Em alguns

casos é recomendável aconselhar a substituição de certos aparelhos antigos por outros mais modernos e mais seguros; nestes casos, deve aconselhar-se que se fale com os serviços autárquicos uma vez que há municípios que têm serviços que ajudam na substituição.

**Tabela 20: Normas para prevenir intoxicações por gás**

Evitar a utilização de braseiros de carvão, lareiras e aquecedores de butano.
Rever periodicamente as instalações do gás. Pedir a assistência técnica de um especialista.
Nunca adormecer sobre as mesas que tenham por baixo braseiras ou aquecedores.
Ao deitar-se verificar se as torneiras do gás estão fechadas.

### **3.4. OUTRAS INTOXICAÇÕES**

- Produtos de limpeza.
- Inseticidas e produtos de jardinagem.
- Tintas, solventes e colas.
- Combustíveis.
- Produtos de perfumaria e cosmética.
- Bebidas alcoólicas.

Os acidentes causados por estes produtos são, geralmente, consequência da sua ingestão; mais raramente, são produzidos pela sua inalação ou contacto com a pele.

**Tabela 21: Recomendações gerais de prevenção**

Guardar os produtos de limpeza, insecticidas e produtos de jardinagem em lugar seguro.
Etiquetar devidamente os recipientes e, se possível, manter os produtos nas suas embalagens originais. Prestar atenção às embalagens que sejam parecidas entre si.
Evitar usar embalagens de produtos alimentares ou os utilizados para água ou bebidas refrescantes para os encher com conteúdos tóxicos. Se forem usados, retirar a etiqueta original e não esquecer de colocar outra etiqueta que o identifique correctamente.
Seguir as instruções de utilização do fabricante do produto.
Não guardar juntos vários tipos de produtos: alimentares, tóxicos, etc.

**Tabela 22: Recomendações específicas de prevenção**

Produtos de limpeza: não os misturar indiscriminadamente. No caso da lixívia e do amoníaco, a mistura provoca uma forte libertação de cloro, que é um gás tóxico.
Prestar atenção aos indicadores de toxicidade das etiquetas.
Insecticidas e produtos de jardinagem: não os pulverizar sobre alimentos, pessoas ou animais domésticos.
Não permanecer em divisões tratadas com insecticidas até ter passado algum tempo. Ventilá-las tão rapidamente quanto seja possível.
Tintas, solventes e colas: aplicar com boa ventilação; não se lavar com solventes.



Não permanecer nas divisões pintadas ou envernizadas de fresco até que desapareça o cheiro.
Combustíveis e produtos de combustão: não colocar aquecedores a gás em casas-de-banho nem em locais mal ventilados.
Os aquecedores e braseiras não devem ser usados em locais sem nenhuma ventilação.
Controlar a boa combustão das braseiras de carvão.
Não usar aquecedores ou braseiras nos quartos.
Fechar a torneira de passagem depois de usar o gás. Deve fazê-lo sempre à noite.
Evitar as correntes de ar sobre a chama pois podem apagá-la.
Vigiar os recipientes com líquidos sobre o fogo que, ao ferver, transbordem e apaguem a chama.
Se sentir cheiro a gás, não deve ligar interruptores eléctricos nem acender fósforos ou isqueiros: a faísca poderá provocar uma grande explosão. Deve abrir as janelas para ventilar.
Não deixar o carro a trabalhar dentro de garagens pequenas e mal ventiladas.
Não colocar o esquentador na casa de banho.

---

**Perante uma urgência deste tipo  
chamar imediatamente o CIAV  
(Centro de Informação Antivenenos do INEM)  
112 ou 808 250 143**

---

## 4 Queimaduras



As queimaduras podem ser causadas por uma grande variedade de elementos. As térmicas são as mais habituais e ocorrem pelo contacto com chamas, líquidos quentes, objectos a altas temperaturas e outras fontes como o sol. No entanto, o frio e o contacto com elementos a temperaturas extremamente baixas, também as causam. A radiação, uma fricção contínua, a electricidade ou as substâncias químicas são outras fontes potenciais de queimaduras.

Também há que ter em consideração o risco de queimadura por alimentos, sólidos ou líquidos, a temperaturas especialmente altas. Ter um cuidado especial com pessoas acamadas ou que não sejam auto-suficientes.

