

Curso de Primeiros Socorros para Idosos



Este curso profissional de **Primeiros Socorros para Idosos** foi desenvolvido para atender à crescente demanda por especialistas capacitados no atendimento de urgência e emergência voltado à terceira idade. Com o envelhecimento populacional, torna-se imperativo dominar protocolos de **suporte básico de vida**, prevenção de acidentes domésticos e manejo de crises agudas em pacientes geriátricos. O conteúdo aborda desde a **fisiologia do envelhecimento** até intervenções críticas em casos de **parada cardiorrespiratória**, engasgos e quedas, garantindo que o aluno desenvolva competências técnicas sólidas. Ideal para profissionais que buscam excelência em **cuidados paliativos**, gerontologia e atendimento pré-hospitalar, o material foca na redução de sequelas e na preservação da autonomia do idoso através de uma abordagem baseada em evidências científicas e diretrizes internacionais de saúde.

O QUE VOCÊ VAI APRENDER

- Identificar sinais vitais e alterações fisiológicas críticas no paciente idoso.
- Executar protocolos de Reanimação Cardiorrespiratória (RCP) adaptados à fragilidade óssea geriátrica.
- Manejar obstruções de vias aéreas por corpos estranhos com técnicas de desengasgo seguras.
- Prestar socorro imediato em casos de quedas, fraturas e traumas cranioencefálicos.
- Reconhecer precocemente sintomas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

- Gerenciar crises hipoglicêmicas e hiperglicêmicas em idosos diabéticos.
 - Controlar hemorragias e realizar curativos de urgência em peles senis fragilizadas.
 - Atuar preventivamente na segurança do ambiente doméstico para mitigar riscos de acidentes.
-

PÚBLICO-ALVO

- Técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).
 - Cuidadores de idosos profissionais que desejam certificação técnica de alto nível.
 - Estudantes de fisioterapia, terapia ocupacional e áreas da saúde voltadas à geriatria.
 - Bombeiros civis e socorristas que buscam especialização em atendimento ao público senil.
 - Familiares e responsáveis por idosos que necessitam de conhecimento técnico avançado para situações de emergência.
-

MÓDULOS E AULAS

Módulo 1: Fundamentos da Emergência Geriátrica

Aula 1.1: Introdução aos Primeiros Socorros e Fisiologia do Envelhecimento O atendimento de primeiros socorros em idosos exige uma compreensão profunda das **alterações anatômicas e fisiológicas**

que ocorrem com o avançar da idade. O processo de senescência promove uma redução na reserva funcional de diversos órgãos, o que altera a resposta do organismo a traumas e agravos clínicos. A pele torna-se mais fina e suscetível a lesões por pressão ou lacerações, enquanto o sistema cardiovascular apresenta menor complacência arterial e uma resposta reduzida às catecolaminas. No sistema esquelético, a perda de densidade mineral óssea aumenta drasticamente o risco de fraturas mesmo em traumas de baixa energia. O socorrista deve estar atento ao fato de que o idoso muitas vezes não apresenta os sinais clássicos de alerta, como febre ou dor intensa, devido ao embotamento da resposta imunológica e alterações na percepção sensorial. Portanto, a **avaliação primária** deve ser minuciosa, priorizando a manutenção da homeostase e a estabilização rápida. A atuação profissional fundamenta-se na antecipação de complicações, considerando que a fragilidade biológica torna o tempo de resposta um fator determinante para o prognóstico de sobrevivência e recuperação funcional do paciente.

Aula 1.2: Avaliação Primária e Verificação de Sinais Vitais no Idoso A avaliação primária em pacientes idosos segue o protocolo sistemático de verificar a desobstrução de vias aéreas, a qualidade da respiração e a estabilidade circulatória. No entanto, a interpretação dos **sinais vitais** requer cautela técnica adicional. A pressão arterial basal de um idoso pode ser naturalmente elevada devido à rigidez arterial, e uma pressão considerada normal para um jovem pode representar um quadro de hipotensão relativa para o paciente geriátrico. A frequência cardíaca também pode ser mascarada pelo uso de medicamentos cronotrópicos negativos, como os betabloqueadores, impedindo a manifestação de taquicardia em situações de choque. A verificação da temperatura axilar pode ser imprecisa, sendo necessário observar sinais de alteração do

nível de consciência, que frequentemente é o primeiro indicativo de infecção ou hipóxia no idoso. O exame físico deve ser realizado de forma gentil para evitar lesões iatrogênicas, utilizando a técnica de palpação cuidadosa e observando a perfusão capilar periférica como indicador de status hemodinâmico. A prioridade é a identificação de **ameaças imediatas à vida**, estabelecendo uma linha de base para o monitoramento contínuo durante o aguardo do suporte avançado.

Aula 1.3: Aspectos Éticos e Legais no Atendimento Domiciliar e Institucional A prestação de primeiros socorros a idosos envolve dilemas éticos e responsabilidades legais complexas que o profissional deve dominar com clareza. O conceito de **autonomia do paciente** é central, devendo-se respeitar o consentimento quando o idoso está lúcido e orientado. Em situações de emergência onde há perda de consciência, aplica-se o princípio do consentimento implícito, visando a preservação da vida. É fundamental ter conhecimento sobre as diretivas antecipadas de vontade e ordens de não ressociação, que podem estar documentadas em prontuários domiciliares ou institucionais. O socorrista atua como um garantidor do bem-estar, e a omissão de socorro pode gerar implicações civis e criminais graves. Além disso, a documentação precisa de todas as intervenções realizadas, horários e sinais observados é uma obrigação técnica que assegura a continuidade do cuidado no ambiente hospitalar. A preservação da dignidade do idoso durante o atendimento, evitando a exposição desnecessária e mantendo uma comunicação clara com os familiares, é um pilar da **ética profissional**. O conhecimento das normas do Estatuto do Idoso também norteia a conduta, assegurando que o atendimento seja prioritário e humanizado em qualquer circunstância.

