

Nidea Michels Dick ¹
Joséli do Nascimento Pinto ¹¹ Centro Universitário La Salle - Unilasalle.E-mail: nidea.dick@gmail.com

Recebido : 22/06/2015

Aprovado : 16/09/2015

Curso de Capacitação para Cuidadores de Idosos: Relato de experiência

Training Course for Caregivers of the Elderly: Experience the report

<http://dx.doi.org/10.18316/2317-8582.15.9>

Resumo

O objetivo deste artigo é relatar a experiência de um curso de capacitação para cuidadores de idosos, desenvolvido na Disciplina de Educação em Saúde e Contextos Educativos. O curso abordou a importância de promover o melhor desempenho dos alunos do mestrado profissional, proporcionando a aplicação de um projeto com objetivo de capacitar os alunos para o mercado de trabalho. Métodos: Trata-se de um relato de experiência realizado pelos alunos do Mestrado em Saúde em Desenvolvimento Humano de uma instituição privada Canoas-RS. Resultados: As estratégias utilizadas nas aulas foram: palestras, utilizando recursos materiais, audiovisuais com computadores; Powerpoint; manequim para ressuscitação cardiorrespiratória e vídeos para abordagem dos assuntos elencados no cronograma das instruções. Considerações finais: As aulas facilitaram o entendimento dos alunos, além de configurar um espaço de práticas, reflexão, interação, trocas de experiências com os instrutores do mestrado e também se voltou para a capacitação e inserção dos alunos no mercado de trabalho na comunidade.

Palavras-chave: Cuidado; Idosos; Família.

Abstract

The object of this paper is to report the experience of a training course for caregivers of the elderly, developed at the discipline of Health Education and Educational Contexts. The course discussed the importance of promoting the best performance of the students of master professional, providing the implementation of a project in order to enable students for the labor market. Methods: This is an experience report conducted by students of the Master in Health in Human Development from a private institution in Canoas, RS. Results: The strategies used during the classes were: lectures, using material resources; audiovisual computers; Power Point; dummy for cardiopulmonary resuscitation; and videos addressing the issues listed in the schedule of the instructions. Final thoughts: The classes facilitate the understanding of the students, and set up a practice space, reflection, interaction, exchange of experiences with master instructions and also turned to the training and placement in the labor market in the community.

Keywords: Watch; Elderly; Family.

Introdução

Este artigo tem como temática a questão dos cuidados no atendimento para idosos transitando no campo do cuidado dos pacientes idosos por cuidadores e familiares. Este relato é oriundo da Disciplina de Educação em Saúde e Contextos Educativos do Mestrado em Saúde, dentro da Linha de Pesquisa Desenvolvimento Humano e Processos Saúde-Doença.

Preocupados com as questões do envelhecimento da população como um fato marcante na sociedade atual e que essa população possa envelhecer em condições de cuidados mínimos, surge a ideia de desenvolver um curso de capacitação para cuidadores de idosos com a necessidade de ofertar mão de obra especializada para o mercado de trabalho.

Essa sistematização vem a partir de um relato de experiência, para contribuir com o conhecimento do cuidado ao idoso por cuidadores e familiares que prestam assistência voluntariamente sem preparo para tal função. Assim, a partir dessas considerações, o objetivo deste artigo é relatar a experiência de um curso de capacitação para cuidadores de idosos.

O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está impondo mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. O processo de envelhecimento nos países em desenvolvimento está ocorrendo de forma extremamente acelerada, considerando-se que, em cinco décadas, pouco mais de 80% dos idosos no mundo estarão vivendo em países em desenvolvimento¹. Todas as dimensões da vida humana já estão sendo desafiadas, não seria eficaz retirar de cena simplesmente aqueles que já não conseguem produzir.

Para que se possa intervir em uma comunidade como forma de viabilizar transformações efetivas nos espaços comunitários, torna-se fundamental que as propostas de intervenção surjam da troca de conhecimento entre pesquisadores e o público alvo.

Quando planejamos intervenções distantes das singularidades e particularidades sócio-históricas, econômicas, políticas e culturais, próprias a cada região, nos colocamos enquanto pesquisadores-interventores no lugar de quem detêm o saber e a especialidade de resolver problemas, de forma alheia a essas variáveis².

