

MANUAL DE PRIMEIROS SOCORROS

LUTE PELA VIDA, SEJA UM SOCORRISTA...



Liga AÇÃO UNIVIDA
Faculdade de Ciências Médicas
Coordenação de Extensão
HUAV - Hospital Universitário Alzira Velano
Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS

Este manual é um trabalho coletivo, fruto da cooperação dos acadêmicos e seus preceptores, destinado aos acadêmicos que atuam na área de saúde e tem como objetivo principal nortear o atendimento e os primeiros cuidados no socorro .

É resultado do trabalho de pesquisa, estudo e, principalmente, do aprendizado em atividades de promoção, comunicação e educação para a saúde, desenvolvidos junto à comunidade, pela Ação UNIVIDA-Liga Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da UNIFENAS, em Alfenas.

A UNIFENAS edita esse manual, através da Coordenação de Extensão, para que ele cumpra o papel de ensinar os acadêmicos a cuidar da vida das pessoas.

Soloni Viana

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS

Reitor

Prof. Edson Antônio Velano

Vice-Reitora

Profa. Maria do Rosário Velano

Supervisor de Câmpus e Coordenador do Colegiado de Supervisores

Prof. João Batista Magalhães

Supervisor de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof. Mário Sérgio de Oliveira Swerts

Supervisor Administrativo

Prof. Osvaldo Luiz Mariano

Supervisor de Textos e Publicações

Prof. Vinícius Vieira Vignoli

Supervisora de Avaliação

Profa. Sandra Regina Remondi

Coordenadora de Graduação

Profa. Marlene Godoy Vieira de Souza

Assessora Pedagógica

Profa. Daisy Fábris de Almeida Singi

Coordenador de Extensão

Prof. Rogério Ramos do Prado

Gerente Financeiro

Paulo Tadeu Barroso de Salles

Gerente de Administração Escolar

Helaine Faria Pinto

Manual de Primeiros Socorros

Prof. Douglas Bueno da Silva

Coordenador de Extensão - Câmpus Alfenas

Prof. Rogério Ramos do Prado

Editoração

Rosiani Corsini Bernardes

Revisão de Linguagem

Prof. Vinícius Vieira Vignoli

Impressão e Publicação

Arte Gráfica Atenas

Alfenas - 2007

Acadêmicos

Aline de Figueiredo Rodrigues; Aline Moterani de Morais
Anaclara Santos J. F. Lopes; Antônio José de Araújo Lima
Betânia Monique Bernardes; Cláudia Cristina Delgado Leite
Deborah Nogueira Couto; Diana Abreu Santos
Elicimar Luis Beltran Martins; Emiliana Módolo
Eric E. Feijão; Erickson Vinícius B. Costa
Estevão Tavares de Figueiredo; Fabrício Pereira Gusmão
Fernando Lander Mota; Gabriel Afonso Ferreira Sapucahy
Isaías Vieira Cabral; Janet Luísa Frias Justiniano
Joice Vieira Romão; Juliana Josefina dos Santos
Juliana Nogueira de Aquino; Layara Maria Garcia
Marcelo de Araújo Boureau; Maria Beatriz Costa Nepomuceno
Maria Beatriz Gaboardi; Mariana Siqueira Vieira
Matheus Venga Mendes; Milena Elias Godinho
Milena Tenório Cerezoli; Natália Ferreira Vaz
Nicolae Burlacov Júnior; Núbia F. Figueiredo Amaral
Patrícia S. Marques; Patrícia Tessaroli
Ramon Candeloro Pedroso de Moraes; Renato Munhoz Maia
Samuel Cavalieri Pereira; Sarah Vieira El-Aouar
Severo Rosa Franco Neto; Walquíria Costa Biondi

Membros que deram início à apostila:

Ana Paula Ferreira; Carolina Junqueira
Danielle Roswell Chacon; Fabíola Pedron
João Vidal de Carvalho P. Lopes; Juliana Delamo Martinez
Luce Lopes de Mello; Luís Henrique Serra Miranda
Luciano Alves Fares; Márcia Cristina Marcussi
Marcos Pimentel Dantas; Mauro Tibola
Nelson Vieira do Carmo Júnior; Reinaldo Higashi Yoshi
Renan Alves da Silva Júnior; Roberta Melo S. Tavares
Rogério Lima Guimarães Silva; Thaís Macruz
Vanessa Khouri Chalouhi

Aos Atuais membros e àqueles que fizeram parte deste Projeto, os nossos agradecimentos pela perseverança de continuar lutando pela vida...

Agradecemos especialmente ao Prof. Rogério Ramos do Prado - Coordenador de Extensão da Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas e ao Prof. Douglas Bueno da Silva - Coordenador do Projeto Ação Univida.

ÍNDICE

RCP.....	01
FRATURAS, ENTORSES E LUXAÇÕES.....	06
TRANSPORTE DE POLITRAUMATIZADO.....	08
HEMORRAGIAS.....	12
CHOQUE.....	14
QUEIMADURAS.....	16
CONVULSÕES.....	20
CURATIVOS E PREVENÇÃO DE ACIDENTES.....	23
ACIDENTES VASCULARES.....	24
ENGASGAMENTO.....	28
AFOGAMENTO.....	31
ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS.....	33
LESÕES TORÁCICAS, ABDOMINAIS E CRANIANAS.....	38
PARTO DE EMERGÊNCIA.....	42
INTOXICAÇÕES E ENVENENAMENTOS.....	44
AÇÃO SOCORRISTA.....	47
TRIAGEM.....	51

RCP REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

DEFINIÇÃO:

- Reanimar: Trazer de volta
- Cardio: Coração
- Pulmonar: Pulmão

Dados dos Estados Unidos e Canadá revelam que a taxa de sobrevivência geral de vítimas de parada cardíaca súbita, fora do hospital, não ultrapassa 6,4%. Por outro lado, ao se adotar programas de treinamento em RCP e Desfibrilação Externa Automática (DEA) para leigos, essa taxa de sobrevivência alcança números impressionantes: 49 a 74%.

As diretrizes atuais têm o objetivo de simplificar o atendimento, para que um maior número de vítimas possa receber RCP de boa qualidade, o que pode dobrar ou triplicar as chances de sobrevivência.

Restabelecer o funcionamento do coração e dos pulmões é de extrema importância para que o cérebro possa receber sangue oxigenado e não entre em falência, comprometendo a recuperação da vítima.

CAUSAS DE PARADA CARDÍACA SÚBITA:

- Choque elétrico
- Miocardites
- Traumas, etc...

ORDEM CRONOLÓGICA DO ATENDIMENTO

- Avaliação da Cena
- Avaliação Primária (ABCD Primário)
- Chamar Socorro
- Avaliação Secundária (ABCD Secundário)

PRIMEIROS SOCORROS

Avaliação Primária V A V E V I (ABC) + D

VERIFICAR A CONSCIÊNCIA
ABRIR VIAS AÉREAS e IMOBILIZAR A COLUNA CERVICAL
VERIFICAR A RESPIRAÇÃO
EXPIRAR DUAS VEZES
VERIFICAR A PULSAÇÃO E CONTROLAR GRANDES HEMORRAGIAS
INICIAR A MASSAGEM CARDÍACA
DEFIBRILADOR

1) VERIFICAR A CONSCIÊNCIA:

ADULTO: - Leves toques no ombro;
- Chamar pela vítima, com voz forte;
- Soprar perto do ouvido.

BEBÊ: - Petelecos e cócegas no pé e abdome.

Socorrista sozinho: Ao testemunhar um colapso súbito (independente da idade) deve-se chamar socorro especializado, pois a desfibrilação é, provavelmente, a melhor ajuda para esta vítima. Caso o evento não tenha sido testemunhado e a vítima seja uma criança ou um bebê, deve-se realizar 5 ciclos de RCP (ou 2 minutos), antes de chamar socorro, pois a principal causa, nestas faixas etárias, é a hipóxia.

2) ABRIR VIAS AÉREAS:

ADULTO: Com a palma de uma das mãos estendida sobre a testa da vítima e com os dedos indicador e médio da outra mão posicionado no queixo da mesma, deve-se hiperestender seu pescoço, de modo que a laringe seja desobstruída. Essa manobra é mais indicada se o socorrista viu tudo o que aconteceu com a vítima, ou seja, estava presente na cena, e não suspeita de lesão cervical. Caso contrário, devem ser utilizadas as manobras de elevação da mandíbula, tração da mandíbula ou tração do queixo, deixando-se a hiperextensão como último recurso.

Obs: Na hiperextensão, a maior parte da força deve ser exercida sobre a testa da vítima. Deve-se colocar um apoio entre as escápulas, abaixo do pescoço, a fim de não permitir a volta do pescoço e o fechamento da via aérea durante a manobra.

BEBÊ: Sendo um bebê leve, podemos colocá-lo sobre o braço, com a cabeça sobre a palma da mão. Com uma simples extensão do punho, pelo efeito da gravidade, o pescoço irá se hiperestender naturalmente. Caso o bebê seja pesado, devemos agir da mesma forma do adulto, sendo que a força deve ser colocada sobre o queixo, evitando a fragilidade da sua cabeça (moleira).

Durante essa manobra, devemos observar se há algum objeto na boca da vítima e, se necessário, retirá-lo.

3) VERIFICAR A RESPIRAÇÃO:

O socorrista deve aproximar um espelho ou a lente dos óculos da boca da vítima e observar se há um embaçamento do vidro. Caso não tenhamos esse artifício em mãos, podemos aproximar o nosso ouvido da boca da vítima e, ao mesmo tempo, ver se há algum movimento tóraco-abdominal, ouvir a respiração da vítima e sentir o ar expirado por ela:

VER, OUVIR E SENTIR

Observações:

1- A imobilização manual da coluna cervical deve ser feita, se o socorrista não sabe o que aconteceu, ou seja, não estava presente na cena.

2- No adulto, deve-se verificar a presença de respiração "normal", pois a vítima pode apresentar movimentos respiratórios agônicos, que não resultam em perfusão tecidual adequada.

4) EXPIRAR DUAS VEZES:

Importante para que possamos verificar se há algum objeto fora do nosso campo de visão e que esteja obstruindo a passagem de ar. Caso haja obstrução, faça a manobra de Heimlich (explicada no Capítulo sobre Engasgamento)! No adulto, acoplaremos a nossa boca à boca da vítima e pinçaremos o nariz da mesma, para que o ar não saia. Já no bebê, acoplaremos nossa boca ao nariz e à boca da vítima. No adulto, usaremos todo o ar contido em nossos pulmões e, em bebês, somente o ar contido na boca.

5) VERIFICAÇÃO DA PULSAÇÃO:

ATENÇÃO:

ESTE PROCEDIMENTO PRECISA SER EXECUTADO DE UMA FORMA PERFEITA, NÃO SENDO PASSÍVEL DE ERRO. CASO O SOCORRISTA VERIFIQUE, ERRONEAMENTE, QUE A VÍTIMA NÃO POSSUI PULSO E INICIE A REANIMAÇÃO, ELE ESTARÁ CORRENDO O RISCO DE CAUSAR UMA PARADA CARDÍACA NA VÍTIMA, PODENDO COMPLICAR SUA SITUAÇÃO.

Verifica-se o pulso, no adulto, usando os dedos indicador e médio, usando as artérias carótida (mais indicada) ou radial. No bebê, a artéria usada é a braquial.

Caso não seja encontrado pulso, no intervalo de 5 a 10 segundos, podemos afirmar que a vítima encontra-se em parada cardíaca.

O controle de grandes hemorragias deve ser feito para evitar o choque e para que a massagem cardíaca seja eficiente.

A criança ou o bebê que apresente menos de 60 batimentos cardíacos por minuto deve ser considerada sem pulso, pois a bradicardia (ritmo cardíaco lento) é, usualmente, um ritmo terminal, nestas faixas etárias.

6) INICIAR A MASSAGEM CARDÍACA:

- PARADA RESPIRATÓRIA

CARACTERÍSTICAS:

- Vítima inconsciente
- Vítima sem respiração (ou adulto com respiração anormal)
- Vítima com pulso

ADULTO: 1 insuflação a cada 5 segundos (10 vezes)

CRIANÇA: 1 insuflação a cada 3 segundos (20 vezes)

BEBÊ: 1 insuflação a cada 3 segundos (20 vezes)

Obs: Lembre-se que a quantidade expirada no bebê é apenas o ar contido na boca.