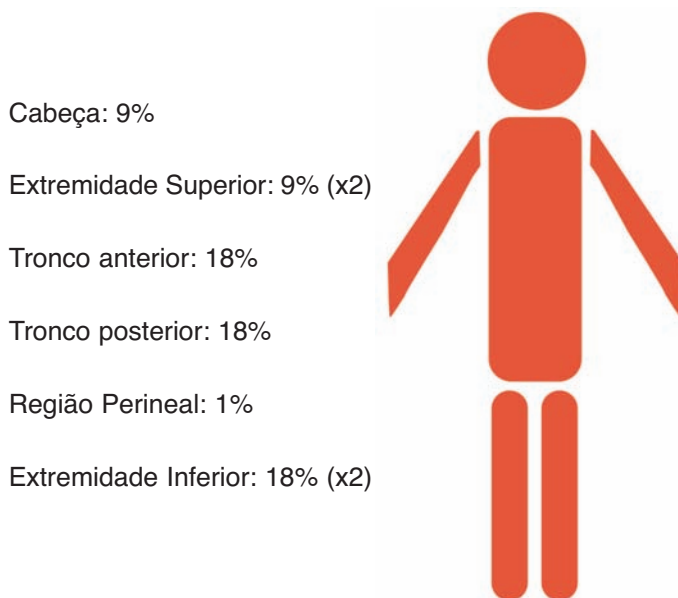
Em função da sua gravidade, as queimaduras classificam-se em três graus.

**Tabela 23: Queimaduras em função da sua gravidade**

<b>QUEIMADURA DE PRIMEIRO GRAU</b>
Afecta a epiderme, a camada mais superficial da pele. Observa-se rubor e uma discreta inflamação da pele. É dolorosa ao tacto.
<b>QUEIMADURA DE SEGUNDO GRAU</b>
Afecta tanto a epiderme (camada superficial) como parcialmente a derme (camada mais profunda). Apresenta rubor da pele, com dor inclusivé pelo contacto com o ar. Aparecem bolhas (flictenas) que, por vezes, rebentam e vertem o seu conteúdo.
<b>QUEIMADURA DE TERCEIRO GRAU</b>
Existe destruição de toda a estrutura da pele (epiderme e derme) e dos tecidos subjacentes. A pele fica acastanhada ou negra (necrose).

Um dos factores que influenciam o prognóstico e a gravidade de uma queimadura é a extensão da mesma. Uma fórmula de cálculo é a chamada “regra de Wallace” ou “dos 9”, que atribui a cada parte do corpo uma percentagem 9 ou múltiplo de 9 como mostra a seguinte figura.

**Figura nº 7: Regra de Wallace**



## 4.1. TIPOS DE QUEIMADURAS

Tabela 24: Tipos de queimaduras em função do agente que as provoca

<b>CALOR</b>	Fogo directo, líquidos em ebulição, objectos quentes
<b>QUÍMICAS (CÁUSTICOS)</b>	Hidróxido de sódio, nitrato de prata, ácido sulfúrico, ácido nítrico, cal viva (óxido de cálcio).
<b>ELÉCTRICAS</b>	Instalações de alta tensão, circuitos de baixa tensão, raios.
<b>FRIO (CONGELAÇÃO)</b>	São necessários frio intenso e alto grau de humidade ambiente.
<b>RADIAÇÕES IONIZANTES</b>	Raios alfa, beta, gama, X, acidentes nucleares.

## 4.2. MEDIDAS DE PREVENÇÃO

### Queimaduras solares

Relativamente às queimaduras solares, sempre que seja possível, há que evitar a exposição ao sol nas horas em que os raios são mais nocivos (entre o meio-dia e as três da tarde). No caso de ter que sair nestas horas, é importante estar suficientemente protegido. E, sobretudo, usar creme protector solar. Não importa qual é o tipo de pele, mais ou menos habituada ao sol, que a pessoa tenha: **deve proteger-se sempre**.

### Como preveni-las?

- Procurar ficar em casa nas horas de maior calor e permanecer nas divisões mais frescas. Baixar as persianas, toldos e cortinas, para evitar que o sol penetre directamente na casa.