Aula 1.4: Biossegurança e Equipamentos de Proteção no Socorro Geriátrico A prática de primeiros socorros exige a aplicação rigorosa de

normas de **biossegurança** para proteger tanto o socorrista quanto o paciente. No atendimento ao idoso, que frequentemente possui um sistema imunológico mais debilitado, o controle de infecções é ainda mais crítico. O uso de equipamentos de proteção individual, como luvas de procedimento, máscaras cirúrgicas e, em casos de risco de projeção de fluidos, óculos de proteção, é indispensável. A higienização das mãos antes e após o contato deve ser seguida conforme os protocolos da Organização Mundial da Saúde. Além da proteção biológica, a segurança ambiental é parte da biossegurança no socorro, garantindo que o local da intervenção esteja livre de riscos elétricos, superfícies escorregadias ou objetos perfurocortantes. O profissional deve estar familiarizado com o kit de primeiros socorros, mantendo materiais como gazes estéreis, antissépticos, bandagens e máscaras de bolso para ventilação sempre organizados e dentro do prazo de validade. A **prevenção de riscos ocupacionais** e a mitigação de infecções cruzadas são competências técnicas que elevam o padrão de qualidade da assistência prestada, garantindo um ambiente seguro para a execução das manobras de emergência necessárias.

Módulo 2: Suporte Básico de Vida em Geriatria

Aula 2.1: Identificação de Parada Cardiorrespiratória no Idoso A detecção precoce de uma Parada Cardiorrespiratória (PCR) no idoso é o primeiro elo da corrente de sobrevivência. O socorrista deve iniciar a avaliação verificando a responsividade do paciente através de estímulos táteis e verbais firmes. Caso não haja resposta, o próximo passo técnico consiste na verificação simultânea da respiração e do pulso carotídeo por um período de no mínimo cinco e no máximo dez segundos. É comum que idosos apresentem **gasping**, que é uma respiração agônica e ineficaz, a qual deve ser interpretada como sinal de parada. A ausência de pulso

central confirma a necessidade imediata de intervenção. O profissional deve estar ciente de que próteses dentárias podem se deslocar e obstruir as vias aéreas, devendo ser removidas se atrapalharem a ventilação. A ativação imediata do serviço de emergência é crucial, especificando que se trata de uma vítima idosa, o que pode agilizar o envio de suporte avançado com desfibrilador. A **agilidade no diagnóstico** diferencial entre um desmaio simples e uma PCR real determina a possibilidade de reversão do quadro sem sequelas neurológicas irreversíveis, visto que o tecido cerebral senil possui menor tolerância à anóxia prolongada.

Aula 2.2: Protocolos de Compressão Torácica e Ventilação Adaptada A execução das compressões torácicas em idosos requer uma técnica precisa para equilibrar a eficácia hemodinâmica e a minimização de danos colaterais. Devido à **osteoporose** e à calcificação das cartilagens costais, o risco de fraturas de costelas e esterno durante a RCP é elevado. No entanto, o socorrista não deve hesitar na profundidade das compressões, que deve ser de cinco a seis centímetros em um ritmo de 100 a 120 compressões por minuto. A técnica correta envolve posicionar a região hipotenar da mão sobre o centro do tórax, mantendo os braços esticados e utilizando o peso do corpo. A relação entre compressões e ventilações deve seguir o padrão de 30 para 2. Se houver receio de realizar ventilações boca-a-boca ou ausência de equipamento de barreira, a compressão contínua é a conduta indicada. A expansão completa do tórax entre as compressões é vital para permitir o enchimento das câmaras cardíacas. O profissional deve monitorar constantemente a eficácia das manobras, buscando manter a **perfusão coronariana** mínima necessária até a chegada do desfibrilador ou da equipe médica, adaptando a força aplicada conforme a resistência torácica observada no paciente.

Aula 2.3: Uso do Desfibrilador Externo Automático em Idosos O Desfibrilador Externo Automático (DEA) é uma ferramenta essencial no suporte básico de vida, sendo seguro para uso em idosos. Após a chegada do equipamento, o socorrista deve ligar o aparelho e seguir rigorosamente as instruções de voz. A preparação do tórax da vítima inclui a secagem da pele se estiver úmida e, se necessário, a remoção de excesso de pelos ou adesivos medicamentosos (comuns em idosos para problemas cardíacos ou dor) que possam estar no local de fixação das pás. É crucial evitar posicionar os eletrodos diretamente sobre **marcapassos definitivos** ou desfibriladores implantáveis, que são identificáveis por uma saliência sob a pele. As pás devem ser colocadas nas posições subclavicular direita e infra-axilar esquerda. Durante a análise do ritmo cardíaco pelo aparelho, ninguém deve tocar na vítima para evitar interferências. Se o choque for recomendado, o socorrista deve garantir o afastamento de todos antes de acionar o botão. Imediatamente após a descarga, as compressões torácicas devem ser reiniciadas sem perda de tempo. O uso precoce do DEA em idosos com ritmos chocáveis aumenta exponencialmente as chances de retorno da circulação espontânea e preservação da função cognitiva.

Aula 2.4: Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho: Manobra de Heimlich A asfixia por engasgo é uma das principais causas de morte acidental em idosos devido a distúrbios de deglutição, próteses mal ajustadas ou redução do reflexo de tosse. Na obstrução parcial, o idoso ainda consegue tossir ou emitir sons, e a conduta técnica é apenas encorajar a tosse vigorosa sem interferir mecanicamente. Quando a obstrução torna-se total, caracterizada pelo sinal universal de asfixia (mãos ao pescoço) e incapacidade de falar ou respirar, a **Manobra de Heimlich** deve ser aplicada. O socorrista posiciona-se atrás da vítima,

envolve-a com os braços e realiza compressões abdominais rápidas para dentro e para cima, na região acima do umbigo. Em idosos muito fragilizados ou obesos, as compressões podem ser realizadas na região torácica para evitar lesões abdominais. Caso o idoso perca a consciência, ele deve ser amparado até o chão e o protocolo de RCP deve ser iniciado imediatamente. A inspeção da cavidade oral deve ser feita apenas se o objeto for visível e de fácil remoção, evitando a manobra de varredura cega que pode empurrar o corpo estranho mais profundamente. A **prevenção e resposta rápida** em casos de disfagia grave são pilares fundamentais do cuidado geriátrico.