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

- Vítima inconsciente
- Vítima sem respiração (ou adulto com respiração anormal)
- Vítima sem pulso (ou a criança e o bebê com menos de 60 batimentos por minuto)

ADULTO: Margeando o rebordo costal, em direção ao esterno, encontraremos o processo xifóide (estrutura presente no final do osso esterno). Dois dedos acima do processo, será a localização correta onde as duas mãos do socorrista devem ser posicionadas. Os braços devem estar estendidos e o corpo do socorrista deve estar perpendicular (90°) ao tórax da vítima.

Ritmo: 1 socorrista ou mais - 30 compressões x 2 expirações (5 vezes)

CRIANÇA: A massagem será realizada no mesmo local do adulto, mas com apenas uma das mãos (ou com as duas mãos e uma força menor).

Ritmo: 1 socorrista - 30 compressões x 2 expirações (5 vezes)

Ritmo: 2 socorristas - 15 compressões x 2 expirações (5 vezes)

BEBÊ: Para localizar o local onde será feita a massagem, devemos traçar uma linha imaginária entre os mamilos e, um dedo abaixo desta linha, colocamos os nossos polegares, enquanto as mãos circundam o tórax da vítima. Usamos os dedos indicador e médio, caso ele esteja no braço do socorrista.

Ritmo: 1 socorrista - 30 compressões x 2 expirações (5 vezes)

Ritmo: 2 socorristas - 15 compressões x 2 expirações (5 vezes)

7) D - DEA: DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO

A grande maioria das vítimas de parada cardíaca súbita apresenta, em algum momento, um ritmo de Fibrilação Ventricular ou Taquicardia Ventricular sem pulso. Estes ritmos representam os chamados ritmos chocáveis e são, mais facilmente (se comparados a outros ritmos de parada) revertidos.

Para que se possa reverter estes ritmos, deve-se usar um desfibrilador. Por isso, ele é o D, do ABCD Primário e deve ser utilizado assim que possível.

Caso o socorrista se encontre em algum lugar que possua um DEA (aeroportos, estádios de futebol, etc.), ele deve ser solicitado imediatamente, e devem-se seguir os seguintes passos: Ligar o DEA; Aplicar as pás adesivas ao tórax da vítima; Analisar o ritmo; Aplicar o choque, se indicado.

RESUMO

- CHAMAR SOCORRO.
- SEGUIR SEMPRE O V A V E V I.
- NÃO ESQUEÇA DE CONFERIR, NO FINAL DE CADA 5 CICLOS, SE FORAM RESTABELECIDAS AS CONDIÇÕES DE VIDA DA VÍTIMA.

“SOCORRISTA, VOCÊ É A DIFERENÇA ENTRE A VIDA E A MORTE DE UMA PESSOA. PRESTAR SOCORRO CORRETAMENTE É MAIS QUE UM DEVER, É A CHANCE DE DEVOLVER A VIDA A UM SER”.

FRATURAS, ENTORSES E LUXAÇÕES

INTRODUÇÃO

Os traumas são causados por inúmeros motivos: de uma simples queda a um acidente automobilístico (onde, normalmente, há um grau maior de gravidade). Os traumas que mais ocorrem são as fraturas, entorses e luxações, e elas, normalmente, devem ser tratadas como emergências médicas.

Nos acidentes automobilísticos, deve-se dar ênfase ao fato destes traumas ocorrerem, principalmente, devido à irresponsabilidade e à imprudência dos motoristas e seus acompanhantes. Salienta-se que, em casos de acidentes com veículos, a gravidade das lesões pode ser maior, devido à não utilização de EPI (equipamento de proteção individual), como, por exemplo, o cinto de segurança.

As fraturas (ossos quebrados), as entorses (estiramentos ou roturas de ligamentos articulares) e as luxações (extremidades ósseas fora de suas posições normais nas articulações) raramente ameaçam a vida do paciente salvo em algumas regiões do corpo, mas podem levar à dor e à incapacidade prolongadas e permanentes, se não forem tratadas imediata e adequadamente.

PRIMEIROS SOCORROS

Primeiramente, deve-se classificar as lesões para, assim, enumerá-las de acordo com seu grau de urgência:

As fraturas podem ser divididas em fraturas abertas (expostas) ou fechadas.

- Fratura: Consiste, basicamente, no ato de quebrar os ossos. Como sinais, têm-se a dor, a diminuição ou cessação dos movimentos, edema, etc.

- Fraturas Abertas: São fraturas nas quais há, na região do trauma, comunicação entre os meios interno e externo.

- Fraturas Fechadas: São fraturas onde não há meio de continuidade do interior com o meio externo.

- Entorses: Como já foi dito, elas podem ser definidas como estiramentos ou roturas de ligamentos articulares.

- Luxações: Consistem, basicamente, no deslocamento das extremidades articulares para fora de sua(s) articulação(ões).

Deve-se, sempre, levar em conta os sinais de lesões que estes traumas podem causar, principalmente se estes sinais estão levando à depressão dos sinais vitais (pulso, respiração e consciência).

Nas situações em que há risco de vida, como a perda de pulso, dificuldade ou perda da capacidade de respiração, diminuição ou perda de consciência ou sangramento em grande escala, devemos colocar em prática todo o

conhecimento adquirido nos treinamentos para RCP (Reanimação Cárdiopulmonar) e Hemorragia e Choque, apropriadamente; após a estabilização dos sinais vitais, ou caso não tenham sido prejudicados, devem-se iniciar os seguintes procedimentos:

- 1- Manter a pessoa ferida (vítima) o mais imobilizada possível, aconselhando-a, primeiramente, a não se movimentar, verbalmente;
- 2- Iniciar a imobilização propriamente dita da região agredida com talas, tipóias e ataduras (não utilizar gessos cilíndricos, mesmo se houver disponibilidade), de acordo com a situação;
- 3- Em caso de fraturas abertas, cuidar para que estas não se contaminem, mantendo a área limpa e protegida;
- 4- Evitar o edema (inchaço) do membro lesado;
- 5- Jamais se esqueça da SUA própria proteção, principalmente quando há secreções e/ou sangramentos, ou quando o local do atendimento oferece riscos (ex.: no meio da rua, com movimentação de veículos)

A imobilização consiste (em primeiros socorros) no uso de tipóias, talas e ataduras.

O que são tipóias? São, simplesmente, apoios feitos a partir de panos, faixas, cintos, etc, que visam sustentar o peso e manter os membros em elevação constante e com certa imobilização;

O que são talas? São improvisações onde procura-se imobilizar a área afetada, de uma maneira muito rígida, utilizando tábuas, galhos, pedaços de metais, jornais, etc;

O que são ataduras? Consistem na utilização de faixas de crepom, panos, fitas adesivas, etc, visando à imobilização da área, de uma forma menos rígida e como método adicional nas outras imobilizações.

LEMBRE-SE:

As condutas de primeiros socorros, principalmente nos casos de imobilização e transporte, necessitam de CRIATIVIDADE e muita IMAGINAÇÃO; por isso, deve-se sempre estar atento ao seu redor e, conseqüentemente, manter sempre a calma, para poder ter uma linha de raciocínio clara e coerente.

A imobilização na prática:

Antes de imobilizar o local machucado, evite a movimentação!

Jamais tente “endireitar” uma fratura, pois, através desta manobra, você poderá aumentar os danos (rompimento de tecido nervoso e/ou vascular, por exemplo)!

Mantenha o local agredido o mais limpo possível, principalmente se houver área com exposição de tecido, com sinais de escoriação e/ou hemorragia!

Em caso de lesão de membros, procure sempre verificar os pulsos periféricos do membro afetado, antes e depois de ter sido feita a imobilização, para garantir que a imobilização não está causando uma isquemia (parada de circulação).

USE SEMPRE O CINTO DE SEGURANÇA

TRANSPORTE DE POLITRAUMATIZADOS (TPT)

INTRODUÇÃO

Em primeiros socorros, o TPT é um dos temas que mais causam dúvidas e levam ao erro.

Na ansiedade de transportar a vítima até o hospital, muitos se esquecem ou simplesmente ignoram regras básicas, que devem ser seguidas com a finalidade de minimizar danos e aumentar a expectativa de vida do politraumatizado.

É importante a avaliação dos sinais vitais antes, durante e depois da imobilização e transporte da vítima.

ANATOMIA

No TPT, será considerado como prioridade o SNC (sistema nervoso central), ou seja, encéfalo e medula espinhal, assim como todo o arcabouço ósseo que o protege.

Encéfalo

Pode ser considerado como uma terminação principal aumentada do sistema nervoso central. Ocupa o crânio ou caixa encefálica (arcabouço ósseo).

Coluna Dorsal

A coluna dorsal é composta de uma série de pequenos ossos: as vértebras. Sustenta o tronco e a cabeça, cerca e protege a medula espinhal.

Medula Espinhal

É definida como longa e quase cilíndrica massa de tecido nervoso, oval ou arredondada em secção transversa, ocupando, aproximadamente, os dois terços superiores do canal vertebral.

A medula espinhal é formada por fibras nervosas que saem do cérebro e chegam a ele, controlando muitas funções do corpo.

A medula espinhal é considerada a ligação entre o encéfalo e o restante do corpo, abaixo do pescoço, onde se originam e terminam nervos periféricos. Estes nervos estão organizados em pares e passam entre as vértebras.

Tipos de lesões

Em qualquer acidente, grave ou não, a vítima pode apresentar lesões na medula espinhal (total ou parcial) ou simplesmente do arcabouço ósseo (total ou parcial).

Entende-se como lesão total da medula espinhal sua completa secção, sendo perdida a ligação com o encéfalo, e diz-se parcial quando parte da medula foi atingida, seja anterior, posterior ou lateralmente.

Entende-se como lesão total do arcabouço ósseo sua perda de continuidade em toda a extensão, independente de lesão na medula espinhal (parte neural) e diz-se lesão parcial apenas quando há fratura em algum dos seus pontos anterior, posterior e laterais.

A medula espinhal pode ser lesada sem nenhum dano ao arcabouço ósseo. As partes mais vulneráveis da coluna vertebral são os ossos do pescoço (região cervical) e da parte inferior das costas (região sacral).

Estas definições ajudam a entender a importância da correta movimentação da vítima, onde as possibilidades de injúria deste órgão são grandes. O simples fato de movimentar a vítima de maneira impulsiva pode transformar uma lesão óssea em uma poderosa lâmina e seccionar a medula espinhal, fazendo com que a vítima fique com uma deficiência, posteriormente.

Causas mais comuns de lesão da medula espinhal e coluna vertebral

- Quedas de altura;
- Mergulhos em piscinas rasas;
- Quedas de cavalo ou moto;
- Desaceleração repentina de veículos (colisão frontal);
- Quedas de objetos pesados nas costas.

IMPORTANTE !!!!

**SIGA AS REGRAS DE TRANSPORTE E IMOBILIZAÇÃO
VERIFIQUE SEMPRE OS SINAIS VITAIS DA VÍTIMA
NÃO TRANSFORME LESÕES PARCIAIS EM TOTAIS !!!!!**

COMO IMOBILIZAR E TRANSPORTAR

Antes, é preciso definir quem é politraumatizado!

Qualquer pessoa que esteja envolvida em um acidente pode ser um politraumatizado.

LEMBRE SE: Quando desconhecemos o mecanismo do trauma devemos sempre considerar a vítima um politraumatizado.

Podemos encontrar duas situações:

Vítima consciente

- Evitar causar mais dano;
- Providenciar remoção urgente para o hospital;
- Verificar sinais vitais sempre!!!

Vítima inconsciente

- Reanimar vítima, se necessário;
- Manter vias aéreas desobstruídas;
- Evitar causar mais dano;
- Providenciar remoção urgente para o hospital;
- Verificar sinais vitais sempre!!!

Se a vítima estiver consciente, faça algumas perguntas como:

Seu pescoço ou costas estão doendo?

Seus braços ou pernas estão moles ou fracos?

