



Formação Avançada de Primeiros Socorros



co-financiado por



Equal

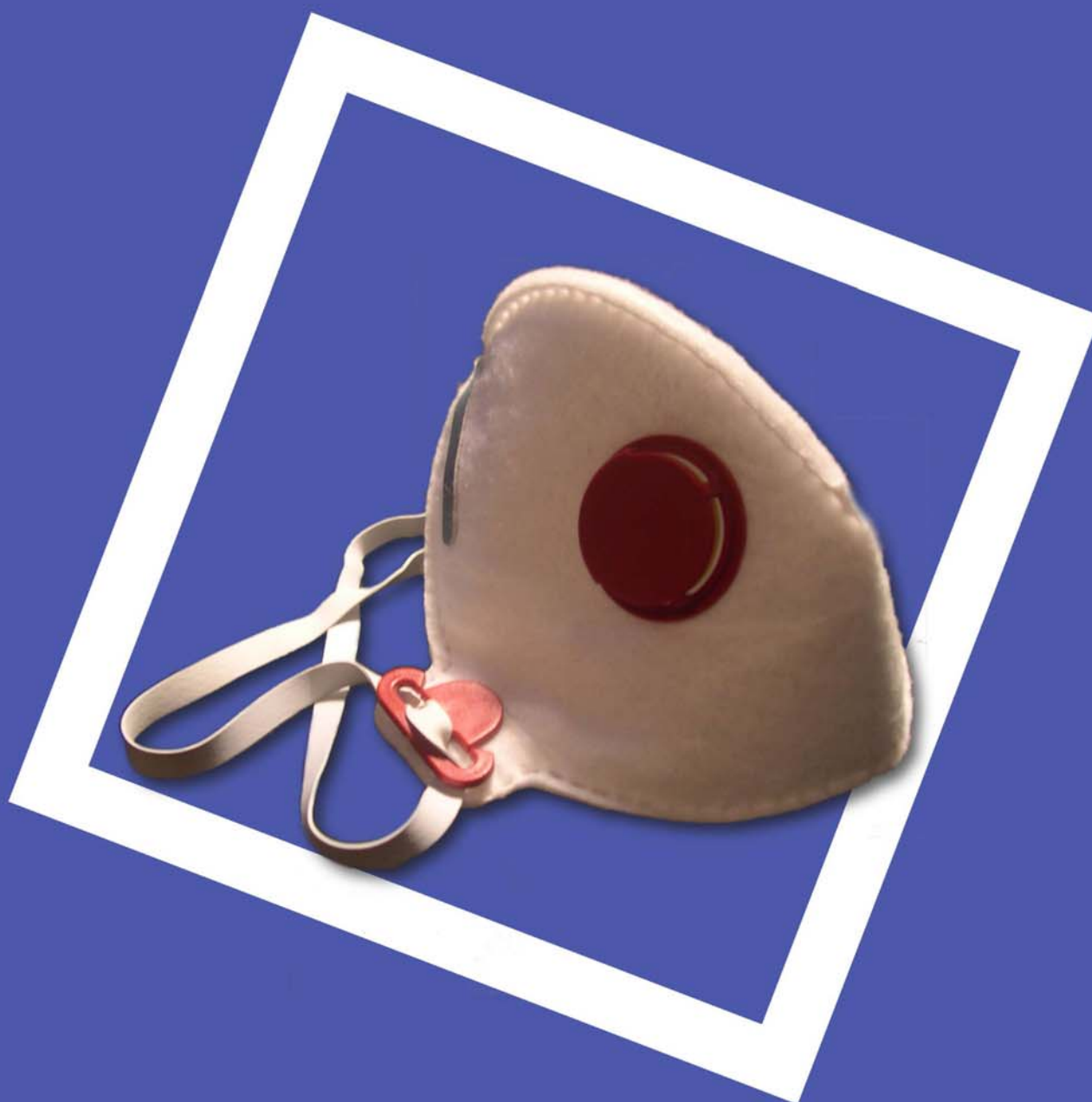
mtss



3	Introdução
6	Sistema integrado de emergência médica
7	2.1 Fases do SIEM
7	2.1.1 Detecção
7	2.1.2 Alerta
7	2.1.3 Pré-socorro
7	2.1.4 Socorro
7	2.1.5 Transporte
8	2.2 Evolução do SIEM em Portugal
8	2.3 Objectivos do SIEM
8	2.4 Quem intervém no SIEM
8	2.5 Subsistemas que funcionam permanentemente no INEM
9	2.6 Cadeia de socorro
10	Exame da vítima
11	3.1 Introdução
11	3.2 Exame primário
12	3.2.1 Avaliação
12	3.2.2 Permeabilização da via aérea
13	3.2.3 Pesquisa de ventilação espontânea
13	3.2.4 Pesquisa de circulação / existência de pulso
14	3.2.5 Detecção de hemorragias externas graves
14	3.2.6 Detecção de sinais evidentes de choque
14	3.3 Exame secundário
14	3.3.1 Recolha de informação
15	3.3.2 Avaliação de sinais vitais
18	Suporte básico de vida
19	4.1 Introdução
19	4.2 Como actuar
19	4.2.1 Avaliar as condições de segurança no local
20	4.2.2 Via aérea - A
22	4.2.3 Ventilação espontânea – B
24	4.2.4 Avaliação de sinais de circulação – C
27	4.2.5 Posição Lateral de Segurança
30	4.2.6 Algoritmo de suporte básico de vida
32	Técnica de desobstrução das vias aéreas
33	5.1 Obstrução parcial
33	5.1.1 Actuação
33	5.2 Obstrução total
34	5.2.1 Actuação
35	5.3 Situações de excepção à aplicação das compressões abdominais
35	5.4 Problemas na execução da S.B.V
37	As hemorragias
38	6.1 Definição
38	6.2 Classificação das hemorragias quanto à sua localização
38	6.2.1 Classificação
39	6.2.2 Sinais e sintomas das hemorragias
39	6.2.3 Métodos de controlo da hemorragia
41	6.3 Hemorragias internas
41	6.3.1 Alguns exemplos de hemorragias

42	Estado de choque
43	7.1 Definição
43	7.2 Sinais
44	7.3 Como actuar
45	Queimaduras
46	8.1 Definição
46	8.2 Gravidade das queimaduras
46	8.3 Causas das queimaduras
47	8.4 Extensão das queimadura
47	8.5 Profundidade das queimaduras
48	8.6 Localização das queimaduras
48	8.7 Cuidados de emergência gerais
48	8.8 Cuidados de emergência específicas
48	8.8.1 Queimaduras térmicas
49	8.8.2 Queimaduras químicas
49	8.8.3 Queimaduras nos Olhos
50	Fracturas
51	9.1 Introdução
51	9.2 Classificação das fracturas
52	Lesões dos tecidos moles
53	10.1 Definição
53	10.2 Como actuar
54	Envenenamentos
55	Introdução
55	11.1 Sinais e sintomas
55	11.2 Informações a recolher
55	11.3 Alguns conselhos para evitar intoxicações acidentais
56	11.4 O que não se deve fazer
57	Traumatismos crâneo-encéfalicos
58	12.1 Definição
58	12.2 Sinais e sintomas
58	12.3 Como actuar
59	Traumatismos vértebro-medulares
60	13.1 Definição
60	13.2 Situações em que pode acontecer lesão medular
60	13.3 Sinais e sintomas
61	13.4 Como actuar
62	Técnicas de mobilização de vítimas traumatizadas
63	Introdução
63	14.1 Rolamento
63	14.2. Como actuar
64	14.2.1. Vítima em decúbito dorsal
65	14.2.2 Vítima em decúbito ventral
65	14.3 Levantamento
68	Bibliografia
70	Ficha técnica

introdução



A lei obriga todas as empresas à organização e formação de recursos humanos em primeiros socorros, de modo a permitir uma eficaz intervenção nesta área. O seu incumprimento é passível de aplicação de coimas. No entanto, todos devemos encarar esta actividade como um dever cívico e moral.

Iremos apresentar alguns procedimentos que poderão auxiliá-lo em caso de emergência.

É importante mencionar que a prestação de primeiros socorros não exclui a importância de um médico.

A rápida actuação perante um acidente pode salvar a vida de uma pessoa ou evitar que piorem as lesões que esta tenha sofrido.

Deve ser objectivo prioritário de qualquer empresa organizar os primeiros socorros, tanto em número suficiente de recursos humanos como materiais, mantendo sempre as equipas bem treinadas, adequando-os sempre aos riscos da própria empresa e em função da legislação vigente.

Principais aspectos a considerar na organização dos primeiros socorros na empresa:

- Designação do pessoal encarregado de pôr em prática as medidas em matéria de primeiros socorros;
- Verificação periódica do correcto funcionamento destas medidas;
- Organização dos contactos que é necessário estabelecer com serviços externos de forma a garantir a rapidez e a eficácia das actuações;
- Formação adequada do pessoal, fornecimento de material adequado e em número suficiente, e garantir um número suficiente de pessoal em função dos riscos de cada empresa.

Os primeiros socorros protegem a vítima contra maiores danos, até a chegada de um profissional de saúde especializado.

Quando se pretende decidir o número de socorristas que se devem formar na empresa, é necessário ter em conta, o número de trabalhadores, a estrutura de organização e a distribuição dos trabalhadores, a distância que medeia entre a empresa e os serviços médicos externos, etc.

Uma medida de referência para uma situação de risco baixo seria de um socorrista para cada 50 trabalhadores por turno.

A formação em socorrismo na empresa deve ser dividida em dois blocos:

Formação básica:

O socorrista deve estar capacitado para actuar em situações de emergência médica, como: perda de conhecimento, paragem cardio-respiratória, obstrução das vias respiratórias, hemorragias e choque.

Formação específica:

Juntamente com a formação básica e atendendo aos riscos existentes na empresa, é conveniente fazer uma formação específica. Por exemplo, um socorrista que trabalha numa empresa química deveria dominar com facilidade as seguintes

técnicas: resgate em ambiente tóxico, oxigenoterapia, queimaduras químicas, intoxicações por produtos químicos específicos e acidentes devidos a incêndios e explosões.

O socorrista laboral que receba formação deve ser voluntário e deve receber periodicamente formação de reciclagem.

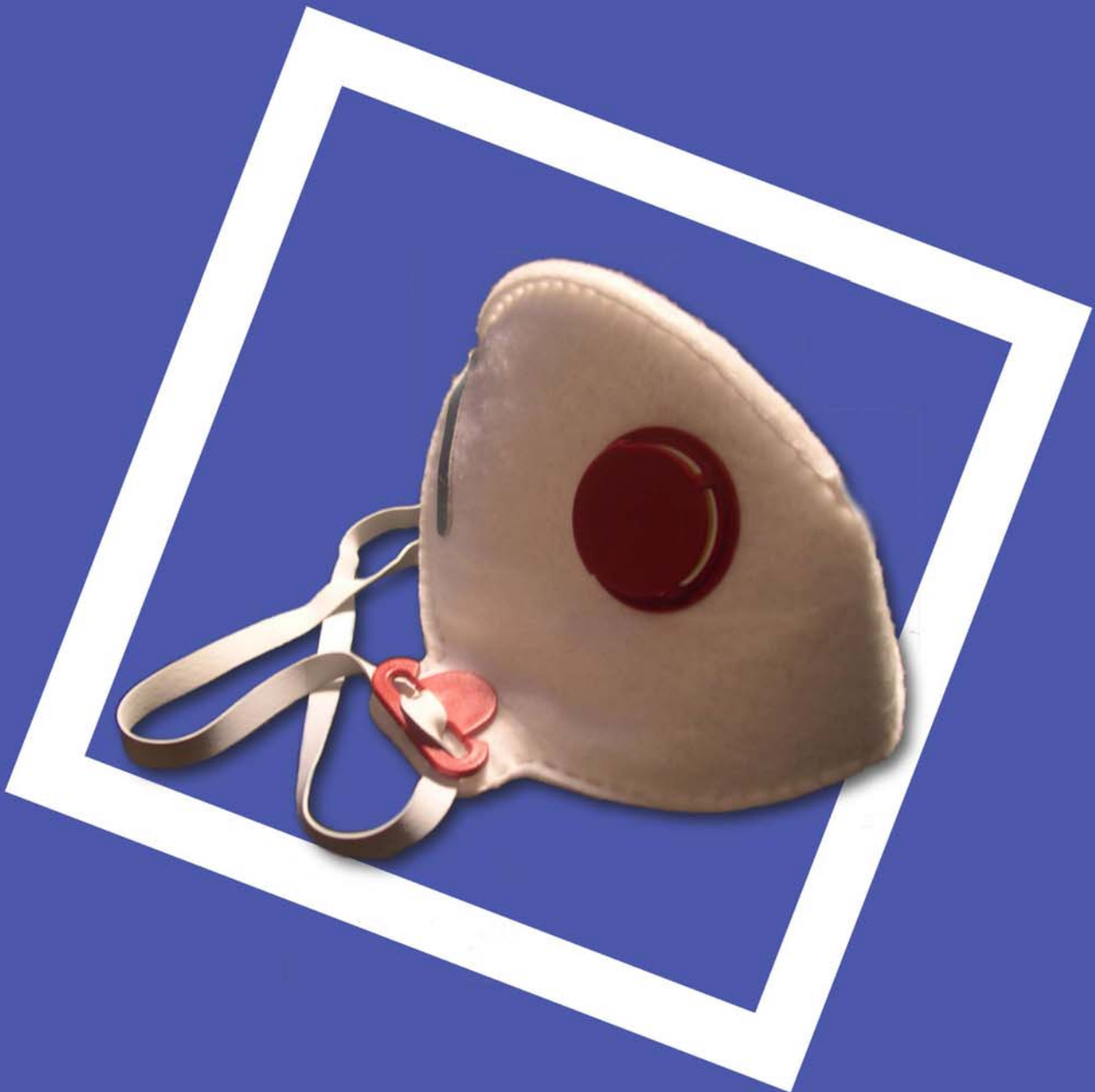
Material de primeiros socorros (Caixa de primeiros socorros):

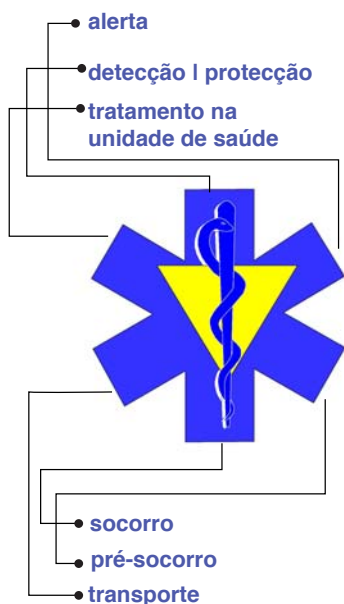
A laia de recomendação, o conteúdo mínimo básico que deve conter uma caixa de primeiros socorros de uma empresa deve ser:

- Compressas embaladas individualmente e de tamanhos variados (20x20cm, 15x15cm e 10x10cm);
- Luvas esterilizadas de vários tamanhos;
- Algodão;
- Adesivo hipoalergénico;
- Pensos rápidos de vários tamanhos;
- Pense rápido tipo banda adesiva;
- Ligaduras elásticas de vários tamanhos (10x10cm, 5x7cm e 5x5cm);
- Lenços triangulares (para suspensão de braço);
- Talas de vários tamanhos para imobilizações;
- Anti-séptico, tipo “Betadine”;
- Água oxigenada;
- Soro fisiológico;
- Álcool;
- Alfinetes-de-ama;
- Cotonetes;
- Duas pinças hemostáticas;
- Duas pinças de dissecação;
- Tesoura com ponta recta e curva;
- Tesoura forte para roupa;
- Canivete;
- Termómetro clínico;
- Lanterna pequena;
- Esfingomanómetro;
- Insuflador manual;
- Pomada para feridas e queimaduras (por indicação médica).