Módulo 3: Emergências Cardiovasculares e Neurológicas

Aula 3.1: Infarto Agudo do Miocárdio: Sinais Atípicos no Idoso O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) em idosos muitas vezes não se manifesta com a clássica dor precordial em aperto que irradia para o braço esquerdo. O profissional deve estar atento aos chamados **equivalentes anginosos**, que incluem dispneia súbita, fadiga extrema inexplicável, confusão mental aguda ou dor epigástrica que pode ser confundida com indigestão. A ausência de dor ocorre frequentemente em idosos diabéticos devido à neuropatia autonômica. Diante de qualquer suspeita, o idoso deve ser mantido em repouso absoluto, sentado ou em posição confortável, para reduzir a demanda de oxigênio do miocárdio. Se o paciente estiver consciente e não houver contraindicação conhecida ou alergia, a administração de ácido acetilsalicílico pode ser considerada conforme protocolo local ou orientação médica prévia. É vital monitorar a pressão arterial e a frequência cardíaca, evitando qualquer esforço físico por parte da vítima. A ativação do serviço de emergência deve ser imediata, informando a natureza atípica dos sintomas. O reconhecimento precoce do **sofrimento miocárdico** é crucial, pois o tempo para reperfusão é o

fator determinante para limitar a extensão do dano muscular e prevenir a insuficiência cardíaca crônica pós-evento.

Aula 3.2: Acidente Vascular Cerebral: Escala de Cincinnati e Conduta O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa uma emergência neurológica crítica com alta incidência na terceira idade. A aplicação da **Escala de Cincinnati** é o método técnico mais eficaz para triagem rápida: avalia-se a simetria facial ao pedir para o idoso sorrir, a força motora ao pedir para elevar ambos os braços e a clareza da fala ao solicitar a repetição de uma frase simples. Qualquer alteração em um desses itens indica uma alta probabilidade de AVC. O socorrista deve anotar o horário exato do início dos sintomas, pois essa informação é fundamental para as decisões médicas sobre terapias trombolíticas. O idoso deve ser mantido deitado com a cabeça levemente elevada (cerca de 30 graus) e a cabeça voltada para o lado em caso de vômitos, para prevenir a aspiração. Não deve ser oferecida água ou alimentos, devido ao risco elevado de disfagia aguda. O controle do tempo e o transporte rápido para uma unidade hospitalar com suporte neurológico são as únicas intervenções que podem reverter o déficit neurológico. A **vigilância constante** do nível de consciência e da respiração é necessária durante todo o período de espera pelo transporte especializado.

Aula 3.3: Gerenciamento de Crises de Hipertensão e Hipotensão Alterações agudas na pressão arterial são frequentes em idosos e podem levar a desfechos graves como síncope ou crises encefalopáticas. Uma crise hipertensiva não deve ser tratada com medicação por conta própria pelo socorrista, devido ao risco de queda brusca da pressão e redução da perfusão cerebral, o que poderia desencadear um AVC isquêmico. A conduta técnica consiste em colocar o idoso em ambiente calmo, em repouso, e monitorar os sintomas associados como cefaleia intensa ou

visão turva. Já a **hipotensão ortostática** é uma causa comum de tontura e quedas ao se levantar. Em caso de queda de pressão com sintomas de desmaio, deve-se deitar o idoso e elevar os membros inferiores para favorecer o retorno venoso, desde que não haja trauma de coluna associado. É importante verificar a hidratação do idoso, pois a desidratação é um fator desencadeante comum. O registro rigoroso das medidas de pressão arterial e a observação de sinais de choque, como pele fria e pegajosa ou palidez, orientam a gravidade da situação. O equilíbrio hemodinâmico é delicado na terceira idade, exigindo uma **intervenção cautelosa** e puramente estabilizadora em nível de primeiros socorros.

Aula 3.4: Convulsões e Estado de Mal Epilético em Idosos As convulsões em idosos podem ser decorrentes de sequelas de AVC, tumores cerebrais, distúrbios metabólicos ou interações medicamentosas. Durante a crise convulsiva, o objetivo principal do socorrista é a **proteção física** do paciente. Deve-se afastar objetos próximos que possam causar ferimentos e proteger a cabeça com algo macio, como um travesseiro ou peça de roupa. É estritamente proibido tentar conter os movimentos da vítima ou introduzir qualquer objeto na boca, prática que pode causar fraturas dentárias ou lesões na mandíbula. Após o término da fase convulsiva, o idoso geralmente entra em um estado pós-ictal de sonolência e confusão, devendo ser colocado na posição lateral de segurança para garantir a patência das vias aéreas e a drenagem de secreções. O socorrista deve cronometrar a duração da crise; se esta durar mais de cinco minutos ou se ocorrerem crises repetidas sem recuperação de consciência entre elas, configura-se uma emergência médica gravíssima. A monitoração da respiração e a oferta de conforto psicológico após a recuperação da

consciência são fundamentais para estabilizar o idoso e reduzir o estresse pós-traumático.

Módulo 4: Primeiros Socorros em Quedas e Traumas

Aula 4.1: Avaliação de Quedas e Risco de Fratura de Quadril As quedas são eventos sentinela na vida do idoso, muitas vezes marcando o início de um declínio funcional acentuado. Ao socorrer um idoso caído, a primeira ação é imobilizá-lo no local até que uma avaliação completa de traumas seja realizada. A **fratura de colo de fêmur** é uma das lesões mais graves e comuns, manifestando-se frequentemente com dor intensa na região inguinal, encurtamento do membro afetado e rotação externa do pé. O socorrista não deve tentar alinhar o membro ou forçar o idoso a se levantar. Se houver suspeita de fratura, a área deve ser imobilizada de forma improvisada ou com talas apropriadas, mantendo a articulação acima e abaixo da lesão estáveis. O controle da dor e a prevenção do choque hipovolêmico, que pode ocorrer devido ao sangramento interno na região pélvica, são prioridades. Além da lesão física, deve-se investigar a causa da queda (tontura, síncope ou obstáculo físico) para fornecer informações precisas à equipe médica. A **abordagem conservadora** no local do acidente minimiza o risco de agravamento de lesões ósseas e vasculares durante a movimentação inicial.