O cuidado domiciliário é entendido como aquele desenvolvido tanto com pacientes quanto com familiares, no contexto de suas residências, visando ao acompanhamento, ao tratamento e à reabilitação de indivíduos, em resposta às suas necessidades e as de seus familiares³. Sabemos que as pessoas que habitam as comunidades carentes sofrem com a vulnerabilidade social, não pensam nas consequências que seus atos podem gerar. Há falta de conhecimento para prestar cuidados no atendimento aos pacientes no domicílio, pois as pessoas em vulnerabilidade não conseguem imaginar perspectivas para suas vidas e têm como objetivo apenas suprir suas necessidades diárias.

Verifica-se a importância do atendimento domiciliar como um tratamento mais humano, em que o indivíduo passa a ser cuidado em seu ambiente familiar⁴. Na rede pública, as propostas de atenção domiciliar têm sido construídas como experiências orientadas pela extensão de cobertura ou pela desospitalização precoce. Ainda é limitado o debate e o investimento político na atenção domiciliar como alternativa para os processos de trabalho, caracterizando o caráter substitutivo das práticas em saúde⁵.

A família necessita ser vista como apoiadora no cuidado ao idoso frágil, não só em casa como durante uma hospitalização ou internação em casas e clínicas geriátricas. Os familiares podem contribuir de forma significativa no cuidado ao idoso, por deterem informações detalhadas, pormenorizadas sobre o paciente⁶.

A participação da família junto à equipe de saúde tem sido um dos componentes da assistência domiciliar nas últimas décadas e tem ganhado considerável atenção, pois consiste em uma opção terapêutica amplamente utilizada na prática clínica. Apresenta como finalidade manter ou recuperar indivíduos, por meio do cuidado individualizado, possibilitando um maior conforto afetivo familiar. A influência social recíproca entre sujeito e meio é típica da aprendizagem e do desenvolvimento humano e mostra-se preferencialmente como uma influência recíproca entre aquele que aprende e as pessoas que o rodeiam. Entretanto, a aprendizagem dessas capacidades se completa no contato daquele que aprende com as diferentes formas de comunidade humana que estão inseridas, como a família e o bairro onde moram⁷.

A capacitação dos cuidadores possibilita interagir e relacionar-se de maneira diferente, estimulando uma maior autonomia e também novas experiências durante a realização dos encontros. As comunidades mais carentes têm uma maior dificuldade de acesso às informações sobre os cuidados, e através de cursos de orientações pode-se melhorar a assistência, além de fortalecer dados teóricos para a prática dos cuidadores. Discorrer sobre a saúde e os cuidados em pacientes em nível domiciliar ainda é um tema que necessita ser refletido quanto à capacitação de familiares e cuidadores. Estes devem prestar o cuidado ao paciente com um conhecimento mínimo para a realização de uma assistência mais adequada.

Método

Trata-se de um relato de experiência dos alunos do mestrado de uma instituição privada, desenvolvido a partir da Disciplina de Educação em Saúde e Contextos Educativos, dentro da Linha de Pesquisa Desenvolvimento Humano e Processos Saúde-Doença, no primeiro semestre do ano de 2014. O grupo de alunos, reunidos com a professora da disciplina, propôs realizar um Curso de Capacitação para Cuidadores de Idosos para pessoas da comunidade de Canoas em consonância com o objetivo da disciplina: promover o conhecimento da educação em saúde em diferentes contextos e modelos educativos. Colaborando com a formação de cuidadores e melhorando o desempenho na assistência de idosos, possibilitou-se a revisão e construção de conhecimentos técnicos e científicos na área da saúde.

Quanto aos conteúdos propostos na disciplina de Educação e Promoção em Saúde, foram abordados diferentes contextos: família/escola/comunidade, observando o nível de atenção primário, e obedecendo os diferentes ciclos vitais; educação em saúde: evolução dos conceitos de saúde e educação; Política Intersectorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes jovens do ensino básico e idosos; Planejamento e diagnóstico educativo em saúde, na formação de profissionais.