- Se sair à rua, usar guarda-sol, chapéu ou lenço para proteger o pescoço e a cabeça. Proteger os olhos com óculos de sol homologados.
- Caminhar pela sombra sempre que possível.
- Se em algum momento houver a sensação de fraqueza, parar a marcha e procurar um local para descansar.
- Manter uma hidratação constante. Beber líquidos em abundância, em especial sumos e água.

## **Queimaduras no domicílio**

### **Como preveni-las?**

- Ter cuidado com frigideiras, colheres e outros utensílios de cozinha que contenham comida quente.
- Os objectos colocados no fogão devem ter as pegas viradas para dentro.
- Ter cuidado com os cigarros acesos, fogões e fornos eléctricos.
- Se houver esquentador de água, regular a temperatura do mesmo.
- Rever as instalações eléctricas e aparelhos que se ligam à corrente.
- Prestar especial atenção a tomadas mal presas à parede e a fios eléctricos soltos.
- Colocar extintores de incêndios em locais estratégicos, bem como instalar alarmes de fumo, começando pela cozinha.

### **Recomendações. Queimaduras leves:**

- Pôr a zona queimada debaixo de um jacto de água fria ou submergi-la durante pelo menos dez minutos.

- Cobrir a queimadura com uma ligadura esterilizada ou um pedaço de pano limpo húmido, para a proteger de roçar ou sofrer pressões, evitando a infecção. Estes devem ser colocados de forma a impedir o contacto de superfícies de pele queimada, evitando assim que as mesmas colem.
- Quando uma queimadura cobre uma área de mais de 5 cm ou afecta partes do corpo como as mãos, pés, cara, virilha, glúteos ou articulações, deve ser tratada como se fosse uma queimadura grave. Nesse caso deverá consultar-se um médico.
- Queimaduras da face e do tronco são sempre urgentes devido ao risco de inalação do ar aquecido.

### **Recomendações. Queimaduras graves:**

- Ligar para os telefones de emergência (**TELEFONE 112**).
- Se a pessoa for atingida pelo fogo, deitá-la no chão, envolvê-la com algum material grosso que “abafe” o fogo (agasalho, manta...) e molhá-la posteriormente com água, evitando que caia directamente sobre a pele lesionada.
- Não retirar as roupas coladas à pele nem aplicar unguentos.
- No caso de queimaduras por agentes químicos, iniciar a lavagem com água corrente durante 15-20 minutos, retirando toda a roupa que tenha sido impregnada. No caso de alguns produtos químicos como a cal, deve eliminar-se o pó da pele, pois o contacto da água com o pó produz líquidos muito corrosivos que agravam o problema.

É importante que a população em geral, e os idosos em particular, saibam o que fazer perante uma queimadura. Quando a queimadura é grave, também é muito importante saber o que não devem nunca fazer pois piora a situação.

Tabela 25: O que **NÃO** se deve fazer perante uma queimadura grave

<b>PERANTE UMA QUEIMADURA GRAVE...</b>
NÃO aplicar unguentos, óleos ou pomadas, gelo, etc, sobre a lesão.
NÃO respirar, soprar, nem tossir sobre a queimadura.
NÃO tocar na pele lesionada, morta ou com bolhas.
NÃO retirar a roupa que esteja colada à pele.
NÃO dar nada à vítima por via oral.
NÃO submergir uma queimadura grave em água muito fria porque pode provocar um choque térmico.
NÃO elevar a cabeça da vítima se houver queimaduras nas vias respiratórias porque pode fechar essas vias.

## 5 Outros acidentes domésticos



### 5.1. INCÊNDIOS E EXPLOSÕES

São situações extremamente perigosas e bastante mais frequentes do que se possa pensar. A maioria delas ocorre na nossa própria casa, sendo facilmente evitáveis se seguirmos uma série de pequenas recomendações.

Quando um incêndio ou explosão ocorre na nossa casa, em primeiro lugar, é preciso manter a calma. Se o foco de incêndio está localizado e se se dispõe de meios para apagar, deve-se extingui-lo. É sempre aconselhável ter um pequeno extintor de incêndios à mão, tendo sempre muito presente que existem vários tipos de extintores:

- Os extintores de pó químico são usados em quase todos os tipos de incêndio que habitualmente podem ocorrer em casa. Por isso é o modelo mais difundido.
- Os **extintores de CO<sub>2</sub>** são apropriados para incêndios em equipamentos eléctricos, uma vez que são mais seguros quando envolve electricidade e estragam menos do que outros agentes extintores, apesar de serem menos eficazes do que os de pó químico.