Aula 4.2: Traumatismo Cranioencefálico e Escala de Coma de Glasgow Mesmo quedas de baixa altura podem resultar em Traumatismo Cranioencefálico (TCE) significativo em idosos, devido à atrofia cerebral que permite maior movimentação do cérebro dentro do crânio e à fragilidade das veias pontes, aumentando o risco de hematomas subdurais crônicos ou agudos. O uso de anticoagulantes, comum nesta faixa etária, agrava drasticamente qualquer sangramento intracraniano. O profissional deve utilizar a **Escala de Coma de Glasgow** para avaliar o nível de

consciência através da abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. Sinais como pupilas desiguais (anisocoria), vômitos em jato, sonolência excessiva ou perda de memória recente devem ser interpretados como indicadores de pressão intracraniana elevada. A estabilização da coluna cervical é obrigatória em qualquer queda com impacto na cabeça até que se prove a ausência de lesão vertebral. O monitoramento deve ser contínuo, pois o idoso pode apresentar um intervalo lúcido seguido de deterioração neurológica rápida. A observação de sinais de alerta e a comunicação clara dos achados neurológicos são fundamentais para o **manejo de alta complexidade** que o TCE geriátrico exige.

Aula 4.3: Manejo de Ferimentos, Lacerações e Avulsões de Pele A pele do idoso, caracterizada pela dermatoporose, possui uma fragilidade extrema que resulta em lesões por fricção e avulsões cutâneas com facilidade. No tratamento de ferimentos abertos, o controle da hemorragia deve ser feito por pressão direta com gaze limpa. O uso de torniquetes é reservado apenas para hemorragias arteriais massivas em membros que não respondem à pressão direta. A limpeza da ferida deve ser realizada com soro fisiológico ou água corrente em abundância para remover sujidades, evitando o uso de antissépticos agressivos que podem retardar a cicatrização de tecidos sensíveis. Em casos de **Skin Tears** (lacerações de pele), deve-se tentar reposicionar o retalho de pele sobre o leito da ferida e cobrir com curativo não aderente, para preservar o tecido e favorecer a reepitelização. É fundamental verificar o status vacinal contra o tétano. O profissional deve agir com extrema delicadeza ao remover curativos ou fitas adesivas, utilizando removedores específicos quando disponíveis, para não causar novas lesões. A **integridade cutânea** é uma barreira de defesa vital, e seu manejo correto previne infecções sistêmicas secundárias.

Aula 4.4: Imobilização Provisória e Transporte de Vítimas de Trauma A movimentação de um idoso traumatizado deve ser reduzida ao mínimo estritamente necessário. Se for indispensável remover a vítima de um local de risco iminente antes da chegada do suporte avançado, deve-se utilizar a técnica de rolamento em bloco para manter o alinhamento da cabeça, pescoço e tronco. A imobilização provisória de membros deve ser feita utilizando materiais rígidos forrados, garantindo que não haja compressão excessiva que prejudique a circulação periférica. O uso do **colar cervical** é recomendado sempre que houver mecanismo de trauma compatível com lesão de coluna. No transporte domiciliar para o veículo de emergência, o uso de pranchas rígidas ou macas adequadas é essencial para evitar a torção de articulações fragilizadas. O profissional deve liderar a equipe de auxílio, coordenando os movimentos para que sejam sincronizados e suaves. Durante o transporte, a vítima deve ser mantida aquecida, pois idosos perdem calor rapidamente, o que pode agravar distúrbios de coagulação e acidose em casos de trauma grave. A **logística de movimentação** planejada previne lesões iatrogênicas e garante a estabilidade do paciente até a unidade hospitalar.

Módulo 5: Emergências Metabólicas e Respiratórias

Aula 5.1: Crises Glicêmicas: Hipoglicemia versus Hiperglicemia Distúrbios na regulação da glicose são emergências comuns que podem mimetizar quadros neurológicos no idoso. A **hipoglicemia** é a condição mais perigosa a curto prazo, manifestando-se com sudorese fria, tremores, taquicardia e confusão mental aguda ou agressividade. Se o idoso estiver consciente e capaz de deglutir, a oferta de 15 a 20 gramas de carboidratos de rápida absorção (como água com açúcar ou suco de laranja) é a conduta indicada. Já a hiperglicemia severa, que pode levar ao estado hiperosmolar não cetótico, apresenta-se com sede excessiva, polidipsia e

hálito cetônico, exigindo hidratação e suporte médico imediato. Na dúvida diagnóstica e na ausência de um glicosímetro, deve-se tratar sempre como hipoglicemia, pois o açúcar adicional causará menos dano imediato do que a falta dele no cérebro. O monitoramento do nível de consciência é fundamental, pois a hipoglicemia prolongada pode causar danos neuronais permanentes. O socorrista deve sempre investigar se o idoso pulou alguma refeição ou se houve erro na dosagem de insulina ou hipoglicemiantes orais, reportando esses dados ao serviço médico.

Aula 5.2: Insuficiência Respiratória e Crises de Dispneia A dificuldade respiratória no idoso pode ter origem em doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), insuficiência cardíaca congestiva ou pneumonia. A dispneia manifesta-se pelo uso de musculatura acessória, batimento de asa de nariz e fala entrecortada. A posição técnica recomendada é a de **Fowler ou semi-Fowler** (sentado ou recostado), que facilita a expansão pulmonar. Se o paciente utiliza oxigênio domiciliar, o socorrista deve verificar se o sistema está funcionando e manter o fluxo prescrito, sem aumentá-lo excessivamente em pacientes com DPOC devido ao risco de inibição do drive respiratório. Deve-se observar a coloração das extremidades e lábios (cianose) e a frequência respiratória. A oferta de conforto e a solicitação para que o idoso realize respirações lentas e profundas podem ajudar a reduzir a ansiedade, que agrava o quadro respiratório. Em casos de suspeita de edema agudo de pulmão, caracterizado por tosse com secreção rósea e estertores audíveis, a agilidade no transporte é crítica para evitar a falência respiratória. A **manutenção da via aérea** e a oxigenação adequada são os objetivos primordiais da intervenção inicial.