Você sente algum formigamento?

Todas as vítimas, conscientes ou inconscientes, devem ser consideradas como portadoras de lesão em medula espinhal, principalmente em região cervical.

ATENÇÃO!!!

**PEÇA PARA ALGUÉM CHAMAR SOCORRO MÉDICO.
NÃO DEIXE A VÍTIMA SOZINHA.
NÃO MOVA A PESSOA NEM A DEIXE SE MOVER, SOMENTE SE
EXTREMAMENTE NECESSÁRIO.
NÃO VIRE OU DOBRE AS COSTAS DA VÍTIMA.**

QUANDO POSSO VIRAR A VÍTIMA?

Se ela está de bruços e pode se sufocar
Se ela não tiver pulso
Se a vítima corre risco de vida imediato

COMO VOU IMOBILIZAR?

Materiais confortáveis
Materiais resistentes

MATERIAIS

Jornais
Cabides
Panos
Criatividade e bom senso!!!

QUANDO E COMO TRANSPORTAR?

SOMENTE SE HOUVER RISCO IMEDIATO DE MORTE PARA A VÍTIMA
E/OU SOCORRISTA

AVALIE CUIDADOSAMENTE A CENA PARA NÃO SE TORNAR MAIS
UMA VÍTIMA. PREOCUPE-SE, PRIMEIRAMENTE, COM A SUA SEGURANÇA.

a - Transporte com Ajudantes (4 ou mais)

Um segura a cabeça e o pescoço da vítima, outro os ombros, outro a cintura e o último as pernas, caso haja 2 ou 3 pessoas para ajudar, peça a um que SEMPRE segure a cabeça da vítima e que este seja o mais experiente, se possível, e o outro segura os ombros.

Obedeça ao comando da pessoa que estiver cuidando da cabeça da vítima e faça os movimentos sincronizados e com bastante calma. Durante o transporte não tenha pressa, faça com cautela.

b - Transporte sem Ajudantes

Fique atrás da cabeça da vítima, segure seus ombros e com os antebraços sustente a cabeça mantendo o pescoço o máximo imobilizado.

ATENÇÃO: Quando estiver realizando o rolamento da vítima, verificar o alinhamento da coluna dorsal e se há hematomas ou deformidades. Verificar, também, o alinhamento da traquéia.

c - Para carregar

SOMENTE COM 3 OU MAIS PESSOAS!

Uma pessoa segura a cabeça e as outras seguram o corpo, eqüidistantes e de maneira confortável para a vítima e para os socorristas. Obedeça sempre quem estiver na cabeça da vítima; levante-a em 2 ou mais tempos; não tenha pressa; com calma você vai conseguir.

CAPACETE

- SEMPRE retirar o capacete e...
- Retirar SEMPRE a "4 mãos"

LEMBRETES

Avaliação da cena.
Sinalizar local do acidente.
Chame sempre socorro médico.
Nunca deixe a vítima sozinha.
Na dúvida, pense no bem-estar da vítima.
Não seja impulsivo, raciocine, acalme-se e acalme a vítima.

HEMORRAGIAS

CONCEITO

Hemorragia é a fuga ou extravasamento de sangue dos vasos.
Pode ser por diapedese (quando saem as células sangüíneas, mas as paredes dos vasos estão íntegras) ou por fluxo através das paredes rompidas.

CLASSIFICAÇÃO

As hemorragias são classificadas, de acordo com o tipo de vaso danificado, em:

a) Hemorragia Arterial - O sangue, quando bem oxigenado, é vermelho-vivo e, com a pressão das batidas do coração, sai do ferimento em jatos, que acompanham essas batidas. Uma artéria lesada pode produzir grandes jatos de sangue, esvaziando rapidamente o suprimento necessário à circulação, no organismo.

b) Hemorragia Venosa - O sangue venoso, já destituído de oxigênio, é vermelho-escuro. Tem menos pressão do que o sangue arterial, mas, como as paredes das veias têm grande capacidade de distensão, o sangue pode acumular-se dentro delas; assim, o sangue de uma veia importante rompida pode jorrar em profusão.

c) Hemorragia Capilar - Este tipo de sangramento, que sai em gotas, ocorre em todos os ferimentos. Embora seja abundante no início, a perda de sangue é, em geral, desprezível. Uma pancada brusca pode romper os capilares sob a pele, causando sangramento no interior dos tecidos (hematoma).

Podem também ser divididas em:

a) Hemorragia interna - São sangramentos que não são visíveis, por vazarem em uma cavidade, como intestino ou interior do crânio, por exemplo. Podem ser causadas por lesões como fraturas ou ferimentos profundos ou, também, espontaneamente, como um sangramento proveniente de uma úlcera de estômago perfurada. É uma situação muito grave, porque, embora não saia do corpo, o sangue deixa de fazer parte da circulação, podendo evoluir para choque e/ou exercer pressão, quando acumulado, lesando órgãos como pulmões e cérebro. Pode-se ter alguns sinais e sintomas que sugiram hemorragia interna, tais como: hematomas extensos sobre o abdome, tosse com expectoração espumosa e sanguinolenta, vômitos com sangue vivo ou “borra de café”, fezes com sangue vivo ou “cor de piche”, urina avermelhada ou marrom, além de sintomas sistêmicos, como dor, palidez, suores abundantes, pulso fraco, pele fria, confusão mental, agitação, que refletem a intensidade do sangramento.

b) Hemorragia externa - São os sangramentos exteriorizados. Dentre os casos de hemorragia externa, podemos citar as hemorragias na cavidade oral, nariz e ouvido, hemorragias por traumatismos em membros, etc.

PRIMEIROS SOCORROS

1 - Hemorragia Interna	2 - Hemorragia Externa	3 - Hemorragia Nasal
1.1 Deitar a vítima 1.2 Afrouxar as roupas 1.3 Chamar a ambulância 1.4 Erguer as pernas 1.5 Verificar respiração, pulso e consciência. 1.6 Agastar vítima do frio 1.7 Observar o tipo, quantidade e origem do sangue. 1.8 Deitar a vítima, minimizar estado de choque e levar ao hospital.	2.1 Expor o ferimento 2.2 Compressão direta contínua (10 min) 2.3 Elevar o ferimento acima do nível do coração. 2.4 Compressão indireta 2.5 Torniquete contra - indicado 2.6 Se o vaso estiver exposto, fazer o pinçamento das extremidades dos vasos com os dedos polegar e indicador. 2.7 Se houver objeto incrustado, fazer compressão lateral, sem retirar o objeto. 2.8 Deitar a vítima, minimizar estado de choque e levar ao hospital.	3.1 Inclinar a cabeça 3.2 Cuspir sangue existente na boca. 3.3 Respirar pela boca 3.4 Compressão direta(10 min). 3.5 Compressa fria / gelo 3.6 Se não cessou, colocar gazes ou pano nas narinas e fazer a compressão(5 min). 3.7 Procurar Hospital, se sangramento durar mais do que 15 a 20 min. 3.8 Descanso.

OUTROS

Nos casos de hemorragia na cavidade oral (boca), deve-se evitar que o sangue se acumule dentro da cavidade oral. Assim, deve-se inclinar a cabeça da vítima para frente e deixar o sangue escorrer para fora da boca. Se a lesão for visível, deve-se fazer a compressão digital do local.

Na hemorragia por amputação, deve-se minimizar a perda de sangue e o estado de choque e preservar a parte amputada. O controle da perda de sangue pode ser feito como já descrita no item 2 da conduta (hemorragia externa) e os cuidados com a parte amputada, ver Lesões torácicas, abdominais e cranianas.

ATENÇÃO!!!

- Palpar pulso distal à hemorragia, periodicamente;
- Proteger-se sempre com o uso de luvas;
- Não retirar objetos incrustados; Não dar líquidos ou alimentos às vítimas.

TORNIQUETE

O uso do torniquete é conduta contra-indicado, já que pode levar a complicações sérias, como a própria perda do membro, embora tenha eficácia próxima de 100% no tamponamento de uma hemorragia.

Portanto, só deve ser utilizado como último recurso.

Depois de feito, deve ser anotado o horário de colocação do torniquete (na testa da vítima ou no membro afetado), deve ser afrouxado de 15 em 15 minutos e só pode ser retirado em ambiente hospitalar.

Numa deve-se utilizar fios ou arames, pois podem causar lesões de estruturas, como nervos e músculos.

CHOQUE

CONCEITO

A função do sistema circulatório é distribuir sangue a todas as partes do corpo, de forma que o O₂ (oxigênio) e nutrientes possam penetrar nos tecidos. Além disso, o fluxo sangüíneo adequado também garante a retirada de elementos como o CO₂ (gás carbônico) e catabólitos (excretas) que, quando acumulados, passam a ser tóxicos para a célula. Portanto, quando esse sistema não funciona e falta O₂ nos tecidos, haverá implicações sistêmicas decorrentes do sofrimento celular, que corresponde ao chamado Estado de Choque.

Choque é uma anormalidade do sistema circulatório que resulta em perfusão orgânica e oxigenação tecidual inadequadas.

TIPOS DE CHOQUE

O choque pode ser causado por falha da bomba cardíaca (choque cardiogênico) ou por diminuição do volume circulante.

A diminuição do volume circulante pode se dar por perda sangüínea (hemorragia externa ou interna), plasmática (queimaduras, contusões extensas) ou hidroeletrolítica (diarréia e vômitos). Nesses casos temos o choque hipovolêmico.

O volume circulante pode também sofrer diminuição por aprisionamento de sangue na rede capilar dilatada (choque neurogênico, anafilático e séptico).

OBS.:

O choque neurogênico resulta de lesão extensa do SNC (Sistema Nervoso Central) ou medula, e não de trauma de crânio isolado. As vítimas de lesão de medula podem apresentar, inicialmente, choque por vasodilatação e hipovolemia relativa (diminuição relativa do volume sangüíneo) por perda do tônus simpático. Pode ocorrer, simultaneamente, a perda do tônus simpático cardíaco, resultando em BRADICARDIA (diminuição da freqüência cardíaca).

A hemorragia é a causa mais comum de choque em vítima politraumatizada.

SINAIS E SINTOMAS

Quando ocorre diminuição do suprimento sangüíneo, o organismo redistribui o sangue restante para os órgãos vitais: coração, cérebro, pulmões e rins.

Os principais sinais e sintomas do estado de choque estão relacionados a esta redistribuição da circulação:

- Pele fria, pálida e úmida, lábios arroxeados;
- Suor na testa e nas mãos;
- Sensação de frio com ou sem tremor;
- Respiração curta, rápida e irregular;
- Pulso fino e rápido;
- Náuseas e vômitos;
- Agitação, confusão mental, visão nublada;
- Taquicardia (aumento da freqüência cardíaca).

Obs.: Em casos de choque neurogênico, por lesão medular, pode ocorrer bradicardia.

PRIMEIROS SOCORROS

O estado de choque é uma emergência médica. O transporte rápido para o hospital é fundamental para a sobrevivência, pois raramente o tratamento definitivo pode ser efetuado no ambiente extra-hospitalar.

Deve-se, então:

- Reconhecer o estado de choque;
- Tratar causa evidente;
- Providenciar remoção para hospital;
- Deitar a vítima com a cabeça mais baixa que o corpo;
- Erguer as pernas;
- Proteger do frio;
- Verificar respiração, pulso e nível de resposta;
- Preparar-se para reanimação;
- Não deixar que a vítima se mova, beba ou se alimente;
- Tranqüilizar a vítima.

QUEIMADURAS

DEFINIÇÃO

As queimaduras são lesões no tecido de revestimento do organismo (na pele, principalmente) e podem ser causadas por agentes térmicos (calor, frio, atrito), produtos químicos, radiação, ou eletricidade.

1) Pele e anexos

A pele forma a cobertura externa do corpo. É constituída por três camadas principais:

- Epiderme: Camada mais externa.
- Derme: Segunda camada, é constituída por tecido conjuntivo e rica em vasos e nervos.
- Hipoderme: Fica abaixo da derme, possui tecido conjuntivo mais frouxo que a derme, sendo rica em tecido adiposo.

Os principais anexos da pele são: glândulas sudoríparas, pêlos, glândulas sebáceas e unhas.

