

PRIMEIROS SOCORROS

**PARA PACIENTES COM A
DOENÇA
DE PARKINSON**

**PAULO VIANA
CARLOS R. M. RIEDER
LUCIANO SILVEIRA EIFLER**

SUMÁRIO

Capa

Conselho Editorial

Folha de Rosto

Créditos

PREFÁCIO

APRESENTAÇÃO

1 Entendendo a Doença de Parkinson

Diagnóstico

Diagnóstico diferencial

Aspectos epidemiológicos e fatores de risco

Fatores de proteção

2 Etapas da Doença de Parkinson

Manifestações clínicas e evolução da Doença de Parkinson

Sintomas motores

Sintomas não motores

Tratamento

3 Primeiros socorros para cuidadores de pacientes com a Doença de Parkinson

Acidente com gás de cozinha

Acidente Vascular Cerebral (derrame)

Agressividade

Angina do peito

Apatia

Choques elétricos

Convulsões

Delirium

Depressão

Desidratação

Emergências glicêmicas (alterações da glicose no sangue)

Engasgo

Epistaxe

Ferimentos

Hemoptise

Hemorragia digestiva alta

Hemorragia digestiva baixa

Hipertermia (aumento da temperatura corporal)

Hipotermia (temperatura corporal baixa)

Infarto/enfarte agudo do miocárdio

Insônia

Intoxicações e envenenamentos

Mordidas e picadas de animais

Náusea/vômito

Obstrução das vias aéreas por corpo estranho

Parada cardiorrespiratória

Pneumonia

Quedas

Queimaduras

CONSIDERAÇÕES FINAIS

POSFÁCIO

Referências

EDIPUCRS

PUCRS

CONSELHO EDITORIAL EDIPUCRS

Chanceler Dom Jaime Spengler

Reitor Evilázio Teixeira | **Vice-Reitor** Manuir José Mentges

Carlos Eduardo Lobo e Silva (Presidente), Luciano Aronne de Abreu (Editor-Chefe), Adelar Fochezatto, Antonio Carlos Hohlfeldt, Cláudia Musa Fay, Gleny T. Duro Guimarães, Helder Gordim da Silveira, Livia Haygert Pithan, Lucia Maria Martins Giraffa, Maria Eunice Moreira, Maria Martha Campos, Norman Roland Madarasz, Walter F. de Azevedo Jr.

Conforme a Política Editorial vigente, todos os livros publicados pela editora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (EDIPUCRS) passam por avaliação de pares e aprovação do Conselho Editorial.

PRIMEIROS SOCORROS

PARA PACIENTES COM A

DOENÇA DE PARKINSON

PAULO VIANA
CARLOS R. M. RIEDER
LUCIANO SILVEIRA EIFLER

 **ediPUCRS**

PORTO ALEGRE
2021

© EDIPUCRS 2021

CAPA EDIPUCRS

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA Maria Fernanda Fuscaldo

REVISÃO DE TEXTO GAIA REVISÃO TEXTUAL

Edição revisada segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V614p Viana, Paulo

Primeiros socorros para pacientes com a doença de Parkinson [recurso eletrônico] / Paulo Viana, Carlos R. M. Rieder, Luciano Silveira Eifler. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2021.

1 Recurso on-line (96 p.).

Modo de Acesso: <<http://www.pucrs.br/edipucrs>>

ISBN 978-65-5623-169-3

1. Doença de Parkinson. 2. Primeiros socorros. 3. Medicina.
I. Rieder, Carlos R. M. II. Eifler, Luciano Silveira. III. Título.

CDD 23. ed. 616.833

Anamaria Ferreira – CRB-10/1494

Setor de Tratamento da Informação da BC-PUCRS.

Todos os direitos desta edição estão reservados, inclusive o de

reprodução total ou parcial, em qualquer meio, com base na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, Lei de Direitos Autorais.



Editora Universitária da PUCRS

Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 33

Caixa Postal 1429 - CEP 90619-900

Porto Alegre - RS - Brasil

Fone/fax: (51) 3320 3711

E-mail: edipucrs@pucrs.br

Site: www.pucrs.br/edipucrs

PREFÁCIO

O envelhecimento populacional é um problema social cada vez mais presente. Essa mudança etária leva-nos a diversas reflexões, desafios e uma busca de novos conhecimentos. É importante destacar que no início do século XX, quando não havia condições sanitárias, a população falecia de doenças infecciosas, com uma expectativa de vida de cerca de 35-40 anos de idade. Desde então, ocorreram duas grandes revoluções culturais que acarretaram grandes mudanças: industrial e tecnológica.

A primeira revolução melhorou as condições sanitárias da população, aumentando a expectativa de vida da população em cerca de 20 anos e diminuindo a mortalidade populacional por doenças infecciosas. Além disso, na área médica, tivemos melhoras significativas quanto aos cuidados hospitalares, com a descoberta e o desenvolvimento do método anestésico, cirúrgico e de esterilização.

A segunda e grande revolução da saúde foi marcada por descobertas na área da infectologia, com o advento dos antibióticos, sendo a penicilina o primeiro agente a ser utilizado em grande escala durante a Segunda Guerra Mundial. Houve também a evolução dos estudos de imagem (ecografia, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética), dos cuidados intensivos, entre outros. Essa segunda grande revolução aumentou a expectativa de vida da população para cerca de 80 anos de idade

nos países desenvolvidos, sendo que os países em desenvolvimento alcançarão essa faixa etária nas próximas décadas.

Em relação às doenças, verifica-se que as infecciosas passaram a ter um maior controle, aumentando de forma significativa a expectativa de vida populacional. Atualmente, as doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade, apesar dos inúmeros avanços com o desenvolvimento de medicações, uso de radiologia intervencionista e avançadas cirurgias, sendo seguidas pelas doenças neoplásicas. Acredita-se que o câncer, uma doença neoplásica, logo figurará como principal causa de mortalidade, por isso recebe grande atenção da comunidade científica. Seu estudo e tratamento estão evoluindo com o avanço da genômica, descoberta de novas drogas e melhor entendimento da biologia molecular.

No contexto do envelhecimento populacional, com a melhora do tratamento médico e o aumento da expectativa de vida, novas doenças estão crescendo de forma gradativa, que são denominadas de problemas da senilidade populacional. A senilidade é considerada um processo patológico de envelhecimento, caracterizando-se por um declínio gradual no funcionamento dos sistemas cardiovascular, respiratório, genital, urinário, endócrino e imunológico, entre outros. É importante salientar que a velhice não está ligada com a debilidade intelectual e física, pois a maioria das pessoas retém suas capacidades cognitivas e físicas em um grau notável mesmo estando senis. No entanto, algumas pessoas desenvolvem diminuição das capacidades cognitivas com perda progressiva da função mental,

podendo desenvolver doenças neurológicas como as doenças de Parkinson e Alzheimer.

Quanto às doenças relacionadas à senilidade, cada vez mais aumenta a incidência de Doença de Parkinson na população, que é uma doença degenerativa crônica que afeta o sistema nervoso central, influenciando a coordenação motora. Os sintomas manifestam-se de forma lenta e gradual, ao longo do tempo, indo de tremores, passando por rigidez e lentidão de movimentos até dificuldade em caminhar, podendo ocorrer problemas de raciocínio e comportamentais, com a presença de demência nos estágios mais avançados. Embora se desconheça a causa exata da doença, acredita-se que envolva tanto fatores genéticos como ambientais. Não existe cura para a Doença de Parkinson, seu tratamento destina-se apenas a melhorar os sintomas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 1% da população acima de 65 anos seja acometida por essa doença. Em 2005, estimava-se que mais de 4 milhões de indivíduos com idade superior a 50 anos sofriam com a doença; a projeção para 2030 é que esse número duplique. Nos Estados Unidos, surgem cerca de 59 mil casos por ano; no Brasil, os estudos epidemiológicos são escassos, mas estima-se que haja 200 mil portadores da doença.

Diante desse crescente epidemiológico da doença, ter noções de primeiros socorros é essencial para atender os portadores dessa doença, pois esses pacientes possuem alguns diferenciais em relação ao seu diagnóstico e tratamento. Este livro, pioneiro na literatura brasileira, visa preencher esse espaço e melhorar cada vez mais o atendimento de pessoas acometidas por essa crescente e importante doença.

Gustavo Andreazza Laporte

Especialista em Cirurgia Geral e Oncológica

Doutor e mestre em Ciências da Saúde

Preceptor e cirurgião geral e oncológico da Santa Casa de Porto Alegre

APRESENTAÇÃO

O processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, são preocupações da sociedade moderna. A transição demográfica acarreta mudanças e desafios relacionados tanto aos aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais quanto aos que se referem à ciência, saúde e tecnologia. A saúde talvez consista no aspecto mais enfatizado e preocupante do envelhecer, considerando-se que a maioria dos idosos apresenta várias doenças crônicas, entre elas a Doença de Parkinson.

Essa doença foi descrita em 1817 pelo médico inglês James Parkinson e trata-se de um distúrbio do movimento que causa tremor, rigidez, lentidão dos movimentos e alterações posturais relacionada à escassez de produção de dopamina cerebral. Os idosos portadores da doença apresentam manifestações não motoras, como dificuldade de deglutição, salivação excessiva, queda da pressão arterial, constipação, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária, jato de urina fraco, esvaziamento incompleto da bexiga, disfunção sexual, sudorese excessiva, distúrbios respiratórios, dor, dormência, depressão, apatia, ansiedade, alucinações, delírios, alterações cognitivas, demência, sonolência excessiva diurna, insônia, alterações do olfato, refluxo gastroesofágico, náuseas, vômitos, tontura, cansaço, visão borrada, distúrbios do apetite, alterações do peso, dermatite seborreica, entre outras.

A prevalência dessa doença no Brasil ainda não tem números definidos, sendo provável que se situe na faixa de 160 a 200 casos por 100.000 habitantes. A doença, infelizmente, não tem cura. Os especialistas conseguem com medidas farmacológicas, não farmacológicas e cirúrgicas proporcionarem uma melhor qualidade de vida aos seus portadores. Essa é uma doença que afeta consideravelmente as atividades básicas e instrumentais de vida diária do portador, tendo como resultado, na maioria das vezes, a dependência total, perda da autonomia e necessidade de cuidados durante 24 horas por uma equipe interdisciplinar.

Em função de suas manifestações clínicas, os idosos estão mais sujeitos a situações que exigirão socorro médico de urgência ou de emergência, o que torna esta obra relevante. O principal objetivo do livro é oferecer à comunidade um manual de consulta e leitura que ajude o paciente e o cuidador formal ou informal a agir adequadamente nessas situações.

Gostaria de parabenizar o neurologista dr. Carlos Rieder, o emergencista dr. Luciano Eifler e o técnico de enfermagem e socorrista Paulo Viana pela brilhante iniciativa de elaborarem este livro sobre os primeiros socorros para pacientes portadores da Doença de Parkinson, pois será extremamente útil para melhorar a qualidade de vida dos seus portadores.

Newton Luiz Terra

*Geriatra
Professor do Instituto de Geriatria e Gerontologia e
da Escola de Medicina da PUCRS*

1

Entendendo a Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson (DP) é a segunda doença neurodegenerativa mais comum após a Doença de Alzheimer. Além disso, a DP é a causa mais comum das condições causadoras de lentidão dos movimentos, rigidez muscular, tremor de repouso e instabilidade postural. Esse conjunto de sintomas é conhecido como síndrome parkinsoniana. O diagnóstico da DP é essencialmente clínico e baseia-se na presença desses sintomas motores. A prevalência da DP está aumentando mais rapidamente do que outras condições neurológicas, e uma das principais razões é o envelhecimento da população.

Diagnóstico

O diagnóstico da DP é baseado nas manifestações clínicas, não havendo, até o momento, um teste diagnóstico definitivo. O diagnóstico é baseado na identificação de uma combinação dos sinais motores cardinais (tremor de repouso, lentidão dos movimentos e rigidez). Em muitas ocasiões, especialmente no início do aparecimento dos sintomas motores, a diferenciação clínica entre DP de outros quadros pode ser difícil.

Vários critérios diagnósticos têm sido propostos para o diagnóstico da DP, sendo os do Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido (United Kingdom Parkinson's Disease

Society Brain Bank) os mais utilizados, pois com eles se consegue uma fidedignidade diagnóstica em torno de 90%. Os critérios propostos pelo Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido envolvem três etapas (Quadro 1): caracterização clínica da síndrome parkinsoniana; exclusão de outras formas de parkinsonismo, tais como parkinsonismos secundários ou formas atípicas de parkinsonismo; e confirmação do diagnóstico clínico com base na resposta terapêutica à levodopa e na evolução da doença. Com base nesses critérios, o paciente terá diagnóstico de DP se apresentar lentidão dos movimentos (bradicinesia) associada ao tremor ou rigidez ou instabilidade postural. Além disso, é necessário que não tenha nenhum critério de exclusão (grupo 2) e tenha pelo menos 3 critérios de suporte positivos (grupo 3).

I. Critérios necessários para o diagnóstico de Doença de Parkinson
Bradicinesia e pelo menos um dos seguintes sintomas: · Rigidez muscular. · Tremor de repouso 4-6 Hz avaliado clinicamente. · Instabilidade postural não causada por distúrbios visuais, vestibulares, cerebelares ou proprioceptivos.
II. Critérios negativos (excludentes) para a Doença de Parkinson
História de AVC de repetição. História de trauma craniano grave. História definida de encefalite. Crises oculogíricas. Tratamento prévio com neurolépticos. Remissão espontânea dos sintomas. Quadro clínico estritamente unilateral após 3 anos. Paralisia supranuclear do olhar. Sinais cerebelares. Sinais autonômicos precoces. Demência precoce. Liberação piramidal com sinal de Babinski. Presença de tumor cerebral ou hidrocefalia comunicante. Resposta negativa a altas doses de levodopa.

III. Critérios positivos de suporte para o diagnóstico de Doença de Parkinson (três ou mais são necessários para o diagnóstico)

Início unilateral.
Presença do tremor de repouso.
Doença progressiva.
Persistência da assimetria dos sintomas.
Boa resposta à levodopa.
Presença de discinesias induzida por levodopa.
Resposta à levodopa por 5 anos ou mais.
Evolução clínica de 10 anos ou mais.

Quadro 1 – Critérios para o diagnóstico de Doença de Parkinson segundo o Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Diagnóstico diferencial

A DP é uma das formas mais comuns de parkinsonismo, talvez somente menos frequente que o parkinsonismo desencadeado por medicamentos. A DP é também chamada de parkinsonismo primário ou DP idiopática e deve ser diferenciada das outras formas de parkinsonismo, tais como parkinsonismo secundário, síndromes parkinsonianas-plus e outras doenças hereditárias degenerativas com manifestações similares. A precisão de diagnóstico da DP varia consideravelmente de acordo com a duração da doença. A acurácia diagnóstica é inferior na primeira visita e aumenta com o tempo de seguimento.

Entre as causas secundárias frequentes de parkinsonismo, encontram-se medicamentos que interferem com o metabolismo cerebral da dopamina e cujo uso prolongado pode produzir manifestações semelhantes às da DP, assim como: Acidentes Vasculares Cerebrais (multi-infartos), toxinas (intoxicações por

monóxido de carbono, metanol, metilfeniltetra-hidropiridina, manganês, cianeto e outros) e infecções do sistema nervoso central (AIDS, infecções fúngicas etc.).

Aspectos epidemiológicos e fatores de risco

A DP é uma das doenças neurológicas mais comuns dos dias de hoje, e sua prevalência está aumentando mais rapidamente quando comparada com outras condições neurológicas. A DP possui distribuição semelhante em todos os grupos étnicos, com uma discreta predominância no sexo masculino. Sua incidência e prevalência se intensificam com o aumento da idade. A prevalência da DP está entre 1 e 3% da população acima dos 65 anos, mas pode iniciar nas mais diversas faixas etárias. Em cerca de 5-10% dos casos os sintomas se iniciam antes dos 45 anos de idade, porém sua incidência aumenta com a idade, sendo este seu principal fator de risco.