O extintor deve ser utilizado apenas quando é possível extinguir o fogo. Se o fogo é de grandes dimensões ou não se pode localizar a origem do mesmo, é muito mais prudente e prioritário procurar uma saída para evacuar as pessoas que se encontrem na zona e, sobretudo, avisar os serviços de emergência para que tomem conta da situação de risco.

**Tabela 26: Medidas gerais de prevenção de incêndios e explosões no domicílio**

APAGAR correctamente FÓSFOROS E CIGARROS. Não atirar beatas para os contentores de lixo e não fumar na cama.
NÃO sobrecarregar as TOMADAS com demasiados aparelhos. As ligações numa mesma tomada provocam sobrecargas na instalação eléctrica e curto-circuitos.
EVITAR LIGAÇÕES CASEIRAS e embutir sempre os fios eléctricos.
As CALDEIRAS, INSTALAÇÕES DE GÁS e CHAMINÉS devem ser REVISTAS periodicamente por um técnico oficial.
NÃO ABANDONAR utensílios de cozinha ao lume, nem aparelhos eléctricos ligados quando se sai de casa.



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 correctamente a lareira. Basta uma fagulha para provocar um sinistro.
Em caso de incêndio ELÉCTRICO, não se deve tentar apagar o fogo com água. Não se deve usar aparelhos eléctricos com o chão molhado ou descalço.

## 5.2. CHOQUES ELÉCTRICOS

Nas habitações existe o risco de choque eléctrico. Uma pessoa pode apanhar facilmente um choque uma vez que as tensões que alimentam os electrodomésticos (220 ou 125 volts) são perigosas. Podem provocar desde o conhecido “espasmo” até à morte por paragem cardíaca.

O perigo de um contacto eléctrico é maior quando a pessoa está num ambiente molhado ou descalça sobre o chão. Este perigo ocorre principalmente:

- Na casa-de-banho.
- Na cozinha.
- Qualquer lugar depois de esfregar o chão ou regar.

O contacto accidental de uma pessoa com um objecto ligado à corrente eléctrica ocorre de duas formas distintas:

a) Quando se tocam directamente elementos eléctricos que estão ligados à corrente eléctrica:

- Por existirem fios eléctricos descarnados, com isolamento defeituoso ou insuficiente.
- Por se ligarem aparelhos com fios eléctricos sem a respectiva ficha.
- Ao mudar fusíveis ou ao desmontar ou reparar um aparelho sem o ter desligado.
- Por mexer em aparelhos que precisam de tampas protectoras e que, por conseguinte, têm partes eléctricas acessíveis.

b) Quando se toca na carcaça ou na parte exterior metálica de algum electrodoméstico, que ficou em contacto com a corrente eléctrica como consequência de uma deficiência nos isolamentos interiores. Isto pode ocorrer no/na:

- Frigorífico.
- Máquina de lavar loiça
- Televisor
- Torradeira

**Tabela 27: Como prevenir um choque eléctrico?**

<p>Consultar um técnico especializado para tornar a casa um lugar mais seguro, através da utilização de disjuntores, tampas para tomadas, ligações de terra, etc.</p>
<p>Nunca ligar à rede eléctrica aparelhos que se tenham molhado, ainda que estes pareçam secos e em condições.</p>
<p>Nunca usar um aparelho eléctrico quando tiver acabado de sair do banho.</p>
<p>Não deve existir nenhuma fonte de energia eléctrica a menos de um metro de distância da banheira.</p>
<p>Não utilizar electrodomésticos e outros aparelhos se estiver descalço, ainda que o chão esteja seco.</p>
<p>Não manter aquecedores eléctricos, tomadas de corrente nem outros utensílios eléctricos ao alcance da mão na casa-de-banho.</p>
<p>Proteger sempre os fusíveis e os disjuntores do quadro geral da casa numa caixa devidamente fechada. A cablagem interna nunca deve estar à vista. Se os fusíveis ou os disjuntores disparam com frequência, isto pode indicar uma sobrecarga do sistema. Se se detectar manchas negras, um zumbido, uma faísca ou cheiro a plástico queimado à volta ou dentro do quadro eléctrico, consulte um especialista qualificado para que inspeccione a instalação.</p>
<p>Rever os fios eléctricos regularmente à procura de danos e nunca os repare remendando-os. Evitar usar “tripas” ou “extensões” que permitem ligar muitos equipamentos a um único dispositivo. Desligar todos os aparelhos eléctricos que provoquem a mais ligeira descarga ou sensação de faísca e mandá-lo inspeccionar por um técnico especializado.</p>
<p>Em caso de qualquer reparação ou manipulação da instalação eléctrica, desligar o interruptor geral situado normalmente no quadro geral, assegurando-se da ausência de tensão no circuito.</p>
<p>No caso de haver algum problema na sua instalação ou com os seus electrodomésticos, consultar um electricista ou técnico para que faça as reparações necessárias.</p>

**Tabela 28: O que fazer em caso de choque eléctrico?**

Avisar o **Serviço de Emergências (112)**

Cortar a corrente geral da habitação ou local.
Se o electrocutado se encontrar num lugar alto, prevenir a queda.
Utilizar um objecto de madeira ou plástico para soltar o acidentado da fonte eléctrica.
Ver os sinais vitais do acidentado e fazer suporte básico de vida caso seja necessário.
Mesmo que as lesões não aparentem gravidade, deslocar-se ao Centro de Saúde. Por vezes, as lesões podem ser graves e demorarem a manifestar-se.

### 5.3. ASFIXIA RESPIRATÓRIA

Asfixia é um termo genérico que engloba todas as situações em que ocorre uma falta de oxigénio no ambiente ou existe uma impossibilidade de que o ar chegue aos pulmões. Este último caso ocorre sempre que as vias respiratórias ficam obstruídas por qualquer causa, quer seja externa ou interna.

**Tabela 29: Tipos de obstrução das vias aéreas**

<b>OBSTRUÇÕES EXTERNAS</b>	<b>OBSTRUÇÕES MECÂNICAS</b>	<b>OBSTRUÇÕES ANATÓMICAS</b>
Ocorrem por obstrução do nariz e boca ou por impossibilidade de expansão da caixa torácica (esmagamento).	Por sólidos: objectos que acidentalmente se introduzem nas vias respiratórias, ou má passagem de alimentos durante a deglutição.	Por queda da língua em vítimas inconscientes
Um tipo específico de sufocação é a que ocorre por pressão externa sobre o pescoço.	Por líquidos: quando o conteúdo digestivo é regurgitado em forma de vómito ou nas situações de imersão (afogamento).	

As causas que produzem a asfixia são muito variadas. Aqui registamos uma lista das situações mais comuns.

**Tabela 30: Causas mais comuns de asfixia**

Por consumo de oxigénio pelos AQUECEDORES de GÁS nas casas-de-banho.
Introdução na boca e no nariz de OBJECTOS QUE TAPAM total ou parcialmente as vias respiratórias (botões, berlindes, parafusos, chaves, etc.).
ESMAGAMENTO por um objecto (estantes, móveis altos, derrubamentos) ou pessoas.
ROUPA E ACESSÓRIOS desadequados à volta do pescoço.
Acidentes que impliquem PERDA DE CONHECIMENTO em lugares onde é possível ficar submerso (banheiras e piscinas).

### Como prevenir as asfixias?

- Não instalar aquecedores nem esquentadores de gás no interior do casa-de-banho nem no interior de divisões pequenas ou mal ventiladas.
- Sempre que se trabalhe com veículos a motor, fazê-lo ao ar livre.
- Utilizar roupa de cama que impossibilite o estrangulamento. Evitar lençóis demasiado compridos, camisas de noite e roupas com decotes muito apertados.
- Proteger as piscinas, tanques, poços e cisternas com sebes, redes ou flutuadores.
- Colocar as pessoas que ficaram inconscientes de lado (na chamada posição lateral de segurança) para facilitar a saída de eventuais vómitos e fazer uma ligeira extensão da cabeça para evitar a queda da língua.