A apresentação da proposta foi encaminhada para a autorização junto à coordenação do Curso do Mestrado. As aulas foram ministradas por 08 alunos do mestrado, desenvolvidas em

uma sala, nos dias 06, 13, 20 e 27 de maio e 03 de junho de 2014, no primeiro semestre, durante o período letivo da disciplina. Foram adequados metodologicamente os seguintes conteúdos: Estatuto do Idoso, Suporte Básico de Vida, Cuidados com a Alimentação e Nutrição, Cuidados com as Sondas nasoeserais, Cuidados com a administração de Medicamentos, Prevenção e cuidados com quedas de idosos, tipos de Demências, Cuidados e Manejos para Prevenção de Úlceras de Pressão, Movimentos Passivos e Ativos com Idosos, Autoestima do idoso e Cuidados com a Pele. Os conteúdos ministrados foram sugeridos pelos alunos com formação multidisciplinar e interdisciplinar com atuação na área da saúde. Foram abordados temas prontos adequando melhor as situações vivenciadas pelos Cuidadores de Idosos matriculados no curso de capacitação.

A divulgação do curso e dos horários foi através de uma das alunas, mestranda, com informações diretas com pessoas da comunidade, divulgadas nas redes sociais. Quanto ao perfil dos inscritos: o número de vagas iniciais foi de no mínimo 15 alunos, limitado até 30 vagas, com uma carga horária de 15 horas aula, duração de 05 semanas. As estratégias utilizadas foram: palestras em sala de aula, utilizando recursos audiovisuais com computadores, *Powerpoint*, vídeos para abordagem dos assuntos elencados no cronograma das instruções.

Foi orientado que, para receberem certificado no final do Curso de capacitação de idosos, os alunos deveriam ter no mínimo 75% de presença conforme assinatura da lista de presença diária. Foi entregue, no final da última aula, uma ficha de avaliação do curso na qual os alunos podiam realizar o preenchimento dos itens a serem avaliados.

Resultados e discussões

Para o desenvolvimento das instruções, foram realizados 05 encontros, conforme previsto no cronograma, cada um com suas atividades específicas.

Na primeira aula foi abordado o Estatuto do Idoso e legislações pertinentes, momento em que houve esclarecimentos de dúvidas aos alunos em sala de aula. Foram entregues Cartilhas do Estatuto do Idoso, *folders* de orientações e cópia do conteúdo teórico desenvolvido durante as aulas.

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. No Brasil, ocorre em ritmo acelerado, acarretando modificações nas políticas sociais e constituindo-se em um dos grandes desafios da Saúde Pública. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, o Brasil está entre os países que aumentam mais rapidamente o índice de envelhecimento e, de acordo com projeções para o ano de 2025, haverá 46 idosos para cada 100 pessoas menores de 15 anos⁸.

No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos) também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população idosa⁹.

Em uma sociedade que vibra com a força e o vigor da juventude, aqueles que já estão

na terceira idade acabam por sofrer variados preconceitos tanto no mercado de trabalho como dentro da própria família e na sociedade em geral, por serem considerados inúteis¹⁰.

Desde a instituição da Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003 do Estatuto do Idoso, que serve como um instrumento legal, o qual vem auxiliando como um guia essencial nas políticas de atenção e adequadas ao idoso, deu-se um significado melhor à velhice¹¹.

No segundo encontro foi inicialmente ministrada a parte teórica sobre Suporte Básico de Vida, conforme Protocolo da *American Heart Association*¹² para ressuscitação cardiorrespiratória (RCP), com realização de manobras práticas de ressuscitação cardiorrespiratória com o boneco. Foram abordados a teoria e demonstração da aplicação da Manobra de Helmich, cuidados e prevenção com tipos de convulsão e prevenção da obstrução das vias aéreas por corpos estranhos.

Atualmente, nota-se, empiricamente, que a prática educativa está centrada nas pessoas doentes ou naquelas suscetíveis às alterações no seu estado de saúde, uma vez que o profissional direciona suas ações para indivíduos que procuram o serviço e atendimento por uma possível patologia. Entretanto, observa-se que existe pouca preocupação com aquele que cuida da pessoa enferma a exemplo do cuidador leigo que presta eventualmente um cuidado sem um conhecimento básico técnico ou remuneração mínima. O cuidador permanece muitas vezes durante 24 horas junto ao paciente, tornando-se um membro importante nas informações junto à equipe. O cuidado cotidiano pode levar ao estreitamento de laços afetivos, vínculos, intimidade e reciprocidade entre quem cuida e quem é cuidado. Esse cuidado diário que favorece uma relação muito próxima, por vezes, gera conflitos entre cuidador e a pessoa cuidada. Dessa forma, essa relação pode causar sentimentos de opressão, pesar, tristeza, entre outros. Quando se trata de um familiar, o vínculo pode tornar-se maior e a relação de compaixão e solidariedade faz com que o cuidador esteja sujeito a esse misto de sentimentos diante da situação¹³.