Diversos fatores de risco foram associados com um aumento no risco de desenvolvimento da DP, destacando-se o envelhecimento como o principal deles. A grande maioria dos casos de DP é esporádica, ou seja, sem uma causa determinante reconhecida. Contudo, até 10% dos casos diagnosticados apresentam história familiar positiva, em parentes de primeiro grau, para a doença. Acredita-se que na maioria dos casos deva ocorrer uma interação entre aspectos genéticos e ambientais, isto é, indivíduos com predisposição genética, quando expostos a potenciais fatores tóxicos ambientais, poderiam desenvolver a DP.

Em cerca de 10% dos casos de DP existe uma causa basicamente genética. A contribuição genética é mais evidente em

pacientes com início precoce da doença, em especial nos pacientes que apresentaram sintomas antes dos 45 anos de idade. No entanto, existem formas genéticas bem estabelecidas com a idade de começo de sintomas tardios.

Fatores ambientais capazes de produzir estresse oxidativo com formação de radicais livres tóxicos ao tecido cerebral foram descritos como causadores de parkinsonismo. Entre esses produtos estão os compostos que acarretam o acúmulo de ferro, manganês, cobre e chumbo. O MPTP, um derivado opioide que produz efeitos deletérios em áreas cerebrais envolvidas na DP, foi o primeiro componente químico relacionado com a DP.

Da mesma maneira, foram implicadas algumas drogas ilícitas, como anfetamina, metanfetamina e cocaína, nesse processo de toxicidade. Intoxicações por alguns solventes também parecem aumentar o risco da DP. Estudos que avaliam a ingestão de álcool também mostram resultados conflitantes. Em baixas quantidades, parece não haver um aumento de risco, porém, estudos sugerem que, em quantidades maiores, o álcool aumente o risco da DP.

Um fator de risco relevante para a DP é a história de traumatismo craniano. Outros fatores associados, mas com menor impacto, foram a presença de transtornos de humor, morar em zona rural e o consumo de água de poço. A relação com o viver no meio rural parece depender do tipo de atividade exercida e da exposição a agrotóxicos utilizados no meio.

Fatores de proteção

Diversos fatores estão implicados na proteção contra a DP, mas, até o momento, poucos foram identificados como realmente

protetores. Entre estes estão: o consumo da cafeína, o uso de tabaco, os níveis de ácido úrico e o exercício físico. A cafeína, pela ingestão de café e chás, parece ter um fator de proteção. O mecanismo de ação da cafeína se dá sobre neurônios que contêm dopamina na região da substância negra. Ao bloquear alguns receptores presentes nesses neurônios (conhecidos como receptores da adenosina), a cafeína protegeria contra efeitos tóxicos causados por estresse oxidativo e formação de radicais livres. O café, além do efeito protetor, tem um efeito sintomático na DP, conforme estudos que demonstraram que a cafeína melhora alguns sintomas motores da doença. As evidências atuais, portanto, colocam o café não só como importante agente protetor, mas também de melhora sintomática na DP. Apesar disso, ainda não existe uma recomendação, ou consenso, de como indicar o uso na prática clínica.

O tabagismo é reconhecido como muito prejudicial à saúde de forma geral, mas há fortes evidências de que ele seja protetor para DP. Tabagistas apresentam redução no risco da DP quando comparados com indivíduos que nunca fumaram. Geralmente, tabagistas morrem antes e, assim, possuiriam uma menor chance de desenvolverem a DP, porém, mesmo quando controlado para mortalidade, ele parece ser protetor. O efeito seria, provavelmente, devido ao componente da nicotina, embora não seja possível descartar que outras substâncias presentes no cigarro sejam parcialmente responsáveis por esse efeito protetor. Contudo, há vários questionamentos importantes sobre o efeito protetor do cigarro na DP.

Atualmente, há evidências consistentes que relacionam o nível sanguíneo de ácido úrico como fator protetor para a DP. Os níveis elevados de ácido úrico têm efeito antioxidante e, por esse mecanismo, parecem diminuir o risco de desenvolver a doença.

Um importante fator protetor é o exercício físico. Estudos evidenciam que a prática regular de exercícios físicos, de moderados a vigorosos, diminui o risco de DP. O provável mecanismo de ação seria devido ao aumento dos níveis séricos de antioxidantes, como ácido úrico e outras substâncias neurotróficas protetoras liberadas pela atividade física.

Notas

[1] MPTP (1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetra-hidropiridina) é um precursor da neurotoxina MPP+ que provoca sintomas permanentes da DP ao destruir os neurônios dopaminérgicos (produtores de dopamina) da substância negra do cérebro.

2

Etapas da Doença de Parkinson

Manifestações clínicas e evolução da Doença de Parkinson

A DP é uma das enfermidades neurológicas mais exuberantes em termos de manifestações clínicas. Embora seja atualmente ainda diagnosticada por suas manifestações motoras características, uma ampla variedade de sinais e sintomas não motores também são reconhecidos como sendo próprios da doença. Tanto as manifestações motoras como as não motoras apresentam um curso evolutivo de instalação de acordo com o envolvimento do sistema nervoso.

Muitos dos sintomas não motores ocorrem antes do aparecimento do quadro motor característico. Os sintomas intestinais, por exemplo, podem estar presentes precocemente e serem explicados pela presença do envolvimento de neurônios atuantes na mobilidade intestinal. O envolvimento do bulbo olfatório justifica a redução e/ou perda do olfato, tanto nas fases iniciais quanto tardias.

Sintomas motores

Os achados motores clássicos da DP incluem: lentidão dos movimentos (bradicinesia), a rigidez muscular, o tremor de repouso e a instabilidade postural. Essas manifestações podem não ser óbvias no início do quadro e não são específicas da DP, pois podem

estar presentes em uma variedade de outras doenças neurológicas. Elas têm, em geral, um início focal, tipicamente em um dos membros. A lentidão dos movimentos, geralmente, é observada no início do movimento voluntário, percebida como uma redução do balançar dos membros superiores durante o caminhar, dando a impressão de ser uma marcha robotizada.

O tremor parkinsoniano é um dos sinais mais marcantes, ocorrendo, caracteristicamente, em repouso, como, por exemplo, com as mãos descansando sobre o colo, mas também pode surgir ou ficar exacerbado durante tarefas que requerem concentração mental. O tremor de repouso está presente em mais de 70% dos pacientes com DP.

A rigidez é caracterizada por aumento anormal do tônus muscular, determinando resistência aos movimentos passivos e produzindo, durante a mobilização passiva, uma sensação característica de “cano de chumbo” ou “roda dentada”. A rigidez é, geralmente, aumentada pela movimentação voluntária de outras partes do corpo. A frequência com que a rigidez ocorre na DP costuma ser superior a 85% dos casos.

Muitos autores consideram a instabilidade postural um sintoma clássico da DP, no entanto, essa manifestação não ocorre na fase inicial da doença na maioria das vezes. Em contraste, instabilidade postural e quedas são sintomas mais comuns em formas de parkinsonismo atípico ou DP avançada. Além dos sintomas supracitados, o paciente pode apresentar diminuição no tamanho da letra, com modificação inclusive da assinatura, diminuição da expressão facial, diminuição do volume da voz, passos curtos, postura mais fletida, entre outros. O estadiamento

da DP, baseado nas manifestações motoras, é frequentemente dado conforme o Estágio de Hoehn e Yahr (Quadro 2).

ESTÁGIO	CARACTERÍSTICAS
0	Sem sinais da doença.
1	Doença unilateral.
1.5	Acometimento unilateral e axial.
2	Acometimento bilateral, sem prejuízo do equilíbrio.
2.5	Leve acometimento bilateral, recuperação no teste de equilíbrio ("pull test").
3	Acometimento leve a moderado; instabilidade postural; independente fisicamente.
4	Acometimento severo; ainda capaz de caminhar ou permanecer em pé sem auxílio.
5	Usando cadeira de rodas ou acamado, exceto se auxiliado.

Quadro 2 – Estadiamento modificado de Hoehn e Yahr

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Em relação ao impacto funcional, a escala mais utilizada é o MDS-UPDRS. Uma forma prática de quantificar as limitações funcionais da doença é por meio da utilização da escala de atividades de vida diária de "Schwab and England" (Quadro 3).

PONTUAÇÃO	CARACTERÍSTICAS
100%	Completamente independente. Capaz de realizar atividades rotineiras sem lentidão, dificuldade ou prejuízo. Não percebe dificuldades. Essencialmente normal.
90%	Completamente independente. Capaz de realizar atividades rotineiras, porém com algum grau de lentidão, dificuldade e prejuízo funcional. Pode tomar o dobro do tempo. Começa a perceber suas dificuldades.
80%	Independente para a maioria das atividades rotineiras. Toma cerca do dobro do tempo na realização. Consciente das dificuldades e da lentificação.

PONTUAÇÃO	CARACTERÍSTICAS
70%	Não é completamente independente. Maior dificuldade na realização de atividades rotineiras. Algumas atividades rotineiras tomam 3-4x mais tempo. Pode tomar grande parte do dia para realização dessas atividades.
60%	Algum grau de dependência. Pode realizar a maioria das atividades rotineiras, porém com muita lentidão, dificuldade e prejuízo funcional. Erros; algumas atividades são impossíveis.
50%	Mais dependente. Necessita auxílio na metade das atividades rotineiras. Sente dificuldades para realizar as atividades.
40%	Muito dependente. Pode auxiliar nas atividades rotineiras, porém necessita de auxílio em quase todas.
30%	Com esforço, ocasionalmente (mas nem sempre) realiza ou inicia algumas atividades sozinho. Necessita de muito auxílio.
20%	Não realiza nada só. Pode auxiliar muito pouco em algumas atividades da rotina.
10%	Totalmente dependente, incapaz de auxiliar nas atividades rotineiras.
0%	Funções vegetativas. Deglutição e controle vesical e intestinal não são funcionantes. Restrito ao leito.

Quadro 3 – Escala de Atividade de Vida Diária de “Schwab and England”*

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

* Escore intermediário pode ser selecionado.

Sintomas não motores

As manifestações não motoras na DP são diversas e variadas em intensidade, destacando: alterações do olfato, depressão, distúrbios do sono, constipação, alterações da pressão, alterações urinárias e manifestações neuropsiquiátricas. Estudos indicam que mais de 90% dos pacientes com DP apresentam pelo menos um

sintoma não motor. As manifestações não motoras aumentam com a progressão da DP, mas podem estar presentes nas fases iniciais.

Entre as manifestações não motoras, as manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas são muito frequentes à medida que a doença progride e podem variar desde ansiedade, apatia e depressão até quadros de demência. Embora as manifestações neuropsiquiátricas sejam mais frequentes com a evolução da doença, algumas manifestações (exemplo a depressão) podem anteceder em anos o aparecimento dos sintomas motores. As principais manifestações não motoras estão listadas no Quadro 4, a seguir.

Sintomas neuropsiquiátricos	• Depressão. • Ansiedade. • Apatia. • Sintomas psicóticos. • Transtorno de controle de impulsos. • Prejuízos cognitivos e demência.
Distúrbios do sono	• Sonolência excessiva diurna. • Insônia. • Sonhos vívidos . • Transtorno comportamental do sono REM.
Dor e distúrbios sensitivos	
Perda do olfato	
Salivação excessiva (sialorreia)	
Sintomas gastrointestinais	• Dificuldade de deglutição (disfagia). • Refluxo gastroesofágico. • Retardo no esvaziamento gástrico. • Náuseas, vômitos. • Constipação.
Sintomas autonômicos	• Distúrbios urinários. • Disfunção sexual. • Tonturas por queda da pressão (hipotensão postural). • Sudorese excessiva.
Dermatite seborreica	

Quadro 4 – Principais manifestações não motoras da DP

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Tratamento

Tratamento medicamentoso

O tratamento da DP baseia-se, essencialmente, na tentativa de aumento do aporte de dopamina reduzida nas áreas cerebrais. Diversas opções de medicamentos estão disponíveis, mas a mais eficaz para o controle das manifestações motoras ainda é a levodopa (Quadro 5). Em combinação com benserazida ou carbidopa, a levodopa é convertida em dopamina no sistema nervoso central e auxilia no controle dos sintomas motores e em alguns não motores.

As complicações decorrentes do tratamento ainda são frequentes e de difícil manejo na prática diária. As principais complicações motoras são as discinesias (movimentos rápidos e involuntários, chamados de coreia, geralmente no pico de dose da levodopa) e o *wearing off* (perda do efeito da medicação antes da próxima dose). Náuseas e alucinações são outras complicações possíveis do tratamento.

Levodopa + Inibidor da dopa-descarboxilase
Levodopa-carbidopa
Levodopa-benserazida
Agonista dopaminérgico
Pramipexol liberação imediata
Pramipexol liberação estendida
Rotigotina transdérmico

Inibidores da Monoamino Oxidase (MAO-B)
Selegilina
Rasagilina
Inibidores da Catecol-O-Metiltransferase (COMT)
Entacapone
Tolcapone
Antiglutamatérgicas
Amantadina
Anticolinérgicos
Biperideno
Triexifenidil

Quadro 5 – Principais medicações disponíveis no Brasil para o tratamento dos sintomas motores da DP

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

O medicamento ideal seria um com a capacidade de reverter e/ou estabilizar a doença, mas, até o momento, nenhum medicamento conseguiu atingir esse propósito para haver recomendação na prática clínica. Contudo, vários medicamentos estão disponíveis para a melhoria dos sintomas. É recomendável iniciar um tratamento sintomático no momento do diagnóstico. Obviamente, pacientes com incapacidade funcional causada por sintomas parkinsonianos devem sempre receber tratamento sintomático.

A escolha do medicamento mais adequado deverá levar em consideração fatores como: estágio da doença, sintomatologia

presente, ocorrência de efeitos colaterais, idade do paciente, medicamentos em uso e seu custo. Para pacientes com sintomas leves sem prejuízo funcional, a droga mais recomendada, atualmente, é a rasagilina. No entanto, quando os sintomas produzirem maiores graus de incapacidade, tanto a levodopa quanto os agonistas dopaminérgicos estão indicados. A levodopa é o medicamento mais efetivo no controle dos sintomas da DP, especialmente a rigidez e a bradicinesia. A consistência de efeito nos mais de 30 anos de existência desse medicamento valida a sua utilização clínica.

No passado, foi sugerido que a levodopa poderia ser tóxica para neurônios da substância negra e, portanto, aumentar a progressão da DP, porém não existem evidências convincentes de estudos em animais ou em humanos para apoiar essa hipótese. Ao contrário, estudos mais recentes demonstraram a segurança da levodopa, desfazendo as hipóteses de neurotoxicidade do fármaco. No entanto, o maior problema com o uso de levodopa é o aparecimento de flutuações motoras e discinesias associadas com o tratamento prolongado. A ocorrência de discinesias está relacionada, principalmente, com doses altas de levodopa, por isso o ideal seria empregar doses mais baixas.

Flutuações motoras se referem a respostas motoras flutuantes à administração de levodopa, com encurtamento da duração de seu efeito (fenômeno do *wearing off*) e interrupção súbita de sua ação, levando a uma situação “resposta-falta” (fenômeno *on-off*) ao medicamento. Pacientes mais jovens são particularmente mais vulneráveis ao aparecimento mais precoce desses sintomas. As complicações motoras podem atingir cerca de

80% dos pacientes jovens e 44% dos mais velhos após 5 anos de tratamento.

Pacientes que iniciam com levodopa apresentam maior número de flutuações motoras e discinesias do que os tratados inicialmente com agonistas. No entanto, essas diferenças entre agonistas e levodopa desaparecem com a evolução da doença, e a frequência de complicações motoras se torna independente do tratamento que receberam nos primeiros anos da doença. Com base nesses dados, tem sido recomendado que indivíduos mais jovens iniciem o tratamento sintomático com os agonistas da dopamina, por apresentarem um menor risco de complicações motoras, porém, se os sintomas motores não forem bem controlados com doses adequadas de agonistas dopaminérgicos, a levodopa deve ser logo adicionada.