Será importante repor sempre todo o material utilizado, bem como verificar regularmente o estado e validade dos medicamentos existentes no armário de primeiros socorros.

Sistema Integrado de Emergência Médica





O sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) é um conjunto de meios humanos e materiais, actividades e procedimentos na área da saúde, abrangendo tudo o que se passa desde o local em que ocorre a emergência até ao momento em que se inicia o tratamento na unidade de saúde mais adequada à situação.

É representado por uma estrela azul de seis lados, com um bastão e uma serpente no centro (estrela da vida) e onde cada um dos lados representa as várias fases do sistema: detecção do acidente, alerta, pré-socorro, socorro, transporte e tratamento hospitalar.

2.1 | Fases do SIEM

2.1.1 | Detecção

Momento em que alguém se apercebe da existência de uma ou mais vítimas de doença súbita ou acidente.

2.1.2 | Alerta

Fase em que se contactam os serviços de emergência, utilizando o Número Europeu de Socorro «112».

2.1.3 | Pré-socorro

Conjunto de gestos simples que podem ser efectuados até à chegada do socorro.

2.1.4 | Socorro

Cuidados de emergência iniciais efectuados às vítimas de doença súbita ou de acidente, com o objectivo da estabilização das mesmas, diminuindo, assim, a morbilidade e a mortalidade.

2.1.5 | Transporte

Transporte assistido da vítima numa ambulância com características, pessoal e carga definidos, desde o local da ocorrência até à unidade de saúde adequada, garantindo a continuação dos cuidados de emergência necessários.

2.2 | Evolução do SIEM em Portugal

- 1965 – Criação do 115;
- 1971 – Criação do Serviço Nacional de Ambulâncias - S.N.A;
- 1981 – Criação do Instituto Nacional de Emergência Médica - I.N.E.M;
- 1987 – Criação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes - C.O.D.U;
- 1998 – Alteração do número de socorro para 112.

2.3 | Objectivos do SIEM

- Promover um rápido socorro;
- Estabilizar as lesões;
- Transporte adequado;
- Tratamento hospitalar.

2.4 | Quem intervém no SIEM

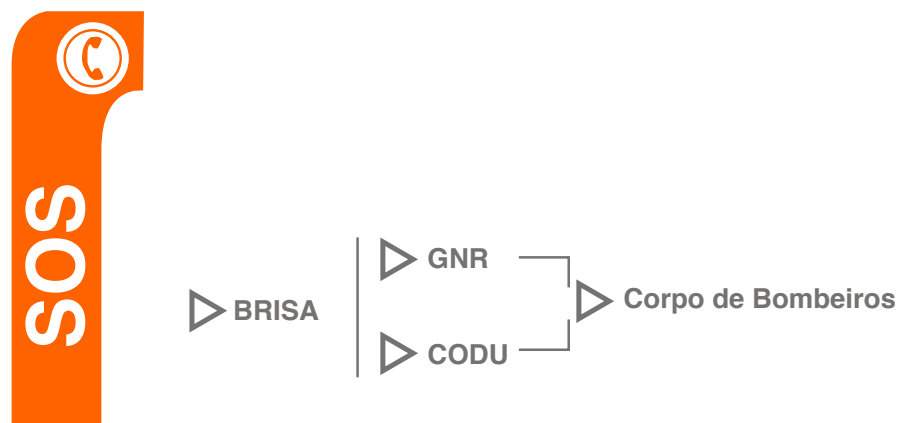
- Público;
- Operadores de Central;
- Agentes de Autoridade;
- Bombeiros;
- Tripulantes Ambulância;
- Médicos;
- Enfermeiros;
- Técnicos dos hospitais;
- Técnicos de Telecomunicações;
- Etc.

O INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) detém o papel de organismo regulador das actividades de emergência médica.

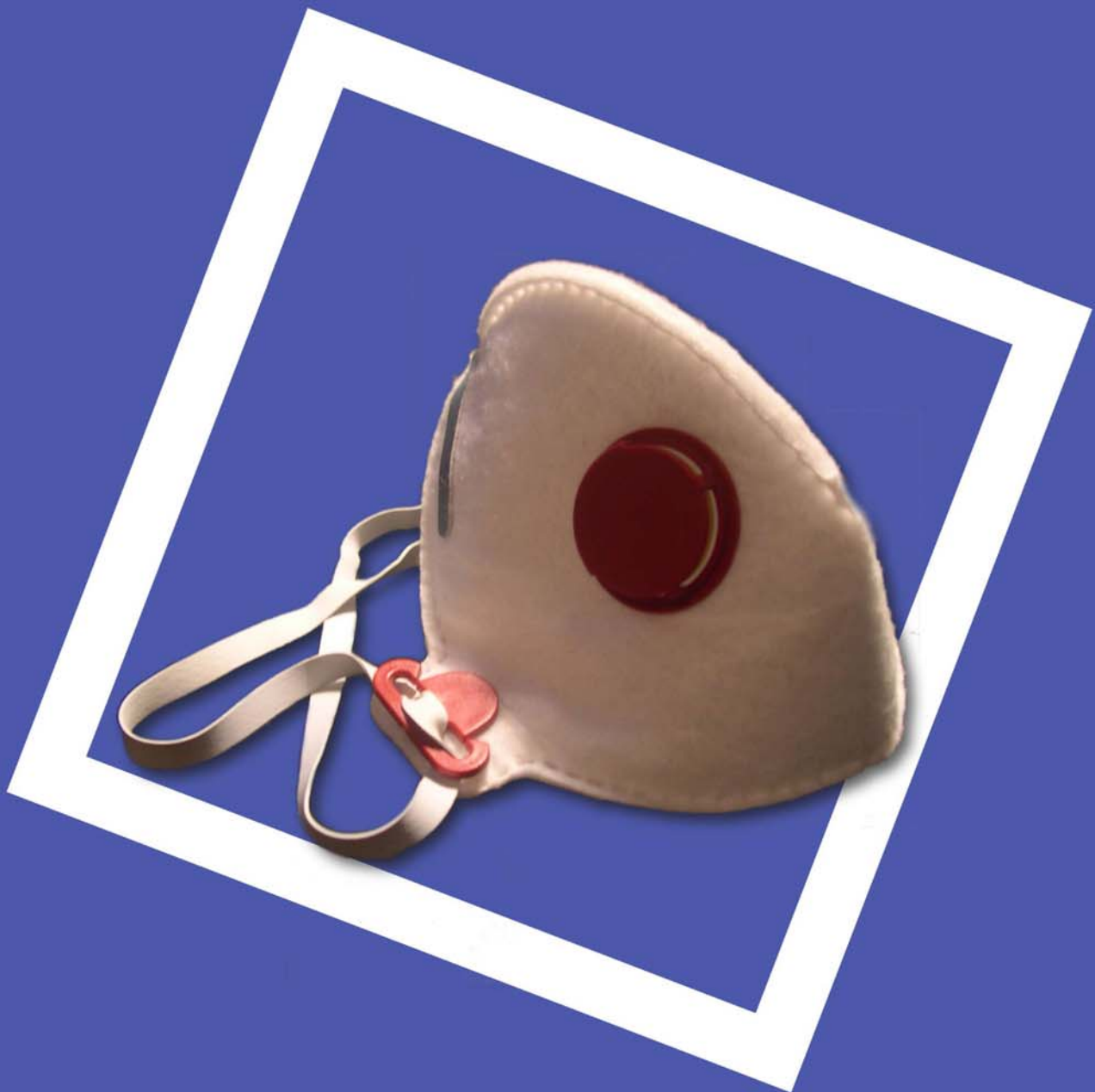
2.5 | Subsistemas que funcionam permanentemente no INEM

- CIAV – Centro de Informação Anti-Venenos;
- Transporte de Recém-Nascidos;
- CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes;
- CODU-MAR - Centro de Orientação de Doentes Urgentes no Mar.

2.6. Cadeia de socorro



Exame da vítima



3.1 | Introdução

Antes de qualquer procedimento relacionado com o exame da vítima é essencial garantir a sua segurança, bem como a equipa da equipa e da vítima.

Asseguradas as condições de segurança no local, o socorrista deve então iniciar a avaliação do estado da vítima, de forma a poder socorrer por ordem de prioridade e de gravidade as lesões que esta apresenta, nunca esquecendo que não deve avançar no exame se não tiver corrigido uma alteração anteriormente detectada. O socorrista deve efectuar um rápido e minucioso exame primário para avaliar a existência de alterações das funções vitais. Estas colocam em risco imediato a vida da vítima.

Em seguida, deve realizar o exame secundário, pesquisando a existência de lesões que, não pondo em risco imediato a vida, necessitam de cuidados de emergência e de estabilização para um transporte seguro à unidade de saúde.

Lembre-se

Situação detectada



Situação corrigida

3.2 | Exame primário

O exame primário tem como finalidade detectar a existência de situações que possam pôr em perigo imediato a vida da vítima, ou seja, situações de compromisso das funções vitais (aquelas que colocam em risco imediato a vida da vítima) sendo então, fundamental a sua correcção e a prestação dos cuidados de emergência adequados.

No exame primário da vítima o socorrista deve seguir a seguinte lista de prioridades:

1. Avaliar o estado de consciência;
2. Avaliar se ventila;
3. Avaliar se tem pulso;
4. Detectar hemorragias externas graves;
5. Detectar sinais evidentes de choque.

No caso de acidente ou de situação desconhecida, suspeite sempre que a vítima possa ter lesões crânio-encefálicas e ou vertebro-medulares.

3.2.11 Avaliação do estado de consciência



Avaliar se a vítima se encontra consciente, isto é, se responde quando estimulada. Para tal, abana-se suavemente os ombros e pergunta-se em voz alta: “Está bem? / “Sente-se bem?”.



Se a vítima está inconsciente, deve imediatamente gritar por ajuda, sem a abandonar, pois é possível que necessite da ajuda de mais alguém junto de si.

Se não houver resposta, a vítima é considerada inconsciente correndo perigo de vida.

3.2.2 | Permeabilização da via aérea



A obstrução da via aérea é uma situação muito grave que pode ocorrer nas vítimas inconscientes por queda da língua, por relaxamento dos músculos ou por acumulação de secreções, vômito, sangue ou mesmo por existirem objectos estranhos tais como dentes, próteses dentárias, comida, etc.,.

3.2.3 | Pesquisa de ventilação espontânea



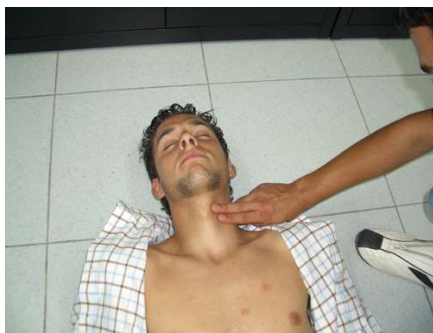
Após ter efectuado a permeabilização da via aérea, aproxime-se da face da vítima observando o tórax e mantendo a via aérea aberta.

Verificar se ventila durante 10 segundos, recorrendo a estes três passos:

Ver I se existem movimentos torácicos;
Ouvir I o ar a passar na via aérea da vítima;

Sentir I o ar que sai da boca da vítima a bater na sua face.

3.2.4 | Pesquisa de circulação / existência de pulso



O pulso é o resultado de uma onda de sangue que passa ao longo das artérias sempre que o coração se contrai, ou seja, quando o coração efectua o seu efeito de bomba e leva o sangue oxigenado a todas as partes do corpo através das artérias (circulação sanguínea).

Numa vítima com circulação, é possível palpar o pulso em várias artérias, nomeadamente nas artérias carótidas, femurais, radiais ou umerais.

Numa vítima inconsciente pesquisa-se sempre o pulso carotídeo, uma vez que é um pulso mais central, logo mais fácil de palpar.



Para localizar o pulso carotídeo, deve colocar dois dedos (indicador e médio) na região da laringe («maçã de Adão») e deslizar ligeiramente para o lado exterior do pescoço até encontrar um sulco entre a traqueia e o músculo esternocleidomastoideu.

Palpe suavemente, sem comprimir demasiado, e pesquise a existência de pulso durante 10 segundos.

3.2.5. Detecção de hemorragias externas graves

Depois de se ter certificado que a vítima tem pulso, observe-a como um todo e procure a existência de hemorragias externas graves. Estas são facilmente identificáveis.

Quando a hemorragia é abundante vai colocar em risco a vida da vítima, logo é fundamental proceder ao seu controlo de imediato.

3.2.6. Detecção de sinais evidentes de choque

A hipovolemia é a diminuição do volume de sangue em circulação.

A hipovolemia pode ter várias causas, no entanto é sempre uma situação grave que pode conduzir à morte.

3.3. Exame secundário

Depois da realização do exame primário (detectando e iniciando o socorro nas situações de perigo de vida imediato) inicia-se o exame secundário.

O objectivo geral da realização do exame secundário é detectar situações que não constituindo perigo de vida imediato, possam agravar a situação da vítima se não forem socorridas.

A abordagem deve ser eficaz e sistemática e, processando-se na seguinte sequência:

3.3.1. Recolha de informação

A recolha da informação é fundamental e pretende-se através dela:

1. Saber o que aconteceu à vítima - em algumas situações pode parecer óbvio o que aconteceu, mas dialogando com a vítima poderá obter informações que revelem outras causas;
2. Identificar a principal queixa da vítima - nem sempre o que dói mais é o dado mais evidente;
3. Conhecer os antecedentes pessoais - o facto de ter doenças anteriores, sofrer de alergias ou fazer determinado tipo de medicação, pode exigir actuação diferente.