As principais funções da pele são:

- Proteger contra lesões físicas, químicas e biológicas
- Impedir a perda de água.
- Serve como receptor para sensações gerais (dor, pressão, tato, temperatura)
- Proteger contra a radiação ultravioleta.
- Atuar na regulação térmica.

2) Classificação das queimaduras

As queimaduras podem ser classificadas:

- Quanto à causa: térmicas, elétricas, químicas e por radiações.
- Quanto à profundidade: primeiro grau, segundo grau e terceiro grau.
- Quanto à extensão: leves, moderadas e graves.

Para fins didáticos e facilidade de atuação em primeiros socorros, a classificação aqui considerada será quanto à profundidade.

Tipos	Camadas atingidas	Sinais e sintomas
Primeiro Grau	Epiderme	Dor do tipo "ardido", vermelhidão, edema discreto (ex: queimaduras solares, e exposição rápida à água quente).
Segundo Grau	Epiderme + Derme	Vermelhidão, dor, edema e bolhas (ex: atrito causado por sapatos).
Terceiro Grau	Epiderme + Derme + Hipoderme (ossos, músculos)	Pele enegrecida ou esbranquiçada, pouca ou nenhuma dor.

QUEIMADURAS

a) Para queimaduras de primeiro grau e pequenas de segundo grau:

- Retire os pertences da vítima, como anéis, pulseiras e relógios, pois podem ficar mais apertados se houver edema (inchaço);
- Resfrie rapidamente o local com água fria. (A água retira a fonte térmica que está causando a queimadura, servindo para não agravar a lesão e diminuindo dor);
- Cubra a lesão com pano limpo e úmido;
- Nas queimaduras de segundo grau em mãos, pés, zonas genitais, faces e naquelas que abrangem mais de 10 a 15 % da superfície corporal, procure sempre assistência médica;
- Também procure assistência médica nas queimaduras com bolhas.

b) Para queimaduras de segundo grau, vítimas com extensa área corporal queimada e queimaduras de terceiro grau:

- Retire roupas apertadas e pertences da vítima (guarde com você ou entregue a um familiar);
- Verifique sinais vitais, pois a vítima pode entrar em estado de choque. Se este for o caso, trate o choque. Se houver necessidade, faça o RCP;
- Mantenha liberadas as vias aéreas e certifique-se de que a vítima respira bem, principalmente quando existem queimaduras na face;
- Resfrie rapidamente o local de queimadura com água fria;
- Procure socorro médico.

c) Para queimaduras causadas por eletricidade:

- Desligue a energia elétrica antes de iniciar o atendimento;
- Verifique os sinais vitais. Se necessário, faça o RCP;
- Verifique se a vítima está em estado de choque e, se necessário, trate o mesmo;
- Trate as queimaduras nos pontos de entrada e saída da corrente elétrica;
- Procure socorro médico.

d) Para queimaduras por produtos químicos:

- Retire as roupas contaminadas;
- Lave imediatamente o local com bastante água fria corrente ou soro fisiológico, por, pelo menos, 15 minutos, para diluir o produto químico;
- Não faça fricção no local e não empregue água com pressão para a lavagem;
- Identifique a natureza do agente agressor;
- Procure socorro médico mesmo que a área queimada não seja extensa.

e) Para queimaduras nos olhos:

- Vire a cabeça da pessoa para o lado, mantendo o olho não lesado numa posição mais alta, para evitar que seja atingido;
- Mantenha, com seus dedos, o olho lesado aberto e lave-o com bastante água fria, irrigando todo o olho, a partir do canto interno, até o canto externo, por 30 minutos, pelo menos;
- Não jogue água em jatos;
- Cubra ambos os olhos com gaze limpa e coloque frouxamente o esparadrapo;
- Procure socorro médico.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

1) O que nunca fazer

- A) Não coloque nada sobre as queimaduras, a não ser água e panos úmidos;
- b) Não use nenhum remédio, nem mesmo caseiro (pasta de dentes, café, açúcar, teia de aranha);
- c) Não estoure as bolhas;
- d) Não arranque a pele que está descamando;
- e) Não passe pomadas, mercúrio ou quaisquer outros produtos, em queimaduras de segundo e terceiro grau;
- f) Em queimaduras por ácidos, não coloque bases ou vice-versa; um produto não neutraliza o outro.

2 - Recomendações

- a) Evitar apanhar sol no período das 10 às 16 horas, usar sempre protetor solar e óculos escuros;
- b) Nunca colocar, em frascos de refrigerantes ou em vasilhas atraentes às crianças, substâncias potencialmente tóxicas, como ácidos e bases;
- c) Gasolina, óleo, e outros combustíveis, não devem ser armazenados no domicílio;
- d) Jamais deixar qualquer produto inflamável perto da cozinha, churrasqueiras ou em lugares onde possam ser alcançados pelas crianças;
- e) Não usar álcool ou outros produtos inflamáveis para ativar chamas em churrasqueiras ou fogões de lenha;
- f) Manter caixas de fósforos longe do alcance das crianças;
- g) Deixar velas e lamparinas acesas, somente na presença de adultos;
- h) Máximo cuidado ao acender fogões, procurando sempre verificar se não há vazamento de gás, antes de riscar o fósforo;
- i) Evitar botijões de gás na cozinha ou em áreas fechadas;
- j) Impedir o acesso e a presença de crianças na cozinha;
- k) Não deixar o ferro de passar roupas ligado próximo às crianças;
- l) Não soltar pipas próximo à rede elétrica e jamais usar fios metálicos;
- m) Não deixar fios elétricos ou tomadas ao alcance das crianças;
- n) Tenha sempre bom senso!!

3) Curiosidade

Ônibus elétrico energizado: como o pneu é isolante, deve-se sair do ônibus pulando, a fim de não se fechar a ligação terra.

RESUMO

- 1) Roupa queimando: cobrir a vítima com um cobertor ou tapete, do pescoço para baixo;
- 2) Casos leves: resfriar o local afetado com água fria (não gelada!); retirar os pertences da vítima; cobrir a lesão com pano úmido e limpo;
- 3) Casos graves: tudo o que se faz nos casos leves, verificação dos sinais vitais e outros socorros necessários (ex: RCPC, choque);
- 4) Tenha sempre bom senso;
- 5) Procurar socorro médico.

CONVULSÕES

DEFINIÇÃO

O termo convulsão refere-se a inúmeras contrações involuntárias de vários músculos do corpo, geralmente de início súbito, causado por alterações nas funções cerebrais.

As convulsões são, geralmente, acompanhadas de perda de consciência.

IMPORTÂNCIA

As convulsões são comuns. Aproximadamente cerca de 10% dos indivíduos apresentam pelo menos uma convulsão durante suas vidas. As crises convulsivas, devido ao caráter abrupto e inesperado do seu aparecimento e à dramaticidade de suas manifestações habituais, sempre se revestiram, em toda sua história, paralela à própria humanidade, de um caráter místico, dependente de interferências sobrenaturais, divinas ou demoníacas.

CAUSAS

Diversas condições podem desencadear uma crise epiléptica, tais como: traumatismos na cabeça, febre muito alta, doenças que causam danos ao cérebro, redução do fluxo de oxigênio e ingestão de substâncias tóxicas ou venenosas.

CLASSIFICAÇÃO

De um modo geral, as convulsões podem ser classificadas, com base nas características clínicas observadas dos ataques, em:

Crise de Pequeno Mal

Esse tipo de crise é caracterizado por alterações súbitas e passageiras no cérebro, causando confusão mental e algo que parece um devaneio: a pessoa se desliga do ambiente por alguns segundos. Essa situação é conhecida na linguagem médica como “crise de ausência”. As vítimas não caem no chão e não perdem a continência.

Reconhecimento

Poderá haver:

- “Ausência” repentina; olhar parado;
- Leve crisar dos lábios, pálpebras ou cabeça;
- Movimentos automáticos estranhos: estalar de lábios; mascar, produzir ruídos.

PRIMEIROS SOCORROS

Seu objetivo é proteger a vítima até que ela se recupere totalmente.

- Ajude a vítima a sentar-se em lugar tranquilo e remover fontes de perigo, como bebidas quentes das proximidades;
- Converse calmamente, tentando tranquilizá-la. Não a bombardeie com perguntas. Fique ao seu lado, até que a sua consciência esteja totalmente recuperada e os pensamentos claros.
- Se ela não souber identificar seu problema, aconselhe-a a procurar um médico.

Crise de Grande Mal

Esse tipo de crise epiléptica se caracteriza por grandes, repentinas e recorrentes alterações da atividade cerebral, levando a ataques violentos (mesmo que temporários) e grave perda da consciência. São as convulsões típicas, que geralmente impressionam. Também denominadas crises tônico-clônicas.

Reconhecimento

Esses ataques geralmente seguem um padrão:

- A vítima perde a consciência repentinamente e cai, quase sempre soltando um grito;
- Ela fica rígida (fase tônica) geralmente com as costas arqueadas;
- A respiração pode cessar, os lábios talvez fiquem arroxeados (cianose);

- Começam as convulsões (fase clônica). Os maxilares ficam cerrados e a respiração se torna ruidosa. Pode haver excesso de salivação na boca, e se a vítima morder a língua ou lábios a saliva é sanguinolenta. Pode ainda ocorrer o relaxamento dos esfíncteres, com micção e evacuação involuntárias;

- Os músculos se relaxam, a respiração se normaliza e a vítima recupera a consciência, geralmente em alguns minutos; pode, ainda, ficar atordoada ou cair em sono profundo.

PRIMEIROS SOCORROS

Seus objetivos são:

- Se puder, ampare a vítima antes de ela cair, ou tente atenuar a queda. Abra espaço ao seu redor e peça aos curiosos que se afastem;
- Proteja a cabeça da vítima, formando uma alça com seus braços, de modo a não deixar que a vítima se machuque durante um ataque;
- Afaste também qualquer fonte de perigo, como objetos cortantes próximos à vítima;
- Quando cessarem as convulsões, coloque-a na posição de drenagem, pois a vítima pode vomitar logo após a crise;
- Providenciar atendimento quando a consciência for recuperada.

O que NÃO fazer:

- Não levante ou remova a vítima, a menos que ela esteja em perigo imediato;
- Não use a força para contê-la durante o ataque, pois pode haver fratura de ossos da vítima. Não impeça seus movimentos;
- Não coloque nada na boca da vítima, inclusive panos ou até mesmo o seu dedo!

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O paciente que apresenta crises convulsivas apresenta todas as suas funções intelectuais e cognitivas iguais às de uma pessoa normal, e deve ser respeitado sem nenhuma forma de preconceito e discriminação. E lembre-se: a convulsão não é transmissível; não tenha medo de uma pessoa que apresente uma crise convulsiva próximo a você. Apenas faça os procedimentos necessários para a sua recuperação.

RESUMO

- Desimpedir as vias respiratórias da vítima que está inconsciente. Verificar com frequência, os sinais vitais da vítima (VAVEVI);
- Proteger a vítima, não deixando que nada de mal lhe aconteça enquanto estiver com o nível de consciência reduzido;
- Procurar e tratar as lesões decorrentes;
- Procurar socorro médico.

CURATIVOS, CUIDADOS PRIMÁRIOS E PREVENÇÃO DE ACIDENTES

OBJETIVOS DO CURATIVO

- Limpeza e proteção da ferida
- Prevenir uma infecção
- Reduzir uma infecção existente
- Facilitar a cicatrização
- Absorver secreção
- Facilitar a drenagem

ATENÇÃO

- Inspeção geral, completa e rápida
- Hemorragias
- Causa das lesões
- Corpos estranhos
- Objetos transfixados

CURATIVOS EM AÇÃO

- Lavar as mãos
- Proteger as mãos (luvas - pano - plástico, etc.)
- Limpeza da ferida (detritos, sujeira, restos)
- Antissepsia da região
- Mais limpeza
- Proteger a ferida
- Renovar é preciso

MAIS ATENÇÃO

Feridas acidentais são consideradas contaminadas;
O sangramento não pára;
Há febre e/ou pus;
Perda da função por tumor, calor e dor;
Odor.