Aula 5.3: Desidratação e Distúrbios Eletrolíticos Graves Idosos possuem uma menor reserva de água corporal e uma percepção de sede reduzida,

o que os torna vulneráveis a quadros de desidratação grave, especialmente durante episódios febris ou dias de calor intenso. Os sinais de desidratação incluem mucosas secas, olhos encovados, diminuição do turgor cutâneo e letargia. Casos severos evoluem para choque hipovolêmico não hemorrágico e insuficiência renal aguda. Em nível de primeiros socorros, se o idoso estiver consciente e sem náuseas, a reidratação oral deve ser iniciada de forma fracionada com água ou soro caseiro. Distúrbios eletrolíticos, como a alteração nos níveis de sódio e potássio, podem causar arritmias cardíacas e fraqueza muscular extrema. O socorrista deve monitorar o débito urinário se possível (observando fraldas ou uso de comadres) e estar atento a sinais de confusão mental que indicam comprometimento do sistema nervoso central por desequilíbrio osmótico. A **intervenção precoce** na reposição hídrica pode prevenir complicações sistêmicas complexas, mas o transporte para avaliação laboratorial é indispensável para a correção segura dos eletrólitos.

Aula 5.4: Reações Alérgicas e Choque Anafilático na Terceira Idade
Embora menos comuns do que em jovens, as reações anafiláticas em idosos são extremamente graves devido à menor reserva cardiopulmonar para tolerar a hipotensão e o broncoespasmo. Os gatilhos podem ser medicamentos novos, alimentos ou picadas de insetos. Os sinais clínicos incluem urticária generalizada, edema de face e glote (angioedema) e chiado no peito. Diante de uma reação anafilática confirmada com comprometimento respiratório ou circulatório, o uso de um **autoinjeter de epinefrina** (se o paciente possuir e for prescrito) deve ser auxiliado pelo socorrista na face lateral da coxa. O paciente deve ser mantido deitado com as pernas elevadas para tratar o choque, a menos que haja dificuldade respiratória predominante. É vital monitorar os sinais vitais

continuamente, pois o quadro pode evoluir para parada respiratória em minutos. O socorrista deve informar à equipe de resgate o tempo de exposição ao alérgeno e as medicações já utilizadas pelo idoso. A **vigilância respiratória** absoluta é a prioridade técnica até que a estabilização medicamentosa avançada seja realizada por profissionais de saúde.

Módulo 6: Emergências Ambientais e Toxicológicas

Aula 6.1: Hipotermia e Hipertermia: Termorregulação no Idoso Idosos apresentam uma capacidade reduzida de termorregulação, o que os torna suscetíveis a lesões por frio ou calor mesmo em condições ambientais que seriam toleráveis para adultos jovens. A **hipertermia** ou insolação manifesta-se por temperatura corporal elevada, pele seca e quente, e alteração do estado mental; a conduta imediata envolve remover o idoso para local fresco, desapertar roupas e aplicar compressas frias em áreas de grandes vasos (axilas e virilhas). Por outro lado, a hipotermia pode ocorrer mesmo dentro de casa em climas frios se não houver aquecimento adequado, resultando em tremores, bradicardia e rigidez muscular. O aquecimento deve ser gradual, utilizando cobertores e removendo roupas úmidas, evitando o uso de água quente direta que pode causar queimaduras na pele frágil. O monitoramento cardíaco é essencial, pois o reaquecimento pode desencadear arritmias. A compreensão de que o idoso pode não perceber as mudanças de temperatura ambiente é fundamental para a **prevenção ativa** e o socorro eficaz em situações de estresse térmico.

Aula 6.2: Intoxicação Medicamentosa e Erros de Dosagem A polifarmácia, comum entre idosos, aumenta significativamente o risco de intoxicações acidentais e interações medicamentosas graves. Diante de um idoso com alteração súbita de consciência, pupilas mióticas ou muito dilatadas,

bradipneia ou odores estranhos no hálito, deve-se suspeitar de intoxicação. O socorrista deve tentar identificar os frascos de medicamentos próximos e verificar se houve ingestão de doses dobradas. É estritamente proibido provocar vômito ou oferecer leite, pois isso pode agravar a lesão gástrica ou favorecer a aspiração pulmonar. Se o idoso estiver inconsciente, a posição lateral de segurança é mandatória. O contato imediato com centros de assistência toxicológica e com o serviço de emergência, fornecendo os nomes das substâncias envolvidas, é o procedimento correto. O manejo foca na **estabilização das funções vitais** (respiração e circulação) e na prevenção da absorção adicional até o tratamento hospitalar definitivo com antídotos ou lavagem gástrica conforme indicação médica.

Aula 6.3: Queimaduras Térmicas, Químicas e Elétricas
Queimaduras em idosos têm um prognóstico mais reservado devido à dificuldade de cicatrização e ao risco de desidratação rápida. Em queimaduras térmicas, a primeira ação é resfriar a área com água corrente em temperatura ambiente por pelo menos 15 minutos, o que interrompe o processo de queima e alivia a dor. Não devem ser aplicadas pomadas, manteiga ou cremes dentais, que apenas contaminam a ferida. Queimaduras químicas exigem irrigação abundante e remoção de roupas contaminadas, com cuidado para não queimar o socorrista. Em queimaduras elétricas, o socorrista deve primeiro garantir que a fonte de energia foi desligada antes de tocar no idoso, estando ciente de que o dano interno (cardíaco e muscular) é sempre maior do que o visível na pele. Todas as queimaduras em idosos, exceto as de primeiro grau muito superficiais e pequenas, devem ser avaliadas por um médico devido ao **risco de infecção e sepse**. A proteção da área com curativo estéril ou pano limpo e seco após o resfriamento é a conduta técnica final no local.