Questões a colocar à vítima:

1. Nome e idade (se é menor, contactar os pais ou um adulto conhecido);
2. O que aconteceu? (identificar características do acontecimento: hora, tipo de acidente, número de pessoas, etc...);
3. Isso já aconteceu antes?;
4. Algum outro problema ou enfermidade actual?;
5. Está em tratamento médico?;
6. É alérgico a algum medicamento ou alimento?;

7. Ingeriu algum tipo de droga ou alimento?

Nota: No entanto, é importante referir que a vítima é a pessoa mais importante no local, mesmo que pareça pouco colaborante ou confusa, é a ela que deve fazer as perguntas em primeiro lugar, tendo como segunda prioridade familiares e outras pessoas que estejam no local.

3.3.2 I Avaliação de sinais vitais

A avaliação de três sinais vitais tem como objectivo caracterizar a ventilação, o pulso e a pele, esta no que se refere à temperatura, coloração e humidade.

3.3.2.1 I Pulso

O pulso é uma onda de sangue gerada pelo batimento cardíaco e propagada ao longo das artérias. É palpável em qualquer área onde uma artéria passe sobre uma proeminência óssea ou se localize próxima a pele.

A frequência considerada normal de pulso em adultos é de 60 a 100 batimentos por minuto;

Nas crianças em geral até um ano de idade é superior a 100 batimentos por minuto;

Para crianças com mais de um ano de idade os valores estão entre 80 e 100 batimentos por minutos.

As alterações na frequência e volume do pulso representam dados importantes no socorro pré-hospitalar. Um pulso rápido, fraco, pode resultar de um estado de choque por perda sanguínea. A ausência de pulso pode significar um vaso sanguíneo bloqueado ou lesado, ou que o coração parou de funcionar (paragem cardíaca).

Na caracterização do pulso é necessário avaliar:

- A Frequência, que corresponde ao número de pulsações por minuto;
- A Amplitude, que pode ser cheio ou fino;
- O Ritmo, que pode ser regular ou irregular.

3.3.2.2 I Ventilação

A ventilação normal é fácil, sem esforço e sem dor. Ao conjunto de uma inspiração e expiração dá-se o nome de um ciclo ventilatório. A frequência pode variar bastante. Um adulto ventila normalmente entre 12 a 20 vezes por minuto. Respiração e ventilação significam a mesma coisa, ou seja, o acto de inspirar e expirar o ar.

Ocasionalmente, pode-se fazer deduções a partir do odor da respiração, a pessoa intoxicada pode cheirar a álcool. No estado de choque observam-se respirações rápidas e superficiais. Uma respiração profunda, difícil e com esforço pode indicar uma obstrução nas vias aéreas, doença cardíaca ou pulmonar.

Para caracterizar a ventilação é necessário avaliar:

- A Frequência, que corresponde ao número de ciclos por minuto;
- A Amplitude, que pode ser superficial, normal, ou profunda;
- O Ritmo, que pode ser regular ou irregular.

3.3.2.3 | Caracterização da pele

Na avaliação das características da pele importa considerar:

• Temperatura



A temperatura normal do corpo é de 37° C. A pele é responsável, em grande parte, pela regulação desta temperatura, irradiando o calor através dos vasos sanguíneos subcutâneos e evaporando água sob forma de suor.

Uma pele fria e húmida é indicativa de uma resposta do sistema nervoso simpático a um traumatismo ou perda sanguínea (estado de choque). A exposição ao frio geralmente produz uma pele fria e seca.



Uma pele quente e seca pode ser causada por febre, numa doença, ou ser o resultado de uma exposição excessiva ao calor, como na insolação.

Considera-se:

- **Temperatura elevada** ou hipertermia quando o valor é superior a 37,5°;
- **Temperatura normal** ou apirético quando o valor está entre os 35,5° e os 37,5°;
- **Temperatura abaixo do normal** ou hipotermia quando o valor é inferior a 35°.

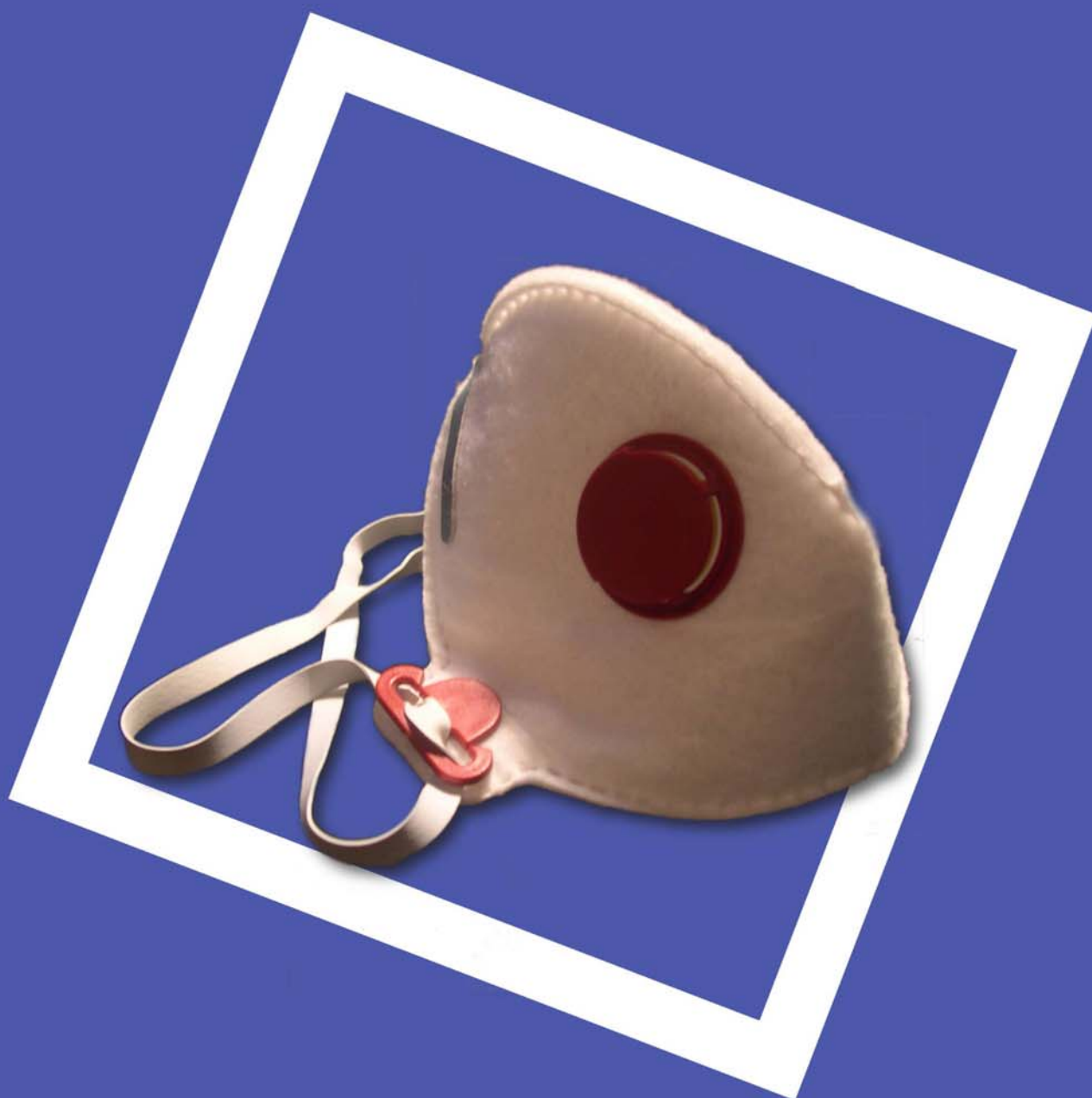
• A coloração e a existência ou não de humidade

A cor da pele depende primariamente da presença de sangue circulante nos vasos sanguíneos subcutâneos.

Uma pele pálida, branca, indica circulação insuficiente e é vista nas vítimas em choque ou com enfarte do miocárdio. Uma cor azulada (cianose) é observada na insuficiência cardíaca, na obstrução de vias aéreas, e também em alguns casos de envenenamento. Poderá haver uma cor vermelha em certos estágios do envenenamento por monóxido de carbono (CO) e na insolação.

actividade	como executar	porquê
Registe os sinais vitais da vítima (executado durante o exame ou após o tratamento da vítima).	Verifique e anote: a respiração, o pulso, a pressão arterial sistólica e a diastólica e a temperatura relativa da pele.	A verificação e comparação dos sinais vitais da vítima são fundamentais na avaliação de suas reais condições.
Inspeccione e apalpe a cabeça da vítima.	Apalpe todo o crânio, procure por deformidades, ferimentos, edemas, equimoses.	Para identificar possíveis lesões na cabeça.
Inspeccione os olhos da vítima.	Observe ambas as pupilas, procure por edemas, equimoses, lesões nas córneas ou pálpebras.	Para indicar possíveis lesões na cabeça, no próprio olho, uso de drogas, etc.
Inspeccione e apalpe a face, nariz, boca e mandíbula da vítima.	Apalpe os ossos da face, o nariz e a mandíbula da vítima. Procure hemorragias, deformações, ferimentos ou equimoses. Verifique o nariz. Verifique na boca possíveis lesões na língua, perda de dentes ou prótese, pesquise o hálito.	Para indicar possíveis lesões na cabeça, fracturas de ossos faciais, fracturas no crânio, lesões na boca e mandíbula, ingestão de álcool, etc.
Inspeccione ambas as orelhas da vítima (sem movimentar a cabeça).	Pesquise a saída de sangue pelos ouvidos. Certifique-se de que a vítima pode ouvir. Pesquise edemas ou equimoses atrás das orelhas.	Para indicar possíveis perdas da audição, traumatismo crânio-encefálico ou ferimentos na cabeça.
Inspeccione e apalpe o pescoço da vítima.	Pesquise veias dilatadas, ferimentos, deformidades ou desvios da traqueia. Verifique a coluna cervical, procurando edemas ou deformidades. Aplique o colar cervical apropriado.	Para indicar possíveis problemas cardíacos ou respiratórios e traumatismos na região da coluna cervical.
Inspeccione e apalpe os ombros da vítima (bilateralmente).	Apalpe a clavícula e a escápula da vítima bilateralmente, procure por deformações, ferimentos, hemorragias ou edemas.	Para indicar possíveis lesões na cintura escapular (ombros) da vítima. Fracturas e/ou luxações nos ossos dos ombros.
Inspeccione e apalpe o tórax da vítima (bilateralmente).	Apalpe as regiões anteriores e laterais do tórax. Pesquise movimentos respiratórios anormais, deformações, fracturas, áreas de contusão ou edemas.	Para indicar possíveis problemas respiratórios, fracturas de costelas ou esterno, feridas abertas no tórax.
Inspeccione e apalpe o abdómen da vítima.	Apalpe e pesquise contusões, ferimentos, hemorragias, eviscerações. Observe sensibilidade e rigidez.	Para indicar possíveis hemorragias internas, eviscerações, contusões e ferimentos.
Inspeccione e apalpe a região pélvica da vítima.	Apalpe a região anterior, lateral e posterior da bacia. Pesquise instabilidade, dor, ferimentos ou hemorragias. Procure identificar lesões na região genital.	Para indicar possíveis lesões na região da bacia. Fracturas e/ou luxações dos ossos da pelve. Possíveis lesões nos órgãos genitais.
Inspeccione e apalpe as extremidades da vítima.	Apalpe os membros inferiores e membros superiores. Procure ferimentos, hemorragias, deformações ou edemas. Analise a capacidade de movimentação, a sensibilidade, a presença de pulso e perfusão sanguínea.	Para identificar possíveis fracturas, luxações, entorses, ferimentos, traumatismo de coluna, trauma crânio-encefálico, etc.
Apalpe e inspeccione a região dorsal da vítima. (necessário 4 socorristas)	A vítima deve ser rolada em monobloco (90 graus). Após posicioná-la lateralmente (mantendo sempre a coluna alinhada), inspeccione toda a coluna por palpação. Pesquise nas costas e nádegas, deformações, ferimentos ou hemorragias.	Para identificar possíveis lesões na região dorsal da vítima e traumatismo de coluna.

Suporte básico de vida



4.1. Introdução

O suporte básico de vida (SBV) é um conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologias padronizadas. Este procedimentos sucedem-se de uma forma encadeada e constituem uma cadeia de atitudes em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte. Este conjunto de metodologias tem como objectivo reconhecer as situações de perigo de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer utensílio, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação de modo a manter a vítima viável até que possa ser instituído o tratamento médico adequado e, eventualmente, se restabeleça o normal funcionamento respiratório e cardíaco. As manobras de SBV não são, por si só, suficientes para recuperar a maior parte das vítimas de paragem cardio-respiratória. O SBV permite ganhar tempo, mantendo parte das funções vitais até à chegada do suporte avançado de vida. No entanto, em algumas situações em que a falência respiratória foi a causa primária da paragem cardio-respiratória, o SBV poderá reverter a causa e conseguir uma recuperação total.

4.2. Como actuar

Os três elementos do SBV, após a avaliação inicial, são designados por “ABC”

A – “**Airway**” | Via Aérea;

B – “**Breathing**” | Ventilação;

C – “**Circulation**” | Circulação.

4.2.1. Avaliar as condições de segurança no local



Depois de assegurar que estão garantidas as condições de segurança, aproxime-se da vítima e pergunte em voz alta:

“**Está-me a Ouvir? Sente-se bem?**”, enquanto a estimula batendo suavemente nos ombros;

1 | Se a vítima responder - deve deixá-la na posição em que a encontrou (desde que isso não represente perigo acrescido), pergunte o que se passou, se tem alguma queixa, alguma dor, procure ver se existem sinais de ferimentos e se necessário vá pedir ajuda;

2 | Se a vítima não responder - peça ajuda gritando em voz alta “Preciso de ajuda tenho aqui uma pessoa inconsciente!”. Não abandone a vítima e prossiga com a avaliação.



4.2.2 | Via aérea - A

Como a vítima se encontra inconsciente, os músculos da língua perdem o seu tônus habitual, relaxando, e dá-se a queda da língua para trás (na vítima em decúbito dorsal pode causar obstrução da via aérea). Este mecanismo é a causa mais frequente de obstrução da via aérea num adulto inconsciente.

Existem ainda outros factores que podem condicionar obstrução da via aérea como:

- O vómito;
- Sangue;
- Dentes partidos ou próteses dentárias soltas.

É fundamental proceder à permeabilização da via aérea da seguinte forma:



- Desaperte a roupa à volta do pescoço da vítima e exponha o tórax;



- Verifique se existem corpos estranhos dentro da boca (comida, próteses dentárias soltas, secreções);

A existência destes corpos estranhos deve ser removida, mas somente se os visualizar.

Nota: Não deve remover próteses dentárias bem fixas.