ENCAMINHAR PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR

NÃO USAR

- Pó de café;
- Fumo de rolo;
- Teia de aranha;
- Manteiga;
- Pasta de dentes;
- Outros...

LEMBRE-SE: O soro fisiológico (0,9% NaCl) não causa lesão tecidual. Na falta disso, água e sabão bem aplicados bastam para uma boa limpeza. Outros produtos podem contaminar mais ou dificultar o atendimento hospitalar, sendo que nada substitui o que é fundamental:

IDENTIFICAR SINAIS DE RISCO/AGRAVO & LIMPEZA DA FERIDA!

ACIDENTES VASCULARES

IMPORTÂNCIA

Principal causa de morte no mundo;
41% do total de mortes por ano no Brasil;
50% das mortes ocorrem 2 h após o início dos sintomas;
50% das vítimas não sabiam que tinham a doença

DEFINIÇÕES

Conjunto de sinais e sintomas proveniente de fenômenos obstrutivos que, em geral, têm sua origem na formação de placas de ateroma (colesterol).

ETIOLOGIA

Esses fenômenos obstrutivos ocorrem, na maioria dos casos, por uma angiopatia denominada aterosclerose. É uma doença de artérias musculares grandes e médias (coronárias, carótida...) e de artérias elásticas (aorta).

A aterosclerose é um processo lento e gradual em que placas de gordura depositam-se nas paredes dos vasos, podendo obstruí-lo parcial ou totalmente. Pode acometer o indivíduo em qualquer parte do organismo.

FATORES DE RISCO

- Hipertensão arterial sistêmica maior ou igual a 160 x 90;
- Hipercolesterolemia (LDL);
- Idade, sexo e predisposição familiar (fatores irreversíveis);
- Tabagismo;
- Diabetes;
- Atividade física insuficiente;
- Obesidade;
- Estilo de vida estressante e competitivo;
- Uso de drogas (cocaína);
- Consumo excessivo de álcool (etilismo).

PREVENÇÃO

- Início na infância;
- Dieta à base de:
 - Carnes magras (frango, peixe, peru);
 - Queijo branco (requeijão, ricota);
 - Cereais integrais (arroz, aveia);
 - Legumes verduras;
 - Batatas cozidas ou assadas;
 - Ovos: 1 a 2 por semana;
 - Usar gordura vegetal (margarina) ao invés da animal (manteiga);
 - Leite desnatado.
- Ingestão moderada de sal e frituras;
- Evitar o fumo e o álcool;
- Praticar exercícios físicos;
- Abolir a obesidade;
- Controlar taxas de colesterol e a pressão arterial.

AVC (ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL)

DEFINIÇÃO

Fenômeno obstrutivo que compromete o sistema arterial que irriga o SNC, resultante de hemorragia cerebral, embolia ou trombose.

Pode ser de 2 tipos:

Isquêmico: Quando há obstrução da artéria (trombose ou embolia)

Hemorrágico: Quando há extravasamento de sangue devido à ruptura da artéria (aneurisma).

SINAIS E SINTOMAS

Dependem da área afetada pelo AVC e a pessoa pode apresentar alguns dos sinais e sintomas relacionados:

- Amnésia;
- Sonolência;
- Disartria;
- Diplopia;
- Ataxia;
- Cefaléia;
- Parestesia Unilateral;
- Vertigens.

PRIMEIROS SOCORROS

- Levar a vítima ao hospital;
- Acalmar e repousar a vítima;
- Afrouxar as roupas da vítima;
- Checar os sinais vitais;
- Não dar nada de beber à vítima;
- Caso necessário efetuar o R.C.P.

IAM (INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO)

DEFINIÇÃO

Lesão seguida de necrose celular do tecido muscular cardíaco, em razão de isquemia prolongada, decorrente de uma oclusão total, ou próxima do total, que se dá em algumas artérias coronárias.

SINAIS E SINTOMAS

- Dor torácica intensa que se irradia para braço esquerdo, maxila, mandíbula, dentes;
- Muitas vezes acompanhado de sudorese, náuseas, vômitos, falta de ar e frequência cardíaca anormal;
- Não apresenta relação com esforço físico ou mental, podendo ocorrer no repouso;
- Início repentino e devastador;
- Duração superior a 30 minutos.

PRIMEIROS SOCORROS

Chamar o socorro;
Acalmar e repousar a vítima, recostando-a;
Afrouxar as roupas da vítima;
Checar os sinais vitais;
Caso necessário fazer o R.C.P.;
Se possível, levar a vítima ao hospital.

ANGINA PECTORIS (Angina de Peito)

DEFINIÇÃO

Angina, no grego, significa angústia, e se caracteriza por um desconforto torácico resultante de deficiência relativa de oxigênio no músculo cardíaco por uma obstrução parcial coronária, não chegando a fazer necrose.

Pode ser de 3 tipos:

Angina estável ou típica (mais comum)

Causada por atividade física exacerbada ou excitação emocional (sobrecarga cardíaca);
Quadro de aterosclerose coronária prévia.

Angina variante

Não se relaciona com atividade física (ocorre em repouso);
Causada por um espasmo arterial coronário.

Angina instável

Frequência crescente: acentua-se com o aumento da atividade física;
Ocorre geralmente em repouso - duração prolongada;
Quadro de aterosclerose coronária prévia.

SINAIS E SINTOMAS

- Os mesmos do IAM;
- Duração média de 2 a 10 minutos;
- É aliviada pelo repouso.

PRIMEIROS SOCORROS

Como se confunde muito com o IAM, tratar como se fosse um infarto:

- Levar a vítima ao hospital;
- Acalmar e repousar a vítima, recostando-a;
- Afrouxar as roupas;
- Checar os sinais vitais;
- Se caso a vítima tiver seu comprimido para tal situação, ajudá-la a tomá-lo.

RESUMO

- Chamar socorro
- Acalmar e recostar a vítima
- Afrouxar as roupas da vítima
- Checar os sinais vitais

SE POSSÍVEL, LEVAR A VÍTIMA A UM HOSPITAL.

ENGASGAMENTO

DEFINIÇÃO

Consiste em obstrução das vias aéreas por corpos estranhos de qualquer natureza, levando a uma asfixia, ou seja, o ar não chegará aos pulmões, devido ao processo obstrutivo.

O engasgamento pode ocorrer em qualquer faixa etária, porém é muito mais frequente em crianças, devido ao contato com brinquedos e objetos de qualquer natureza, e em idosos, devido à inadequada mastigação dos alimentos.

Muitos casos levam a vítima ao óbito por falta de Primeiros Socorros e/ou assistência inadequada.

Quais são as causas mais comuns de obstrução das vias aéreas?

- Obstrução pela língua (pessoas inconscientes);
- Objetos ou materiais estranhos (alimentos não mastigados, brinquedos, dentaduras, dentes quebrados, vômitos, etc);
- Lesões teciduais (ferimentos no pescoço, traumas na face, venenos, edemas de faringe ou laringe);

Há dois tipos de obstrução das vias aéreas:

a) Obstrução parcial das Vias Aéreas:

Quando suspeitar?

- Quando houver sons respiratórios incomuns;
- Cianose (extremidades azuladas, por falta de oxigênio);
- Alteração na frequência respiratória (respiração ofegante);
- Quando a pessoa não consegue falar ou tossir;
- Quando a pessoa indicar com a mão que há um objeto estranho alojado na "garganta".

PRIMEIROS SOCORROS

- Apenas estimular a pessoa a tossir.

Porque não realizar a manobra de Heimlich e/ou a tapotagem (explicado a seguir) neste caso de obstrução parcial?

R: Porque essa manobra pode fazer com que o objeto que está causando a obstrução parcial se desaloje e cause uma obstrução total.

b) Obstrução completa das Vias Aéreas

Quando suspeitar?

1) Pessoa Consciente:

- Tentará falar, mas não conseguirá;
- Também não conseguirá respirar ou tossir;
- Demonstrará o gesto universal da sufocação .

2) Pessoa Inconsciente:

Será encontrada em parada respiratória;

O socorrista, ao defrontar-se com tal situação, deverá realizar duas expirações através do método boca-a-boca;

Durante as duas expirações, verificar se há ausência de sinais de insuflação pulmonar e resistência às ventilações, se isto ocorrer suspeitar de obstrução completa das vias aéreas.

PRIMEIROS SOCORROS

- 1) Abrir as vias aéreas;
- 2) Realizar duas ventilações artificiais na pessoa inconsciente e que não está respirando. (Se a pessoa estiver consciente, ou se você presenciou o engasgamento, não fazer este procedimento e sim iniciar o Heimilich imediatamente);
- 3) Manobra de Heimilich (para remover o objeto).

Como é feita a Manobra de Heimilich?

R: São golpes manuais no abdomen entre o processo xifóide do osso externo e o umbigo, em forma de "J", com a função de aumentar a pressão no interior dos pulmões, e com isso expulsar o objeto alojado nas vias aéreas.

1) Adulto ou Criança Consciente:

- O socorrista deverá posicionar atrás da vítima, reclinando-a para frente (facilitar a saída do objeto);
- Em seguida, deverá passar seus braços em torno da cintura da mesma;
- Feito isso e localizada a região das compressões descrita acima, o socorrista deverá realizar 5 compressões em forma de "J", com uma das mãos fechada e a outra aberta sustentando a ação da primeira.

2) Adulto ou Criança Inconsciente (que você presenciou o engasgamento)

- Deitar a vítima com as costas voltadas para o chão (decúbito dorsal);
- Posicionar-se com as pernas arqueadas sobre a vítima;
- Lateralizar a cabeça da vítima para facilitar a saída do objeto;
- Localizar a região descrita acima e, com as 2 mãos espalmadas, uma sobre a outra, realizar 5 compressões em forma de "J";
- Caso o objeto não seja expulso depois de realizadas as 5 compressões, o socorrista deverá fazer duas ventilações antes de reiniciar a manobra de Heimilich.

3) Em si mesmo

- Se estiver sozinho e se sufocando, você pode realizar a manobra de Heimilich em si mesmo, comprimindo seu abdome, inclinando-se sobre as costas de uma cadeira ou sobre outro objeto de borda arredada.

4) Indivíduo obeso ou mulher grávida

- Posicionar-se atrás da vítima, reclinando-a para frente;
- Fazer o Heimlich no tórax da vítima.

5) Crianças menores de 1 ano

- Realizar a tapotagem: o bebê fica de bruços sobre seu antebraço, com sua mão apoiando a cabeça e posicionando-a mais baixa que o tórax;
- Aplicar 5 golpes rápidos entre as escápulas com a mão em forma de concha;
- Vire o bebê com as costas em seu antebraço, mantendo a cabeça mais baixa que o tórax;
- Coloque as pontas de dois dedos sobre o osso esterno (entre os mamilos). Comprima rápida e delicadamente 5 vezes.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O HEIMLICH

- Se as compressões não funcionarem, aplique novamente 5 compressões. Enquanto isso peça para alguém chamar o socorro médico;
- Se o objeto desalojar e recomeçar a respiração normal: PARE A MANOBRA;
- Se a pessoa começar a tossir com força: INTERROMPA A MANOBRA E OBSERVE A VÍTIMA;
- Se a pessoa perder a consciência e houver parada cardiorespiratória: INICIAR O RCP.

Nunca desista...

AFOGAMENTO

DEFINIÇÃO

É um tipo de asfixia por aspiração de líquido de qualquer natureza.

É a segunda causa de morte em indivíduos de 1 a 25 anos. Ocorre mais durante o verão e devido à imprudência do banhista, desconhecimento do local, traumatismo por mergulho em águas rasas ou com pedras no fundo, ingestão de bebidas alcoólicas ou alimentos antes de entrar na água e choque elétrico durante o banho na banheira.

COMO OCORRE O AFOGAMENTO?