Existem condições em que a levodopa é considerada a primeira opção terapêutica, são elas: (1) pacientes acima de 70 anos, por apresentarem menor risco de desenvolver complicações motoras com a administração da levodopa; (2) presença de comorbidades, pelo menor risco de efeitos adversos, incluindo alucinações, alterações cognitivas, sonolência e hipotensão postural com levodopa. Nas fases avançadas, a levodopa é o medicamento mais eficaz. No tratamento de pacientes em fase avançada que usam levodopa, existe a possibilidade de vários medicamentos, entre eles os agonistas da dopamina (pramipexol e rotigotina), inibidores da MAO (rasagilina e selegilina), inibidores da COMT (entacapone, tolcapone). Vários trabalhos mostraram que os agonistas da dopamina são capazes de reduzir as flutuações motoras.

Para controle das discinesias, induzidas pela levodopa, uma alternativa é associar um agonista dopaminérgico e reduzir a dose de levodopa. A amantadina é outra opção por ser um medicamento comprovadamente eficaz em controlar discinesias. Como frequentemente o esquema de tratamento envolve vários medicamentos, é importante conhecer os potenciais efeitos adversos dessas medicações.

MEDICAMENTO	EFEITOS ADVERSOS
Levodopa	Os mais comuns (>1%) incluem: discinesias, náuseas, alucinações, confusão, tonturas, coreia, boca seca, alterações do sono, distonia, sonolência, insônia, astenia, depressão, vômitos e anorexia.
Agonistas da dopamina (pramipexole e rotigotina)	Os efeitos colaterais mais comuns são: sonolência excessiva, náusea e hipotensão postural. Edema e ganho de peso também podem ocorrer. Problemas neuropsiquiátricos, como alucinações, psicose e Transtornos do Controle dos Impulsos (TCIs), ocorrem mais em usuários de agonistas dopaminérgicos do que naqueles em uso de levodopa. Como a rotigotina está disponível na apresentação <i>patch</i> , alterações dermatológicas, principalmente eritema e prurido, têm sido descritas em cerca de 50% dos pacientes.

MEDICAMENTO	EFEITOS ADVERSOS
Inibidores da MAO-B (selegilina e rasagilina)	Tanto a selegilina quanto a rasagilina, quando empregadas em monoterapia ou em associação com a L-dopa, parecem ser fármacos bem tolerados. Os efeitos adversos mais comuns incluem: fraqueza, náuseas, dor abdominal, boca seca, hipotensão ortostática e insônia. Os efeitos colaterais observados e relacionados à produção de metabólitos anfetamínicos são mais observados com selegilina e incluem: hipertensão, palpitações, arritmias e cefaleia. Há aumento dos movimentos não usuais do corpo, dor no peito, alterações nos batimentos do coração, dificuldade para respirar, inchaço, alucinações, desorientação, agitação, nervosismo, ansiedade, dor de cabeça, aumento da pressão arterial, tontura ao levantar, prisão de ventre, diarreia, dificuldade ou dor para urinar, sangramento gastrointestinal, fezes escurecidas, dor intensa no estômago, alteração de comportamento, irritabilidade, perda de apetite, perda de peso, reações alérgicas na pele, cansaço, fraqueza, bruxismo (ranger dos dentes), dor abdominal, secura na boca, náuseas e vômitos. Efeitos mais raros incluem: ansiedade, nervosismo, contração involuntária na face, problemas de visão, calafrios, câibras, formigamentos e aumento da sensibilidade à luz.
Amantadina	Os efeitos adversos mais comuns (>1%) são: hipotensão ortostática, edema periférico, insônia, depressão, ansiedade, irritabilidade, tontura, alucinação, ataxia, cefaleia, sonolência, agitação, fadiga, confusão, livedo reticular, náusea, anorexia, constipação, diarreia e boca seca.
Anticolinérgicos (triexifenidil e biperideno)	Reações alérgicas na pele, confusão, problemas na visão, prisão de ventre, dificuldade ou dor para urinar, boca seca, sensibilidade aumentada dos olhos à luz, náuseas e vômitos. Reações menos frequentes ou raras incluem: dor de cabeça, perda de memória, nervosismo, cansaço, tontura ao levantar, dor de estômago, inflamação da boca ou língua e dificuldade para dormir.
Tolcapona	Dor abdominal, perda de apetite, diarreia, alucinações, dor de cabeça, insônia, náuseas, vômitos, infecções do trato respiratório, confusão, dor no peito, fadiga, hiperatividade, perda do equilíbrio, sintomas gripais, prisão de ventre, aumento do suor, secura da boca, azia, descoloração da urina, febre e alterações da função hepática.

MEDICAMENTO	EFEITOS ADVERSOS
Entacapona	Alucinações, aumento dos movimentos do corpo, infecções, febre, tosse, dor ou dificuldade para urinar, cansaço, dor abdominal, diarreia, prisão de ventre, náusea, agitação, nervosismo, ansiedade, respiração curta, boca seca, azia, gases, vômito, sonolência e descoloração da urina.

Quadro 6 – Efeitos adversos mais comuns dos antiparkinsonianos

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Tratamento cirúrgico

Para um grupo selecionado de pacientes cujo tratamento medicamentoso não trouxe controle adequado dos sintomas, a cirurgia de implante de estimulador cerebral profundo (DBS) no núcleo subtalâmico ou no globo pálido interno deve ser considerada. Esse é um procedimento cirúrgico considerado relativamente seguro e eficaz. O implante do DBS pode reduzir os períodos *off*, aumentar o tempo *on*, reduzir as discinesias, controlar o tremor refratário, melhorar o desempenho das atividades de vida diária e a qualidade de vida.

Embora a cirurgia com implante de DBS seja um tratamento eficaz para os sintomas motores da DP, ela não é curativa nem interrompe a progressão da doença. Sendo assim, somente deverá ser considerada em pacientes que não conseguem obter um controle adequado com terapia farmacológica otimizada. Contudo, nem todos os pacientes irão ter benefícios com a cirurgia, por isso a correta identificação dos pacientes que poderão se beneficiar de DBS tem grande importância e é, certamente, o fator mais importante no sucesso do procedimento.

3

Primeiros socorros para cuidadores de pacientes com a Doença de Parkinson

O cuidador, seja ele formal ou informal, de um paciente com a DP precisa ter conhecimento de algumas situações comuns a esses pacientes que exigirão socorro médico de urgência ou de emergência, como, por exemplo: quedas, desmaios, hemorragias digestivas, intoxicações por medicamentos ou outros produtos tóxicos (como produtos de limpeza, desinfetantes, detergentes), ferimentos com objetos cortantes, convulsões, acidentes com vazamento de gás, hipertermia, hipotermia, hipoglicemia, hiperglicemia, choques elétricos, infecções (urinária, respiratória, gastrointestinal), queimaduras, desidratação, desnutrição, paradas cardíacas, angina do peito, infarto do miocárdio, hemorragia digestiva, epistaxe (sangramento nasal), hemoptise (sangue ao tossir), AVC (derrame), entre outras. A presente publicação pretende orientar os cuidadores de idosos portadores de DP sobre as condutas mais adequadas a serem tomadas nessas situações, podendo ser útil também a cuidadores de idosos portadores de outras doenças.

Destacamos, inicialmente, as seguintes orientações: sempre tome cuidado para não causar nenhum dano ao ajudar o idoso, visto que ele é um ser mais frágil, faz uso de vários medicamentos e é portador de várias doenças associadas. Lembre-se de que os

primeiros socorros são atendimentos imediatos prestados a uma pessoa vítima de acidente ou mal súbito; são procedimentos de diferentes complexidades que, muitas vezes, podem requerer um manejo inicial simples, com vistas à manutenção da vida em situações de emergência até a chegada de recursos especializados e/ou remoção da vítima para um pronto-socorro. Suas principais finalidades são: preservar a vida, prevenir lesões adicionais, promover o conforto, amenizar o sofrimento e transportar o idoso com segurança e rapidez para o hospital, desde que isso seja possível e não o prejudique.

Antes de iniciar a avaliação, é necessário ter certeza de que não há risco à sua segurança pessoal. Em casos de acidentes de trânsito envolvendo um idoso portador da DP, por exemplo, o cuidador poderá ser vítima também. Em casos como este: peça para alguém salvaguardar a cena, para isolar o perímetro (local), sinalizar adequadamente (de acordo com as regras de trânsito vigente, como a colocação, por exemplo, do triângulo de sinalização, ou pedir para uma pessoa se posicionar para alertar sobre o fluxo de veículos) e chame ou solicite que alguém acione os agentes públicos policiais ou bombeiros. Socorrer alguém pode ser perigoso, por isso não descuide de sua própria segurança; não corra riscos em resgates heroicos, como em locais inseguros, em situação de fogo descontrolado, em atos de violência associados.

A avaliação do idoso é um procedimento rápido, que auxilia na identificação dos riscos à vida, portanto, mantenha o controle de si mesmo e da situação, explique calmamente o que vai fazer se o idoso tiver condições de entender, seja objetivo, aja com calma e lógica, tente responder às perguntas com franqueza. A

comunicação, se for possível, é essencial. Não deixe o idoso sentir-se abandonado, por isso converse com ele durante todo o atendimento (em casos que isso for possível), reconheça que se trata de uma urgência/emergência, chame socorro especializado, atue conforme seus conhecimentos e habilidades e assista ao idoso até que chegue o socorro. Nunca se esqueça de que os *primeiros socorros podem significar a diferença entre a vida e a morte* quando aplicados com eficiência.

Para iniciar, é importante o entendimento do significado de “urgência” e “emergência”, que são dois termos usados na área da medicina:

- *Urgência* – é uma situação que não pode ser adiada, que deve ser resolvida rapidamente, senão a situação se agrava, mas o idoso não corre risco de morte imediata. Por exemplo: um idoso que sofre uma queda com fratura é uma situação de urgência, no entanto não é crítica, ainda que se houver demora no seu atendimento possam ocorrer complicações que podem levá-lo à morte. Outros exemplos de urgências são: uma crise convulsiva, episódio de agressividade, ferimentos leves etc.
- *Emergência* – se refere a uma situação crítica em que o idoso precisa ser atendido imediatamente, pois, ao contrário, pode morrer. São exemplos de emergência: infarto do miocárdio, Acidente Vascular Cerebral (derrame), hemorragia digestiva maciça, parada cardíaca etc. Essas são situações em que, se não houver uma intervenção ou cirurgia de imediato, o risco de morte é muito grande.

A seguir, descreveremos, em ordem alfabética, algumas situações que são comuns em pacientes portadores da DP e quais as condutas a serem tomadas pelos cuidadores, formais ou informais.

Acidente com gás de cozinha

Esse tipo de acidente é comum em idosos. O cuidador, ao perceber essa situação, jamais deve acender a luz ou riscar um fósforo. Se na cozinha houver uma geladeira e/ou freezer ligados, desligue-os imediatamente, pois o mecanismo de acionamento dos motores pode emitir faíscas e causar uma explosão com consequências drásticas para o idoso, principalmente queimaduras de vários graus. Lembre-se de que muitos idosos não têm olfato igual ao adulto/adolescente, por isso não percebem o cheiro do gás.

Seguem algumas orientações extremamente relevantes nesse caso:

- Desligue, imediatamente, o botijão.
- Abra portas e janelas.
- Se houver outras pessoas no local, elas podem estar inconscientes ou semiconscientes, assim o melhor é sempre transferi-las para um local arejado.
- Se a ventilação for boa, após serem tomadas as medidas descritas acima, o idoso poderá ser atendido no mesmo lugar, com o objetivo de identificar, o mais rápido possível, a situação em que se encontra.

- Chame um serviço de emergência imediatamente, principalmente se o idoso estiver apresentando náuseas/vômitos, pois são sintomas de intoxicação pelo gás.

Acidente Vascular Cerebral (derrame)

Uma outra emergência neurológica comum nos idosos com a DP é o Acidente Vascular Cerebral (AVC), popularmente conhecido como “derrame”. Oportuno ressaltar que há também o chamado Ataque Isquêmico Transitório (AIT), que é uma síndrome clínica caracterizada por perda aguda da função cerebral focal, com sintomas que duram menos do que 24 horas, também de origem vascular, mas que não deixam sequelas.

O AVC isquêmico, que corresponde a 80-85% dos casos, lesa o cérebro em função do suprimento inadequado de sangue. É o distúrbio provocado por circulação cerebral insuficiente. É importante que o cuidador fique atento para os principais sintomas do AVC, que são: alteração de visão (os indivíduos descrevem a presença de uma cortina se movendo atrás do olho ou descrevem algo como se houvesse uma sombra caindo atrás do olho ou dor forte no olho, visão borrada, visão dupla), fraqueza nos braços ou nas pernas ou perda de movimentos de alguma parte do corpo, parestesias (dormências), principalmente nas pernas, dificuldade para falar ou pronunciar as palavras, incapacidade para expressar ou entender a linguagem falada ou escrita, dificuldade para engolir, vertigem, perda da coordenação motora, alterações da consciência, incontinência urinária ou fecal, tontura, dificuldade para ficar em pé

ou para sentar, incapacidade para reconhecer ou identificar um estímulo sensorial.

Essa incapacidade leva o idoso a “ignorar” um lado do corpo. Apresenta também alteração na marcha, diminuição da audição e dor de cabeça. Os sintomas descritos ficam na dependência do vaso envolvido e da área que ele irriga no cérebro, ou seja, de acordo com a localização da lesão vascular.

O AVC hemorrágico, que corresponde a 20% dos casos de derrame, é mais perigoso. Os principais sintomas do AVC hemorrágico são: paralisia dos membros, alterações de visão e coordenação, dor de cabeça, náuseas, vômitos, alterações de consciência, agitação, inquietude, confusão mental, sonolência e *delirium*. O idoso poderá entrar em coma profundo e morrer.

O AVC é uma emergência médica, por isso o tempo para o atendimento ao paciente é vital. Se ele for atendido em até 4 ou 5 horas do início dos sintomas, existe uma grande probabilidade de que ele sobreviva com redução importante do número de sequelas. A partir da terceira hora, o prognóstico se altera. Quarenta e cinco minutos é o tempo de atendimento recomendado após os primeiros sintomas.

O cuidador deverá estar atento aos sinais e sintomas descritos para decidir por chamar um serviço de emergência ou mesmo levar o idoso a um serviço especializado no atendimento de AVC. Durante o atendimento, o cuidador deve, quando interrogado, descrever o exato momento de surgimento dos sintomas, sendo que, quando o início é indeterminado, considera-se a última hora que o idoso foi visto sem sintomas. Se o idoso apresentar algum

sinal e/ou sintoma como os supradescritos, o cuidador deve chamar alguém para ajudá-lo no socorro.

Procure colocar o idoso em uma posição confortável de acordo com o seu grau de consciência. Se o idoso estiver desacordado, inconsciente, deve mantê-lo deitado de lado para evitar, caso ele vomite, que o vômito não vá para os pulmões.

O cuidador deve remover próteses dentárias e/ou objetos na boca do paciente, assim como acalmar o idoso e promover o estímulo cerebral, conversando com ele e fazendo perguntas simples. O cuidador deve tentar deixar as vias aéreas sem obstruções, afrouxar as roupas e ficar atento e ao seu lado até a chegada da equipe especializada. Nesse período, o idoso não deve beber ou comer.

Agressividade

Muitas vezes, o idoso com a DP pode apresentar quadros de agressividade. Isso costuma deixar familiares e cuidadores abalados, porém é importante entender que se trata de um dos efeitos da doença. É muito importante estar preparado para essas situações e se prevenir.

O primeiro passo é descobrir o motivo da agressividade. Caso consiga descobrir, você poderá tentar resolver o problema e evitar que essa situação ocorra novamente no futuro. Em momentos de crises de agressividade, tente distrair o idoso com algo que ele goste. Pode ser a leitura de um livro, fazer com que ele escute uma música ou um programa de TV que sirva de distração. Outra opção é sugerir um passeio ou uma atividade.