- As comidas dos idosos com problemas de deglutição devem ser adaptadas de acordo com a magnitude do problema: desde dietas ligeiras ou alimentos desfeitos, as chamadas dietas moles, até às constituídas exclusivamente por consistências gelatinosas. Importa vigiar especialmente os bocados de carne, as peças de fruta (uvas, pêsego), os caramelos duros... Cortar sempre os alimentos em bocados pequenos e mastigá-los convenientemente, evitando falar ou rir enquanto se está a comer. Não esquecer de ir ao dentista pelo menos uma vez por ano.

Uma situação especial dentro da asfixia é a que ocorre quando, inesperadamente, acontece a passagem de alimento para a via aérea, provocando uma obstrução. Isto ocorre com maior frequência em idades avançadas; em bebés que ainda não dominam adequadamente os reflexos de deglutição, mas também em pessoas idosas nas quais estes automatismos estão alterados. Nestes casos, muito frequentemente, a vida do acidentado depende da nossa rápida actuação. Os passos que a seguir se indicam são internacionalmente conhecidos como Pancadas Interescapulares e Manobra de Heimlich.

**Tabela 31: O que fazer em caso de asfixia?**

Se o doente tosse, chora e fala, não deve interferir e deve encorajar o doente a tossir.

Caso o doente não chore, não fale, nem emita qualquer som, deve efectuar de imediato 5 PANCADAS INTERESCAPULARES.

1. Coloque-se junto da vítima, ligeiramente por detrás, por forma a que tenha estabilidade;
2. Sustente o corpo da vítima ao nível do tórax com uma mão, mantendo-a inclinada para a frente;
3. Coloque a mão livre em concha e dê 5 pancadas, entre omoplatas, com um movimento único e rápido de baixo para cima;
4. Reavalie o estado da vítima.



Caso a obstrução não seja resolvida com a aplicação das pancadas interescapulares passe à aplicação de compressões abdominais (MANOBRA DE HEIMLICH)

1. Coloque-se atrás da vítima, com os pés afastados à largura dos ombros, um ligeiramente mais à frente do outro;
2. Coloque os braços em redor da vítima, na região superior do abdómen, entre o apêndice xifóide e o umbigo;
3. Cerre um dos punhos sobre esta região e agarre-o com a outra mão;
4. Efectue 5 movimentos bruscos e secos, no sentido para dentro e para cima. Note que cada compressão deve ser suficientemente forte para provocar pressão torácica, mas não agressiva de forma a traumatizar a área onde é realizada a compressão;
5. Reavalie o estado da vítima.



**NOTA:** Esta manobra não deve ser aplicada em crianças, grávidas e pessoas obesas devendo ser substituída por compressões torácicas.

Se não tiver êxito, e a vítima continuar sem respirar, deverá regressar às 5 pancadas interescapulares alternando-as com as 5 compressões abdominais, até conseguir reverter a situação.

**NOTA:** Se a função respiratória não for restabelecida dentro de 3 a 4 minutos, as actividades cerebrais poderão cessar na totalidade, o que poderá levar à morte da vítima.

Se a vítima ficar inconsciente e apresentar paragem da função respiratória, deverá proceder-se como se de uma situação de Suporte Básico de Vida se tratasse.

## 6 Bibliografía



American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic. **Súrgenos Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons.** J Am Geriatr Soc 2001; 49: 664-72.

Vários autores. **Tratado de Geriatria para residentes.** Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2006.

Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ et al. **Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials.** BMJ 2004;328:680-83.

Durante Molina P. **Guía práctica sobre la prevención de caídas y accidentes.** Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Ediciones Glosa. Barcelona.1999

Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. **Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria.** Barcelona: SemFYC; 2004.

Lázaro del Nogal M. **Evaluación del anciano con caídas de repetición.** Madrid. FUNDACIÓN MAPFRE Medicina. 2001.

Lázaro del Nogal M. **Caídas y riesgo de fracturas. Prevención.** En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P (eds). **El hueso del Mayor y sus trastornos.** Edimsa. Madrid.2001.pgs:159-174.