As fases de um afogamento se iniciam com um medo ou pânico de se afogar e uma luta para manter-se na superfície, seguido de parada respiratória na hora da submersão, cujo tempo dependerá da capacidade física de cada indivíduo. Ocorre, nesta hora, maior ou menor aspiração de líquido, que provoca uma irritação nas vias aéreas, suficiente para promover, em alguns casos, um espasmo da glote tão forte a ponto de impedir uma nova entrada de água, caracterizando um afogamento do tipo seco (10% dos casos), ou seja, sem água nos pulmões, mas com asfixia. Em 90% dos casos não ocorre espasmo glótico, havendo entrada de água em vias aéreas, inundando o pulmão.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O RESGATE NA ÁGUA

NUNCA se aventure a salvar uma vítima de afogamento caso você não seja um exímio nadador e tiver sido treinado como salva-vidas. Lembre-se de que o afogado está desesperado e busca de todas as maneiras algo que flutue; esta coisa pode ser você;

NUNCA entre sozinho na água. Procure alguém que também saiba nadar para auxiliá-lo no salvamento;

Entrar na água com o mínimo possível de roupa;

Utilizar uma bóia ou qualquer objeto flutuante que possa ser agarrado pela vítima (pedaços de madeira, pneu, prancha de surfe, etc). Se usar um bote, não permita a subida da vítima, pois esse pode virar. Faça a pessoa segurar-se no bote e reboque-a até à superfície;

Se você achar que a pessoa parou de respirar, comece a respiração artificial o mais cedo possível, até mesmo quando estiver removendo-a para a superfície.

PRIMEIROS SOCORROS

Vítima desacordada:

- Chame uma ambulância ou os bombeiros;
- Se necessário, iniciar a RCP;
- Uma vez restituídas a respiração e a circulação, NÃO INCLINE A CABEÇA DA PESSOA PARA TRÁS;
- Aqueça a vítima (cobertor, lona, jornal, etc);
- Colocar a vítima em posição de drenagem;
- Não dar bebidas alcoólicas à vítima;
- Se não estiver claro, informar ao médico o tipo de afogamento (água doce ou salgada);

Nunca abandone uma pessoa que pareça “sem vida” após um afogamento em águas geladas. Temperaturas baixas reduzem o metabolismo da pessoa e promovem uma sobrevivência prolongada.

Vítima acordada:

- Chamar a ambulância;
- Manter a pessoa aquecida (retirar a roupa molhada e enrolá-la num cobertor);
- Vítima pode ficar sentada;
- Não dar bebidas alcoólicas ou deixar a vítima fumar.

IMPORTANTE

Não perca tempo em tentar retirar água dos pulmões da vítima, isto não pode ser feito!

LEMBRE-SE: Nunca desista...

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

CONCEITO

O animal peçonhento é aquele que possui a peçonha (veneno) e tem como inoculá-la em outro ser.

Acidentes com Serpentes:

Os acidentes causados por serpentes são os mais frequentes e estão principalmente relacionados à atividade humana no campo e a fatores climáticos.

A maioria das serpentes é venenosa, mas a presença de dentes inoculadores de veneno é o que caracteriza a serpente peçonhenta e a diferencia da não peçonhenta. Também podemos considerar a presença da fosseta loreal (órgão termorreceptor) como uma característica das serpentes peçonhentas (exceção: as corais).

Mas em caso de acidentes, sempre devemos considerar a serpente peçonhenta.

Os principais gêneros de serpentes que causam acidentes no Brasil são:

Gênero	Região Encontrada	Incidência dos Acidentes	QUADRO CLÍNICO			
			Geral		Local	
			0 - 6h	6 -24h	0 - 24h	6 - 24h
Brothrops (Jararaca, Urutu)	Em todo o Brasil	90%	Dor, inchaço, sangramento, arroxamento	Bolhas, necrose (Gangrena)	Náuseas, vômitos	Choque
Lachesis (Surucucu)	Áreas florestais e matas fechadas	1,5%				
Crotalus (Cascavel Maracá)	Áreas secas, arenosas e pedregosas	8%	Pouca dor, inchaço discreto		Dor muscular, urina vermelha, flacidez da face, visão dupla, náuseas, vômitos	Urina (cor castanho escuro), pouca urina, insuficiência renal e respiratória
Micrurus (Coral)	Em todo o Brasil	0,5%				

Prevenção:

- Uso de botas de cano alto e luvas de couro;
- Não colocar a mão em buracos;
- Evitar acúmulo de lixo.

Acidentes com Aranhas e Escorpiões:

Os acidentes com Aranhas e Escorpiões são comuns e ocorrem principalmente dentro ou próximos das casas.

São três os principais gêneros causadores de acidentes:

ARANHAS				
	Região Encontrada	Características	Quadro Clínico	
			Local	Geral
Phoneutria (Armadeiras)	Em todo o Brasil, principalmente Sul e Sudeste.	Agressivas, localizam-se em entulhos, lenha, folhagens...	Dor intensa e inchaço imediato, leve coceira ou queimação, dor local e queimação	Náuseas, vômitos, dor abdominal, sudorese, tremores, arroxamento e choque
Loxoceltes (Marrom)	Sul e São Paulo	Não são agressivas, picam somente quando comprimidas, encontram-se nos domicílios		
Latrodectus (Viúva Negra)	Em todo o país	Em gramas e arbustos, não são agressivas, só picam quando comprimidas		

ESCORPIÕES				
	Região Encontrada	Características	Quadro Clínico	
			Local	Geral
Tytus serrulatus (Amarelo)	MG, SP, GO, BA, RJ	Causam acidentes mais graves. Pedras e entulhos	Dor local intensa e ardor.	Semelhante às aranhas
Tytus bahiensis (Preto)	MG, SP, GO, BA, MT e Sul do Brasil	Pedras, entulhos e lixo		

Prevenção:

- Limpar terrenos e jardins;
- Não colocar a mão em buracos, folhas secas...
- Uso de calçados e luvas;
- Combater insetos.

Acidentes com Insetos:

Os acidentes por insetos manifestam-se por reações alérgicas, dependendo da dose e da sensibilidade da pessoa, e reações tóxicas, quando a dose de veneno inoculado é grande.

São três as famílias com ferrão verdadeiro:

Famílias	Características	Sintomas	
		Locais	Gerais
Abelhas	Deixam o ferrão no local	Vermelhidão, inchaço, coceira e dor	Dor de cabeça, náuseas, vômitos, diarréia, edema de glote
Vespas e Marimbondos	Não deixam o ferrão, e os sintomas são menos intensos		
Formigas	Picadas dolorosas		

Prevenção:

- Evitar aproximação de colméias
- Remoção das colônias de abelhas e vespas em locais públicos

Acidentes com Taturanas:

As taturanas são as lagartas, e provocam acidentes quando em contato com a pele. São os dois tipos de lagartas que provocam acidentes:

Lonomia: (com espinhos e glândulas de veneno)

- Irritação local
- Dor;
- Manchas escuras;
- Sangramento;
- Pode causar Síndrome Hemorrágica.

Outras: (com pêlos coloridos)

- Dor local;
- Inchaço;
- Queimação;
- Com evolução benigna

Prevenção:

- Observar se há folhas roídas nas árvores, e grupamento nos troncos;
- Uso de luvas de borracha.

PRIMEIROS SOCORROS

Capturar os animais, sempre que estes não apresentarem perigo, para identificação.

Ter sempre bom senso ao aplicar os Primeiros Socorros.

Primeiros Socorros de Serpentes:

- Manter a pessoa em repouso e calma;
- Retirar anéis, relógios, pulseiras...
- Lavar o local com água e sabão;
- Procurar Serviço Médico o mais rápido possível.

Não Fazer:

- Torniquete ou garrote;
- Não cortar ou chupar o veneno;
- Não dar álcool, calmante.

Primeiros Socorros de Aranhas e Escorpiões:

- Manter a pessoa em repouso e calma;
- Lavar o local da picada com água e sabão;
- Retirar anéis, relógios;
- Procurar Serviço Médico rapidamente.

Não Fazer:

- Colocar substâncias colorantes no local da picada, nem folhas ou pó de café.

Primeiros Socorros de Insetos:

- Acidentes com múltiplas picadas, levar o acidentado rapidamente ao Serviço Médico;
- Remoção do ferrão com lâminas, evitando retirá-los com pinças;
- Lavar o local com água e sabão.

Primeiros Socorros de Taturanas:

- Lavar o local com água e sabão;
- Procurar Serviço Médico.

LESÕES TORÁDICAS, ABDOMINAIS E CRANIANAS - LTAC

DEFINIÇÃO

- a) Lesão: qualquer mecanismo que venha causar uma agressão, um dano ao organismo.
- b) Trauma: mecanismo que ocasionou a lesão.
- c) Traumatismo: é a causa do trauma, estado geral ou local do corpo após uma lesão ou ferimento.
- d) Viscera: qualquer órgão que esteja situado em uma das quatro importantes cavidades do corpo. Cavidade craniana (cérebro), torácica (pulmão), abdominal (baço) e pélvica (bexiga).

CLASSIFICAÇÃO GERAL QUANTO AO TIPO DA LESÃO

- a) Abertas ou penetrantes: determinam soluções de continuidade na pele.
- b) Fechadas ou não-penetrantes: não determinam soluções de continuidade na pele.

AGENTES CAUSADORES DE LESÕES:

- a) Lesões abertas: armas brancas (facas, punhais, etc.), armas de fogo, animais, acidentes de trânsito e acidentes de trabalho.
- b) Lesões fechadas: contusões (pancadas, chutes, socos etc.).

PRINCIPAIS LESÕES

Lesões torácicas - Pneumotórax:

DEFINIÇÃO:

Ferimento penetrante (orifício) provocado na região do tórax, alterando o mecanismo respiratório normal da vítima, favorecendo a entrada maciça de ar na cavidade pleural.

PRIMEIROS SOCORROS:

- Usar luvas;
- Fechar o ferimento aberto do tórax realizando um curativo oclusivo com plástico do tipo celofane, sendo 2 cm maior que a lesão, deixando um canto do curativo livre para que o ar saia normalmente;
- Atenção para o estado de choque;
- Levar a vítima rapidamente para o hospital, monitorizando os sinais vitais.

Lesões abdominais - Eviscerações:

DEFINIÇÃO:

Saída das vísceras abdominais para o meio externo do corpo.

MEDIDAS FUNDAMENTAIS:

Manter a temperatura, a umidade desta víscera, protegendo-a de contaminações.

PRIMEIROS SOCORROS:

- Usar luvas;
- Manter a vítima deitada;
- Retirar ou cortar cuidadosamente a roupa que estiver cobrindo o ferimento;
- Colocar sobre o órgão um plástico limpo;
- Colocar sobre o plástico, um pano limpo e seco;
- Colocar uma faixa ou camisa envolvendo as duas bandagens anteriores;
- Atenção para o choque, vômitos e sangue na cavidade oral;
- Levar a vítima rapidamente para o hospital.

O QUE NUNCA FAZER!

Nunca tentar recolocar as vísceras no interior da cavidade abdominal.

Lesões cranianas:

DEFINIÇÃO:

Qualquer mecanismo que venha causar dano ou agressão por toda a extensão da caixa craniana.

PRIMEIROS SOCORROS:

- Se houver sangramento no local, controlar ou impedir através de tamponamento;
- Sempre suspeitar de uma lesão dentro da caixa craniana;
- Conduzir a vítima rapidamente para o hospital, checando os sinais vitais;
- Sempre que puder, conversar com a vítima, evitando que ela adormeça;
- Tratar o choque, se houver.

Objetos transfixados:

DEFINIÇÃO:

Objeto consistente e afilado, encravado, atravessado em qualquer região do corpo.

PRIMEIROS SOCORROS:

- Usar luvas;
- Fixar o objeto envolvendo-o com toalhas(dobradas), faixas ou camisas;
- Evitar que a vítima se movimente ou tente retirar o objeto;
- Transportar a vítima rapidamente para o hospital, monitorizando-a .

O QUE NUNCA FAZER!!!

Nunca tente retirar o objeto do local onde penetrou.

Lesões oculares- Enucleações:

DEFINIÇÃO

Quando ocorre a saída do olho para fora da cavidade orbitária.

PRIMEIROS SOCORROS

Usar luvas;
Cobrir o olho exteriorizado com um copo pequeno descartável de plástico;
Cobrir o olho sadio com uma gase ou pano limpo;
Passar uma faixa em torno da cabeça da vítima;
Encaminhar a vítima urgentemente para o hospital.

O QUE NUNCA FAZER!!!