Repreendê-lo de forma brusca pode piorar a situação. Lembre-se de que ele está nervoso por causa da doença, e a repreensão não vai resolver o problema. Fale com calma e pergunte o que pode fazer para ajudar, sempre mantendo o contato visual. Nesse momento, não faça movimentos bruscos nem toque no idoso sem que ele esteja esperando. Em caso de crises muito fortes de agressividade, tente retirar do alcance dos idosos objetos que podem machucá-lo ou ferir quem está ao redor, como objetos cortantes, por exemplo.

Quando ele estiver agressivo ou nervoso, diminua os estímulos ao redor para deixar o ambiente mais tranquilo. Desligue sons e TVs ou convide o idoso para ir a um cômodo mais calmo, por exemplo. Ter um ambiente limpo e organizado, sem muitos estímulos sonoros e visuais pode ajudar a pessoa a se sentir mais calma e evitar a ansiedade e a agressividade. É preciso ter paciência e não apressar o idoso em suas atividades diárias, como alimentação ou higiene pessoal, por exemplo.

Caso ele se recuse a fazer alguma atividade, tente convencê-lo, e não obrigá-lo, pois isso pode levar a um estado de agressividade. Se os surtos de agressividade estiverem ficando muito fortes, é importante entrar em contato com seu médico para uma melhor orientação. Na impossibilidade de receber essa informação, chame o atendimento pré-hospitalar.

Angina do peito

Existe uma crença entre os leigos de que o coração “não dói”. Isso não é verdade: o músculo cardíaco, formado por células musculares chamadas de miócitos, responde com dor à diminuição

de sua nutrição sanguínea. Essa diminuição do fluxo sanguíneo provoca a chamada isquemia e se apresenta com quadros clínicos que levam à angina do peito, ao infarto do miocárdio e à morte súbita.

A angina do peito é uma síndrome clínica resultante da deficiência relativa de oxigênio no músculo cardíaco, por oferta diminuída por oclusões nas coronárias que não permitem que o sangue chegue a quantidades adequadas. É geralmente desencadeada por esforços físicos, exposição ao frio, estresse emocional e após a alimentação. Muitas vezes, o desconforto ou dor pode se estender para o pescoço, a mandíbula e face interna do braço.

O desconforto pode ser localizado na região popularmente chamada de “boca do estômago” e ser confundido com indigestão. Em idosos diabéticos, podem ocorrer episódios de isquemia sem dor. Queixas de cansaço, dificuldade para respirar ou palpitações percebidas como falhas ou acelerações na pulsação podem ser devidas à angina.

Quando o cuidador ouvir queixas de desconforto, de início súbito, no lado esquerdo do peito ou no meio do peito, ou queixas de aperto, pressão, peso ou dor no peito deve chamar imediatamente o atendimento pré-hospitalar ou levar o idoso a um hospital. Se a doença é conhecida pelo cuidador, ele pode utilizar medicamentos prescritos para angina, a fim de aliviar a dor até a chegada do emergencista. O idoso portador de angina geralmente carrega consigo esses comprimidos, que aliviam a dor no peito (pela vasodilatação).

Apatia

Apatia é a perda de sentimento ou emoção ou ausência de interesse no ambiente, indiferença. Os idosos queixam-se de não poderem sentir nem alegria, nem tristeza, nem raiva, simplesmente nada. Por não sentir nada, o idoso torna-se hiporreativo, é um “tanto faz quanto fez” para tudo na vida. A principal característica da apatia é a diminuição da motivação. Os idosos costumam apresentar ainda perda do comportamento com iniciativa própria (começar uma conversa), perda ou diminuição das atividades cognitivas (perda de ideias espontâneas e curiosidades para novos eventos), perda ou diminuição da emoção (perdas pessoais, doenças graves, notícias ruins). É muito comum que o paciente demenciado apático seja interpretado como desinteressado e preguiçoso, o que dificulta a sua relação com os cuidadores e leva, muitas vezes, a uma atitude de isolamento, conflitos e até mesmo institucionalização, o que pode agravar mais o quadro.

O tratamento não farmacológico inclui a musicoterapia com bons resultados, principalmente com música ao vivo. Quanto ao tratamento farmacológico, este é realizado com medicamentos psicoestimulantes, antipsicóticos, antidepressivos e inibidores da colinesterase. O uso de psicoestimulantes pode causar aumento da pressão arterial, taquicardia, irritabilidade, agitação, transtornos do sono e psicose, situações que, se não manejadas adequadamente, podem obrigar que o cuidador recorra a um serviço de urgência/emergência.

Sempre cabe lembrar a importância da atuação de outros profissionais além do psiquiatra, como, por exemplo, psicólogos, psicopedagogos, recreacionistas e terapeutas ocupacionais.

Choques elétricos

Os choques elétricos causam danos porque nosso corpo funciona como uma resistência à passagem da corrente elétrica. Quanto maior a intensidade dessas correntes elétricas, mais intensos serão os efeitos prejudiciais ao organismo.

Na verdade, muitos deles são fatais, uma vez que provocam parada cardiorrespiratória, ou seja, o coração para de bater (pois transmite estímulos elétricos dentro dele), e a pessoa morre se não for socorrida a tempo. Em determinadas situações, até mesmo um choque de baixa voltagem pode deixar sequelas graves ou ser mortal, por exemplo, se a pessoa estiver no banheiro com água nos pés ou na rua em um dia de chuva e houver corrente elétrica no chão por queda de cabos de luz.

O que fazer

- A primeira medida é interromper o contato com a fonte elétrica. Desligue a chave geral, se isso não for possível, tente afastar a fonte elétrica com o auxílio de um material não condutor de eletricidade, como panos secos, borrachas, um pedaço de madeira, ou puxando o idoso com uma camisa ou calça.
- Nunca tente afastar o idoso da fonte de eletricidade com as mãos ou qualquer outra parte do corpo, para não se tornar mais uma vítima do mesmo acidente.
- Verifique se o idoso está respirando.

- Se o idoso não respira, não tem pulso, não responde ao chamado, ele está em parada cardíaca. Inicie a reanimação cardiopulmonar (iremos explicar a seguir). O importante é que o cuidador não interrompa os movimentos de compressão até a chegada do socorro médico.
- Apenas faça os procedimentos se a corrente elétrica for totalmente desligada.

Prevenção para que esse tipo de acidente não aconteça com os idosos

- Mantenha os fios elétricos de sua casa em ordem, encapados e isolados, de preferência embutidos, nunca embaixo de móveis ou tapetes.
- Chame o especialista no assunto quando os serviços forem mais complexos.
- Coloque protetores, fitas isolantes, fita-crepe ou protetores de plástico nas tomadas, para evitar que o idoso enfie os dedos ou introduza objetos no seu interior.
- Cubra as tomadas e a fiação adequadamente, a fim de evitar acidentes desse tipo. Não deixe o idoso manipular a rede elétrica e os aparelhos elétricos.

Convulsões

Convulsão é um distúrbio neurológico (normalmente rápido, curto) que se caracteriza por contraturas musculares involuntárias em todo o corpo, ou em parte dele, com salivação abundante e

perda do controle esfinteriano. É provocada pelo excesso da atividade elétrica em determinadas áreas cerebrais.

O cuidador deve estar preparado para essa ocorrência. Elas podem ser de vários tipos: globais, parciais (todo o cérebro tem um desarranjo elétrico dentro dele) ou locais/focais, quando apenas uma parte do hemisfério cerebral é atingida por uma descarga de impulsos elétricos desorganizados. É da maior importância que a segurança do paciente seja mantida durante a crise convulsiva, que pode ser do tipo tônico (quando o idoso apresenta porções do seu corpo contraídas), clônica (quando o idoso “pula” como se estivesse exposto a um choque elétrico) ou mista do tipo tônico-clônica.

Sinais e sintomas

- Contratações musculares involuntárias e generalizadas em todo o corpo, ou focais em uma parte do corpo.
- Perda de consciência.
- O idoso revira os olhos.
- Salivação em excesso.
- Torção da cabeça.
- Atrito/mordidas dos dentes.
- Perda do controle urinário ou fecal (por descontrole de esfíncteres), com frequência após a crise convulsiva.
- Desorientação além da que ele apresenta pela demência.

O que fazer

- Não fique ansioso e peça socorro para alguém. Por mais difícil que seja a situação, mantenha a calma. Dificilmente o idoso morrerá durante uma convulsão.
- Ajude o idoso em primeiro lugar. Se possível, marque no relógio quanto tempo durou a convulsão. Quando chegar o médico, explique o ocorrido.
- Proteja a pessoa de objetos ao seu redor, afastando tudo que possa produzir lesões ou que ofereça algum risco quando estiver em agitação.
- Avalie se o idoso respira.
- Utilize mantas, travesseiros, casacos e coloque de forma a evitar que a cabeça fique batendo no chão durante as contrações.
- Mantenha o idoso deitado de lado, para que não se engasgue ou aspire a própria saliva ou vômito.
- Afrouxe as roupas para que ele respire melhor. Desabotoe golas e colarinhos.
- Não tente impedir as movimentações, como colocar seu dedo na boca, ou segurar a pessoa, pois você pode machucá-la.
- Não jogue água fria no rosto.
- Mantenha o ambiente arejado
- Não tente puxar a língua para fora, abrir sua boca, nem coloque nada entre os dentes. Idosos têm ossos frágeis e alguns têm perdas dentárias ou usam próteses.

- Não dê nada para comer ou beber até que a pessoa esteja totalmente acordada.
- Mantenha-se ao lado do idoso até que recobre sua consciência ou até a chegada do socorro.
- Muito cuidado com as quedas durante a crise convulsiva, que são muito comuns em idosos com a DP. Quando ele se “bate/debate”, pode fraturar um osso ou ter um traumatismo craniano, ou ainda se ferir ou cortar.
- Após a crise convulsiva, há uma situação que chamamos de estado pós-convulsivo, que é o período logo após a convulsão. Em geral, o idoso apresenta-se bastante sonolento após a crise convulsiva e pode ter dificuldade de responder perguntas simples.
- Lembre-se de que dependendo da fase da doença, essas informações não serão muito confiáveis. A crise de contraturas musculares passa, em geral, em um ou dois minutos. O período de sonolência, no entanto, pode ser bastante longo.

Delirium

Delirium (do latim *delirare*, “fora do lugar”) é um transtorno neurocognitivo definido como uma perturbação central na atenção e na orientação em relação ao ambiente, com perturbação adicional de qualquer outra função cognitiva ou comportamental. Caracteriza-se pela redução aguda ou subaguda da capacidade intelectual, em geral acompanhada de incapacidade de manter a

atenção e com flutuações do nível de consciência, intercalando períodos de sonolência com momentos de agitação.

O *delirium* também é referido como estado confusional agudo, síndrome cerebral orgânica aguda, síndrome mental orgânica, encefalopatia tóxico-metabólica, entre outras denominações. Atenção: não confunda *delirium* com *delírio*.

Delírio é um sintoma definido pela alteração do conteúdo do pensamento, construindo uma falsa crença baseada em uma inferência incorreta da realidade externa e que persiste apesar das evidências contrárias. O *delirium*, por sua vez, pode ocorrer em portadores de Parkinson que são hospitalizados e/ou submetidos à cirurgia. Há vários medicamentos que podem causar *delirium*, entre eles os utilizados para DP, arritmias cardíacas, depressão, alergias, gripes, espasmos e insuficiência cardíaca. Idosos que tiveram suspensos alguns sedativos (síndrome de abstinência) também podem apresentar *delirium*, assim como idosos portadores da DP que apresentam aumento do cálcio e do sódio, diminuição do sódio e desidratação. Além disso, depressão e episódios prévios são fatores predisponentes.

As infecções mais comuns relacionadas ao *delirium* são: pneumonia, infecção urinária e meningite. Um idoso portador da DP pode desenvolver esse transtorno devido a uma infecção urinária não complicada. Outras situações que devemos estar atentos: infarto agudo do miocárdio, embolia pulmonar, derrame, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, aumento ou diminuição da glicose, anemia, disfunção da tireoide, imobilização e transferência do idoso para um ambiente não

familiar, desconhecido. O cuidador deve lembrar-se sempre de uma causa medicamentosa.

O que fazer quando o paciente com Parkinson apresentar delirium

- Ao se atender um idoso com *delirium*, primeiramente, investigue todos os medicamentos que ele está usando, visto que a polifarmácia aumenta o risco do desenvolvimento desse transtorno.
- Até a chegada ao pronto atendimento, se possível, suspenda ou reduza o uso de medicamentos reconhecidamente envolvidos com a precipitação de *delirium*.
- Promova a segurança do idoso. Mantenha a comunicação, chegue perto de forma tranquila, movendo-o devagar, olhando em seus olhos. Chame-o pelo nome, com o tom de voz firme. Em casos de urgência/emergência, nunca deixe o idoso sozinho até chegar o socorro.
- Nunca dê álcool para ele cheirar, assim como bebidas ou alimentos (a não ser que saiba/descubra que o idoso é diabético, pois é preferível aumentar a glicemia do que não percebê-la).

Depressão

A depressão é uma síndrome psiquiátrica caracterizada por humor deprimido, perda do interesse ou prazer, alterações do funcionamento biológico, com repercussões importantes na vida

do idoso e com duração, sem tratamento, de meses a anos. O paciente com Parkinson, geralmente, apresenta depressão. O diagnóstico dessa doença é realizado quando cinco ou mais dos seguintes sintomas estiverem presentes quase todos os dias durante o período de duas semanas:

- Humor deprimido na maior parte do dia.
- Perda de interesse ou prazer (anedonia).
- Perda ou ganho significativo de peso ou redução ou aumento do apetite.
- Insônia ou hipersonia.
- Agitação ou retardo psicomotor.
- Fadiga ou perda de energia.
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada.
- O idoso portador da DP tem diminuída capacidade para pensar ou se concentrar, ou apresenta indecisão. Além disso, é comum nesses pacientes pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Como se pode observar, dependendo da fase da DP, esses sintomas podem surgir e chamar a atenção do cuidador, que deve ficar atento, principalmente, para a tentativa de suicídio, que é uma emergência médica. O idoso portador de demência tem um risco

maior de desenvolver a depressão. Essa associação entre demência e depressão é comum em idosos e merece uma atenção especial.

O diagnóstico dessa doença é clínico. O suicídio é o pior desfecho de um quadro depressivo. Em todo o idoso portador da DP, o risco deve ser investigado, particularmente naqueles idosos que têm história de tentativa de suicídio anterior à depressão.

O cuidador deve redobrar seus cuidados com o idoso que apresenta essa tendência e deve tentar entendê-lo, conversar com seu médico para que avalie o uso de medicamentos, evitar comentários na sua frente, demonstrar carinho, estimulá-lo a realizar atividades diversas, elogiá-lo após a realização de uma atividade, dizer palavras positivas e nunca deixar qualquer objeto perigoso ao seu alcance (facas, garfos, tesouras, chaves, produtos de limpeza e medicamentos). As janelas devem ter telas de proteção, para evitar que ele possa se jogar.

Quando surgir a tentativa de suicídio, chame imediatamente o atendimento pré-hospitalar, ou leve o idoso a um serviço especializado. Há medicamentos de uso exclusivo dos médicos que, quando administrados, tranquilizam o idoso. A internação de urgência em serviço psiquiátrico nesses casos é comum.

Desidratação

A avaliação do estado de hidratação de um idoso com a DP consiste em um grande desafio para o cuidador. O idoso apresenta uma série de particularidades que o predispõe à desidratação. O aumento das perdas hídricas quando associado a doenças como pneumonia e infecção do trato urinário pode desencadear quadros de desidratação. Infecções de qualquer tipo, particularmente

pneumonia e infecção do trato urinário, que são comuns em idosos com Parkinson, podem desidratar o idoso.

O cuidador deve estar atento aos seguintes sinais e sintomas: confusão mental, sonolência, agitação psicomotora, *delirium* e boca seca. Os idosos também podem apresentar letargia (estado de inconsciência em que o idoso aparenta estar em sono profundo e perde totalmente a capacidade de responder aos estímulos externos), tonturas, quedas, constipação intestinal, crises convulsivas, língua seca, mucosa oral seca, diminuição do turgor (lisura) da pele, diminuição da força muscular, aumento da sede, hipotensão arterial e olhos encovados (olhos que ficam muito dentro das órbitas, olhos que estão sumidos, escondidos).