Lázaro M, González A, Palomo A. **Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica.** Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40 (supl 2):54-63



Montagut Martinez F. **Rehabilitación domiciliaria.** Barcelona. Masson.2005

Moreno Millares P. **Actividades de la vida diaria.** Barcelona. Masson.2006

Pérez Melero A. **Guía de cuidados para personas mayores.** Ed. Síntesis. Madrid. 2002.

Rubenstein LZ, Josephson KR. **Falls and Their Prevention in elderly people: What does the Evidence Show?** Med Clin N Am 2006;90:807-82.

Sosa Henriquez M, Diaz Pérez A. **Osteoporosis.Concepto.Etiopatogenia. Clínica.** Medicine 2006; 9 Extr.1:8-14.

Tideiksaar R. **Caídas en ancianos. Prevención y tratamiento.** Barcelona. Masson. 2005.

## 7 Serviços de interesse

---

### GENÉRICOS (INSTITUCIONAIS)

- Alto Comissariado da Saúde Portuguesa  
[www.acs.min-saude.pt](http://www.acs.min-saude.pt)
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos  
[www.apcp.com.pt](http://www.apcp.com.pt)
- Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE)  
[www.asae.pt](http://www.asae.pt)
- ANPC – Autoridade Nacional de Protecção Civil (ANPC)  
[www.prociv.pt](http://www.prociv.pt)

- Centro de Engenharia de Reabilitação e Acessibilidade (CERTIC)  
[www.acessibilidade.net](http://www.acessibilidade.net)
- Direcção-Geral da Saúde  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direcção Nacional do Consumidor – Ministério da Economia, da Inovação e Desenvolvimento. Portal do Consumidor  
[www.consumidor.pt](http://www.consumidor.pt)
- Instituto das Ciências Sociais e Humanas da Universidade de Lisboa (ICS)  
[www.ics.ul.pt](http://www.ics.ul.pt)
- Instituto Nacional da Saúde Doutor Ricardo Jorge  
[www.insa.pt](http://www.insa.pt)
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)  
[www.inem.pt](http://www.inem.pt)
- Instituto Nacional de Estatística  
[www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Instituto Nacional para a Reabilitação (INR)  
[www.inr.pt](http://www.inr.pt)
- Linha do Cidadão Idoso  
[www.provedor-jus.pt/idoso/htm](http://www.provedor-jus.pt/idoso/htm)
- Ministério da Saúde. Portal da Saúde  
[www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt)
- Ministério da Saúde: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados  
[www.umcci.min-saude.pt](http://www.umcci.min-saude.pt)

- Portal da Segurança Alimentar  
[www.segurancaalimentar.pt](http://www.segurancaalimentar.pt)
- Portal do Cidadão  
[www.portaldocidadao.pt](http://www.portaldocidadao.pt)
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa  
[www.scml.pt](http://www.scml.pt)
- Segurança Social  
[www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

## **SOBRE AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA**

- Instituto Nacional para a Reabilitação (INR)  
[www.inr.pt/content/1/59/ajudas-tecnicas-produto-de-apoio](http://www.inr.pt/content/1/59/ajudas-tecnicas-produto-de-apoio)

## **ORGANIZAÇÕES E ASSOCIAÇÕES**

- Alzheimer Portugal  
Email: [geral@alzheimerportugal.org](mailto:geral@alzheimerportugal.org)  
[www.alzheimerportugal.org](http://www.alzheimerportugal.org)
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos  
[www.apcp.com.pt](http://www.apcp.com.pt)
- Associação Portuguesa de Doentes Parkinson (APDP)  
Email: [parkinsonsede@parkinson.org.pt](mailto:parkinsonsede@parkinson.org.pt)  
[www.parkinson.org.pt](http://www.parkinson.org.pt)
- Associação Portuguesa de Psicogerontologia  
[www.app.com.pt](http://www.app.com.pt)

- Associação Portuguesa do Direito ao Consumo (APDC)  
[www.apdconsumo.pt](http://www.apdconsumo.pt)
- Associação Portuguesa do Direito ao Consumo (APDC)  
Portal Ajudas  
[www.ajudas.com](http://www.ajudas.com)
- Associação Portuguesa dos Direitos dos Consumidores (DECO  
PROTESTE)  
[www.deco.proteste.pt](http://www.deco.proteste.pt)
- Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública  
[www.appsp.org](http://www.appsp.org)
- Associação Portuguesa para a Qualidade na Saúde (SPQS)  
[www.spqsaude.com](http://www.spqsaude.com)
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP)  
Email: [diabetes@apdp.pt](mailto:diabetes@apdp.pt)  
[www.apdp.pt](http://www.apdp.pt)
- Cruz Vermelha Portuguesa (CVP)  
[www.cruzvermelha.pt](http://www.cruzvermelha.pt)
- TOPSAÚDE  
[www.topsaude.pt](http://www.topsaude.pt)