Aula 6.4: Acidentes com Animais Peçonhentos na Terceira Idade Picadas de escorpião, aranhas ou serpentes representam um risco elevado para o idoso, podendo causar complicações sistêmicas rápidas como edema pulmonar e insuficiência renal. A conduta técnica consiste em manter o membro afetado em repouso e, se possível, no nível do coração para reduzir a velocidade de absorção do veneno. O local da picada deve ser limpo com água e sabão. Não se deve fazer torniquetes, cortes na pele ou sucção do veneno, práticas que aumentam a necrose local e o risco de infecção. Se possível, deve-se fotografar o animal para facilitar a identificação e escolha do soro antiofídico ou antiescorpiônico específico. O monitoramento da dor e da pressão arterial é necessário, e o transporte deve ser o mais rápido possível para uma unidade de saúde de referência que possua o soro. A **toxicidade sistêmica** em idosos pode progredir de forma fulminante, exigindo uma resposta de primeiros socorros focada na imobilização e na evacuação rápida.

Módulo 7: Saúde Mental e Emergências Comportamentais

Aula 7.1: Manejo de Agitação e Delirium Agudo O *delirium* é uma alteração aguda do estado mental, comum em idosos hospitalizados ou com infecções, caracterizada por confusão, desorientação e, por vezes, agitação psicomotora. Diferente da demência, o *delirium* tem início súbito e frequentemente uma causa orgânica tratável. O socorrista deve adotar uma postura calma, utilizando uma voz baixa e firme para tentar reorientar o paciente, evitando confrontos físicos que possam causar quedas ou ferimentos. O ambiente deve ser mantido com pouca estimulação luminosa e sonora. É vital verificar a temperatura corporal e sinais de desconforto, como bexiga cheia ou dor, que podem estar gerando a agitação. O uso de contenção física é o último recurso e deve ser aplicado apenas se houver risco iminente de autoagressão ou agressão a terceiros,

sempre seguindo protocolos éticos. O registro dos episódios de confusão e a identificação de possíveis gatilhos ambientais auxiliam o diagnóstico médico posterior. A **segurança do paciente** e do socorrista é a prioridade máxima durante a gestão comportamental.

Aula 7.2: Abordagem ao Idoso em Crise de Ansiedade ou Pânico Crises de ansiedade em idosos podem ser desencadeadas por medo da morte, solidão ou diagnósticos de doenças graves, manifestando-se com taquicardia, falta de ar e tremores que podem mimetizar um infarto. A abordagem técnica inicial deve focar na exclusão de causas orgânicas através da verificação dos sinais vitais. Uma vez estabilizado clinicamente, o socorrista deve utilizar técnicas de escuta ativa e exercícios de respiração guiada, encorajando o idoso a expirar lentamente. O contato visual e a validação dos sentimentos do idoso ajudam a reduzir o nível de cortisol e a estabilizar a frequência cardíaca. Não se deve menosprezar o sofrimento do paciente com frases como "calma, não é nada". O suporte emocional é uma ferramenta poderosa de primeiros socorros que previne a escalada da crise para quadros de hiperventilação ou descompensação cardiovascular. A **empatia técnica** permite que o socorrista ganhe a confiança do idoso, facilitando a adesão a outros cuidados necessários.

Aula 7.3: Prevenção e Identificação de Sinais de Abuso ou Negligência O socorrista profissional muitas vezes é o primeiro a entrar no domicílio e pode identificar sinais sutis de maus-tratos ou negligência. Indicadores técnicos incluem lesões em diferentes estágios de cicatrização, hematomas em locais não comuns a quedas (como braços e tronco), higiene pessoal precária, desidratação crônica ou comportamento excessivamente retraído e amedrontado na presença de cuidadores. A negligência medicamentosa também é uma forma de abuso que pode levar a emergências clínicas. É dever ético e legal do profissional reportar

suspeitas fundamentadas aos órgãos competentes, como o conselho municipal do idoso ou delegacias especializadas, conforme o Estatuto do Idoso. A abordagem deve ser discreta para não colocar a vítima em risco adicional. O registro minucioso das observações físicas e ambientais no relatório de atendimento é uma prova técnica valiosa. A **proteção da vulnerabilidade** do idoso faz parte do escopo abrangente de cuidados de urgência, visando a segurança integral do paciente.

Aula 7.4: Primeiros Socorros Psicológicos em Situações de Perda Eventos traumáticos, como a perda súbita de um cônjuge ou de um animal de estimação, podem gerar crises de luto agudo em idosos, com repercussões físicas imediatas como arritmias (síndrome do coração partido). O atendimento de primeiros socorros psicológicos envolve oferecer uma presença estável, garantir a segurança física e facilitar a comunicação com outros familiares. O socorrista deve observar sinais de ideação suicida ou depressão profunda, que são riscos reais na população idosa. Encorajar a ingestão de líquidos e verificar se o idoso tomou suas medicações de rotina é importante, pois o estresse emocional faz com que esqueçam do autocuidado básico. A escuta sem julgamentos e o respeito ao silêncio são fundamentais. Se o idoso apresentar colapso emocional com desmaio ou crise hipertensiva, o manejo clínico deve ser intercalado com o suporte psicológico. A **humanização do atendimento** em momentos de vulnerabilidade extrema é um diferencial na prática da gerontologia.

Módulo 8: Primeiros Socorros em Condições Específicas

Aula 8.1: Cuidados com o Idoso Acamado: Úlceras e Aspiração O socorro a idosos acamados exige conhecimentos específicos sobre as complicações da imobilidade prolongada. A aspiração de conteúdo gástrico ou saliva é um risco constante que pode levar à pneumonia

aspirativa ou asfixia súbita. Se o idoso começar a tossir ou apresentar cianose durante a alimentação ou mesmo em repouso, deve-se elevar a cabeceira imediatamente e realizar a limpeza da cavidade oral. Quanto às **lesões por pressão** (escaras), em nível de primeiros socorros, deve-se identificar áreas de hiperemia que não desaparecem após a pressão, indicando o início de uma úlcera. Se houver ruptura da pele, o curativo deve ser protetor para evitar contaminação por fezes ou urina, comum em pacientes incontinentes. A movimentação para alívio de pressão deve ser feita a cada duas horas, mas em situações de emergência, a prioridade é a estabilização respiratória e a integridade da pele durante as manobras. O conhecimento da **mecânica corporal** para movimentar o idoso sem causar lesões na coluna do socorrista ou cisalhamento na pele do paciente é essencial.