É oportuno frisar que além de infecções, presença de febre, elevadas temperaturas ambientais, menor acesso à água pelo déficit cognitivo e imobilidade, o cuidador deve ficar atento ao uso excessivo de laxantes e diuréticos, que pode levar à desidratação.

Se a desidratação está associada a sinais de instabilidade hemodinâmica, há necessidade de hidratá-lo com urgência. Enquanto o cuidador aciona o atendimento pré-hospitalar, pode começar a oferecer líquidos (água, sucos etc.), se possível até a chegada da equipe especializada.

Emergências glicêmicas (alterações da glicose no sangue)

As emergências glicêmicas mais frequentes são a *hiperglicemia* (elevação da glicose) e a *hipoglicemia* (diminuição da glicose). Essas alterações requerem pronto reconhecimento e manejo. Quando o idoso apresentar elevação da glicose (mais do que 250 mg/dl), acidose metabólica (pH < 7,3), bicarbonatos < 15

mEq/litro é porque está apresentando uma emergência conhecida como Cetoacidose Diabética. Existem situações em que a glicose está acima de 600 mg/dl, e a osmolalidade sérica > 320 mOsm/Kg, emergência esta conhecida no meio médico como Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar. O cuidador deve estar atento aos sinais de hiperglicemia: muita sede, micção frequente e abundante e letargia.

A outra complicação é a hipoglicemia, que é definida como todo o episódio de concentração de glicose plasmática anormalmente baixa, com ou sem sintomas, que exponha o idoso a dano. Os cuidadores que lidam com idosos portadores da DP diabéticos devem estar atentos à possibilidade de hipoglicemia (valor menor do que 70 mg/dl).

Os sinais e sintomas que devem alertar o cuidado são: tremores, palidez, palpitações, suores em excesso, fome, dormências, visão embaçada, confusão mental, desorientação e convulsão. Esses casos ocorrem, geralmente, em idosos que fazem uso de insulina ou outros medicamentos que reduzem a glicose. Outras drogas que podem causar hipoglicemia são os betabloqueadores e inibidores da enzima conversora de angiotensina, medicamentos usados para tratar a pressão alta. A hipoglicemia também pode surgir em idosos portadores de uma doença grave, como sepse, insuficiência renal, insuficiência cardíaca e insuficiência hepática.

Quando o cuidador reconhecer os sintomas da hipoglicemia, ele poderá oferecer um carboidrato de ação rápida (bala, suco de frutas açucarado, tablete de 15-20 g de glicose). Se o idoso se mantiver sem sintomas, mas com a glicose abaixo de 70 mg/dl, ele

poderá oferecer mais carboidrato até a chegada do socorro especializado.

Hipoglicemia

Sinais e sintomas

- Palidez, confusão mental e até delírio.
- Suor frio, visão embaçada.
- Confusão, desorientação.
- Tremores, convulsão.
- Inconsciência/desacordar.

O que fazer

- Se o idoso estiver bem acordado, “consciente”, forneça líquido doce (água com açúcar, sucos adocicados, leite condensado, mel, balas, tablete de açúcar, entre outros) e chame um serviço de pronto atendimento.
- Se o idoso estiver desacordado ou sonolento, chame imediatamente o socorro ou leve-o a um serviço especializado.

Hiperglicemia

Hiperglicemia significa elevado nível de glicose no sangue. Em geral, tal situação ocorre em pessoas com diabetes, por excesso de alimentação doce ou desajuste de medicação/insulina.

Sinais e sintomas

- Tontura.
- Pele avermelhada.
- Náuseas e/ou vômitos.
- Hálito com odor de vinagre.
- Respiração pesada.
- Inconsciência, eventualmente.

O que fazer

- Hidrate o idoso, oferecendo muita água para beber, se ele estiver colaborativo.
- Mantenha o idoso em repouso.
- Chame socorro ou leve o idoso para um serviço de emergência.
- Na dúvida entre hiperglicemia ou hipoglicemia, é preferível dar mais açúcar para o idoso, porque a diminuição de açúcar (hipoglicemia) deixa sequelas e pode levar à morte. Em caso de hiperglicemia, a administração de uma bala ou suco ou água açucarada ainda que eleve a glicose não trará maiores consequências até que o idoso seja tratado adequadamente.
- Para o cuidador, o importante é agir rapidamente e com eficácia até a chegada ao serviço de pronto atendimento.

Engasgo

O engasgamento é ocasionado pela introdução de corpos sólidos na via aérea, que podem se localizar na laringe, impedindo total ou parcialmente a passagem de ar para a traqueia/pulmões. Os idosos geralmente se engasgam com pedaços de alimentos que não foram bem mastigados ou são muito grandes.

Pedaços de carne que não são muito bem triturados somente pelos dentes são os principais causadores de engasgamento em idosos. Uma obstrução da garganta costuma ocorrer ainda com idosos que usam dentaduras/pontes, principalmente quando se soltam na hora de comer ou durante acidentes/traumas.

Em idosos debilitados e acamados, é mais comum eles quebrarem a própria prótese e se engasgarem com os pedaços, inclusive causando ferimentos sérios na boca e faringe/laringe. Tente sempre verificar se essa é a causa da queixa de engasgo pelo idoso. Se você não socorrer o idoso no momento do engasgo, ele pode perder a consciência e até morrer. O idoso engasgado apresenta sinais clássicos: ele não consegue falar, tossir e respirar e, geralmente, coloca as mãos na garganta/pescoço. Essa reação é conhecida como o “sinal do engasgo”. Ao socorrer, você pode se deparar com a pessoa consciente ou inconsciente.

O que fazer

- Se o idoso tossir com força, às vezes, o objeto sai com facilidade, em outras ocasiões você terá de abrir a boca (evite objetos como facas e outros talheres, para não

quebrar os dentes ou a prótese) e “pinçar” o que causa a obstrução com cuidado.

- Caso não dê certo, faça a Manobra de Heimlich, descrita a seguir.

Manobra de Heimlich

Manobra de Heimlich é um movimento feito com as mãos para expelir o corpo estranho do interior da via aérea da vítima.

Realização da Manobra de Heimlich:

- Posicione-se atrás do idoso e abrace-o.
- Mantenha uma mão aberta e a outra fechada, entrelaçando-as entre si, sempre abraçando o idoso pelas costas. Aplique a compressão como um golpe para dentro e para cima do abdômen.
- O objetivo é favorecer a saída de ar dos pulmões de forma rápida, expelindo o corpo estranho e assim fazendo com que o idoso volte a respirar normalmente. Em caso de insucesso, repita a manobra.

Epistaxe

Outra urgência prevalente em idosos portadores da DP é o sangramento nasal. A epistaxe é o resultado do dano à mucosa nasal e às paredes dos vasos dessa região que leva à ruptura desses tecidos. Pode ocorrer de forma espontânea durante as atividades da vida diária ou ser desencadeada por um trauma, corpo estranho (idoso introduz algo no nariz), ou por tumores e modificações da

mucosa nasal em consequência da baixa umidade do ar. Também pode ocorrer por uso de medicamentos (antiagregantes, anticoagulantes).

Se o idoso tiver condições de se deslocar até um serviço especializado, o cuidador pode providenciar o transporte. A maioria dos sangramentos nasais não são fatais, mas causam grande desconforto até o tratamento definitivo. Após a identificação do foco de sangramento, realiza-se a cauterização elétrica ou química, que é realizada com especialistas.

O cuidador, se capacitado, até a chegada do atendimento pré-hospitalar pode realizar um tamponamento nasal com esponja de uso doméstico revestida com preservativo. A conduta é a seguinte: inserir a esponja dentro do preservativo, enrolar a esponja de modo que se retire todo o ar, fazer um nó na extremidade distal do preservativo e, com auxílio de uma pinça, inserir na fossa nasal e cortar acima do nó para que ocorra expansão da espuma dentro da cavidade, promovendo compressão direta sobre a área do sangramento. Outra medida simples é a compressão lateral do nariz no lado que há o sangramento e aplicação de gelo local, com o objetivo de causar vasoconstrição e diminuição do sangramento.

Lembre-se de que o sangramento nasal é comum e que as condutas iniciais serão realizadas pelo emergencista quando chegar à residência do idoso ou quando levado a um pronto-socorro.

Ferimentos

Os ferimentos podem ser classificados em abertos e fechados. Abertos são aqueles que apresentam descontinuidade da pele, enquanto nos fechados, a pele encontra-se íntegra.

Ferimentos fechados

Ocorrem em consequência de contusões, compressões e abrasões. Esses mecanismos lesam os tecidos da pele e podem provocar rompimento dos vasos sanguíneos. O trauma provoca o acúmulo de líquido nos tecidos, e o rompimento dos vasos gera sangramento. Esses ferimentos são chamados de contusões. Dependendo da intensidade de energia e de força aplicadas, outras estruturas mais profundas, como músculos, ossos e órgãos, podem ser lesadas juntamente com a pele.

Os sinais clínicos mais frequentes do acometimento superficial são edema e hematoma. Essas lesões superficiais, geralmente, não colocam a vida em risco, mas podem ser um sinal importante da presença de lesões internas graves associadas.

O que fazer

- Repousar a região ferida para evitar seu agravamento.
- Aplicar bolsas de gelo ou compressas frias sobre a área de forma intermitente por 15 minutos, até que seja realizado o pronto atendimento.
- Nos grandes ferimentos fechados, que são caracterizados externamente por hematomas, deve-se manter a atenção a sinais e sintomas de sangramento interno, tais como pele pálida, fria e úmida, presença de cianose/pele roxa, pulso fino e rápido, agitação, sonolência ou inconsciência.

Ferimentos abertos

Os ferimentos abertos podem ser divididos em:

- *Escoriações* – são lesões da camada superficial da pele ou das mucosas que podem apresentar sangramento discreto e são acompanhadas de dor intensa.
- *Corto-contusos* – são lesões superficiais, de bordas regulares e que, geralmente, são produzidas por objetos cortantes, como faca, fragmentos de vidros ou de metais. O sangramento dessas lesões pode ser extremamente variável, dependendo da existência de ruptura de pequenos vasos. Os ferimentos corto-contusos podem produzir lesões de vasos, tendões, nervos e músculos.
- *Lacerações* – são lesões teciduais de bordas irregulares, em geral decorrentes de traumatismos produzidos por objetos rombos.
- *Ferimentos perfurantes* – são lesões produzidas por objetos pontiagudos, tais como pregos, agulhas e estiletes, com orifício de entrada, geralmente, pequeno. De acordo com a profundidade de penetração, podem lesar estruturas e órgãos internos. Na região do tórax, as intercorrências mais frequentes e graves são pneumotórax, hemotórax e tamponamento cardíaco, que podem colocar em risco a vida. No abdômen, os ferimentos perfurantes podem provocar hemorragia ou peritonite, podendo gerar risco de morte.
- *Avulsões* – são lesões abertas em que existe deslocamento de pele em relação aos planos profundos, com perda do

revestimento cutâneo. Essas lesões podem ser acompanhadas de sangramento.

- *Esmagamentos* – ocorrem em traumatismos resultantes da aplicação de energia e força intensas. As lesões podem ser abertas ou fechadas, podendo causar extensa destruição tecidual. Os mecanismos que mais provocam essas lesões são colisões automobilísticas ou com motocicletas.

O que fazer

- Lavar com água e sabão neutro, em seguida cobrir com gaze ou pano limpo para evitar a contaminação.
- Na presença de sangramento, faça compressão local sobre o curativo.
- Se o ferimento estiver localizado no braço ou na perna, eleve o membro ferido acima do nível do tórax.
- Atenção, não eleve o membro se esse movimento causar dor ao idoso ou tiver deformidade.
- Observe se o idoso apresenta sinais de “choque” (pressão baixa, suor, pele fria e azulada, “moleza”).
- Acione o socorro ou leve o idoso a um serviço de emergência o mais rapidamente possível.
- Quando houver sangramento abundante, ou seja, se o método de contenção manual e pressão local não forem suficientes para interromper a hemorragia, ou quando o idoso apresentar sinais de “choque hemorrágico” (pela

grande perda de sangue, geralmente), qualquer minuto perdido pode ser fatal. Nessas situações, quando o sangramento for em uma extremidade e não for possível seu controle por meio da compressão local, eventualmente pode ser realizado um torniquete com uma faixa, cinto ou lençol torcido aplicado acima do ferimento, com o objetivo de interromper o sangramento.

Hemoptise

Hemoptise é a eliminação de sangue originado dos brônquios ou pulmões por meio da tosse. O volume de sangue expectorado pode variar muito, desde discreta estria sanguinolenta no escarro até uma perda de sangue volumosa. O idoso pode se queixar de comichão ou pigarro na garganta, além da tosse com sangue. Geralmente, o escarro é espumoso e vermelho bem vivo ou róseo. A quantificação do volume de sangue perdido pode ser difícil em um idoso portador da DP.

Esse é um sintoma alarmante que obriga o idoso a ser atendido com urgência. Eles ficam muitos ansiosos e assustados. Existem várias causas de hemoptise, dentre elas, podemos citar: tumor de pulmão, bronquite aguda ou crônica, trauma de via aérea, corpo estranho, abscesso, pneumonia, tuberculose e embolia pulmonar etc. Estaremos diante de um caso de emergência se o idoso perder muito sangue. A hemoptise maciça (perda de mais de um litro e meio de sangue) pode ser súbita e fatal.

O cuidador deve imediatamente levar o idoso a um hospital ou chamar atendimento pré-hospitalar.

Hemorragia digestiva alta

Hemorragia digestiva alta é a perda de sangue em região proximal ao ligamento de Treitz (duodenojejunal). O envelhecimento tem se mostrado como fator de risco para morte em pacientes com hemorragia digestiva alta, possivelmente devido à associação com outras doenças, principalmente as do coração e ao uso de vários medicamentos, como anti-inflamatórios, ácido acetil salicílico, anticoagulantes e corticoides.

O idoso apresenta vômitos com sangue (hematêmese). O aspecto do vômito pode ser vermelho vivo ou semelhante à borra de café. O idoso também pode evacuar fezes pretas (melena), extremamente fétidas. O cuidador deve estar atento à coloração das fezes.

As causas comuns de hemorragia digestiva alta são: úlcera péptica, varizes do esôfago, gastrites, esofagites e síndrome de Mallory Weiss. O cuidador diante de um caso de hemorragia digestiva alta deve agir muito rapidamente, sobretudo se a quantidade de sangue perdida for muito volumosa. O emergencista irá tomar as medidas mais adequadas, para evitar maiores complicações até a chegada em um local com equipamentos adequados e profissionais capacitados para o seu manejo.

O cuidador, diante de um caso de hemorragia digestiva alta, não pode perder tempo e, se possível, deve levar o idoso a um hospital imediatamente ou acionar o socorro pré-hospitalar. A perda de sangue pode levar o idoso a óbito.

Hemorragia digestiva baixa

A hemorragia digestiva baixa é uma emergência médica que pode causar repercussões hemodinâmicas no idoso. É definida como todo sangramento que ocorre abaixo da flexura duodenojejunal (ligamento de Treitz). O cuidador de um idoso portador da DP deve verificar a cor das fezes rotineiramente. Quando perceber a presença de sangue vivo, vermelho brilhante ou escuro ou marrom (ou piche/asfalto) semelhante à borra de café ou estrias de sangue misturadas às fezes, ou fezes pretas extremamente fétidas, deve acionar o atendimento pré-hospitalar. Na dependência da quantidade de sangue perdida, o idoso pode entrar em choque.

É importante que o cuidador preste algumas informações que possam orientar o emergencista, como, por exemplo, se o idoso é portador de divertículos, hemorroidas, fissuras anais, malformações arteriovenosas no cólon (angiodisplasia), pólipos, tumor de intestino, doença inflamatória intestinal (colite), síndrome do intestino irritável, se fez ou faz uso de algum anticoagulante ou se realizou alguma retirada de pólipos. Em um caso de hemorragia digestiva baixa, deite o idoso e espere o socorro médico. Geralmente, o idoso apresenta taquicardia (batimentos cardíacos acelerados) e hipotensão (pressão baixa).