## TEMÁTICOS

- Actividade Física na Terceira Idade  
[www.efdeportes.com](http://www.efdeportes.com)
- Alimentação e Nutrição  
[www.alimentacaosaudavel.org/](http://www.alimentacaosaudavel.org/)

- Portal do Envelhecimento  
[www.portaldoenvelhecimento.net/](http://www.portaldoenvelhecimento.net/)
- Rede Universidades da Terceira Idade (RUTIS)  
[www.rutis.org/](http://www.rutis.org/)
- Terceira Idade Online  
[www.projectotio.net](http://www.projectotio.net)
- Turismo sénior  
[www.inatel.pt/](http://www.inatel.pt/)

## 8 Tabelas e figuras



### TABELAS

1. Factores fisiológicos do envelhecimento que favorecem as quedas	14
2. Doenças que favorecem as quedas	15
3. Factores ambientais	16
4. Grupos de fármacos e outras substâncias que mais frequentemente podem predispor para as quedas	18
5. Correção de factores de risco extrínsecos	19
6. Características gerais que devem estar presentes num programa de exercícios para o idoso	22
7. Recomendações antes de iniciar o exercício físico	23
8. Actividades desportivas recomendadas	23
9. Programa de exercícios	24
10. Alimentos ricos em cálcio	26
11. Doses dietéticas recomendadas para pessoas idosas	27
12. Actividades da vida diária	29
13. Lugares comuns sobre as quedas que devemos ELIMINAR	36

14. Avaliação do idoso com quedas	36
15. Correção de factores de risco intrínsecos	38
16. Programa de exercícios em idosos com quedas	41
17. Prevenção da intoxicação medicamentosa	48
18. Conselhos para prevenir a intoxicação medicamentosa	49
19. Prevenção de intoxicações alimentares	54
20. Normas para prevenir intoxicações por gás	56
21. Recomendações gerais de prevenção	57
22. Recomendações específicas de prevenção	57
23. Queimaduras em função da sua gravidade	59
24. Tipos de queimaduras em função do agente que as provoca	61
25. O que NÃO se deve fazer perante uma queimadura grave	64
26. Medidas gerais de prevenção de incêndios e explosões no domicílio	65
27. Como prevenir um choque eléctrico?	68
28. O que fazer em caso de choque eléctrico?	69
29. Tipos de obstrução das vias aéreas	69
30. Causas mais comuns de asfixia	70
31. O que fazer em caso de asfixia?	71

## FIGURAS

1. Causas gerais das quedas	13
2. Roda dos Alimentos	28
3. Como sair da cama?	29
4. Como entrar na cama?	30
5. Como levantar-se / sentar-se numa cadeira ou sofá?	34
6. Como levantar-se depois de uma queda?	42
7. Regra de Wallace	60



Criámos para si [www.commaiscuidado.com.pt](http://www.commaiscuidado.com.pt), um site prático e fácil, onde poderá consultar todos os recursos informativos da campanha bem como o calendário de actividades.

O nosso objectivo é estabelecer uma comunicação directa com a pessoa idosa para esclarecer qualquer dúvida que surja.



Visite o nosso site e aceda a todos os conteúdos dos dois guias (profissionais; idosos/familiares) e aos vídeos de simulação de acidentes.

Se desejar mais informações sobre a campanha COM MAIS CUIDADO, consulte a nossa página Web [www.commaiscuidado.com.pt](http://www.commaiscuidado.com.pt) ou contacte-nos através do número **808242024** ou do e-mail [responsabilidadesocial@mapfre.pt](mailto:responsabilidadesocial@mapfre.pt)

Edição:  
**FUNDACIÓN MAPFRE**



**Colaboração:**



[www.fundacionmapfre.com](http://www.fundacionmapfre.com)