Coloque a palma de uma mão na testa da vítima e os dedos indicador e médio da outra mão no bordo do maxilar inferior;



Em situação de trauma, efectuar subluxação da mandíbula.

Ao efectuar a elevação do maxilar inferior não deve comprimir as partes moles do queixo, coloque os dedos apenas na parte óssea.

Atenção: Se suspeitar que a vítima possa ter feito traumatismo da coluna cervical **não pode ser feita a extensão da cabeça.**

Várias situações podem causar traumatismo da coluna cervical, nomeadamente:

- Acidente de viação;
- Quedas;
- Acidentes de mergulho;
- Agressão por arma de fogo.

Nestes casos a permeabilização da via aérea deve ser feita apenas por elevação do maxilar inferior | **sub-luxação da mandíbula.**

4.2.3. Ventilação espontânea – B

Depois de ter efectuado a permeabilização da via aérea passe à avaliação da existência de ventilação espontânea – B



Para verificar se a vítima respira aproxime a sua face da face da vítima. Olhando para o tórax e mantendo a via aérea aberta, procure:

Ver I se existem movimentos torácicos;
Ouvir I se existem ruídos de saída de ar pela boca e nariz da vítima;
Sentir I na sua face se há saída pela boca e nariz da vítima.

Deverá Ver, Ouvir e Sentir (VOS) durante 10 segundos.

Com este procedimento pretende-se procurar a existência de movimentos respiratórios normais, observando se o tórax se eleva e baixa ciclicamente. Algumas vítimas podem apresentar movimentos respiratórios ineficazes conhecidos por “gasping” ou “respiração agónica” os quais não devem ser confundidos com respiração normal. Estes movimentos não causam uma expansão torácica normal, correspondem a uma fase transitória que pode preceder a ausência total de movimentos respiratórios e tendem a cessar rapidamente. Na ausência de respiração ou na presença de respiração ineficaz é necessário ventilar a vítima.

- Se a vítima respira normalmente deverá ser colocada em posição lateral de segurança (PLS).

A técnica para colocação em posição lateral de segurança será descrita mais à frente.

- Se a vítima não respira deve ser activado de imediato o sistema de emergência médica ligando 112.



• **Se estiver sozinho:**

Depois de verificar que a vítima não respira, deve abandoná-la de imediato para ligar 112. Ao ligar 112 deve informar que se encontra com uma vítima inconsciente que não respira e indicar o local exacto onde se encontra.

Deve regressar o mais rapidamente possível para junto da vítima e certificar-se que não existem corpos estranhos na boca, de seguida deve iniciar a ventilação com ar expirado.



• **Se estiver alguém junto de si:**

Peça a essa pessoa para ligar 112, informando que se encontra com uma vítima inconsciente que não respira e indicar o local exacto onde se encontra.

• **Ventilação com ar expirado:**

- Garanta que a cabeça da vítima permanece em extensão e o queixo levantado, mantendo a palma de uma mão na testa da vítima e os dedos indicador e médio da outra mão no bordo do maxilar inferior;

- Aperte o nariz da vítima entre os dedos polegar e o indicador da mão que está na testa, de modo a impedir a circulação de ar;

- Mantenha a extensão da cabeça e a elevação do queixo, sem fechar a boca da vítima;

Inspire profundamente, enchendo bem o peito com ar;

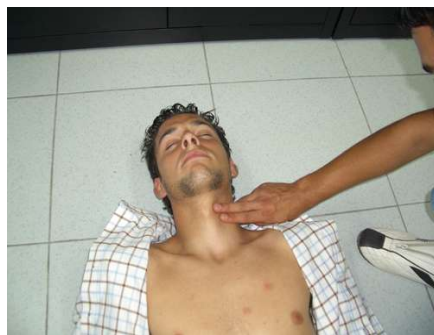
- Faça duas insuflações pausadas e profundas com a duração de dois segundos.



Se não conseguir insuflar o ar deve:

- Verifique novamente se existem corpos estranhos visíveis na boca e remova-os;
- Confirme a correcta permeabilização da via aérea reposicionando a cabeça se necessário;
- Tente insuflar de novo;
- Faça até cinco tentativas para conseguir duas insuflações eficazes.
- Se após 5 tentativas não conseguir insuflações eficazes passe ao passo seguinte:

4.2.4 | Avaliação de sinais de circulação – C



Na pesquisa de sinais que traduzem a presença de circulação deve, em simultâneo:

- Manter a permeabilidade da via aérea;
- Pesquisar se a vítima respira normalmente (em resposta às duas insuflações iniciais) efectuando o VOS;
- Procurar a existência de movimentos;
- Observar se a vítima tosse;
- Pesquisar a presença de pulso central.



A pesquisa da existência de sinais de circulação deve ser feita pelo menos durante **10 segundos**. Se ao fim deste tempo a vítima não apresentar nenhum dos sinais de circulação atrás referidos deve concluir pela ausência de sinais de circulação.

Nesta situação o pulso a ser pesquisado é o pulso carotídeo. Mantenha a extensão da cabeça com uma mão na testa da vítima e com as pontas dos dedos, indicador e médio da outra mão, localizar a zona da laringe «maçã-de-adão». Este é local onde passa a artéria carótida e onde deve palpar o pulso carotídeo.

Se a vítima não ventila mas tem outros sinais de circulação é necessário manter a ventilação com ar expirado efectuando 10 insuflações por minuto.

Como manter a ventilação com ar expirado:

- Deve efectuar uma insuflação pausada, ao longo de 2 segundos, aguardar cerca de 4 segundos e voltar a efectuar outra insuflação;
- Repetir este procedimento 10 vezes;
- Depois de cada 10 insuflações, em que normalmente decorre cerca de 1 minuto, deve pesquisar novamente a existência de sinais de circulação;
- Se a vítima mantiver sinais de circulação, mas não ventilar, repetir o procedimento (10 insuflações por minuto), pesquise sempre sinais de circulação ao fim de cada minuto.

Se a vítima não apresenta qualquer sinal de circulação deve iniciar imediatamente as compressões torácicas:



Nota: A vítima deve estar em decúbito dorsal sobre uma superfície rígida com a cabeça no mesmo plano do resto do corpo.

- Ajoelhe-se junto à vítima;
- Palpe o bordo inferior da grelha costal;
- Deslize os dedos, indicador e médio, ao longo do bordo costal até localizar o ponto de junção da grelha costal esquerda com a direita;
- Nesse ponto encontra-se o apêndice xifóide que corresponde à extremidade inferior do esterno;
- Coloque os dois dedos, indicador e médio, sobre o apêndice xifóide;
- Deslize a base da outra mão (a que se encontrava na testa da vítima) pelo esterno, até junto do dedo indicador. Este é o local correcto para se efectuarem as compressões torácicas, a porção média da metade inferior do esterno. Certifique-se que mantém o bordo da mão no mesmo eixo que o eixo longitudinal do esterno;





- Coloque a base da outra mão sobre a primeira, mantendo as mãos paralelas (não cruzar as mãos);
- Entrelace os dedos e levante-os, de forma a não exercer qualquer pressão sobre as costelas, apenas a base de uma mão deve ficar em contacto com o esterno;
- Mantenha os braços esticados e sem flectir os cotovelos, posicione-se de forma a que os seus ombros fiquem perpendiculares ao esterno da vítima;
- Pressione verticalmente sobre o esterno, de modo a que este baixe cerca de 4-5 cm;
- Alivie a pressão, de forma que o tórax possa descomprimir totalmente, mas sem perder o contacto da mão com o esterno;
- Repita o movimento de compressão e descompressão de forma a obter uma frequência de 100/min. (cerca de 2 compressões em 1,5 seg.);
- O gesto de compressão deve ser firme, controlado e executado na vertical;
- Os períodos de compressão e descompressão devem ter a mesma duração;
- Sincronize as compressões com ventilações:
- Ao fim de 15 compressões (a), permeabilize a via aérea (extensão da cabeça e elevação da mandíbula) e faça 2 insuflações eficazes;
- Reposicione as mãos no local correcto para efectuar compressões;
- Faça de novo 15 compressões (a);
- Mantenha compressões e ventilações na relação de 15:2 (15 compressões: 2 ventilações).

Nota (a): É útil contar em voz alta 1 e 2 e 3 e 4 e 5 e... 15 de forma a conseguir manter um ritmo adequado.

4.2.5 | Posição Lateral de Segurança

Se a vítima respira mas está inconsciente, deve ser colocada em posição lateral de segurança (PLS).

As vítimas inconscientes que respiram devem ser colocadas em PLS, desde que não haja suspeita de trauma. A colocação em PLS permite manter a permeabilidade da via aérea e evitar a entrada de conteúdo gástrico na mesma.

A colocação da vítima na posição lateral de segurança deve seguir esta sequência:



Retirar os óculos, objectos volumosos dos bolsos (chaves, telefones, canetas, etc.) e outras peças de vestuário que possam magoar a vítima.



Alargue a gravata e desaperte o colarinho caso existam.



Ajoelhe-se ao lado da vítima e estenda as duas pernas. Coloque o braço mais próximo do reanimador dobrado ao nível do cotovelo de forma a fazer um ângulo recto com o corpo da vítima, ao nível do ombro e com a palma da mão voltada



Dobre o outro braço sobre o torax de forma a encostar a face dorsal da mão à bochecha da vítima, do lado do reanimador. Manter a mão da vítima encostada à bochecha, com a palma da mão do reanimador, de forma a controlar o movimento da cabeça.



Com a outra mão segure a coxa ao nível do joelho.



Dobre a perna da vítima mantendo o pé no chão.

Mantendo uma mão a apoiar a cabeça puxar a perna, ao nível do joelho, rolando o corpo da vítima para o lado do reanimador.



Ajustar a perna que fica por cima, por forma a que a anca e o joelho dobrem em ângulo recto.



Se necessário ajustar a mão sob a face da vítima de modo a manter a cabeça em extensão, confirmando se a vítima respira bem, isto é, sem fazer ruído.



Em caso de doença súbita ou acidente ligue 112.

A chamada é gratuita e está acessível de qualquer ponto do país a qualquer hora do dia. O 112 é o Número Nacional de Emergência, sendo comum, para além da saúde, a outras situações, tais como incêndios, assaltos, etc. A chamada será atendida por um operador da Central de Emergência, que enviará os meios de socorro apropriados. Em determinado tipo de situações a chamada poderá ser transferida para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM. Faculte toda a informação que lhe for solicitada, para permitir um rápido e eficaz socorro às vítimas. Informe de forma simples e clara.

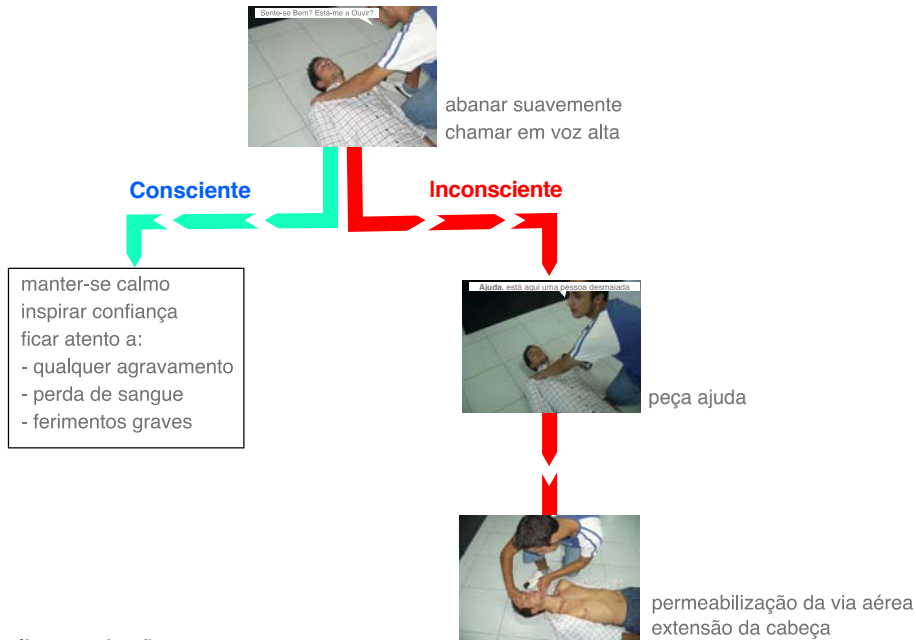
4.2.6 | Algoritmo de suporte básico de vida

O algoritmo de suporte básico de vida sistematiza o que deve ser feito, no caso de pessoas com 8 ou mais anos, quando qualquer cidadão se depara com uma vítima. No entanto, para que estes gestos possam ser executados correctamente é necessário fazer um curso de Suporte Básico de Vida (SBV).

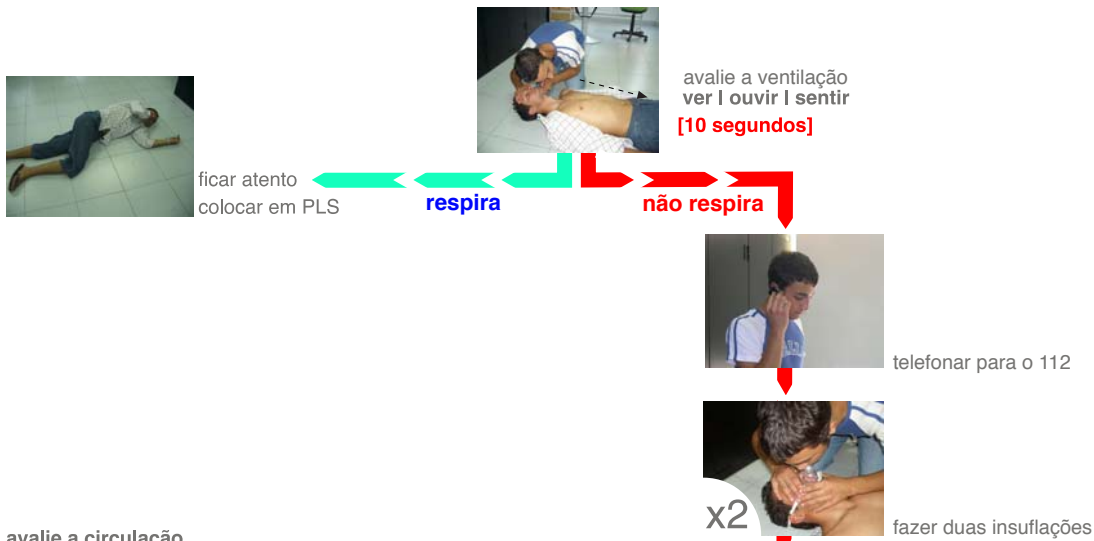
O esquema que desenvolvemos na página seguinte discrimina o essencial dos procedimentos a efectuar.