Aula 8.2: Emergências em Idosos com Demência ou Alzheimer Idosos com demência de Alzheimer apresentam desafios únicos em emergências, pois podem não conseguir relatar dor ou sintomas, ou podem reagir com extrema agitação e medo ao atendimento. O socorrista deve utilizar frases curtas, um comando por vez, e evitar toques bruscos sem aviso prévio. A avaliação física deve ser feita buscando sinais objetivos, como caretas de dor, proteção de um membro ou alterações na marcha. É comum que a dor se manifeste como um aumento da confusão mental (*delirium* sobreposto). O profissional deve buscar informações com o cuidador principal sobre o comportamento basal do idoso para identificar desvios. Em caso de fuga ou desorientação espacial, a prioridade é garantir a segurança física e tentar tranquilizar o paciente através de técnicas de validação. A **paciência técnica** e a adaptação dos protocolos padrão para o nível cognitivo do paciente são cruciais para um desfecho positivo e menos traumático para o idoso demenciado.

Aula 8.3: Manejo de Sondas, Cateteres e Estomias em Emergências

Muitos idosos utilizam dispositivos médicos permanentes que podem apresentar complicações urgentes. A saída acidental de uma sonda nasoenteral ou de uma sonda vesical de demora não deve ser resolvida com a tentativa de reintrodução pelo socorrista no ambiente domiciliar, devido ao risco de trauma uretral ou posicionamento pulmonar. O local deve ser protegido com gaze e o idoso encaminhado para serviço especializado. Em caso de obstrução de sonda vesical, o idoso pode apresentar dor abdominal intensa e agitação (globo vesical), sendo uma urgência que requer descompressão hospitalar. Já as complicações com estomias (colostomias) incluem prolapsos ou sangramentos excessivos, que devem ser cobertos com compressas úmidas em soro fisiológico até a avaliação médica. O socorrista deve ter familiaridade com esses dispositivos para **identificar o mau funcionamento** e reportar as condições exatas de vazamentos, sinais de infecção periestoma ou sangramentos, agilizando o atendimento hospitalar.

Aula 8.4: Primeiros Socorros em Idosos com Deficiência Sensorial

Deficiências visuais e auditivas são prevalentes na terceira idade e dificultam a comunicação durante o socorro. Se o idoso utiliza aparelhos auditivos ou óculos, o socorrista deve tentar localizá-los e colocá-los no paciente para facilitar a interação. Para idosos com baixa visão, é necessário narrar cada ação que será realizada antes de tocar no paciente: "Agora vou segurar seu braço para medir a pressão". Para idosos surdos ou com hipoacusia severa, o uso de gestos claros, escrita em blocos de notas ou leitura labial (falando de frente, de forma pausada e com boa iluminação) é indispensável. A perda de sensibilidade tátil periférica também pode fazer com que o idoso não perceba ferimentos ou queimaduras nos pés, exigindo que o socorrista realize uma inspeção

visual detalhada nos membros inferiores durante a avaliação secundária. A **adaptação da comunicação** é a chave para reduzir o pânico do idoso e garantir que as instruções de primeiros socorros sejam compreendidas e seguidas.

Módulo 9: Prevenção e Planejamento de Emergências

Aula 9.1: Adaptação de Ambientes para Prevenção de Quedas A atuação do socorrista profissional também é preventiva, orientando a modificação do ambiente para reduzir a incidência de traumas. As diretrizes técnicas incluem a remoção de tapetes soltos, a instalação de barras de apoio em banheiros e corredores, e a garantia de iluminação adequada, especialmente no trajeto entre o quarto e o banheiro durante a noite. Escadas devem possuir fitas antiderrapantes e corrimãos em ambos os lados. O uso de calçados fechados e com solado de borracha deve ser incentivado, evitando o uso de chinelos frouxos ou meias. Móveis baixos ou com pontas agudas devem ser reposicionados para desobstruir as áreas de circulação. A **análise de riscos domiciliares** é uma competência que salva vidas ao evitar que a emergência ocorra. O socorrista deve ser capaz de realizar um *checklist* de segurança e sugerir mudanças práticas que respeitem a rotina do idoso, mas priorizem a sua integridade física.

Aula 9.2: Organização do Kit de Emergência Geriátrica Domiciliar Um kit de primeiros socorros para idosos deve conter itens específicos além do básico. Além de gazes, ataduras, antissépticos e fita microporosa, é fundamental incluir uma lista atualizada de todas as medicações em uso pelo idoso, com dosagens e horários, além do contato dos médicos assistentes. Cópias de documentos de identificação e cartões de planos de saúde devem estar acessíveis. Itens como glicosímetro, esfigmomanômetro e oxímetro de pulso são ferramentas de monitoramento valiosas no domicílio. Também é recomendável ter sachês

de glicose ou mel para hipoglicemias e uma lanterna com pilhas reservas. O profissional deve orientar a família a manter este kit em local conhecido por todos, mas fora do alcance de idosos com demência avançada para evitar ingestões acidentais. A **manutenção periódica** do kit, verificando validade de materiais e calibração de aparelhos, garante que o socorro seja prestado com equipamentos confiáveis no momento crítico.

Aula 9.3: Elaboração de um Plano de Ação em Emergências Cada família ou instituição deve possuir um plano de ação claro para situações de crise. Este plano define quem será o responsável por ligar para o resgate, quem ficará com o idoso prestando o suporte inicial e quem preparará os documentos e medicações para o transporte. O plano deve incluir o endereço exato com pontos de referência e orientações sobre como facilitar a entrada da equipe de socorro (como chaves de portões). Em prédios, a portaria deve ser avisada imediatamente para liberar o elevador. O profissional deve treinar os cuidadores familiares em manobras básicas e na identificação de sinais de alerta. A realização de simulados pode ajudar a reduzir o pânico em uma situação real. A **organização logística** antecipada reduz o tempo de resposta, que é o fator mais crítico para a sobrevivência em casos de parada cardíaca ou AVC.