Cabe lembrar que um grande número de idosos é portador de divertículos no intestino e que estes podem causar o que se chama de hemorragia digestiva maciça, ou seja, o idoso perde mais de um litro e meio de sangue, situação que, se não tratada imediatamente, pode causar a morte.

Hipertermia (aumento da temperatura corporal)

Por definição, hipertermia é a temperatura corporal anormalmente elevada, devido a respostas inadequadas ou inapropriadas dos mecanismos reguladores do calor. Alterações fisiopatológicas resultantes de temperaturas ambientais elevadas representam um importante risco para o idoso portador da DP.

O cuidador deve se familiarizar com alguns distúrbios provocados pelo calor, como câibras, suores e sede excessiva, que surgem após atividade física em clima quente e úmido. Estes resultam da perda de líquidos induzidas pelo suor e são corrigidos com hidratação adequada. Na exaustão pelo calor, o idoso apresenta perda de apetite, náuseas, vômitos, desorientação e hipotensão postural. Os idosos queixam-se de fraqueza, sensação de cabeça vazia, tontura e perda da consciência.

A hipertermia é uma emergência médica com mortalidade de 70% quando não tratada e 17% quando tratada precocemente. É uma síndrome caracterizada por febre (geralmente acima de 41 °C), embora um grau menor de febre seja aceito se outros critérios forem preenchidos. A perda de consciência pode ser a primeira manifestação. As complicações que podem ocorrer na hipertermia são: lesão miocárdica e insuficiência cardíaca congestiva.

A hipertermia é provocada pela interação de fatores ambientais, pelas alterações fisiológicas normais do envelhecimento, frequentemente complicadas por doenças associadas, e pelos efeitos de certos medicamentos. Os cuidadores devem ser alertados para os sintomas de hipertermia e aconselhados a transportarem os idosos para um ambiente com ar-condicionado. A temperatura corporal normal deve ser restaurada tão rapidamente quanto possível, visto que muitos problemas

metabólicos e cardiovasculares são dependentes da temperatura. A temperatura deve ser monitorada continuamente com o uso do termômetro, enquanto o idoso é imerso em água morna. Para evitar resfriamento excessivo e hipotermia, o idoso deve ser retirado do banho quando a temperatura atingir 38.8 °C. O processo de resfriamento pode continuar com compressas frias. A prevenção parece ser a medida mais apropriada para o controle da desregulação térmica em idosos. A orientação é a manutenção do ambiente em temperatura agradável e hidratação oral.

Sinais e sintomas

- Pele avermelhada.
- Calafrios e calorões.
- Delírios.
- Desmaio.
- Convulsões.

O que fazer

- Banho com água morna, pois água fria gera um desconforto muito grande, e a água muito quente não reduz a temperatura corporal, inclusive pode aumentá-la.
- Podem ser utilizadas compressas com metade de água e metade de álcool para baixar a temperatura (cuidado ao colocá-las, evitando a face e a genitália, antes verificando

se não existem escaras ou ferimentos abertos, porque o calor ali causa dor e piora uma inflamação/infecção).

- Fazer uso de antitérmicos prescritos pelo médico assistente.
- Muitas vezes, no idoso (ao contrário da criança), a febre é um sintoma tardio de uma infecção já instalada, como amigdalite, sinusite, infecção urinária, respiratória e gastrointestinal, e está presente na piora da infecção em úlcera de decúbito/escara. Lembre-se sempre que o idoso não “gosta muito de ingerir líquidos”, por isso com a febre ele se desidrata com facilidade.

Hipotermia (temperatura corporal baixa)

A manutenção da temperatura corporal dentro de uma faixa de temperatura padrão é fundamental para o funcionamento de diversas reações bioquímicas que constituem a homeostase (equilíbrio). O sistema termorregulador humano permite variações de 0,2 °C a 0,4 °C ao redor de 37° C para a manutenção das suas funções metabólicas. A temperatura corporal normal dos seres humanos é considerada, dentro de condições padrões, no valor entre 36.5 °C e 37.5 °C. A temperatura padrão em idosos ainda não está definida.

A hipotermia é uma emergência ambiental que pode ser fatal. Os idosos podem ficar hipotérmicos dentro de casa em ambientes moderadamente frios, mas a maioria dos episódios é desencadeada por temperatura ambiente próxima a 15 °C. A exposição ao frio, juntamente com a reduzida capacidade do idoso

em enfrentar os efeitos das alterações de temperatura ambiente por causa do metabolismo e da gordura corpórea reduzidos, vasoconstrição periférica menos eficiente, nutrição pouco saudável e distúrbios clínicos concomitantes, tornam essa situação grave. Idosos com mais de 75 anos de idade têm 5 vezes mais probabilidade de morrer por hipotermia do que aqueles que têm menos de 75 anos de idade.

O cuidador deve estar atento a outros fatores que contribuem para o desenvolvimento da hipotermia, como uso de medicamentos, distúrbios metabólicos, derrame e septicemia (infecção generalizada). Além disso, os cuidadores devem estar cientes de que a capacidade de perceber o frio diminui com a idade. A água corpórea que age como um tamponamento térmico e reservatório de calor está diminuída, reduzindo esse mecanismo protetor. O tremor ocorre em apenas 10% dos idosos, o que, juntamente com a taxa metabólica em repouso diminuída, resultam em incapacidade de manter a temperatura central normal. Essas alterações, assim como outras doenças como diabetes, hipotireoidismo, derrame e o uso de medicamentos, tornam a hipotermia extremamente grave em um idoso com a DP.

A hipotermia ocorre quando a temperatura corporal está abaixo de 35° C. É considerada leve entre 35 °C e 32 °C, moderada entre 31.9 °C e 28 °C e grave abaixo de 28 °C. Na hipotermia leve, o idoso apresenta confusão, fala arrastada, confusão mental, taquicardia, falta de ar e tremores intensos; na moderada, observa-se letargia, alucinações, bradicardia, hipotensão, diminuição dos tremores e rigidez muscular; na grave, perda do reflexo ocular, piora da hipotensão, fibrilação ventricular e apneia. O idoso pode parecer

morto. Além da verificação da temperatura, o cuidador deve suspeitar de hipotermia se a história e o exame físico forem sugestivos. O idoso apresenta sonolência, fraqueza, pele fria sem suor e pálida, confusão mental, rigidez muscular, dificuldade respiratória e perda de consciência. À medida que a temperatura diminui para menos do que 34 °C, a confusão mental e a desorientação aumentam significativamente. A temperatura abaixo de 31 °C resulta em coma.

Decréscimos posteriores na temperatura desencadeiam alterações cardiovasculares como hipotensão, bradicardia, taquicardia e fibrilação ventricular. A parada cardíaca ocorre com temperaturas entre 22 °C e 25 °C. As manifestações pulmonares são: respiração lenta e superficial e redução do reflexo da tosse, que, frequentemente, resulta em pneumonia.

O idoso, às vezes, tem uma temperatura basal mais baixa. O controle mensal da temperatura corporal é importante. Mesmo em temperaturas não tão baixas, a exposição prolongada a ambientes frios, com roupas inadequadas e má alimentação, pode determinar o estado de hipotermia.

O que fazer

- Evite movimentos bruscos.
- Mantenha a temperatura do ambiente acima de 21 °C.
- Aqueça o idoso com mantas, cobertores, mas sem utilizar objetos quentes para não o queimar, ou com banho quente (temperatura em torno de 37,7 °C até 43,3 °C).

- Se a pessoa estiver consciente, ofereça alguma bebida morna/quente sem ser alcoólica.
- A temperatura corporal deve subir aproximadamente 0,6 °C por hora. Uma elevação mais rápida é perigosa. O idoso com hipotermia acidental quando reaquecido ativa e rapidamente pode desenvolver hipotensão profunda, novas arritmias cardíacas e deterioração das anormalidades metabólicas, culminando em morte.
- Geralmente, a morte do idoso resulta de parada cardíaca ou fibrilação ventricular. A ressuscitação durante o reaquecimento deve ser agressiva e prolongada em idosos que estão profundamente hipotérmicos.
- Recuperações notáveis são descritas nesses casos.

Infarto/enfarte agudo do miocárdio

O infarto agudo do miocárdio é uma emergência comum e uma das principais causas de morte em idosos portadores da DP. Com o aumento da expectativa de vida, o número de atendimentos de idosos com infarto agudo vem aumentando. Por definição, infarto agudo do miocárdio é a necrose, a morte de células, que ocorre em parte do músculo cardíaco resultante da deficiência aguda de oxigenação (falta de sangue no músculo cardíaco por um período maior do que 20 minutos).

O cuidador deve ficar atento se o idoso se queixar de dor em aperto, constritiva ou queimação na região retroesternal (atrás do osso esterno). Muitas vezes, a dor no peito se irradia para o pescoço, ombro esquerdo ou braços e é acompanhada de suores excessivos

frio, palidez e cansaço. Pode ser acompanhada de náuseas, vômito e até diarreia, fazendo confundir o infarto com uma dor de origem digestiva. A aparência do idoso é de sofrimento, e as extremidades ficam frias. Também pode surgir falta de ar e tosse. É importante que o cuidador saiba que em alguns idosos, especialmente diabéticos, o infarto pode apresentar-se sem dor, mas com queixas inespecíficas do tipo de mal-estar, cansaço, falta de ar, palpitações e sensação de que não está bem.

Nesses casos, deve-se suspeitar do chamado infarto silencioso. Cabe lembrar que a maioria dos idosos desenvolverá um quadro de infarto com o quadro clínico clássico, mas alguns podem referir que nos dias que antecederam o infarto sentiram algumas alterações descritas como cansaço sem causa aparente, ou dificuldade para respirar durante esforço menor do que o habitual, ou certo desconforto no peito. Essas informações são importantes de serem repassadas ao serviço médico de emergência.

Quando o idoso apresenta o quadro clínico clássico, o tempo para entrar em contato com o pronto atendimento é crucial. Essas queixas podem surgir sem nenhum fator desencadeante identificável. O infarto do miocárdio é mais comum em homens idosos que têm colesterol elevado, pressão alta, diabetes, obesidade, bem como em sedentários, fumantes, estressados e com história familiar de infarto.

Se o idoso já teve um infarto e está apresentando os sintomas sugestivos de outro, o cuidador, sempre com a orientação do emergencista por telefone, pode administrar alguns medicamentos que, geralmente, os idosos que infartaram no passado fazem uso regular, que são o clopidogrel, o ácido

acetilsalicílico e os nitratos – somente até a chegada do socorro médico. A dose recomendada é de 300 mg do ácido acetilsalicílico (3 comprimidos do AAS 100 mg), 4 comprimidos de clopidogrel 75 mg (300 mg) em uma única tomada. Ainda pode ser administrado o dinitrato de isossorbida sublingual (5 mg), que o idoso deve ter em sua residência. A recomendação é de um comprimido a cada 5 minutos (máximo 3 doses).

Deixe o idoso deitado ou sentado. Em função da alta mortalidade dessa doença, se houver condições de levá-lo diretamente ao hospital, não hesite. Ele deve ser atendido o mais rapidamente possível. Valorize as queixas do idoso e não perca tempo. É aconselhável o excesso e jamais a omissão.

Atenção: os medicamentos citados não podem ser administrados em idosos com sangramento ativo, úlcera péptica ativa, história de alergia a esses medicamentos, hemofilia e com pressão baixa. Na dúvida, não administre nenhum medicamento dos supracitados. Espere o atendimento pré-hospitalar. O cuidador somente vai medicar o idoso se tiver muita segurança na sua ação. Cuidadores, formais ou informais, com experiência e sempre orientados pelos especialistas podem fazê-lo.

Essa é uma doença cada vez mais comum em idosos e certamente os cuidadores irão se deparar com ela em algum momento de suas vidas.

Insônia

A maioria das doenças mentais afeta o sono dos idosos portadores da DP. É um grave problema que pode acarretar

inúmeras consequências médicas, muitas vezes causando ferimentos e até mesmo óbitos de pacientes.

A insônia em um paciente com DP é muito comum e pode ser definida como uma queixa de dificuldade para dormir na presença de oportunidade e circunstâncias adequadas ao sono. Essas queixas consistem em dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, pela presença de um sono não reparador, ou seja, insuficiente para manter uma boa qualidade de alerta e bem-estar físico e mental durante o dia, com o comprometimento do desempenho nas atividades básicas e instrumentais diurnas. Não raro, ele refere que o sono é inadequado ou anormal.

O cuidador percebe quando o idoso não dorme bem ou por que ele tem dificuldade para iniciar o sono, ou dificuldade para se manter adormecido ou apresenta despertar precoce. O cuidador deve estar atento às causas de insônia, como, por exemplo: insônia relacionada à retirada brusca de remédios indutores do sono, como os hipnóticos; induzida por fatores ambientais, como ruídos; em razão de síndrome das pernas inquietas, apneia do sono, mioclonias relacionadas à presença de outras doenças, como insuficiência cardíaca, bronquite crônica, enfisema, diabetes, doenças osteoarticulares, doenças da próstata, doença do refluxo gastroesofágico, entre outras. Todas as causas da insônia são vinculadas a transtornos emocionais, associadas a doenças psiquiátricas e relacionadas ao uso de drogas psicoestimulantes e à higiene inadequada.

A prevenção da insônia é semelhante às outras formas de prevenção, portanto exige cuidados. O cuidador pode, dentro das suas possibilidades e do estágio da doença, propor algumas

medidas que podem melhorar o sono dos idosos, conforme descrito a seguir.

- Faça com que ele durma apenas o necessário, para se sentir recuperado.
- Sugira pequenos cochilos nos momentos de maior sonolência do dia.
- Estabeleça um horário para o idoso se levantar sete dias por semana.
- Não exponha o idoso à luz muito forte ao se acordar no meio da noite.
- Incentive-o a tomar sol após se levantar de manhã.
- Evite que ele tome bebidas com cafeína à noite.
- Faça com que ele crie um ritual agradável, sugerindo que ele medite ou ore.
- Evite que ele se exercite antes de se deitar.
- Deixe o ambiente silencioso e escuro, assim como uma temperatura agradável no quarto.
- Evite que ele durma com fome.
- Mantenha seus pés aquecidos.
- Sugira um banho quente antes de dormir.
- Conduza-o para a cama somente para dormir.

Dormir menos que 7 horas à noite proporciona grande risco de quedas. A dificuldade para adormecer pode contribuir para que o

idoso fique muito agitado, por essa razão, se o cuidador não conseguir fazer com que ele durma bem com as condutas prescritas pelo seu médico e com a educação para a higiene do sono, até mesmo para evitar acidentes caseiros que podem desencadear consequências dramáticas, é importante que acione o atendimento pré-hospitalar.

Intoxicações e envenenamentos

Intoxicações e envenenamentos são situações que podem ser causadas por meio de ingestão, injeção, inalação ou contato com a pele. Sua gravidade dependerá da sensibilidade da pessoa (se for alérgica, a reação pode ser mais importante), toxicidade do veneno, tempo de exposição e quantidade.

A intoxicação pode resultar em doença grave (ou morte em poucas horas) se a pessoa não for socorrida em tempo hábil. Existem serviços que orientam por telefone e que podem ser úteis nesses casos. É importante que o cuidador tenha esses números de telefone à mão. Muitas intoxicações ou envenenamentos ocorrem em ambiente doméstico, com produtos de uso domiciliar. O cuidador deve mostrar o produto ao emergencista em domicílio ou no serviço especializado.

Aproveitamos para chamar a atenção dos cuidadores sobre os cuidados com o uso de materiais de limpeza acondicionado em utensílios reutilizados, como as garrafas PET de refrigerantes, ou produtos de limpeza, desinfetantes, detergentes. O idoso pode ingerir pensando que é um refrigerante de que gosta.

Formas de envenenamento

- Contato direto da pele com plantas ou substâncias químicas tóxicas.
- Ingestão de qualquer tipo de substância tóxica, química ou natural.
- Aspiração de vapores ou gases tóxicos.
- Injeção de substâncias tóxicas.