Avalie as Condições de Segurança

avalie o estado de consciência



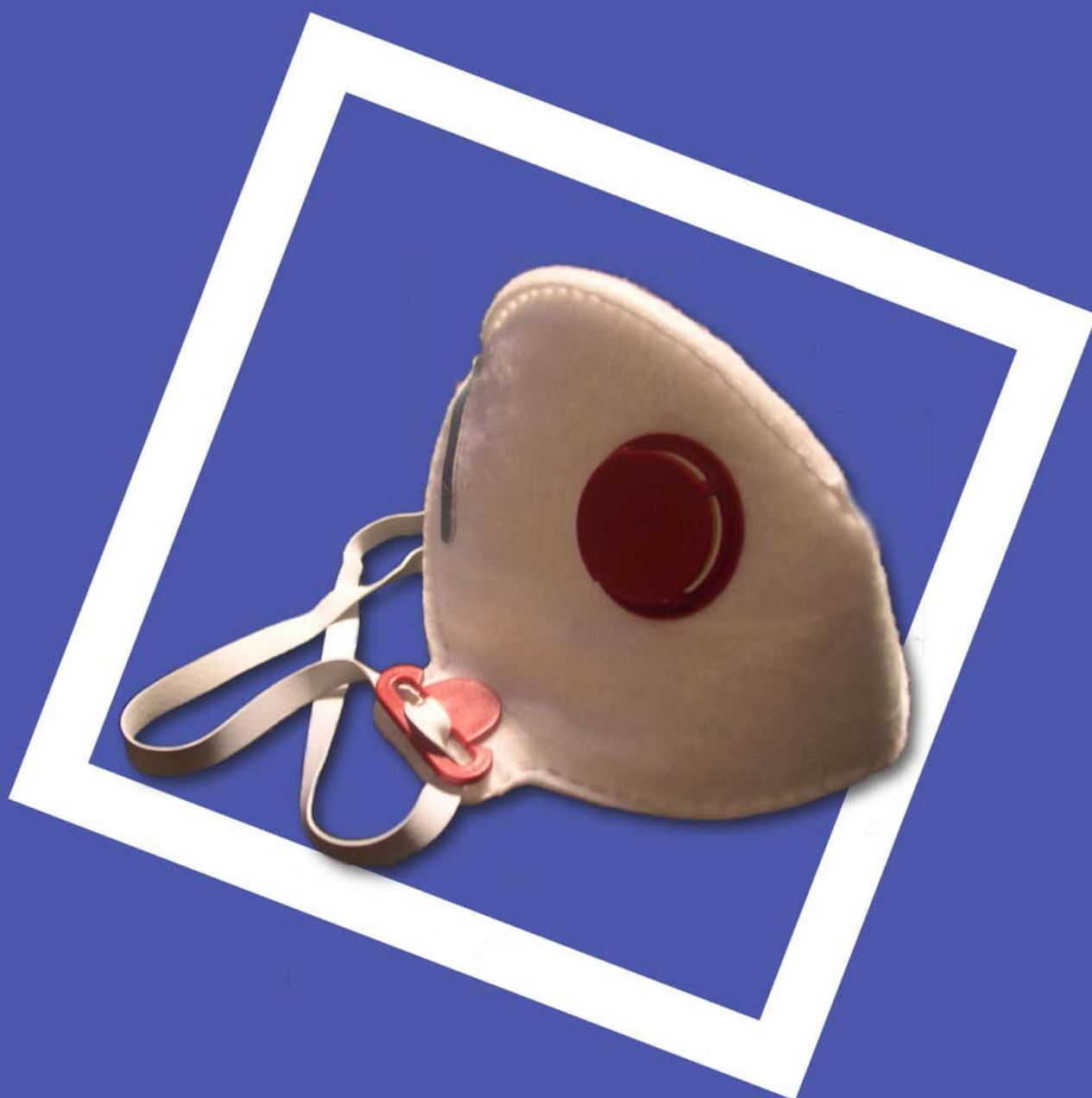
avalie a respiração



avale a circulação



Técnica de desobstrução das vias aéreas



5.1 | Obstrução parcial

No caso de obstrução parcial das vias aéreas, a vítima começa a tossir, manifestando dificuldade respiratória marcada e cianose, ou estes sinais podem surgir progressivamente se a situação não for resolvida.

A tosse é considerada como um mecanismo de defesa natural, na tentativa de desobstruir as vias aéreas.

5.1.1. | Actuação

1. Se a vítima está a respirar, não interferir com a sua tentativa natural e espontânea de tentar expelir o corpo estranho, mas encorajá-la a tossir;
2. Aconselhar a vítima a inclinar-se para baixo, pois esta posição ajuda o corpo estranho a sair para o exterior, pela própria acção da gravidade;
3. Se a vítima não recuperar, actuar como se se tratasse de obstrução total.

5.2 | Obstrução total

A vítima apresenta uma expressão de grande aflição, angústia bem patente no seu rosto:

- Olhos muito abertos;
- Boca aberta, querendo desesperadamente falar, sem conseguir emitir qualquer som;
- Normalmente ambas as mãos agarradas ao pescoço, parecendo querer «arrancar» qualquer coisa.



Obstrução total das vias aéreas > **asfixia total**

Asfixia total = paragem ventilatória > **(morte da vítima)**

5.2.1 | Actuação

Se a vítima está a ficar cansada e fraca ou já não tosse ou respira:



1. Retirar qualquer corpo estranho da boca e, colocando-se ao lado da vítima, estando esta inclinada para a frente sobre o braço do socorrista, efectuar cinco pancadas nas costas entre as omoplatas, com a base da palma da mão. Se estiver deitada, rolar a vítima para o lado, de frente para o socorrista, e efectuar as cinco pancadas entre as omoplatas;



2. Se as pancadas entre as omoplatas não forem eficazes, iniciar de imediato a desobstrução das vias aéreas através da aplicação da manobra Heimlich, ou seja, compressão abdominal, devendo:

- Colocar-se atrás da vítima e, com os próprios braços, envolver a cintura da vítima;
- Com a mão fechada em punho, colocar o dedo polegar contra o abdómen da vítima, a meio de uma linha imaginária, entre o umbigo e o apêndice xifóideo da vítima. Com a outra mão, envolver o punho fechado.



Atenção

3. Efectuar cinco compressões abdominais, no sentido para dentro e para cima - cada uma delas deverá ser pausada, segura e seca.

A manobra de Heimlich deverá ser SEMPRE utilizada quando existe obstrução total das vias aéreas, quer a vítima esteja consciente ou inconsciente.

Se a vítima ficar inconsciente, o socorrista deve colocá-la em decúbito dorsal (de costas) sobre plano duro (chão) cabeça de lado e abertura da boca e aplicar a manobra de Heimlich, posicionando as mãos sobrepostas sobre o andar superior do abdómen, entre o apêndice xifóideo e a cicatriz umbilical, e exercer cinco compressões secas e pausadas para baixo e para cima (em direcção à cabeça). Não comprimir sobre as costelas.

Se a obstrução se mantém, verificar novamente a boca e retirar corpo estranho eventualmente presente e continuar com cinco pancadas entre as omoplatas e cinco compressões abdominais, de uma forma alternada e cíclica.

Nas situações em que a vítima fica inconsciente, então proceder com a sequência de avaliação e actuação da S.B.V. em conjunto com as medidas de desobstrução acima descritas.

Compressões torácicas para desobstrução de vias aéreas

A localização da zona de aplicação das compressões torácicas, para desobstrução das vias aéreas, é a mesma que a utilizada durante as manobras de S.B.V. - porção inferior do esterno, acima do apêndice xifóideo. Podem ser aplicadas em vítimas conscientes ou inconscientes.

5.3. Situações de excepção à aplicação das compressões abdominais

As compressões abdominais, na manobra de Heimlich, não devem ser aplicadas em:

- Mulheres grávidas;
- Vítimas obesas, nas quais o socorrista tenha dificuldade em abranger o abdómen da vítima;
- Crianças com menos de um ano de idade.

Nestes três casos, o socorrista deverá substituir as compressões abdominais por compressões torácicas, como manobra de desobstrução das vias aéreas.

5.4. Problemas na execução da S.B.V

Se as manobras de S.B.V. não forem correctamente executadas podem não produzir qualquer resultado ou causar lesões graves na vítima que impossibilitem a sua reanimação.

Enumeram-se, de seguida, pontos importantes a ter em conta, quando se efectuam manobras de S.B.V.:

1. A ventilação artificial, quando mal executada, causa frequentemente distensão do estômago, a qual é devida ao ar que entra pelo esófago ao fazer as insuflações, em virtude do mau posicionamento da cabeça. Se a distensão é grande há possibilidade de tornar-se perigosa, pois pode provocar regurgitação com vômito. Se, durante a ventilação artificial verificar distensão gástrica, reposicionar a cabeça para assegurar uma boa abertura das vias aéreas. Devem evitar-se insuflações que introduzam demasiado ar. A quantidade de ar insuflado deve ser a necessária para se obter uma expansão normal do tórax, posicionando a cabeça da vítima de

modo correcto (em extensão);

2. Nunca interromper a S.B.V. por mais de 30 segundos. Quando se transporta a vítima por uma escada é difícil continuar a executar S.B.V. eficazmente. Em seguida a sinal combinado, interrompe-se a S.B.V. e desce-se ou sobe-se até ao patamar seguinte onde se recomeça a S.B.V.

A interrupção não deve, porém, exceder 30 segundos. A cabeça da vítima deve ser transportada a um nível igual ou inferior ao do resto do corpo;

3. Não se deve deslocar a vítima para um local mais conveniente até que se tenha estabilizado a situação e esteja em condições de ser transportada ou até que se tenham tomado as providências necessárias para que a S.B.V. não se interrompa durante o transporte;

4. Nunca se deve comprimir o apêndice xifóideo pois pode provocar laceração do fígado com grande hemorragia interna;

5. Entre as compressões, a base da mão deve deixar de exercer qualquer pressão. Contudo, deve manter-se em contacto com a parede do tórax, sobre a metade inferior do esterno (Os dedos não devem tocar na caixa torácica da vítima durante as compressões, podendo o entrecruzar dos dedos das duas mãos, ajudar a evitá-lo. A pressão exercida pelos dedos nas costelas ou pressão exercida lateralmente aumenta a possibilidade de fracturas de costelas);

6. Quando se comprime o tórax, devem evitar-se movimentos secos e bruscos. Pelo contrário, as compressões devem ser ritmadas, regulares e seguidas (50 do ciclo deve ser de compressão e 50 de descompressão);

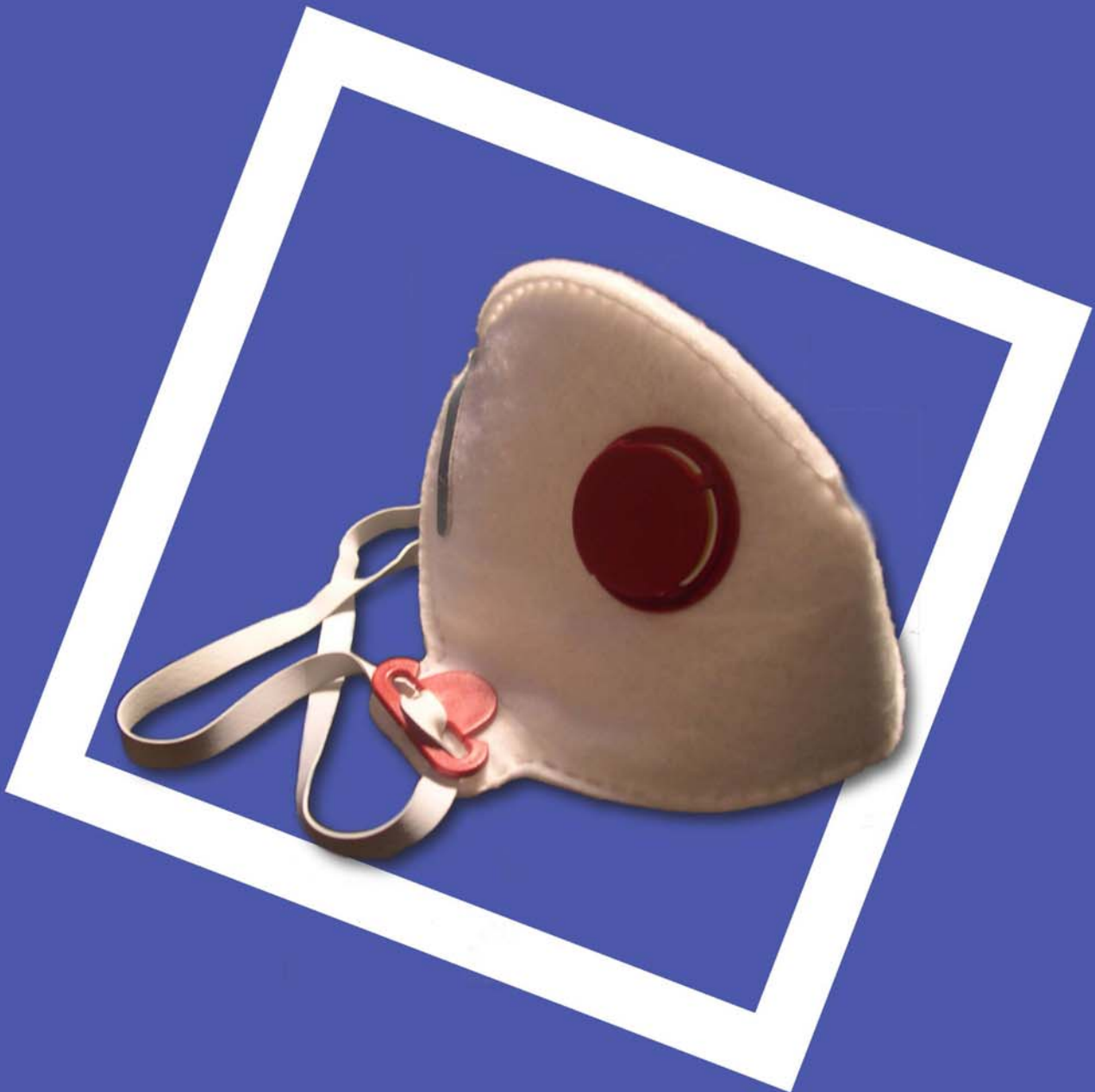
7. Os ombros do socorrista que está a efectuar as compressões devem permanecer na vertical sobre o esterno da vítima. Os cotovelos devem ser mantidos esticados. A pressão deve ser exercida verticalmente de cima para baixo na metade inferior do esterno. Todos estes pormenores garantem um máximo de eficácia nas compressões, um mínimo de fadiga para o socorrista e um menor risco de complicações para a vítima.