Atualmente, a prática profissional permite afirmar que, muitas vezes, o ser adoecido enfrenta essa etapa da vida com a presença de algum familiar, o qual, por necessidade, mesmo sem formação especializada, torna-se cuidador. Diante das situações que podem ocorrer com o paciente idoso acamado fazendo o uso de prótese dentária móvel, pode-se citar uma alimentação dificultada, ocasionando eventuais obstruções das vias aéreas até casos de parada cardiorrespiratória. Fatos do cotidiano fazem com que as pessoas e familiares necessitem o conhecimento mínimo de primeiros socorros para a prestação imediata no local do evento, com a finalidade de preservar a vida do paciente até a chegada do socorro especializado¹⁴.

Qualquer pessoa treinada poderá prestar os Primeiros Socorros, conduzindo com serenidade, compreensão e confiança. É preciso manter a calma e o próprio controle, porém o controle de outras pessoas é igualmente importante. Ações valem mais que as palavras; portanto, muitas vezes, o ato de informar ao paciente sobre seu estado, sua evolução ou mesmo sobre a situação em que se encontra deve ser avaliado com ponderação para não causar ansiedade ou medo desnecessários¹⁵.

No terceiro encontro foi abordado o assunto sobre cuidados com a alimentação e nutrição, cuidados com as sondas naso enterais e cuidados com a administração de medicamentos. Além da fundamentação teórica, foi realizada a demonstração de produtos e materiais utilizados para administração de alimentação e dietas enterais aos pacientes em nível hospitalar e domiciliar.

O cuidado é uma ciência, sendo que nos hospitais e unidades de saúde é desempenhado especialmente pelos profissionais de enfermagem. Sabe-se que é historicamente exercido por pessoas sem formação profissional no âmbito familiar, comunitário e em instituições de saúde¹⁶.

Segundo a literatura, o cuidador leigo sempre existiu. A prática de cuidar iniciou-se tradicionalmente no âmbito privado do domicílio, uma vez que a estrutura familiar era multigeracional e possibilitava essa prática. Os familiares eram reconhecidos como fonte de cuidado para as pessoas dependentes, sendo eleita a figura feminina como responsável para esse cuidado¹⁶.

A complexidade cada vez maior da organização das sociedades reforça a necessidade de preparo e aprendizado específicos para exercer esse papel. Espera-se que o cuidador possua atividade profissional condizente com a capacidade de desenvolver ações de ajuda naquilo que o outro não pode mais fazer por si só. Esse cuidador assume a responsabilidade de dar apoio e ajuda para satisfazer às necessidades do outro, visando à melhoria da condição de vida de quem necessita de cuidado, independentemente se o cuidado é temporário ou definitivo. O cuidador nem sempre é membro da família e a sua presença no ambiente familiar implica reconhecer valores de respeito e discrição, para não interferir na dinâmica familiar¹⁷.

A família e os cuidadores leigos se tornam, por diversos motivos, presença significativa no cotidiano da equipe, tanto no acompanhamento do paciente como na prestação do cuidado a nível hospitalar ou domiciliar. Um dos componentes da assistência domiciliar corresponde à terapia de nutrição enteral, que, nas últimas décadas, tem ganhado considerável atenção. Consiste em uma opção terapêutica amplamente utilizada na prática clínica, apresentando como finalidade manter ou recuperar o estado nutricional de indivíduos, por meio do fornecimento de nutrientes que possam ser administrados com o auxílio de sondas¹⁸.

O quarto encontro foi ministrado sobre prevenção e cuidados com queda de idosos e tipos de demências. Dentro da evolução do ser humano, este vai perdendo as suas condições de mobilidade, agilidade e flexibilidade. Diminui, no seu processo evolutivo, os níveis de sua consciência e agilidade motora, ocorrendo muitas vezes acidentes domésticos como quedas com fraturas.