Nunca tente recolocar o olho exteriorizado em seu local de origem.

Amputação

DEFINIÇÃO

Secção brusca e repentina de um determinado segmento do corpo.

PRIMEIROS SOCORROS

- Cuidados com o coto:

- Fazer tamponamento, compressão para impedir ou controlar o sangramento; em último caso utilizar o torniquete;
 - O torniquete, quando feito, deve ser anotado na testa ou qualquer outra região visível do corpo, o horário em que foi realizado;
 - O torniquete só deve ser retirado no hospital;
- Transportar a vítima rapidamente para o hospital.

- Cuidados com a parte amputada:

- Colocar o membro amputado primeiramente dentro de um saco plástico, contendo soro fisiológico ou água em seu interior;
- Envolver o saco plástico com pano limpo;
- Colocar outro plástico e guardar dentro de um recipiente com gelo;
- Transportar a vítima e a parte amputada para o hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cinto de Segurança:

O cinto de segurança reduz a gravidade das lesões e não traz nenhuma contra-indicação. Deve ser usado sempre e por todos, mesmo em percursos curtos, tanto em rodovias, quanto em vias urbanas. As estatísticas indicam que há muito mais vítimas fatais entre condutores e passageiros que não usam o cinto e que são jogados para fora do veículo, do que entre aqueles que usam o cinto e ficam presos no banco.

Existem 3 tipos de cinto de segurança, o diagonal ou torácico, o pélvico ou abdominal e o combinado ou de três pontos (sendo este o mais seguro dos três). É de suma importância também o uso do Air Bag e do encosto cervical (para evitar lesões na face e coluna cervical respectivamente).

Cinto de segurança: o próprio nome já diz, melhor segurança e proteção para a sua tão preciosa vida, use-o sempre!!!

**“ SALVAR SEMPRE, DEIXAR DE PRESTAR SOCORRO NUNCA,
PENSE BEM, POIS UM DIA, A VÍTIMA PODE SER VOCÊ.”**

PARTO DE EMERGÊNCIA

O trabalho de parto é um processo natural para o nascimento do bebê. Inicia-se com contrações do útero que irão dilatar o colo uterino e posteriormente expulsar o bebê. Este processo é muito demorado, costuma levar aproximadamente 8 horas em mulheres que já tiveram outros filhos e até 12 horas em mulheres que terão seu primeiro filho. Portanto, o primeiro pensamento de um socorrista deve ser o de levar a parturiente ao hospital e nunca se arriscar a fazer o parto, se esta situação não for inevitável.

As contrações são sentidas pela mãe como dores intensamente fortes e estas podem ser sentidas pelo socorrista como enrijecimento da parede abdominal da parturiente. O trabalho de parto é iminente quando estas contrações tomam uma frequência de 3 contrações de aproximadamente 30 a 40 segundos cada, num intervalo de dez minutos.

Numa situação delicada como esta, é imprescindível que o socorrista mantenha a calma e passe o máximo de segurança possível para esta mãe, sem se esquecer de afastar sempre os curiosos, chamar socorro adequado e, muito importante, proteger-se com de luvas, saco plástico ou qualquer material que possa evitar o contato com sangue ou secreções.

PRIMEIROS SOCORROS

Caso o parto tenha de ser realizado em condições de emergência, fora de ambiente hospitalar, teremos que ter às mãos o seguinte material:

- 5 toalhas limpas;
- Gaze;
- Fita ou cordão;
- Tesoura;
- Cobertor;
- Saco plástico;
- Absorvente;
- Luvas ou material para proteção pessoal.

O ideal seria que todos estes materiais estivessem todos esterilizados, mas considerando-se situação de emergência, eles devem estar o mais limpo possível e a tesoura, pelo menos lavada em água e sabão.

A mãe deve ser colocada em uma superfície plana e dura, forrada com uma toalha, outra toalha deve ser colocada entre suas pernas, uma sobre a barriga e as outras cobrindo suas pernas, para evitar a exposição desta mulher, além de aquecê-la, pois terá muito frio após o parto.

O socorrista deve estar protegido com luvas.

O bebê, em posição adequada, tende a ser expulso primeiro com a cabeça voltada para ao chão, depois esta faz uma rotação lateral, e, então, haverá a

expulsão do corpo do bebê.

É importante que o socorrista se mantenha calmo, e passe confiança para a mãe, orientando-a a aumentar a frequência respiratória e fazer força sempre que sentir dor.

É muito importante, também, o socorrista ter consciência de que não pode, de forma alguma, tentar puxar o bebê para acelerar o trabalho de parto. Ele deve apenas espalmar o bebê e segurá-lo.

Após o nascimento, o socorrista deve margear a boca do recém-nascido com uma gaze limpa e também limpar a narina, a fim de retirar as secreções existentes e evitar o engasgamento.

O corte do cordão umbilical também é uma medida necessária, que deve ser feita seguindo-se determinados padrões:

- a) Medir a distância de aproximadamente 4 dedos a partir do umbigo da criança e amarrar um cordão o mais firme e seguro possível (de preferência dar 2 nós);
- b) A partir deste primeiro nó, medir aproximadamente à distância de mais 2 dedos em direção à mãe e amarrar outro cordão, da mesma forma;
- c) Com uma tesoura muito bem limpa, cortar entre os dois nós.

Após o corte do cordão, enrolar o bebê numa toalha ou cobertor para que este não perca calor.

A placenta deve sair logo após o parto. É importante lembrar que não podemos puxá-la. Esta deve ser acondicionada em um saco plástico e levada para o hospital juntamente com a mãe e o bebê.

É muito importante que o socorrista acompanhe a mãe e o bebê até o hospital e leve a placenta junto.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- 1) Nunca deixar a mãe ir ao banheiro antes do parto, por mais que ela insista;
- 2) Não puxar o bebê;
- 3) No caso do cordão umbilical enrolar-se no pescoço do bebê, devemos colocar dois dedos entre o pescoço do bebê e o cordão, para evitar sufocamento;
- 4) Não levantar o bebê acima do nível da mãe, enquanto o cordão umbilical não for cortado;
- 5) Não dar banho no bebê ou colocá-lo para mamar;
- 6) Gêmeos: mesma conduta para os dois, individualmente;
- 7) Posições anômalas: se o bebê iniciar o nascimento com qualquer outra parte de seu corpo que não seja a cabeça, a mãe deve ser imediatamente levada ao hospital: é indicação de cesárea;
- 8) Se a placenta não sair em 20 minutos, levar a mãe e o bebê para o hospital assim mesmo;
- 9) Proteja-se.

INTOXICAÇÕES E ENVENENAMENTOS

As intoxicações e envenenamentos são causados por substâncias que, quando ingeridas, inaladas, ou quando em contato com a pele ou com os olhos causam reações nocivas ao organismo, podendo até ser incompatíveis com a vida.

A diferença entre intoxicação e envenenamento é que a intoxicação é de caráter acidental, enquanto que o envenenamento é criminoso.

SINAIS E SINTOMAS

Os sinais e sintomas normalmente variam conforme a substância tóxica e via de penetração. Porém, de maneira geral, podemos observar:

- Hálito com odor estranho;
- Mudança de cor dos lábios e da boca;
- Dor ou sensação de queimadura na boca e na garganta;
- Vidros ou embrulhos de drogas ou de produtos abertos em poder da vítima;
- Evidências, na boca ou na pele, de que a vítima tenha mastigado, engolido, aspirado ou entrado em contato com substância químicas ou naturais (medicamentos, plantas, etc.);
- Estado de inconsciência ou de confusão mental, quando for o caso de contato da vítima com veneno;
- Depressão respiratória.

Procedimentos Gerais:

- Colocar a vítima em posição de recuperação;
- Verificar os sinais vitais;
- Verificar ao redor da vítima vestígios do tóxico, identificando-o.

TÓXICO INGERIDO

Intoxicação por medicamentos e alimentos estragados

Vítima Consciente

- Provocar o vômito colocando o próprio dedo da pessoa em sua garganta;
- Conservar o corpo da vítima aquecido pela aplicação de cobertores;
- Encaminhar à Assistência de Saúde.

OBS: Xarope de ipeca (2 colheres de sopa para adultos, uma das de sopa para crianças menores de 12 anos e 2 colheres de chá para o lactente). Após a administração do xarope de ipeca dê um copo de água.

Vítima Inconsciente

- Não provoque o VÔMITO;
- Não dê nada para ela beber;
- Verificar sinais;
- Colocar a vítima em posição de recuperação;
- Encaminhar à Assistência de Saúde.

Intoxicação por álcool etílico

Vítima Consciente

- Provocar o vômito;
- Aquecer o corpo da vítima;
- Colocar a vítima em posição de recuperação;
- Encaminhar à Assistência de Saúde.

Vítima Inconsciente

- Mantê-la em posição de recuperação;
- Não induzir o vômito;
- Encaminhar à Assistência de Saúde.

Intoxicação por álcalis (amônia, soda cáustica) e ácidos (sulfúrico, nítrico e clorídrico)

Conduta

- NUNCA INDUZA O VÔMITO;
- Estimule a ingestão de água (vítima consciente);
- Não utilizar substância neutralizante;
- Encaminhar à Assistência de Saúde.

Intoxicação por derivados de petróleo (gasolina, querosene, etc.)

Conduta

- NUNCA INDUZA O VÔMITO;
- NÃO dê nada para a vítima beber;
- Verifique os sinais vitais;
- Se a vítima apresentar vômitos, colocá-la em posição de recuperação;
- Encaminhar à Assistência de Saúde.

TÓXICO INALADO

Intoxicações por monóxido de carbono (CO)

Conduta

- Retirar a vítima do ambiente contaminado, levando-a para um local arejado;
- Lavar a vítima com água corrente para neutralizar os locais de depósito de gás, como cabelos, unhas e orelhas;
- Verificar os sinais vitais;
- Encaminhar à Assistência de Saúde.

CONTAMINAÇÃO NA PELE

Substâncias químicas (álcalis e ácidos)

Conduta

- Lavar o local com água corrente por aproximadamente 15 minutos;
- NÃO utilizar substância neutralizante;
- Encaminhar à Assistência de Saúde.

CONTAMINAÇÃO NOS OLHOS

Conduta

- Lavar com água corrente ou soro fisiológico durante 15 minutos;
- Não tentar usar colírio;
- Cobrir os olhos com um pano limpo ou gaze.

PREVENÇÃO

A maioria das intoxicações é por acidentes domésticos, no local de trabalho, pela ingestão de plantas venenosas e por alimentos estragados.

Pensando nisso, é importante:

- Manter produtos químicos longe das crianças;
- Guardar os remédios em um armário trancado a chaves;
- Deixar os produtos de uso doméstico nas embalagens originais (nunca colocar em garrafas de refrigerante);
- Manusear produtos químicos industriais sempre com proteção (luvas, máscaras, etc.);
- Cozinhar bem carne, aves e ovos a fim de destruir as bactérias perigosas que se encontrem nesses alimentos;
- Nunca ligar o carro com a garagem fechada.

ATENÇÃO!!!!

- Nunca induza o vômito em uma vítima inconsciente, com convulsão, ou em caso de ingestão de ácidos e álcalis ou derivados de petróleo;
- Ao transportar uma vítima, evite movimentos desnecessários e verifique sempre os sinais vitais;
- Provocar o vômito em casos de ingestão de medicamentos, bebidas alcoólicas ou por alimentos estragados;
- Dar água apenas em caso de ingestão de álcalis e ácidos;
- Verificar ao redor da vítima vestígios do veneno, identificando-o;
- Sempre que houver contato com os olhos, lavar com água corrente ou soro fisiológico por aproximadamente 15 minutos;
- Se intoxicação por gás, retirar a vítima do local;
- Procurar atendimento médico, se possível, o agente causador.

“Qualquer substância pode ser tóxica, dependendo da dose e da maneira de usá-las.”

AÇÃO SOCORRISTA

INTRODUÇÃO

Os programas de formação de socorristas foram desenvolvidos de modo a permitir o melhor treinamento possível de pessoas e habilitá-las para a realização dos procedimentos de emergência durante a avaliação e assistência a pacientes com ferimento ou com outros problemas de saúde. Os socorristas devem estar capacitados a ter acesso ao paciente e pedir auxílio do resgate, em menos de 10 minutos após o pedido de socorro. A resposta rápida e assistência adequada têm permitido que muitas vidas sejam salvas.