8. A metade inferior do esterno de um adulto deve baixar cerca de quatro a cinco centímetros de profundidade. Compressões menos profundas, são ineficazes;

9. As compressões torácicas mal executadas, podem provocar lesões graves (fracturas do esterno, fracturas de arcos costais, lesão do fígado, por exemplo).

10. As complicações serão minimizadas se for empregue uma técnica correcta de S.B.V.

As hemorragias



6.1 | Definição

As hemorragias acontecem quando o sangue sai dos vasos sanguíneos e se perde. A perda de sangue pode provocar graves complicações no indivíduo, como o estado de choque, lesões irreversíveis dos principais órgãos, ou mesmo a morte.

As hemorragias podem ser classificadas, em relação à sua origem, em três tipos:

- Hemorragias arteriais (artérias)

Resulta do rompimento de uma artéria. O sangue sai em jacto descontínuo em simultâneo com cada contracção do coração. É uma hemorragia muito abundante e de difícil controlo.

- Hemorragias venosas (veias)

Resulta do rompimento de uma veia. O sangue sai de uma forma regular, sujeito a pequena pressão, embora também abundante. Não sendo tão dramática como a arterial, poderá ser fatal se não for detectada. São quase sempre mais fáceis de controlar.

- Hemorragias capilares (vasos capilares, arteríolas e vénulas)

Ocorre devido à ruptura dos minúsculos vasos capilares de uma ferida. O sangue sai lentamente.

Estas hemorragias são de fácil controlo, podendo parar espontaneamente.

6.2 | Classificação das hemorragias quanto à sua localização

6.2.1 | Classificação

As hemorragias são também classificadas quanto à sua localização, podendo-se dividir em:

- Hemorragias externas

As hemorragias externas podem ser observadas e são facilmente reconhecidas.

- Hemorragias internas

O reconhecimento das hemorragias internas e a sua identificação torna-se mais difícil.

Este tipo de hemorragias pode ocorrer devido a situações de trauma ou de doença.

As hemorragias internas são ainda divididas em:

- Visíveis

Quando o sangue acaba por se exteriorizar por orifícios naturais do corpo (boca, nariz, ouvidos, ânus, vagina, etc.).

- Invisíveis

Quando não há saída de sangue para o exterior. Suspeitamos da hemorragia interna em função dos mecanismos de lesão e dos sinais e sintomas que a vítima apresenta.

6.2.2 | Sinais e sintomas das hemorragias

Os sinais mais evidentes na vítima são:

- Saída evidente de sangue;
- Respiração rápida, superficial e difícil;
- Pulso Fraco e rápido;
- Hipotermia;
- Zumbidos nos ouvidos;
- Ansiedade e agitação;
- Pele Fria;
- Suores abundantes;
- Palidez intensa e mucosas descoradas;
- Sede;
- Tonturas, podendo estar inconsciente (estado de choque).

6.2.3 | Métodos de controlo da hemorragia

6.2.3.1 | Pressão directa



Também designada por compressão manual directa, se não houver contra-indicação é o método mais eficaz no controlo de hemorragias.

Como actuar:

- Comprimir com uma compressa esterilizada ou pano limpo;
- Nunca retirar a primeira compressa;
- Colocar outras por cima.

6.2.3.2 | Pressão indirecta



Uma pressão feita nos pontos de compressão das artérias, na raiz dos membros, leva ao controle de hemorragias nos territórios irrigados pela artéria em causa, pelo facto de impedir a progressão da corrente sanguínea para além da interrupção causada pela pressão indirecta.

Este método só é usado caso haja um objecto estranho espetado ou suspeita de fractura.

É, portanto, um método alternativo à compressão directa, quando esta não pode ser efectuada.

6.2.3.3 | Garrote

Os garrotes devem ser usados essencialmente nos casos de amputação ou esmagamento de membros e só podem ser colocados no braço ou na coxa. O garrote só deve ser usado quando outro método não for eficiente ou se só houver um socorrista e a vítima necessitar de outros cuidados importantes.

Como fazer um Garrote

1. Use panos resistentes e largos. Nunca use arame, corda, ou outros materiais muito finos ou estreitos que possam ferir a pele.
2. Enrole o pano em volta da parte superior do braço ou da perna, logo acima do ferimento.
3. Dê um meio nó.
4. Coloque um pequeno pedaço de madeira no meio nó.
5. Dê um nó completo sobre a madeira.
6. Torça o pedaço de madeira até parar a hemorragia. Fixe o pedaço de madeira.
7. Marque com lápis, batom ou carvão na testa ou em qualquer lugar visível da vítima, as letras "G" (garrote) e a hora.
8. Não cubra o Garrote.

Desaperte gradualmente o garrote a cada 10 ou 15 minutos. Se a hemorragia não voltar, deixe o garrote frouxo no lugar, de modo que ele possa ser reapertado em caso de necessidade.

Atenção

Se o paciente ficar com as extremidades dos dedos frias e arroxeadas, afrouxe um pouco o garrote, o suficiente para reestabelecer a circulação, reapertando a seguir caso prossiga a hemorragia. Ao afrouxar o garrote, comprima o curativo sobre a ferida.

6.2.3.4 | Elevação do membro



Nas feridas ou lesões do membro, o socorrista aplica uma compressa e eleva o membro caso não haja fractura. A força da gravidade contrária à corrente sanguínea ajuda a parar a hemorragia.

6.3 | Hemorragias internas

A aplicação de frio na área suspeita, bem como a sua completa imobilização, poderá diminuir o processo hemorrágico. Contudo, o frio em excesso poderá provocar lesões graves da pele. O socorrista deve prevenir e socorrer o choque.

Não dar nada de beber à vítima, pois isso poderá impedir que seja imediatamente tratada ao chegar ao hospital.

Fazer o transporte para a unidade hospitalar mais próxima com imenso cuidado para evitar agravamento.

Nunca abandonar este tipo de vítima. Verificar, a todo o momento, o seu estado de consciência, pulso, ventilação e, caso esteja inconsciente, manter as vias aéreas libertas.

6.3.1 | Alguns exemplos de hemorragias

6.3.1.1 | Hemorragia nasal

Como agir:

- Sente o paciente, com a cabeça em posição normal, e aperte-lhe a(s) narinas(s) durante cinco minutos, evitando que o sangue vá para a garganta e seja engolido, provocando náuseas;
 - Comprima a narina que sangra e aplique compressas frias no local;
 - Depois de alguns minutos, afrouxe a pressão vagarosamente e não assoe o nariz;
 - Caso a hemorragia não pare, coloque um tampão de gaze por dentro da narina e um pano de toalha fria sobre o nariz. Se possível, use um saco de gelo;
- Se a hemorragia continuar, é necessário o socorro dos profissionais de saúde.

6.3.1.2 | Hemorragia dos pulmões (Hemoptise)

Sintomas:

Após um acesso de tosse, o sangue sai pela boca em golfadas e é vermelho rutilante.

Como agir:

- Coloque o doente em repouso no leito com a cabeça mais baixa que o corpo;
- Não o deixe falar, mantendo-o calmo;
- Procure um profissional de saúde imediatamente.

6.3.1.3. Hemorragia do estômago (Hematêmese)

Sintomas:

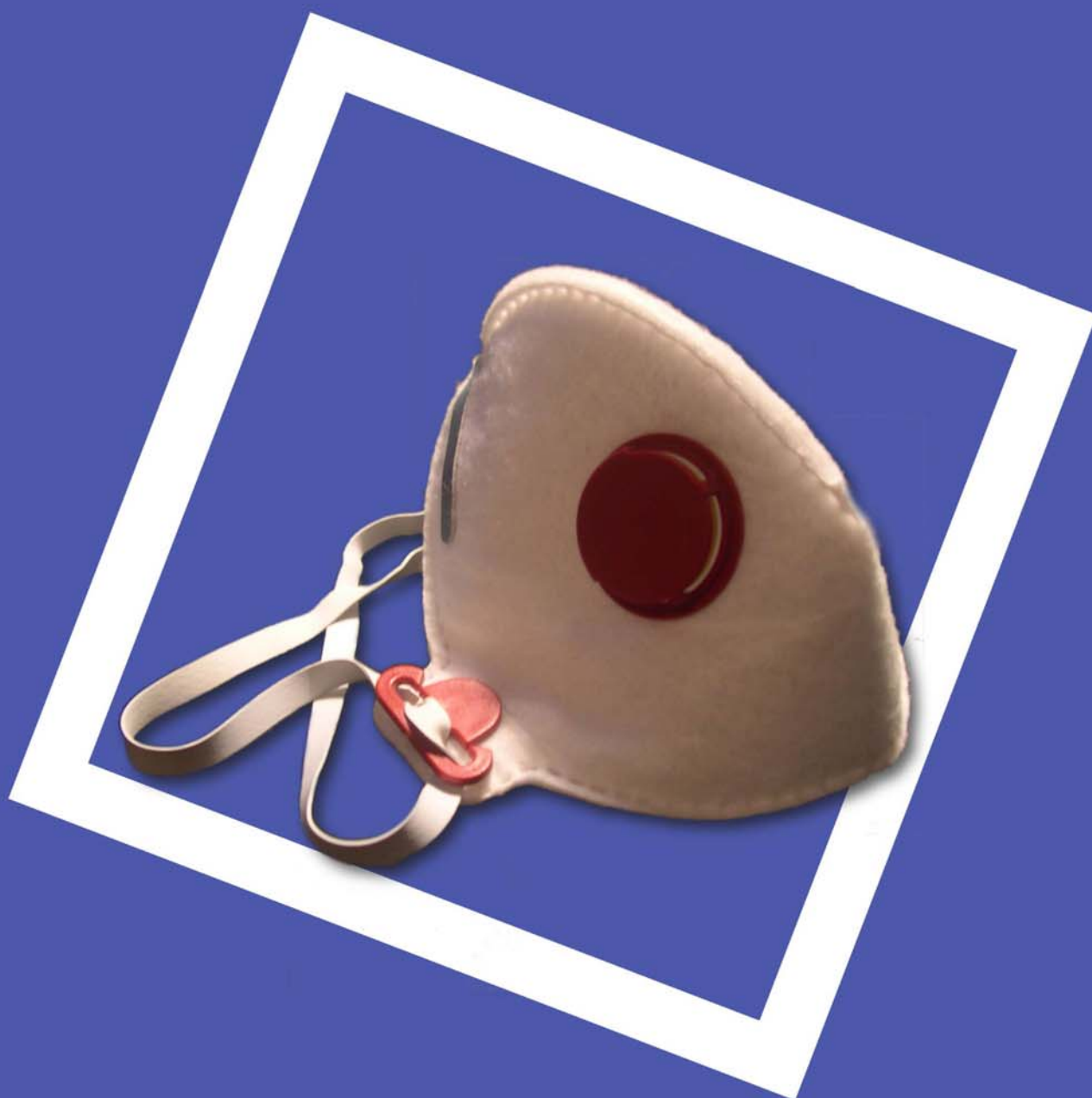
O paciente geralmente apresenta, antes da perda de sangue:

- Enjoo;
- Náuseas;
- Ao vomitar, vem sangue como se fosse borra de café.

Como agir:

- Coloque o doente deitado sem travesseiro;
- Não dê nada à vítima pela boca;
- O atendimento por profissional de saúde é indispensável.

Estado de choque



7.1 | Definição

Choque é a incapacidade do sistema cárdio-circulatório fazer chegar aos órgãos nobres a quantidade necessária de oxigénio e nutrientes.

O choque ocorre devido a uma inadequada perfusão (irrigação de sangue) dos tecidos do organismo provocada por alterações graves do aparelho cárdio-circulatório. Independentemente do mecanismo que desencadeia o choque, existe uma reacção em cadeia que leva a uma diminuição da função cardíaca, insuficiente distribuição de sangue pelos tecidos, associada, ainda, a uma deficiente ventilação, levando, por consequência, a alterações, mais ou menos graves, do funcionamento do sistema nervoso central.

Em todos os casos de lesões graves, grandes hemorragias, internas ou externas, pode surgir o estado de choque, sendo o mais frequente o choque hipovolémico. Em seguida será apresentada uma lista de situações em que poderão ocorrer estados de choque:

- Queimaduras graves, ferimentos graves ou extensos;
- Esmagamentos;
- Perda de sangue;
- Acidentes por choque eléctrico;
- Envenenamento por produtos químicos;
- Ataque cardíaco;
- Exposição a extremos de calor ou frio;
- Dor aguda;
- Infecção;
- Intoxicação por alimentos;
- Fracturas.

7.2 | Sinais

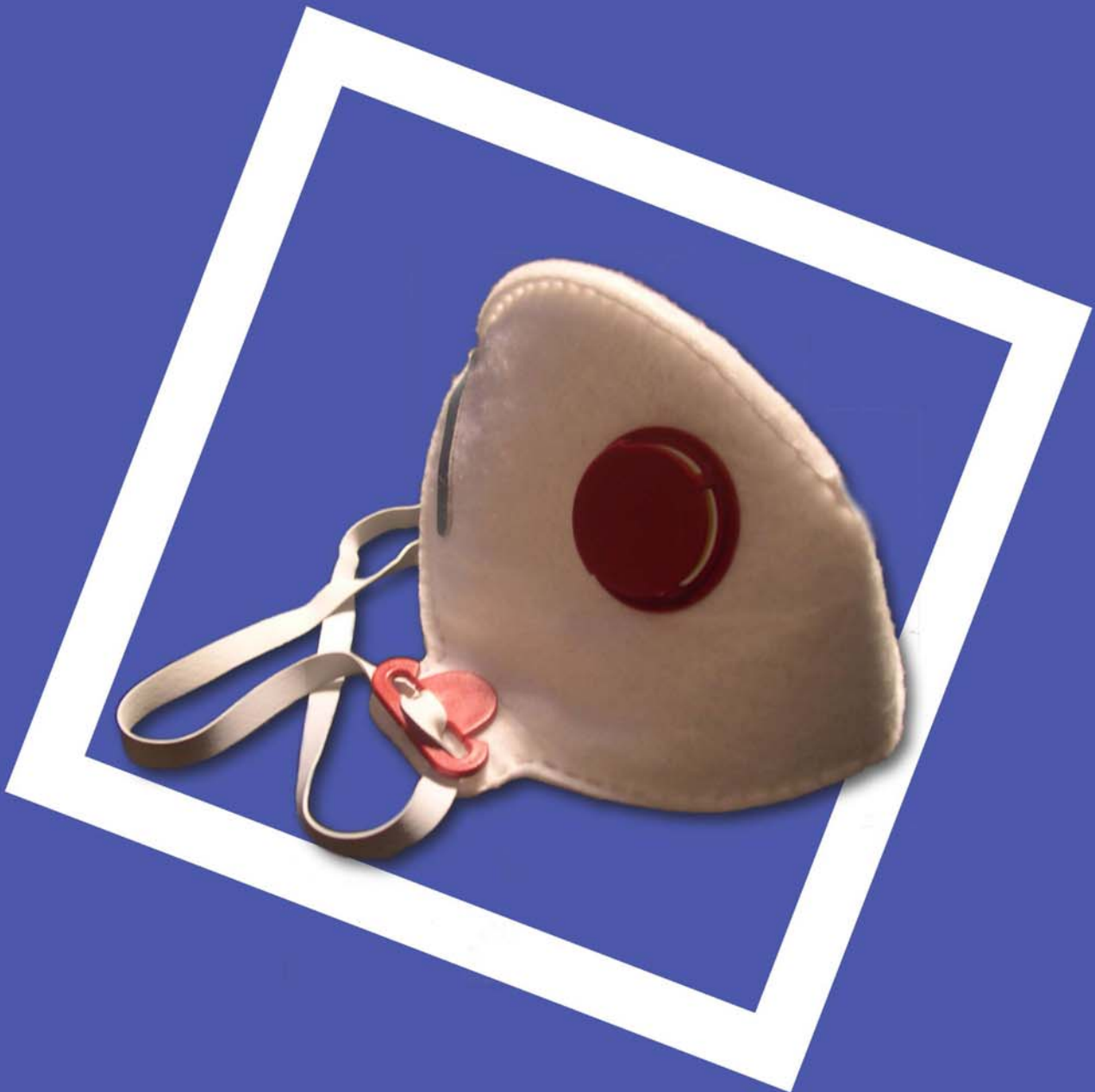
- Pele: fria e pegajosa;
- Suor: na testa e nas palmas das mãos;
- Face: pálida, com expressão de ansiedade;
- Frio: a vítima queixa-se de sensação de frio, chegando por vezes a ter tremores;
- Náuseas e vómitos;
- Respiração: superficial, rápida e irregular;
- Sede, agitação e confusão mental;
- Visão: nublada;
- Pulso: fraco e rápido;
- Poderá estar total ou parcialmente inconsciente.