Sinais e sintomas

- Náuseas, vômitos.
- Dores abdominais.
- Diarreia.
- Salivação (“baba”).
- Sudorese fria.
- Extremidades frias.
- Alterações do tamanho das pupilas.
- Convulsões.
- Sinais evidentes na pele, boca ou nariz de que a pessoa tenha tido contato, ingerido ou inalado substâncias tóxicas.
- Hálito com odor estranho.
- Relato de dor, sensação de queimação na via respiratória ou digestiva.

- Sonolência, confusão mental e outras alterações da consciência.
- Estado de coma alterado com período de alucinações e delírios.
- Lesões cutâneas, queimaduras intensas com limites bem definidos.
- Dificuldade respiratória.
- Parada cardiorrespiratória.

Informações a serem colhidas

Diante de casos de envenenamento ou intoxicações por produtos químicos, desinfetantes, perfumes, medicamentos ou outras substâncias, deve-se procurar respostas para algumas perguntas fundamentais cujas respostas serão importantes para fornecer ao médico durante o atendimento de urgência:

- Qual produto ingerido? (Mostrar ou levar com a embalagem.)
- Quanto tempo faz? (Anotar.)
- Qual a quantidade aproximada? (O que entrou o que sobrou.)
- Houve vômito provocado ou espontâneo?

O que fazer

- Chame imediatamente o socorro ou leve o idoso ao serviço de emergência.
- Considere todo envenenamento como caso grave, até que se prove o contrário.
- Acalme o idoso, mantendo-o em repouso, com cabeceira elevada.
- Mantenha o idoso aquecido e de maneira confortável.
- Se ele estiver inconsciente, mantenha-o em posição lateral de segurança, deitado de lado, principalmente se tiver náuseas.
- Se o cuidador perceber que o idoso está tendo uma parada cardiorrespiratória, pode iniciar os procedimentos listados no item “Parada cardiorrespiratória”.
- Sempre que possível, leve a embalagem do remédio/produto com o qual o idoso teve a intoxicação.
- Jamais induza vômito, pois em alguns casos pode espalhar a substância tóxica pelas paredes do sistema digestivo e respiratório, agravando o quadro.
- Não ofereça líquidos (exceto quando orientado pelo médico).

Mordidas e picadas de animais

É comum os idosos não sentirem ou não se darem conta sobre esse tipo de acidente. As mordidas ou picadas podem ser

provocadas por vários tipos de animais, como cão, cobra, aranha, escorpião etc., por isso o tratamento pode variar.

Os primeiros socorros em caso de mordida de cachorro ou gato, picada de aranha, escorpião ou cobra são importantes para evitar o desenvolvimento de infecções no local, pois a boca desses animais normalmente contém um elevado número de bactérias e outros microrganismos que podem causar infecções.

Assim, se o idoso for mordido por um cachorro ou gato, o cuidador deve: tentar parar o sangramento utilizando uma compressa ou pano limpo e fazendo ligeira pressão sobre o local durante alguns minutos, lavar imediatamente o local da mordida com água e sabão, mesmo que a ferida não tenha sangrado, pois removem bactérias e vírus que podem causar doenças graves, chamar o socorro ou levá-lo a um serviço de emergência, levando o boletim de vacinas.

Se for picado por uma aranha, é importante lavar o local da picada com água e sabão; elevar o membro onde está a picada, não amarrar nem apertar o local da picada, não sugar o veneno da picada, colocar compressas mornas ou um pano molhado com água quente no local da picada para aliviar a dor; chamar o socorro ou encaminhar o idoso para o pronto-socorro. Os acidentes com aranhas, geralmente, ocorrem quando ela é comprimida contra o corpo (ao vestir-se ou ao deitar-se). Como a picada de aranha é pouco dolorosa, costuma não ser percebida pelo idoso. Além disso, a marca da picada pode ou não ser evidenciada. Por essa razão, o atendimento médico pode variar de 12 a 48 horas após a picada.

No caso de picada de escorpião, recomenda-se lavar o local da picada com água e sabão, manter o local da picada voltado para

cima; não cortar, furar ou apertar o local da picada, oferecer bastante água, chamar o socorro ou encaminhar o idoso para um pronto-socorro. O mais importante depois da picada é manter o membro que foi picado o mais parado possível, porque quanto mais se movimentar, mais o veneno irá se espalhar pelo corpo.

Em uma picada de cobra, o idoso pode apresentar dor, inchaço, bolhas e vermelhidão no local. Pode se aplicar gelo na região da ferida, para diminuir a circulação sanguínea e impedir que o veneno se espalhe. Uma picada de cobra pode causar necrose (morte) do membro afetado, infecções e abscessos, insuficiência renal e até mesmo, ainda que raro, o choque, por isso o cuidador não pode perder tempo.

No hospital, é importante conseguir descrever as características da cobra (seria importante levá-la morta junto), para que seja administrado o soro antiofídico correto. Se houver a possibilidade de fotografá-la, faça. Atualmente, os aparelhos celulares permitem que se façam fotos muito rápidas. É importante que o cuidador saiba como utilizar os recursos desses aparelhos, que poderão ser úteis nessa situação e em outras.

Náusea/vômito

Náuseas e vômitos são sintomas comuns em idosos portadores da DP. Náusea é a sensação subjetiva de que o indivíduo vai vomitar. Essa sensação se localiza mais comumente na garganta ou na região do estômago. Vômito é a saída forçada do conteúdo gástrico pelo esôfago e pela boca, sendo, geralmente, precedido pela náusea.

Há várias causas para a náusea e o vômito em idosos, e o diagnóstico diferencial não é tão simples em um primeiro momento, por isso é muito importante que o cuidador saiba informar ao médico que fará o atendimento de urgência o maior número de detalhes possíveis que o ajudarão a realizar o diagnóstico mais rápido e preciso. Prestar informações como: tempo do início dos sintomas, uso de medicamentos, infecções, acúmulo de toxinas, relação com refeições, cor do vômito (amarelo-esverdeado, castanho-escuro), se há sangue, pus e presença de um corpo estranho. Também é importante informar se há febre e dor muscular, se o vômito alivia a náusea, se há diarreia, dor de cabeça, boca seca, taquicardia e fraqueza, assim como relatar os medicamentos utilizados pelo idoso que foram prescritos pelos médicos e os utilizados por conta própria.

Enquanto o pronto atendimento não chega à residência do idoso, o cuidador deve suspender a dieta por via oral ou restringi-la a líquidos sem resíduos, como água e chás. Muitas vezes, a intervenção deve ser imediata, e o idoso internado. O socorrista iniciará, se possível na residência, a hidratação que deverá ser continuada no hospital, onde será investigada a causa dos sintomas. Geralmente, o tratamento medicamentoso sintomático é iniciado mesmo antes do conhecimento da causa, sobretudo quando os vômitos são intensos.

Obstrução das vias aéreas por corpo estranho

Obstrução das vias aéreas por corpo estranho (OVACE) é o impedimento do ar de entrar na boca, garganta ou vias aéreas

superiores, frequentemente causada por corpo estranho, que em algumas situações podem ser removidos.

Tipos de obstruções da via aérea superior:

- Obstrução respiratória parcial, quando há passagem de algum fluxo de ar.
- Obstrução respiratória completa, quando não há passagem de ar para os pulmões.

O idoso consciente, o que é raro, tentará falar e tossir, mas não será capaz de fazê-lo. Frequentemente, a pessoa segurará seu pescoço e abrirá amplamente a boca num esforço que indica dificuldade para respirar. Se está inconsciente, não apresentará qualquer movimento respiratório.

Há muitos fatores que podem causar obstrução da via aérea, total ou parcial. Em algumas situações, podemos atuar e em outras podemos não ter sucesso na desobstrução. Fazer a Manobra de Heimlich, descrita anteriormente, é uma alternativa adequada para esses casos.

Parada cardiorrespiratória

Parada cardiorrespiratória (PCR) refere-se à ausência de atividade cardíaca acompanhada de colapso circulatório. A conduta do cuidador diante de uma parada cardiorrespiratória é muito importante e pode salvar uma vida, por isso ressaltamos alguns sinais e sintomas e como proceder diante de uma PCR.

Se o idoso não responde, está inconsciente, ou seja, após tentar mover ou solicitar respostas quando chamado ele não

responde, mesmo realizando estímulo doloroso (por exemplo, um beliscão). Se ele está inconsciente e não tem nenhum movimento voluntário, isto é, não mexe braço ou perna, não pisca, não respira, não apresenta nenhum movimento de elevação do tórax, nem do abdômen, não se percebe pulso, não se ouve ou sente o batimento cardíaco, está suando, tem a pele fria e pálida, apresenta cianose, ou seja, suas extremidades (dedos, lábios) estão “azuladas, roxas”, é porque está em parada cardiorrespiratória.

Em caso de parada cardiorrespiratória de um idoso portador da DP, sempre peça ajuda, solicite a uma pessoa próxima (vizinho, familiar) para ligar e chamar o serviço de emergência. Se o idoso não respira, não responde, não tem pulso, o cuidador, se capacitado, pode iniciar a reanimação cardiopulmonar (RCP) até a chegada da equipe especializada. Não dê nada para ele comer, beber ou cheirar na intenção de reanimá-lo.

Como realizar as compressões torácicas

- Posicione o idoso sobre uma superfície rígida, deitado de barriga para cima no chão. Não se pode executar essa manobra com o idoso deitado em um colchão mole ou sentado numa poltrona.
- Após deitar o idoso, coloque a base da sua mão no centro do tórax, entre os mamilos. Esse é o ponto ideal de compressão (pressão sobre o peito). Coloque sua outra mão em cima da primeira, entrelaçando os dedos.
- Posicione seu corpo diretamente por cima das mãos, para que seus braços estejam retos e firmes, com seu corpo

confortavelmente posicionado, com os joelhos dobrados (para não se cansar rapidamente, coloque algo macio abaixo dos joelhos).

- Pressione suas mãos diretamente sobre o esterno (osso no meio do tórax) para fazer as compressões. Execute todas as compressões para baixo, de modo perpendicular ao chão, mantendo seus dois joelhos no chão.
- Os braços devem ficar em extensão durante a manobra, ou seja, as articulações dos cotovelos devem permanecer fixas, sem dobrar, transmitindo o peso de ambos e do seu tórax/tronco para o idoso.
- Não perca tempo, a vida da pessoa depende de sua resposta rápida e correta. As compressões são feitas de forma rápida e com qualidade, sem interrupções, mantendo uma frequência mínima entre 100 e 120 compressões torácicas em um minuto (para que o coração do idoso consiga bombear o sangue). O tórax deve ser comprimido entre 5 e 6 cm. Permita o retorno do tórax à posição habitual após cada compressão. Se houver condições de ventilar o idoso, recomenda-se realizar 2 ventilações a cada 30 compressões (respiração boca a boca), mantendo a relação de 30 compressões para duas ventilações. Caso o cuidador não esteja treinado/habilitado a realizar as ventilações, deve manter apenas as compressões firmes e fortes no meio do tórax entre os mamilos, na frequência de 100 a 120 por minuto até a chegada da equipe pré-hospitalar.

- O sucesso da RCP é diretamente proporcional à precocidade da sua detecção e à efetividade do seu manejo. As condutas sugeridas aplicadas de maneira ágil e eficaz podem colaborar para um maior percentual de sobrevivência.

Pneumonia

A pneumonia é definida como uma infecção aguda do pulmão e é a principal causa de morte por doença infecciosa em países subdesenvolvidos. Durante o processo de envelhecimento, a maioria dos fatores de proteção da via aérea sofre modificações que predis põem o idoso à infecção respiratória. Além disso, existe diminuição da resposta imunológica e presença de outras doenças associadas que torna o processo infeccioso mais grave. Cabe ressaltar que a pneumonia é a quarta causa de óbitos em idosos no Brasil. Pode ter diversas causas, mas a pneumonia bacteriana é a principal.

Os sintomas da pneumonia são geralmente atípicos, incomparáveis, o que dificulta e atrasa o diagnóstico. Em um adulto jovem, geralmente, observa-se tosse com expectoração purulenta (amarelada, esverdeada, cor de tijolo), dor torácica ventilatório-dependente, falta de ar, calafrios e febre alta. Em idosos, muitas vezes, uma piora no nível de consciência e aumento da frequência respiratória podem ser as únicas manifestações objetivas. Pode haver queixa de mal-estar geral, febrícula, tosse e falta de ar. A pneumonia pode desencadear insuficiência ventilatória e cardíaca.

Quando o idoso iniciar com os sintomas descritos, não perca tempo, entre em contato imediatamente com um serviço de pronto atendimento ou leve o idoso a um hospital.

Quedas

A queda é um evento inesperado no qual o idoso cai de um nível superior para um inferior ou da própria altura de forma involuntária, com ou sem perda de consciência. A consequência mais temida e comum é a fratura do fêmur. É importante lembrar que o idoso pode apresentar, além da DP, problemas de visão e de audição, doenças musculoesqueléticas, cardíacas, respiratórias, psiquiátricas, digestivas, metabólicas, hematológicas, causas urológicas e medicamentosas. Em relação aos medicamentos, os cuidadores devem estar atentos aos seus efeitos colaterais.

As causas ambientais também são causas frequentes de quedas, como, por exemplo, pouca iluminação na residência, desníveis dentro da moradia, tapetes soltos, assoalhos escorregadios, carpetes espessos, falta de corrimão em escadas e áreas de circulação, uso de chinelos, sapatos desamarrados, degraus altos, banheiro sem barra de apoio, vasos sanitários baixos, cordas, cordões e fios no chão, móveis deslizantes, degraus de escadas com altura ou largura irregulares, degraus sem sinalização de término, escadas com piso muito desenhado, banheira escorregadia, cama muito alta, cadeiras com altura inadequada e sem apoio lateral, prateleiras muito altas, animais soltos em casa, brinquedos espalhados pelo chão, entulhos e lixos colocados em locais inapropriados, cortinas pesadas e muito compridas, colchas e lençóis muito compridos e roupas compridas arrastando pelo chão.

Quando o idoso sai para caminhar, também estará sujeito a quedas, principalmente se o calçamento tiver um piso irregular, raízes de árvores estiverem expostas na calçada e se espaços abertos não contarem com acessibilidade adequada.

O que fazer depois de uma queda

- A primeira conduta, mais importante e imediata, é chamar o atendimento pré-hospitalar para realizar o primeiro atendimento e encaminhar o idoso a um serviço especializado. Por mais banal que seja a queda, o idoso deve ser submetido a uma avaliação clínica/ortopédica, com a realização de exames de imagens.
- Até a chegada da equipe pré-hospitalar, não deixe que o idoso se movimente, pois ele pode ter ferido seriamente a cabeça, o pescoço, tórax, os quadris ou as pernas.
- Minimize o movimento da cabeça, do pescoço e da coluna cervical.
- Estabilize a cabeça manualmente na posição em que foi encontrada. Se estiver consciente e em condições de fornecer informações, converse e faça uma pequena investigação se há queixa de dor na região cervical (pescoço). Se você não presenciou, procure saber qual a altura que o idoso caiu. Essa informação deve ser dada com segurança por alguém que porventura tenha presenciado a queda.

- Pergunte se/onde bateu a cabeça, verifique se há alguma contusão, como “galo”/edema, hematoma ou corte. Talvez ele consiga responder ou não. As informações do cuidador são importantes nesses momentos.
- Faça perguntas simples. Lembre-se de que o idoso com DP, dependendo da fase em que se encontra, não tem condições de informar com clareza o que aconteceu.
- Inspecione os braços e as pernas à procura de hematomas, deformidades e cortes.
- Se possível, ouça as queixas e as principais reclamações do idoso.
- Não dê nada para ele comer ou beber enquanto aguarda o socorro.
- Evite levantá-lo. Deixe-o no chão até que chegue a equipe especializada.

Sugestões para aliviar o sofrimento do paciente em algumas situações decorrentes de quedas

- Em uma queda sobre o braço, a imobilização pode ser feita inicialmente dobrando um jornal/revista ao redor do membro, depois dobre um pano em forma triangular para fazer uma tipoia para o braço. É importante manter o braço na altura do mamilo e amarrar o pano com um nó, atrás do pescoço, um pouco mais para o lado (isso evita que o nó dê dor no pescoço).