Aula 9.4: O Papel do Cuidador no Elo de Sobrevivência O cuidador, seja ele familiar ou profissional, é o elo mais importante da corrente de sobrevivência, pois é quem presencia o evento inicial. O treinamento contínuo deve focar na capacidade de manter a calma e fornecer informações precisas ao atendente do 192 ou 193. O cuidador deve saber descrever o nível de consciência, a qualidade da respiração e se há sangramentos visíveis. Durante a espera pelo socorro, o cuidador deve seguir as orientações telefônicas do médico regulador, que podem incluir o início de compressões torácicas orientadas. O profissional de primeiros

socorros deve empoderar o cuidador, desmistificando o medo de agir e reforçando que qualquer tentativa de socorro, especialmente na PCR, é melhor do que não fazer nada. A **educação em saúde** continuada fortalece a rede de proteção ao idoso e garante que o suporte básico de vida seja iniciado o mais rápido possível no ambiente extra-hospitalar.

Módulo 10: Gestão e Finalização do Atendimento

Aula 10.1: Documentação e Relatório de Atendimento de Urgência Após a estabilização ou entrega do paciente à equipe de suporte avançado, o registro das ações realizadas é indispensável. O relatório deve ser técnico e objetivo, contendo o horário de início da ocorrência, os sinais vitais encontrados em cada reavaliação, as manobras realizadas (ex: 5 ciclos de RCP, uso de DEA), medicações que o paciente tomou por conta própria ou que foram auxiliadas, e a evolução do quadro. Devem ser registradas também as queixas do idoso, se houver, e as observações sobre o local do incidente. Este documento serve como base para o atendimento hospitalar e possui valor jurídico para o socorrista. A precisão na descrição de **tempos e respostas** é vital para o cálculo de janelas terapêuticas em casos de AVC ou infarto. A organização das informações demonstra o profissionalismo e a seriedade da assistência prestada.

Aula 10.2: Passagem de Plantão e Transferência de Cuidados A transferência do idoso para a equipe da ambulância ou do pronto-socorro deve ser feita de forma estruturada. O socorrista deve utilizar métodos como o SBAR (Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação) para garantir que nenhuma informação crítica se perca. Deve-se informar o estado de consciência inicial, as intervenções feitas, o histórico de doenças relevantes (comorbidades) e alergias conhecidas. É importante entregar a lista de medicamentos e os documentos do paciente de forma organizada. O profissional deve permanecer à disposição para esclarecer

dúvidas da equipe médica sobre o mecanismo do trauma ou a duração dos sintomas. A **continuidade da assistência** depende dessa troca de informações eficiente, garantindo que o tratamento avançado seja iniciado com base em dados reais e precisos coletados no local da emergência.

Aula 10.3: Autocuidado do Socorrista e Debriefing Pós-Evento Atender emergências com idosos pode ser emocionalmente desgastante, especialmente quando há vínculo afetivo ou quando o desfecho é negativo. O autocuidado envolve reconhecer sinais de estresse pós-traumático, fadiga de compaixão ou esgotamento. O *debriefing* é uma técnica profissional realizada após o atendimento para revisar o que foi feito, o que funcionou e o que pode ser melhorado em futuras intervenções, além de permitir o processamento emocional da equipe envolvida. O profissional deve manter-se atualizado com cursos de reciclagem, pois as diretrizes de primeiros socorros são atualizadas periodicamente. A manutenção da saúde física e mental do socorrista é fundamental para que ele possa continuar exercendo sua função com **clareza técnica e resiliência**. O aprendizado contínuo através da análise de casos reais eleva o padrão de competência profissional.

Aula 10.4: Conclusão do Curso e Próximos Passos na Formação Nesta aula final, revisamos os pilares fundamentais do socorro geriátrico: adaptação técnica à fisiologia senil, rapidez na identificação de agravos agudos, precisão na execução de manobras de suporte de vida e a importância da prevenção. O aluno está agora capacitado com o conhecimento teórico aprofundado para atuar como um diferencial na preservação da vida e da qualidade de vida dos idosos sob seus cuidados. A formação em primeiros socorros é um processo contínuo; recomenda-se a prática constante de manobras em manequins e a busca por certificações em Suporte Básico de Vida (BLS). O compromisso com a

excelência técnica, aliado a uma visão humanizada da gerontologia, prepara o profissional para os desafios éticos e práticos do atendimento de urgência. A **capacitação técnica** é a maior ferramenta de proteção que podemos oferecer à população idosa, garantindo-lhes um envelhecimento mais seguro e digno.

Módulo Extra

Fontes de referência sugeridas para estudos complementares

Para o aprofundamento técnico e atualização constante sobre os temas abordados neste curso, recomendam-se as seguintes fontes e diretrizes internacionais que regem o atendimento de urgência, emergência e saúde do idoso. A consulta regular a estes órgãos garante que a prática profissional esteja alinhada com os padrões globais de segurança e eficácia clínica.

Diretrizes da American Heart Association (AHA) para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE): Estas diretrizes são o padrão ouro mundial para protocolos de suporte básico e avançado de vida, com atualizações periódicas que incluem adaptações para populações específicas, incluindo idosos.

Protocolos de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) do Ministério da Saúde: Documentos que norteiam o atendimento de urgência no Brasil, essenciais para entender a logística do SAMU e a integração entre os níveis de cuidado.

Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003): Fundamental para a compreensão dos direitos legais e das obrigações éticas de profissionais que lidam com a população geriátrica.

Manuais de Geriatria e Gerontologia da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG): Oferecem base teórica sobre a fisiopatologia do envelhecimento e o manejo de condições crônicas que impactam as emergências.

PHTLS (Prehospital Trauma Life Support): Referência mundial para o manejo de pacientes traumatizados no ambiente extra-hospitalar, com capítulos dedicados ao trauma geriátrico e suas particularidades.

Organização Mundial da Saúde (OMS) - Relatórios sobre Envelhecimento e Saúde: Proporcionam uma visão global sobre as melhores práticas de prevenção de acidentes e cuidados paliativos.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselho Federal de Medicina (CFM): Resoluções sobre a atuação ética e os limites de intervenção de cada categoria profissional em situações de emergência e atendimento domiciliar.