7.3 | Como actuar

Enquanto espera a chegada de recursos médicos ou é providenciado o transporte da vítima, devem ser tomadas as seguintes medidas:

- Realize um rápido exame à vítima;
- Combata, evite a causa do choque, de possível (por ex: controle da hemorragia);
- Conserve a vítima deitada com as pernas elevadas em ângulo de 30 graus caso não haja fractura;
- Afrouxe a roupa apertada do pescoço, no peito e na cintura;
- Retire da boca, caso exista, dentadura, goma de mascar, etc.
- Mantenha a respiração;
- Mantenha a cabeça virada para o lado;
- Se for possível, mantenha a cabeça mais baixa que o tronco;
- Mantenha a vítima agasalhada, utilizando cobertores, mantas etc...
- Não administre.
 - Bebidas alcoólicas à vítima;
 - Líquidos a uma pessoa inconsciente;

Queimaduras



8.1 | Definição

Lesão decorrente da acção do calor, frio, produtos químicos, corrente eléctrica, emanações radioactivas e substâncias biológicas (animais e plantas).

São exemplos de queimaduras:

- Contacto directo com chama, brasa ou fogo;
- Contacto com gelo ou superfícies congeladas;
- Vapores quentes;
- Líquidos quentes ou em ebulição;
- Sólidos super-aquecidos ou incandescentes;
- Substâncias químicas (ácidos, soda cáustica, fenol, nafta, etc.);
- Emanações radioactivas;
- Radiações infravermelhas e ultravioleta (em aparelhos de laboratórios ou devido ao excesso de raios solares);
- Electricidade;
- Contacto com animais e plantas. Ex: animais: larvas, medusa, água-viva e alguns sapos; plantas: Urtiga.

8.2 | Gravidade das queimaduras

Para avaliar a gravidade das queimaduras é necessário ter em conta:

- 1º - A causa da queimadura;
- 2º - A extensão da superfície corporal queimada;
- 3º - A profundidade da queimadura;
- 4º - O local da queimadura;
- 5º - A idade da vítima.

8.3 | Causas das queimaduras

As queimaduras podem ser provenientes de vários tipos de acidentes:

- Queimaduras pelo calor

O calor pode ser húmido, como o calor de vapor ou de água a ferver, ou seco como o calor de fogo ou qualquer objecto quente como metal, vidro, etc.

- Queimaduras químicas

São comuns na indústria as substâncias químicas que causam queimaduras graves: ácidos (ácido clorídrico e ácido sulfúrico), alcalinos/bases (soda cáustica).

- Queimaduras Eléctricas

A electricidade queima, não só no ponto de contacto ou entrada no corpo, mas, também, no trajecto e no local de saída. Para além disto, o chamado «choque eléctrico» pode provocar paragem ventilatória ou uma alteração cardíaca muito grave que tem o mesmo efeito que a paragem cardíaca.

- Queimaduras por radiações

As radiações mais comuns são os raios ultravioleta (que existem na luz solar), os raios X e as produzidas por substâncias radioactivas.

8.4 | Extensão das queimadura

Para determinar a extensão da superfície corporal queimada, utiliza-se a regra dos nove.

Quanto mais extensa for a área queimada, maior será a gravidade.

O risco de vida é maior nos grandes queimados. Diz-se que existe um grande queimado quando se verifica:

- Criança com mais de 10% de área corporal queimada;
- Adulto com mais de 15% de área corporal queimada.

Para dar uma ideia aproximada da superfície queimada pode-se usar a "regra dos nove": *

- Cabeça - 9% da superfície do corpo;
- Pescoço - 1%;
- Membro superior esquerdo - 9%;
- Membro superior direito - 9%;
- Tórax e abdómen (frente) - 18%;
- Tórax e região lombar (costas) - 18%;
- Membro inferior esquerdo - 18% ;
- Membro inferior direito - 18%;
- (a área dos órgãos genitais - 1% - está incluída na do tórax e abdómen).

8.5 | Profundidade das queimaduras

As queimaduras podem ser classificadas quanto à sua profundidade em três graus, primeiro grau, segundo grau e terceiro grau.

- **Primeiro grau: lesão das camadas superficiais da pele.**

Sinais e sintomas:

- Vermelhidão;
- Dor local suportável;
- Não há formação de bolhas EX: aquelas causadas pelos raios solares.

- **Segundo grau: lesão das camadas mais profundas da pele.**

Sinais e sintomas:

- Formação de bolhas;
- Desprendimento de camadas da pele;
- Dor e ardência locais de intensidade variável.

- **Terceiro grau: lesão de todas as camadas da pele.**

Sinais e sintomas:

- Comprometimento de tecidos mais profundos até ao osso. A pele fica acastanhada ou negra, podendo-se apresentar por vezes sem dor.

Queimaduras de 1, 2, 3 Grau podem apresentar-se no mesmo paciente.

(*valores somente para Adultos)

8.6 | Localização das queimaduras

- Queimaduras das vias aéreas

As queimaduras das vias aéreas são sempre graves e deve sempre suspeitar-se quando existem queimaduras da face, sobretudo à roda da boca. Geralmente, a vítima tosse, expelindo partículas de carvão e sangue, e tem dificuldade respiratória, devido ao edema da laringe, podendo, ainda, apresentar bolhas nos lábios e narinas.

- Queimaduras das mãos e pés

As queimaduras das mãos e pés, ou a nível de qualquer articulação, são também graves, pela possibilidade da perda dos movimentos.

- Queimaduras com feridas ou fracturas

As queimaduras complicadas com feridas ou fracturas são sempre graves.

- Queimaduras dos órgãos genitais

As queimaduras dos órgãos genitais são sempre também graves.

8.7 | Cuidados de emergência gerais

Prevenir o estado de choque;

Controlar a dor;

Evitar a contaminação.

- O primeiro cuidado será manter a abertura das vias aéreas e assistir a ventilação;

- A aplicação de pensos, evita o contacto com o ar o que diminui a dor ;

- Devem ser utilizados pensos esterilizados para evitar a contaminação da superfície queimada;

- Se a extensão da queimadura é grande, devem utilizar-se para cobrir a vítima lençóis esterilizados, ou, na falta destes, lençóis limpos;

- Não se deve aplicar qualquer tipo de gordura. Apenas se podem aplicar compressas frias e húmidas para aliviar a dor;

- Nas queimaduras dos dedos, das axilas, etc., sempre que duas zonas da pele estejam em contacto, devem colocar-se pensos a separá-las, para impedir que adiram.

8.8 | Cuidados de emergência específicas

8.8.1 | Queimaduras térmicas

São exemplos de queimaduras térmicas, as provocadas por:

Líquidos quentes, fogo, vapor, raios solares, etc.

Como actuar

- Deite a vítima;

- Coloque a cabeça e o tórax da vítima em plano inferior ao resto do corpo. Levante-lhe as pernas, se possível num ângulo de 30 graus;

- Se a vítima estiver consciente, dê-lhe bastante líquido: água, chá, café, sumos de frutas. NUNCA ADMINISTRE BEBIDAS ALCOÓLICAS;

- Coloque um pano limpo, humedecido em soro fisiológico, para proteger a lesão e manter a temperatura corporal tendo o cuidado de humedecer também o local;

Procure imediatamente os profissionais de saúde: desloque a vítima para um hospital, se possível em ambulância.

Nas pequenas queimaduras

- Lave o local com água fria, limpa e corrente durante aproximadamente 15 minutos;
- NÃO toque na lesão;
- NÃO fure bolhas;
- NÃO coloque sobre a lesão soluções ou pomadas.

8.8.2 | Queimaduras químicas

Como actuar:

- Lave a área atingida com bastante água;
- Se a queimadura é de pó químico, retirar todo o pó da pele, e retirar as roupas e só depois aplicar o soro ou água corrente;
- Proceda como nas queimaduras térmicas, prevenindo o choque e a dor;
- Cubra com gaze ou pano limpo;
- Remova a vítima para um hospital.

O que não deve fazer:

- NÃO aplique unguentos, gorduras, bicarbonato de sódio ou outras substâncias em queimaduras externas;
- NÃO retire corpos estranhos ou gorduras das lesões;
- NÃO fure as bolhas existentes;
- NÃO toque com as mãos a área queimada.

Todas as queimaduras devem ser examinadas por um médico ou enfermeiro, excepto no caso em que a pele esteja apenas avermelhada e se trate de uma pequena área queimada.

8.8.3 | Queimaduras nos Olhos

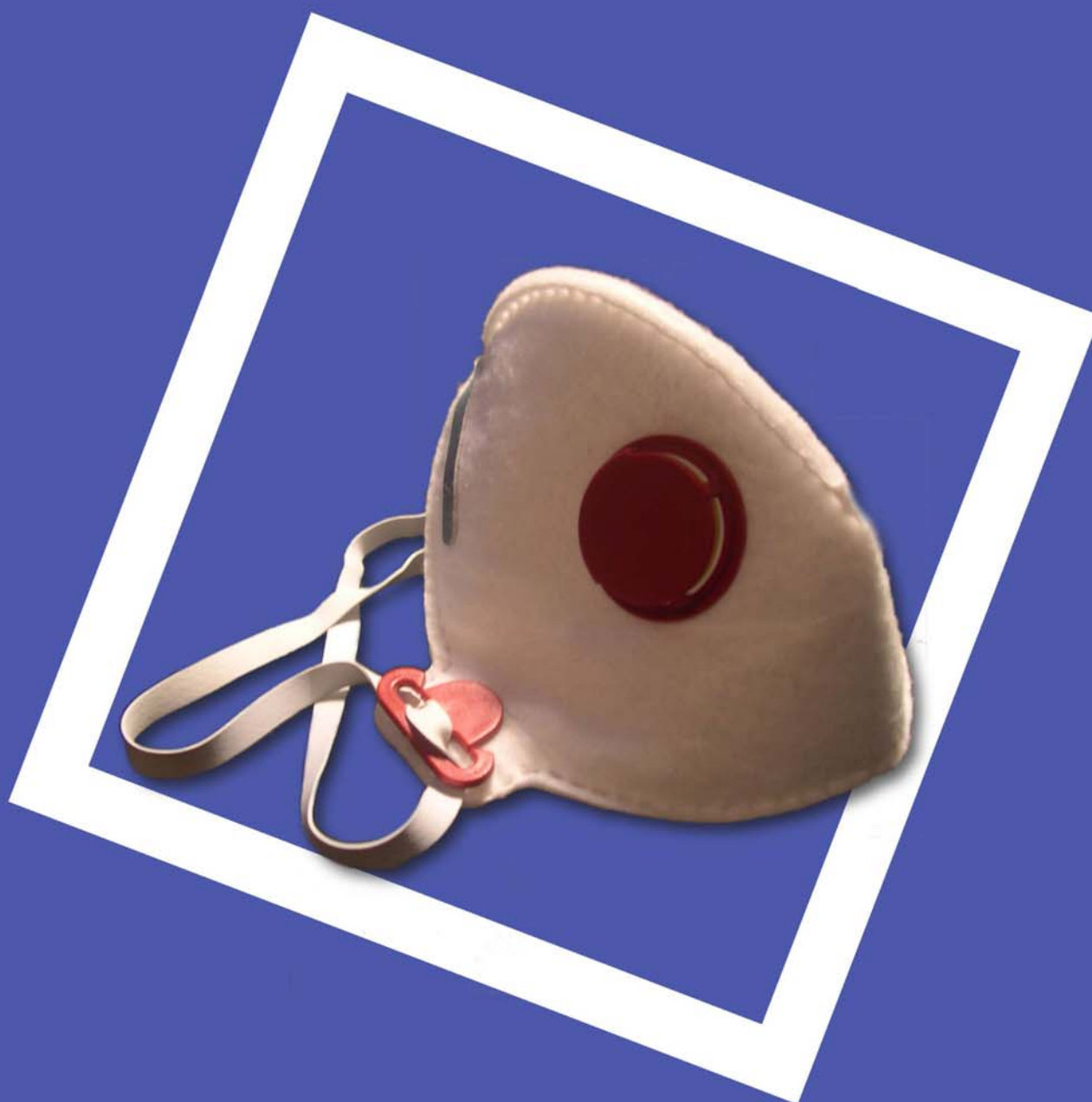
Definição

Podem ser produzidas por substâncias irritantes - ácidos, álcalis, água quente, vapor, cinzas quentes, pó explosivo, metal fundido, chama directa.

Como actuar:

- Lavar os olhos com água em abundância ou, se possível, com soro fisiológico, durante vários minutos;
- Não esfregar os olhos;
- Não pingar colírios;
- Vendar os olhos atingidos com uma gaze ou pano limpo gelado;
- Consultar um profissional de saúde com a maior brevidade possível.

Fracturas



Introdução

Fractura é a alteração da continuidade do osso, causada por uma pancada muito forte, uma queda ou esmagamento.