- Uma tira de pano sempre é útil para amarrar a tipoia ao corpo do idoso, passando por trás do tórax. Na falta desse material, solicite ao idoso que segure seu próprio braço com o outro, contra seu corpo.
- Observe sempre a ponta dos dedos. É preciso acompanhar a cor rosa, testando com a compressão dos dedos por dois segundos. Se permanecer esbranquiçada ou arroxeada, pode significar lesão vascular ou imobilização muito firme, necessitando reposicionamento da extremidade.
- Se o dano ocorreu em uma perna, é possível imobilizá-la com revista/jornal, ou utilizando tiras de pano, alinhadas na horizontal, embaixo das duas pernas da pessoa. Se tiver uma toalha ou cobertor, faça um rolo e coloque ao redor das pernas do idoso (conforme a separação entre elas, pode-se colocar um pano/toalha entre as duas pernas antes de enrolá-las).
- Se o dano ocorreu no pé ou tornozelo, evite retirar o calçado fechado e a meia, envolva o pé/tornozelo com toalha/jornal/cobertor e fixe.
- Muitos idosos possuem bengalas, andadores e materiais que também servem para imobilizar pernas e braços.
- As entorses, luxações e fraturas são muito dolorosas e necessitam de avaliações de um médico ortopedista.
- Cabe lembrar que fratura é a ruptura do tecido ósseo, enquanto a entorse é uma lesão da articulação na qual os ligamentos são torcidos ou distendidos.

- A luxação é uma entorse mais grave, quando se rompem não só os ligamentos como também se deslocam os ossos da articulação. É sempre difícil o diagnóstico sem ajuda de exames de imagem.
- A distensão/estiramento pode ser de tendão ou de músculo.
- Os ossos dos idosos, devido à osteoporose, não são muito resistentes e podem quebrar com facilidade, acarretando lesões em estruturas adjacentes como nervos, músculos e vasos sanguíneos.
- As articulações são o encontro entre dois ossos. Elas mantêm unidos os segmentos do corpo, por meio de ligamentos que se parecem com cordões.

Sintomas de entorses e luxações

- Inchaço/edema local acentuado.
- Aumento da temperatura na região afetada.
- Dificuldade/impossibilidade de mover a parte afetada.

O que fazer em entorses

- Tire as roupas ou calçados que possam comprimir a articulação afetada o mais rápido possível e com cuidado.
- Aplique compressas frias ou gelo para combater o inchaço/edema.

- Se tiver faixas na residência, utilize-a para imobilizar a articulação.
- Imobilize a articulação na posição mais confortável possível.
- Cuidado para não apertar muito a faixa. Se isso ocorrer, o idoso vai queixar-se de formigamento.
- Se a dor começar a diminuir, estimule os movimentos suaves e progressivos da articulação comprometida.

O que fazer em luxações

- Procure manter a articulação afetada numa posição confortável.
- Se a luxação for de braço, procure prendê-lo no corpo na posição mais confortável. É a conhecida tipoia, feita de faixas largas de ataduras.
- Se a luxação for no pé, procure uma posição confortável, usando travesseiros ou almofadas. O uso de faixas largas, se disponíveis, é importante na imobilização da articulação.
- Não tente mover a parte que foi atingida, para não piorar o seu estado.
- Se o cuidador não sabe se o que ocorreu foi uma fratura, entorse ou luxação, é melhor não fazer nada porque algum procedimento errado pode complicar a situação. Aguarde a chegada do socorro especializado.

- O cuidador deve ficar atento, principalmente, aos traumatismos da região do quadril, pelo risco de fraturas provocadas por quedas. São comuns as fraturas do fêmur, sobretudo pela presença de osteoporose em idosos.
- Fraturas de punhos, costelas e ombros também são comuns, e as fraturas das costelas podem até mesmo causar perfurações nos pulmões.
- Chame o socorro imediatamente, evitando mover a área traumatizada.
- Não ofereça qualquer alimento ao idoso, nem mesmo água. Não deixe o idoso alimentar-se ou ingerir líquidos, ele pode necessitar de uma cirurgia de urgência.
- Nunca tente endireitar a fratura ou colocar o osso no lugar.
- Procure acalmar o idoso até a chegada do socorro especializado.
- Não mova o idoso antes de fixar e proteger a parte lesada, exceto em situação de perigo.
- Ao levá-lo para o serviço especializado, mantenha a região traumatizada confortavelmente apoiada durante todo o transporte.
- Insista com o idoso para que ele não se mova.

Sinais e sintomas

- Dor na região. Lembre-se de que, às vezes, o idoso não se queixa de dor.

- Há encurtamento ou desvio no local, uma perna fica mais curta que a outra e fica “torcida”, com edema/inchaço na região.
- Há incapacidade de mover a extremidade afetada, às vezes com dormência e formigamento.

Queimaduras

A queimadura em idosos é resultante do contato direto ou indireto do calor sobre o organismo. É uma causa importante de mortalidade. O óbito pode decorrer em função de uma infecção ou repercussões sistêmicas. É a lesão na pele provocada, geralmente, pelo calor, mas também pode ser provocada pelo frio, pela eletricidade, por certos produtos químicos, por radiações e até fricções/assaduras.

Ao perceber que o idoso sofreu uma queimadura, o cuidador deve verificar se há necessidade de proteger a via aérea e interromper o processo de lesão térmica. A via aérea superior se encontra em risco pelo grande edema (inchaço) causado pela inflamação local. Inicialmente, os indicativos de obstrução podem ser sutis, não revelando nenhuma evidência de lesão, mas o surgimento do edema de laringe pode ser repentino e inesperado. Lembre-se de que a pele pode ser destruída parcial ou totalmente.

As queimaduras são classificadas em 3 graus:

- 1º grau – atinge a camada mais superficial da pele e da epiderme e se traduz como uma lesão vermelha, quente e dolorosa, sem bolha. O idoso se queixa de dor.

- 2º grau – são queimaduras mais profundas, apresentando bolha. A dor é muito intensa.
- 3º grau – queimaduras profundas, indolores (pois queimaram os terminais nervosos), acometem todas as camadas da pele, podendo chegar até os ossos e gerar sérias necroses (morte celular em tendões, músculos e ossos), com posteriores deformidades. A aparência da pele é escura, semelhante a couro.

O que fazer

- Remova toda a roupa do idoso, incluindo anéis e joias.
- A superfície corporal deve ser enxaguada com água corrente e, após bem limpa com sabão neutro, cubra o idoso com lençóis quentes, para evitar a hipotermia.
- Durante o atendimento médico de urgência, o cuidador deve informar a forma de exposição à fonte de calor (o que queimou), ocorrência de explosões, uso de álcool, contato com água quente ou leite quente, por exemplo.
- Coloque cuidadosamente uma gaze ou pano limpo umidificado (para não aderir) sobre a região afetada.
- Se o idoso estiver com suas roupas em chamas, abafe com o cobertor ou role ele no chão.
- Não aplique qualquer produto, como óleo ou manteiga, pasta de dente ou café.

- Não fure as bolhas. As roupas aderidas não devem ser arrancadas.
- Não ofereça bebidas ou comida ao idoso.
- Observe o idoso até a chegada do socorro.
- Analgésicos e ansiolíticos podem ser administrados, caso houver orientação do socorrista por telefone. O idoso deve ficar em um ambiente com controle de temperatura para evitar hipotermia e perda excessiva de líquidos.

Atenção: 95% das queimaduras em idosos são causadas por acidentes domésticos (vazamento de gás com explosão, contato com substâncias inflamáveis, contato com água ou leite quente e fios elétricos). Todos esses acidentes são passíveis de prevenção. Lembre-se de que as queimaduras são comuns em idosos e uma grande causa de mortalidade.

Síncope (desmaio)

Síncope é a perda súbita e transitória da consciência acompanhada da perda de tônus postural. Sua recuperação é espontânea, não necessitando de manobras de ressuscitação. Após um episódio de desmaio, o idoso retorna às condições anteriores. A maioria dos casos resulta da redução súbita e transitória do fluxo sanguíneo cerebral com alteração da oferta de oxigênio e, mais raramente, da glicose. A falta de oxigênio no cérebro com duração de 5 segundos é suficiente para causar síncope. Os idosos são mais suscetíveis à síncope em razão das alterações do envelhecimento,

que diminuem a capacidade de adaptação à súbita redução da pressão arterial.

Além do Parkinson, as síncope são agravadas pela associação de outras doenças e pela utilização de determinados medicamentos. As principais causas são: hipotensão (queda da pressão arterial), arritmia cardíaca, doença isquêmica coronariana (pode ser uma manifestação do infarto agudo do miocárdio), doença das válvulas cardíacas (estenose aórtica), miocardiopatia hipertrófica obstrutiva, tromboembolismo pulmonar e aneurisma dissecante da aorta. Tente relacionar o desmaio com o uso de algum medicamento, como, por exemplo: nitratos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da ECA, betabloqueadores, amiodarona, diuréticos, antidepressivos, insulina, teofilina, cisaprida e barbitúricos. Além disso, pode ter relação com alterações psiquiátricas, tais como síndrome do pânico e depressão. A diminuição da glicose (hipoglicemia), ataque isquêmico transitório (AIT) ou um Acidente Vascular Cerebral (derrame) também podem causar síncope.

Um paciente com Parkinson pode apresentar síncope durante ou imediatamente após um evento específico, como urinar, evacuar, deglutir ou tossir. Outras causas como medo, estresse emocional, dor, ou ambientes muito quentes também podem contribuir para a síncope. É importante lembrar que, após o desmaio, o idoso pode ficar tonto e cair, e essa queda pode resultar em lesões sérias, como a fratura do quadril.

Sinais e sintomas

- Perda da consciência e do tônus postural.
- Pele fria, pálida e úmida.
- Suor frio.
- Respiração lenta.
- Tontura, visão turva.
- Pressão arterial baixa, com pulso fraco.
- Náusea/ânsia de vômito.
- Ansiedade.

O que fazer

- Peça ajuda a outras pessoas e acione o serviço de emergência. É muito comum que o idoso se recupere antes mesmo da chegada da ambulância. Se você perceber que ele pode desmaiar, tente apará-lo/segurá-lo antes que caia, para que ele não se machuque.
- Ajude-o a sentar-se em uma cadeira/poltrona/sofá confortável, se possível. Peça que o idoso inspire e expire profundamente.
- Se ocorrer o desmaio, deite o idoso, eleve os membros inferiores acima do corpo e coloque a cabeça um pouco mais abaixo (fazendo o sangue das pernas irem para o coração e a cabeça).
- Vire sua cabeça de lado, para evitar que aspire secreções que possam sufocá-lo ao tentar vomitar.

- Mantenha o local arejado.
- Afrouxe suas roupas.
- Quando ele recobrar a consciência, não permita que se levante sozinho.
- Faça o idoso ficar alguns minutos sentado, para readaptar-se à posição vertical/ficar de pé e andar.
- Nunca o faça aspirar álcool, nem jogue água em seu rosto para reanimá-lo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em acidentes ou emergências que acometem o idoso com a DP, o cuidador será responsável em prestar os primeiros socorros. Manobras simples podem minimizar sequelas e manter a vida até a chegada do socorro especializado.

A chamada corrente da sobrevivência preconizada na parada cardíaca pode ser reproduzida em outras situações clínicas ou traumáticas. Significa um conjunto de ações e condutas que têm como objetivo oportunizar a sobrevivência de vítimas graves. A corrente é formada por elos que simbolizam todos os passos necessários nessa assistência. O primeiro elo é representado pelo chamado de socorro; o segundo, a realização de manobras básicas para a manutenção da vida; e os demais elos são responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar e tratamento definitivo. O sucesso de todo atendimento depende de uma corrente forte em todos os seus componentes.

Existem sistemas públicos e privados de atendimento pré-hospitalar bastante eficientes, porém, por mais rápido que seja o tempo de resposta da equipe, as manobras básicas naqueles minutos preciosos até a chegada do socorro são fundamentais e podem significar a diferença entre a vida e a morte, entre a recuperação plena ou a sequela definitiva.

O leigo bem-informado e com mínimo treinamento vai evitar condutas que possam agravar a situação e será um aliado no socorro às vítimas naqueles primeiros minutos, fortalecendo o primeiro elo da corrente da sobrevivência.

As situações de urgência e emergência que acometem os idosos com DP necessitam de tomada de decisão rápida e adequada por parte dos cuidadores. Muitas situações abordadas neste livro são passíveis de prevenção e podem ser evitadas pela informação e capacitação de cuidadores formais e informais.

POSFÁCIO

Escrever sobre uma obra relevante e extremamente útil aos pacientes sempre será prazeroso. O livro que vocês acabaram de ler é uma obra que será de extrema valia a um grupo de pacientes que muito necessita de cuidados e de assistência. Ele discorre sobre assuntos importantes e relevantes no manejo e cuidado dos pacientes parkinsonianos. Todos os capítulos, sem exceção, merecem leitura atenta e cuidadosa para que ao final consigamos ter uma real dimensão da importância desta obra ímpar.

Parabenizo os autores pela iniciativa e compartilho com os leitores a agradabilidade da leitura de um livro útil às pessoas que tanto necessitam de assistência.

Jefferson Braga Silva

Livre-docente

Professor titular da Escola de Medicina da PUCRS

Referências

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). *Destaques das diretrizes da American Heart Association 2020 para RCP e ACE*. 2020. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf Acesso em: 18 maio 2021.

ARCHER, E. *Procedimentos e protocolos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de condutas médicas*. São Paulo, 2001. Série A: Normas e manuais técnicos, n. 143. 2001.

CARVALHO, M. G. *Atendimento pré-hospitalar para enfermagem: suporte básico e avançado de vida*. São Paulo: Látia, 2004.

FLORIANO, C. O. *Manual de primeiros socorros*. Canoinhas-SC: Associação dos Funcionários da UnC; Porto União-SC: Departamento Saúde e Bem-estar, 2010.

FORNARI, L. T.; RIEDER, C. R. Distúrbios do movimento. In: ROSA, A. A. A.; SOARES, J. L. M. F.; BARROS, E. *Sintomas e sinais na prática médica: consulta rápida*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 251-263. v. 1.

GUIA *ilustrado de primeiros socorros*. São Paulo: Círculo do Livro, 1996.

KAWAMOTO, E. E. *Acidentes: como socorrer e prevenir*. São Paulo: E.P.U, 2002.

LANE, J. C.; TULIO, S. *Primeiros socorros: um manual prático*. São Paulo: Moderna, 1997.

MURTA, G. F. *Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem*. São Paulo: Difusão, 2008.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). *PHTLS – atendimento pré-hospitalar ao traumatizado*. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020.

OLIVEIRA, M. *Fundamentos do socorro pré-hospitalar: manual de suporte básico de vida para socorristas*. Florianópolis: Editograf, 2004.

RIEDER, C. R. et al. *Entendendo a Doença de Parkinson*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

_____. et al. Indicações de tratamento cirúrgico na Doença de Parkinson. In: DIAS-TOSTA, E. et al. *Doença de Parkinson: recomendações*. 2. ed. São Paulo: Academia Brasileira de Neurologia, 2015. p. 163-180.

RIEDER, C. R.; SCHUMACHER-SCHUH, A. F. Manifestações neuropsiquiátricas na Doença de Parkinson. In: QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. (org.). *Neurobiologia dos transtornos*

psiquiátricos. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 355-368. v. 1.

RODRIGUES, R. D.; PRATES, T. D. B.; KRAMER, A. M.; RIGATTO, M. H. P. Exposição ocupacional a materiais biológicos. *Acta Médica*, v. 37, p. 1-228, 2016.

TERRA, N. L. *et al.* (org.). *Previna-se das doenças geriátricas*. 3. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011.

VIANA, P.; TERRA, N. L.; STOBÄUS, C. D. *Manual de primeiros socorros para cuidadores de idosos*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2017.



www.pucrs.br/edipucrs

E-mail: edipucrs@pucrs.br



www.facebook.com/edipucrs



www.twitter.com/edipucrs



www.instagram.com/edipucrs