As quedas são deslocamentos não-intencionais do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade¹⁹. Em pessoas idosas, apresentam elevado custo econômico e social, principalmente quando o idoso necessita de cuidados especializados em domicílio ou em instituições²⁰. A influência dos fatores ambientais no risco das quedas associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa: quanto mais frágil, mais suscetível, causando implicações direta para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas²¹.

A Organização Mundial de Saúde²² propôs um modelo para prevenção de quedas cujos pilares fundamentais estão ancorados na conscientização sobre o problema, na identificação dos idosos em risco e na intervenção sobre esses fatores de risco.

No quinto encontro foram abordados cuidados e manejos para prevenção de úlceras de pressão, movimentos passivos e ativos com idosos, autoestima do idoso e cuidados com a pele. Foi realizada uma dinâmica com os participantes, tendo o objetivo de praticar e refletir as questões das dificuldades que o idoso apresenta enquanto paciente assistido. Assim, os cuidadores

necessitam estar preparados para prestar uma assistência técnica com essa população que se encontra acometida por alguma alteração no seu estado de saúde.

A fragilidade representa um importante problema de saúde pública²³ e seu desenvolvimento é compreendido como decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais, ao longo da vida, e com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas. A prevalência da fragilidade é de aproximadamente 6,9% em idosos que vivem na comunidade²⁴, e essa frequência tende à elevação com o aumento da idade. Nessa perspectiva, o idoso frágil precisa ser compreendido como prioridade frente às políticas públicas de saúde, uma vez que ele demanda maior necessidade de cuidados²⁵. Nessa fase, aparecem os elementos essenciais na qualidade de vida, ocasionalmente ocorrendo os declínios decorrentes da idade, o aparecimento de doenças e o aumento do grau de dependência em relação aos familiares e cuidadores.

Políticas previdenciárias e de assistência social, em conjunto com a expansão e qualificação da família, têm contribuído para horizontes cada vez mais positivos na vida de brasileiros e brasileiras com 60 anos ou mais. Necessita-se auxiliar para mudar a linha de cuidados e de atenção com o idoso, através de um atendimento mais humanizado e de disseminações de conhecimentos específicos através de cursos de orientação, treinamentos para aqueles que prestam o cuidado, buscando parcerias e divulgando ideias para um envelhecimento ativo e com saúde⁹. Assim, observamos que a oferta de produtos oferecidos pelo mercado de produtos hospitalares vem apresentando propostas de tratamentos alternativos que otimizam a qualidade de vida do paciente, porém são distantes de acesso econômico da população em geral.

Durante todas as aulas ministradas, os alunos realizaram perguntas pertinentes ao assunto que estava sendo abordado e as dúvidas eram esclarecidas através do instrutor ou demais facilitadores dos alunos do Mestrado, sendo entregue cópia dos conteúdos teórico-práticos abordados durante as aulas.

Considerações finais

Afirma-se, portanto, que a educação em saúde é uma importante prática de assistência aos cuidadores e familiares, uma vez que prepara para preservar sua saúde e cuidar do próximo. Observa-se que as políticas de saúde devem apresentar propostas para assistir os cuidadores prestadores de assistência aos idosos, algo que permanece ignorado pelos atuais programas de saúde. Destaca-se que o cuidar não envolve somente o doente, mas todo o contexto que o circunda, surgindo a figura do cuidador e do familiar como 'instrumento de cuidar'.

A população brasileira está em processo de envelhecimento, embora isso venha acontecendo em ritmos diferentes de região para região. Esse processo deve ser considerado ao se decidir pelo planejamento de estratégias em relação às políticas próprias envolvendo saúde/previdência.

Cabe à família e aos cuidadores a atenção de saúde de atuação preventiva, caracterizada pelo estímulo ao idoso, preservando sua autonomia e independência para melhorar a sua qualidade de vida e autoestima. O conhecimento das garantias dispostas no Estatuto do Idoso é uma forma de fazer com que ele ocupe seu merecido espaço na sociedade. Outra forma de

estimulá-lo é intervir nas suas atividades da vida diária, considerando sua capacidade na execução de tarefas simples como tomar banho, vestir e alimentar-se. Quem cuida ou já cuidou de algum paciente totalmente dependente para as atividades da vida diária sabe que muitas vezes as situações são difíceis e estressantes.