CONCEITO

Socorrista: Pessoa que participa de resgate utilizando-se de um número limitado de equipamentos para realizar a avaliação inicial, a intervenção de emergência, e treinada para ajudar os outros trabalhadores de saúde.

LEMBRE-SE: Como socorrista você faz parte do sistema de assistência às emergências em saúde; assim o atendimento prestado deve estar de acordo com as normas e diretrizes de sua localidade.

HISTÓRICO

No século passado, a maioria dos pacientes de emergência que entravam no hospital acabava morrendo. Hoje, a grande parte dos pacientes consegue se recuperar e retornar à vida normal graças a um atendimento de emergência bem prestado.

LEMBRE-SE: A falta de pessoal suficientemente treinado para o atendimento de emergência, antes da chegada do resgate, representa a maior causa de perdas de vidas em acidentes.

FUNÇÕES DE UM SOCORRISTA

Pessoa treinada que deve:

- 1) Detectar o que está errado;
- 2) Providenciar a assistência de emergência;
- 3) E SOMENTE QUANDO NECESSÁRIO, MOBILIZAR O PACIENTE SEM CAUSAR SEQÜELAS.

LEMBRE-SE: O socorrista é normalmente a primeira pessoa treinada a entrar em contato com a vítima, sendo assim, é fundamental a execução de um trabalho perfeito para:

- Diminuir o sofrimento do paciente;
- Diminuir o número de seqüelas adicionais;
- Salvar muitas vidas.

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

Atribuição: segurança pessoal: você deverá ter certeza de que está em segurança ao aproximar-se da vítima e que permanecerá em segurança enquanto presta o atendimento.

LEMBRE-SE: Antes do atendimento começar, a pessoa é denominada de vítima. No momento em que o socorrista inicia sua atuação, a vítima torna-se paciente.

Como socorrista, você tem 4 deveres relacionados aos pacientes, que devem ser cumpridos no local da emergência:

- Ter acesso ao paciente, com segurança e utilizando instrumentos manuais quando necessário;
- Identificar o que há de errado com o paciente e providenciar a assistência de emergência necessária, utilizando o mínimo de equipamento;
- Elevar ou mobilizar o paciente apenas quando for preciso e realizar tal procedimento sem ocasionar lesões adicionais;
- Transferir o paciente e as informações pertinentes para o pessoal do resgate.

Responsabilidades:

- Controlar o local do acidente de modo a proteger a si mesmo, o paciente e prevenir outros acidentes;
- Ter certeza que o socorro (resgate) foi acionado;
- Ter acesso ao paciente, mesmo que ele esteja rodeado pela multidão, preso dentro de um veículo ou no interior de um edifício (voz ativa);
- Examinar o paciente através das informações obtidas no local da ocorrência e pelo exame físico;
- Fazer o melhor possível, dentro de sua capacidade;
- Obter ajuda do pessoal local da emergência e controlar suas atividades;
- Transmitir as informações do paciente para o pessoal do resgate de modo organizado;
- Auxiliar o pessoal de resgate no local da ocorrência e trabalhar segundo sua orientação.

LEMBRE-SE: É necessário estudo e um treinamento árduo. Esse esforço não termina no final do seu curso de primeiro socorros, porque é preciso manter-se atualizado.

Se você quer ser um socorrista, é preciso aprender a lidar com o público. Lidar com as pessoas é uma das mais exigentes tarefas do socorrista. E atuar de modo profissional pode ser muito difícil, dependendo a situação.

LEMBRE-SE: Dizer ao paciente que você está treinado em primeiros socorros, e que irá ajudá-lo, pode diminuir o medo e estabelecer vínculo de confiança. Avisar o paciente que o resgate está a caminho pode ajudar a tranquilizá-lo. Ser disciplinado no local do acidente é fundamental para que possa ser respeitado.

Prestar um socorro sem padrão de assistência, gerando agravos adicionais ao paciente é NEGLIGÊNCIA.

Segundo o Código Penal Brasileiro, o leigo na área de saúde também tem o dever de ajudar um necessitado ou acidentado, ou simplesmente chamar ajuda para estes.

IMPORTANTE:

O sistema de resgate a emergências é composto por uma cadeia de serviços com o compromisso de prestar assistência ao paciente no local da ocorrência e durante o transporte até o pronto socorro de um hospital. O ponto mais fraco desta corrente está na atuação inadequada de pessoas sem treinamento em primeiros socorros, realizada antes da chegada dos técnicos de emergência médica, do serviço de resgate. Portanto é de fundamental importância a presença de um socorrista para a resolução do problema.

Resumo de Ação Perante o Paciente:

- 1) Verificar consciência;
- 2) Verificar respiração;
- 3) Verificar batimentos cardíacos;
- 4) Hemorragias intensas;
- 5) Queimaduras extensas;
- 6) Intoxicação;
- 7) Choque;
- 8) Fraturas expostas;
- 9) TPT (Transporte de Politraumatizado).

Prioridades em Caso de Vários Acidentes (triagem):

- 1) Parada cardiorrespiratória;
- 2) Hemorragias intensas;
- 3) Queimaduras intensas;
- 4) Intoxicação;
- 5) Choque;
- 6) Fraturas expostas;
- 7) TPT.

LEMBRE-SE: O primeiro contato entre a vítima e uma pessoa pode ser decisivo para a sobrevivência da vítima. Portanto, sempre que você vir uma vítima, transforme-a em paciente, e se não se sentir em condições ou com conhecimentos para atuar, CHAME SOCORRO e não deixe que nenhum leigo atue, assim você estará dando o melhor possível aquela vítima.

“Sê o melhor daquilo que fores”.

TRIAGEM: O MÉTODO START

O atendimento a acidentes com múltiplas vítimas é um desafio no qual os serviços de resgate se deparam com frequência, havendo, nessas situações, necessidade de se estar preparado e treinado.

Considera-se acidente com múltiplas vítimas aqueles eventos súbitos com mais de cinco vítimas, onde, normalmente, as necessidades de cuidados médicos excedem os recursos imediatamente disponíveis. Sendo assim, são necessárias medidas extraordinárias e coordenadas para se manter a qualidade básica ou mínima de atendimento.

Diante desse desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades médicas, o conceito do melhor esforço, ou seja, o melhor recurso médico para a vítima mais grave, deve dar lugar ao conceito de o melhor cuidado médico para o maior número possível de vítimas, no momento em que elas mais precisam e no menor tempo possível. Dessa maneira, busca-se salvar o maior número possível de vidas. Deve-se ter em mente três princípios fundamentais: triagem- tratamento - transporte.

A palavra triagem significa classificar, separar. Nas situações de emergência, implica classificar as vítimas em vários graus de prioridades para o tratamento e o transporte, com o objetivo de assegurar o melhor cuidado médico para o maior número de vítimas.

Existem vários protocolos de triagem no pré-hospitalar. O START (simples triagem e rápido atendimento) é utilizado pelos serviços de resgate americanos e é um método muito simples de se fazer triagem, sendo baseado nos seguintes parâmetros: respiração, circulação e nível de consciência. As vítimas são divididas em quatro categorias e identificadas por cartões coloridos.

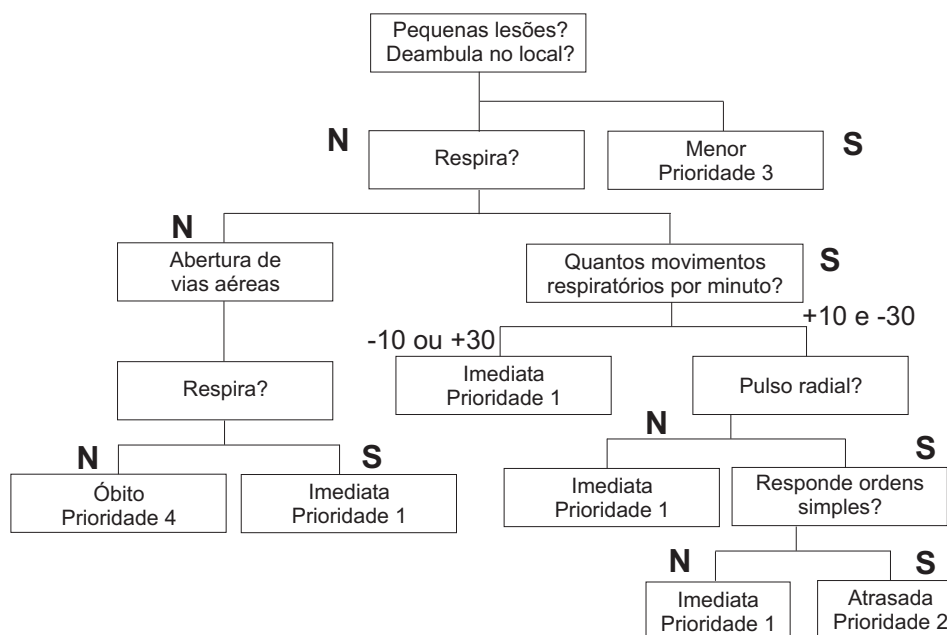
Preto (óbito): vítimas que não respiram, mesmo após manobras simples de abertura de vias aéreas;

Vermelho (imediate): respiração presente somente após manobras de abertura de vias aéreas ou com grande déficit respiratório, circulatório ou de consciência;

Amarelo (atrasada): vítimas que não se enquadram nem na prioridade imediata, nem na menor;

Verde (menor): feridos que estão andando pelo local.
 Depois de classificadas, as vítimas receberão os primeiros atendimentos, no local, e serão transportadas, obedecendo a ordem das prioridades.

A TRIAGEM PELO MÉTODO START



Observações:

- Deve-se evitar que o caos do local do acidente seja transmitido aos hospitais para onde as vítimas serão encaminhadas;
- Na ausência de um médico responsável, a triagem deve ser iniciada pelo socorrista mais experiente, que deve passar as informações ao médico responsável assim que este chegar ao local;
- A triagem deve ser feita rapidamente (60 a 90 segundos por vítima), para que o tratamento e o transporte sejam iniciados o mais rápido possível.

***Tenha sempre bom senso!
 Saiba improvisar!
 Lembre-se: a sua vida é mais importante!***



Coordenação de Extensão

Câmpus de Alfenas

Tel.: (35) 3299-3000 - CEP 37130-000
Rodovia MG 179, Km 0 - Caixa Postal 23
Alfenas - MG - <http://www.unifenas.br>

Câmpus de Belo Horizonte

Câmpus I

Rua Líbano, 66 - Itapoã
Tel.: (31) 3497-4300

Câmpus II

Rua Boaventura, 50 - Bairro Universitário / Jaraguá

Tel.: (35) 3497 -4305

E-mail: belohorizonte@unifenas.br

Câmpus de Campo Belo

Alameda Roberto Assumpção, s/nº Eldorado - Caixa Postal 519

CEP: 37270-000 - Campo Belo - MG

Tel.: (35)3832-6462

E-mail: campobelo@unifenas.br

Câmpus de Divinópolis

Rua Tedinho Alvim, 1000 - Bairro Liberdade

Tel.: (35) 3212-7888

CEP 35500-000 - Divinópolis -MG

E-mail: divinopolis@unifenas.br

Câmpus de Poços de Caldas

Rodovia Geraldo Martins Costa, s/nº. - C.P. 695 - Jd. Kennedy

Tel.: (35)3713-4400

CEP: 37701-970 - Poços de Caldas - MG

E-mail: pocosdecaldas@unifenas.br

Câmpus de São de Sebastião do Paraíso

Praça Imigrantes, 20 - Lagoinha

Tel.: (35)3531-1666 / 3531-6128

CEP: 37950-000 - São Sebastião do Paraíso - MG

E-mail: paraíso@unifenas.br

Câmpus de Varginha

Praça do Estudante, 2000 - Bairro Imaculada Conceição

CEP: 37002-970 - Varginha -MG

Tel.: (35)3212-7766 / 3212-7957

E-mail: varginha@unifenas.br