Ao avaliarmos o desenvolvimento das aulas, foi possível constatar que os alunos participantes compreenderam facilmente os assuntos, interagindo através de perguntas e questionamentos durante desenvolvimento da teoria e prática. Embora o curso tenha sido de curta duração, as aulas mostraram-se bem aceitas através da ficha de avaliação que eles preencheram ao final da capacitação.

Portanto, as aulas do curso de capacitação para cuidadores de idosos, além de configurar um espaço de práticas, reflexão, interação e trocas de experiências entre os instrutores do mestrado e alunos, também voltou-se para estes estarem capacitados e inseridos no mercado de trabalho e na comunidade. Sugere-se que as instituições de ensino possam rever seus currículos contemplando a população idosa nas teorias e práticas de ensino e em novos estudos, uma vez que vem aumentando a longevidade da população.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
2. Brasil SC. Serviço em psicologia social e institucional e comunitária - SEPCOM: dispositivo em análise. Ulbra: Guaíba; 2007.
3. Lacerda MR, Olinki SR. A enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. *Texto Contexto Enferm.* 2003; 12(3): 307-13.
4. Zaban ALS. Nutrição enteral domiciliar: um novo modelo de gestão econômica do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2009. 185f. [Dissertação] - Mestrado em Nutrição Humana. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.
5. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo técnico assistencial. *Rev Saúde Públ.* 2010; 44(1): 166-76.
6. Magnusson L, Hanson E. Supporting frail older people and their family carers at home using information and communication technology: cost analysis. *J Adv Nurs.* 2005; 51(6): 645-57.
7. Correl W, Schwarze H. Psicologia da aprendizagem: manual programado. São Paulo: EPU; 1997.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Informe de situação e tendências: demografia e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: Ministério

da Saúde; 2010.

10. Garcia CR, Silva NMF, Alencar JJ, Silva WP, Silva MB. Cuidadores de idosos. Intercom: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XVII Prêmio Expocom 2010: Exposição da Pesquisa Experimental em Comunicação. Universidade do Estado de Mato Grosso, Alto Araguaia; 2010.

11. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

12. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. South Carolina: National Safety Council; 2010.

13. Inocenti A, Rodrigues IG, Missao AI. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 11(4): 858-65.

14. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Curso emergencista pré-hospitalar. Módulo 1: Princípios básicos do atendimento pré-hospitalar. Brasília: Senasp; 2007.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de primeiros socorros. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

16. Watanabe HAW, Derntl AM. Cuidadores de idosos: uma experiência em Unidade Básica de Saúde - Projeto CapacIDADE. Mun Saúde. 2005 out-dez; 29(4): 639-44.

17. Conceição LFS. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. Rev Med. 2010; 20(1): 81-91.

18. Menegassi B, Santana LS, Coelho JC, Martins AO, Pinto JPAN, Costa TMB, Navaro AM. Características físico-químicas e qualidade nutricional de dietas enterais não-industrializadas. Rev Alim Nutr. 2007; 18(2): 127-32.

19. Menezes R, Bachion MM. Estudo de presença de riscos intrínsecos para queda, em idosos institucionalizados. Ciên Saúde Col. 2008 jul-ago; 13(4): 1209-18.

20. Bohl AA, Fishman PA, Ciol MA, Williamns B, Logerfo J, Phela EA. A longitudinal analysis of total 3-year health care costs for older adults who experience a fall requiring medical care. J AmSoc Ger. 2010; 58: 853-60.

21. Nicolussi AC, Fhon JRS, Santos CAV, Kusumota L, Marques S, Rodrigues RAP. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. Ciên. Saúde Col. 2012; 17(3): 723-30.

22. Organização Mundial da Saúde. Relatório Global sobre Prevenção de Quedas na velhice. Brasília: OMS; 2007.

23. Bergman H, Ferruci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Arunamthan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm: issues and controversies. J Gerontol. 2007; 62(7): 731-7.

24. Breda JC. Prevalência de quatro critérios para avaliação de fragilidade em uma amostra de

idosos residentes na comunidade: um estudo exploratório [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.

25. Fried LP, Waltson J. Frailty and failure to thrive. In: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG. Principles of geriatric medicine and gerontology. 5th ed. New York: Macgraw-Hill; 2003. p. 1487-502.