As fracturas expostas exigem cuidados especiais, portanto cubra o local com um pano limpo ou gaze e procure socorro médico imediato.

9.2 | Classificação das fracturas

As fracturas podem ser classificadas em três tipos:

Fractura Fechada - Quando o osso partiu, mas a pele não foi perfurada.

Fractura Exposta - Quando o osso está partido e a pele rompida.

Fracturas complicadas de feridas – existem feridas que não têm a ver com a fractura, não estando os topos ósseos em contacto com o exterior.

Sinais e sintomas:

- Dor ou grande sensibilidade num osso ou articulação;
- Incapacidade de movimentar a parte afectada, além do adormecimento ou “formigueiro” da região;
- Inchaço e pele arroxeadada, acompanhado de uma deformação aparente do membro magoado;
- Crepitação do tecido ósseo – o movimento anormal dos topos ósseos a nível de uma fractura produz uma sensação que se pode ouvir e sentir;
- Equimoses e hematomas;
- Exposição dos topos ósseos.

Como actuar:

- Solicite assistência médica e, enquanto isso, mantenha a pessoa calma e aquecida.
- Verifique se o ferimento não interrompeu a circulação sanguínea;
- Imobilize o osso ou articulação atingido com uma tala. As talas deverão ter comprimento suficiente para ultrapassar a articulação acima e abaixo da fractura. Qualquer material rígido pode ser empregado, como: tala, tábua, estaca, papelão, vareta de metal ou mesmo uma revista grossa ou um jornal grosso e dobrado. Use panos ou outro material macio para alcochoar as talas, a fim de evitar danos à pele. As talas devem ser colocadas com ligaduras, ou tiras de pano não muito apertadas, no mínimo, em quatro pontos:

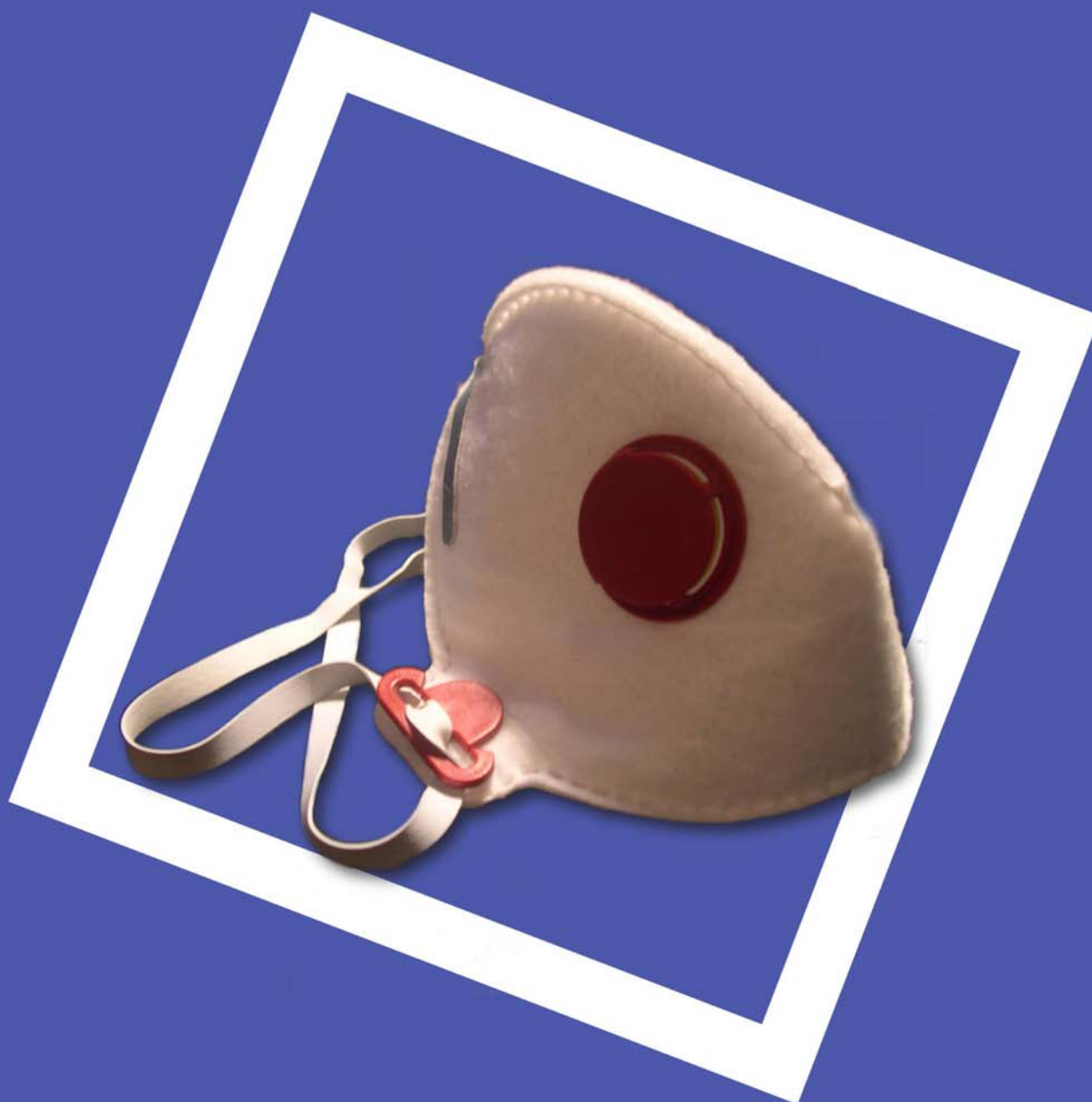
**ABAIXO da articulação, ABAIXO da fractura;
ACIMA da articulação, ACIMA da fractura.**

- Mantenha o local afectado em nível mais elevado que o resto do corpo e aplique compressas de gelo para diminuir o inchaço, a dor e a progressão do hematoma.

O que não se deve fazer

- Não movimente a vítima até imobilizar o local atingido;
- Não dê qualquer alimento ao ferido, nem mesmo água.

Lesões dos tecidos moles



10.1 | Definição

Qualquer rompimento anormal da pele ou superfície do corpo é denominado ferimento. A maioria dessas lesões compromete os tecidos moles, a pele e os músculos. As feridas podem ser abertas ou fechadas. A ferida aberta é aquela na qual existe uma perda de continuidade da superfície cutânea. Na ferida fechada, a lesão do tecido mole ocorre abaixo da pele, porém não existe perda da continuidade na superfície. Nestas últimas há lesão das camadas de tecido por baixo da pele, sem que esta tenha qualquer alteração da sua continuidade. São muito dolorosas, e causam **Edema** (inchaço) local e são acompanhadas por traumatismo dos vasos sanguíneos, originando hemorragias internas:

- as **equimoses** ou nódos negros, quando os vasos sanguíneos atingidos são capilares;
- os **hematomas**, quando há lesão em vasos de maior calibre.

10.2 | Como actuar

- Remover as roupas sobre um ferimento para que possa visualizar melhor a área lesada. Remova-as com o mínimo de movimentos. É melhor cortá-las do que tentar retirá-las inteiras, porque a mobilização poderá ser muito dolorosa e causar lesão e contaminação dos tecidos;
- Nos edemas e nas equimoses deve aplicar-se frio (gelo) sobre o local, para ajudar a diminuir o edema, a hemorragia e a dor;
- No caso de hematomas extensos, para além do frio no local, deve imobilizar a zona para evitar o agravamento da hemorragia;
- Não deverá tocar no ferimento;
- Se a ferida estiver suja, ou ainda, se for provocada por um objecto sujo, deverá ser limpa com o uso soro fisiológico ou água limpa;
- Diminua a probabilidade de contaminação de uma ferida, utilizando materiais limpos e esterilizados para fazer a limpeza inicial;
- Todos os ferimentos devem ser cobertos por uma compressa (esterilizada). Esta compressa deve ser posicionada sobre a ferida e fixada firmemente com uma ligadura;
- Controle as hemorragias;
- Se o ferimento for na região abdominal da vítima e houver a saída de órgãos (evisceração abdominal), o socorrista deverá cobrir as vísceras com compressas húmidas e não tentar recolocá-las para dentro do abdómen;
- Em alguns casos, partes do corpo da vítima poderão ser parcialmente ou completamente amputadas.

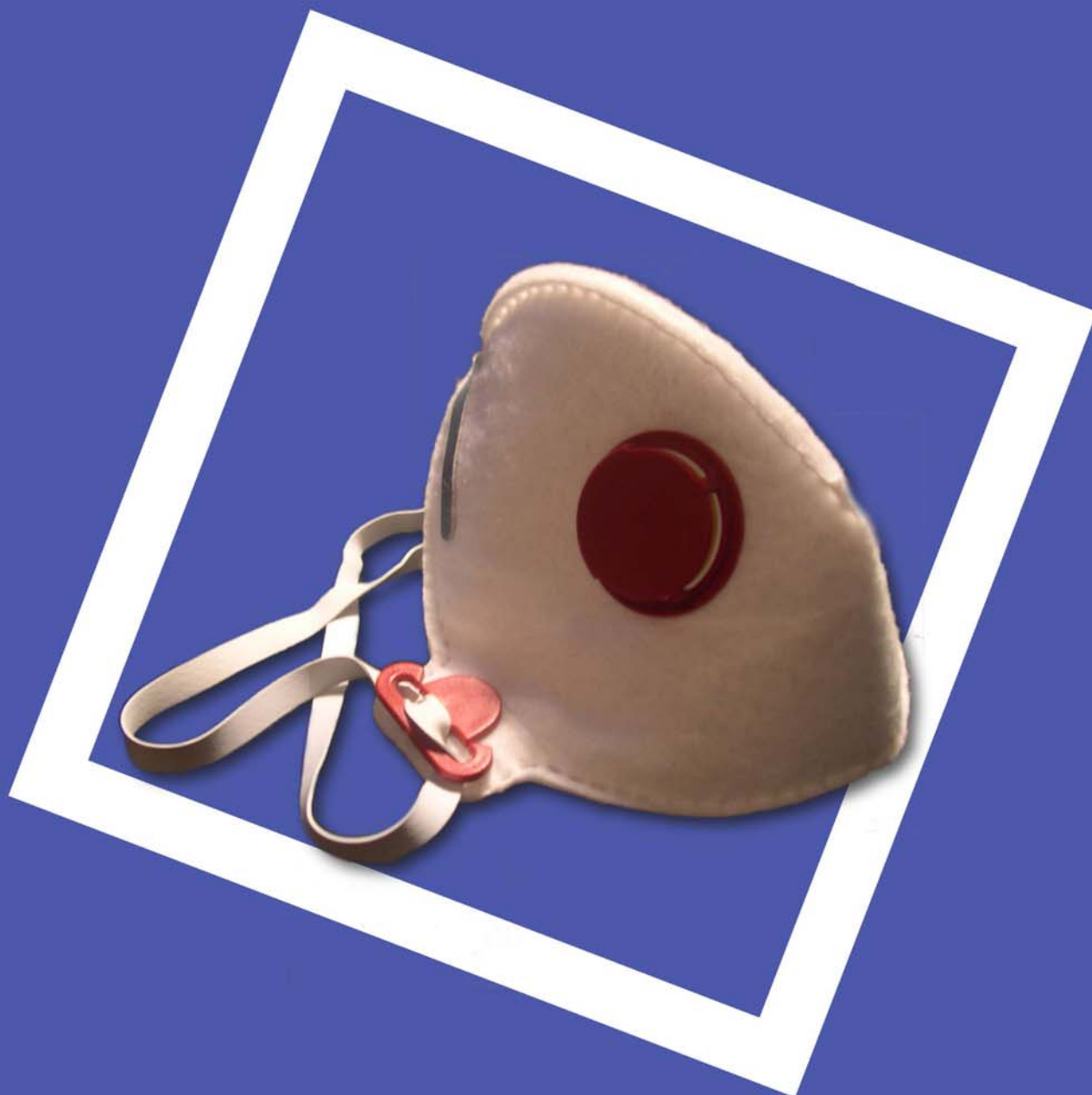
Às vezes, é possível, por meio de técnicas micro cirúrgicas, o replante de partes amputadas. Quanto mais cedo a vítima, junto com a sua parte amputada, chegar ao hospital, melhor. Conduza a parte amputada protegida dentro de um saco plástico com gelo moído. O frio ajudará a preservar o membro. Não deixe a parte amputada entrar em contacto directo com o gelo. Não lave a parte amputada e não ponha algodão em nenhuma superfície;

- Ter em atenção os sinais e sintomas de choque.

O que não se deve fazer:

- Não se deve remover corpos estranhos (facas, lascas de madeira, pedaços de vidro ou ferragens) que estejam fixados em ferimentos. As tentativas de remoção do corpo estranho (objecto cravado) podem causar hemorragia grave ou lesar ainda mais nervos e músculos próximos.

Envenenamentos



11 | Introdução

Alguns produtos agem como venenos, propagando-se por todo o corpo através do sangue. Fala-se, então, de intoxicação aguda.

Tais intoxicações podem traduzir-se por náuseas, vômitos, dores de cabeça, vertigens, perturbações respiratórias e, nos casos graves, por perda de consciência e paragens respiratórias, por vezes causadoras de morte.

11.1 | Sinais e sintomas

- Cheiro de veneno no hálito;
- 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 químicos abertos em poder da vítima;
- Evidência, na boca, de ter comido folhas ou frutos venenosos;
- Estado de inconsciência, de confusão ou mal súbito, quando for possível o acesso ou contacto da vítima com venenos;

Em caso de intoxicação, telefone para o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) do INEM:

808 250 143

11.2 | Informações a recolher

- Quem – idade, sexo, gravidez, etc.;
- O quê – produto, animal, planta, cogumelo;
- Quanto – quantidade de produto, tempo de exposição;
- Quando – há quanto tempo;
- Onde – em casa, no campo, na fábrica, etc;
- Como – em jejum, com alimentos, com bebidas alcoólicas, etc.

11.3 | Alguns conselhos para evitar intoxicações acidentais

- Explique às crianças o risco de tomar remédios de que não estão a precisar e o perigo de provar ou mexer em produtos perigosos;
- Não tome nem dê medicamentos às “escuras” e não exceda as doses prescritas;
- Guarde os medicamentos e outros produtos químicos (produtos de limpeza, pesticidas, tintas, petróleo, diluentes) fora do alcance das crianças;
- Não aplique raticidas, naftalina ou outros pesticidas em locais acessíveis às crianças;
- Não utilize embalagens vazias para guardar outros produtos, guarde-os nas suas verdadeiras embalagens;
- Feche as embalagens e guarde os produtos imediatamente após o uso;
- Não dê embalagens vazias às crianças para brincar;
- Não ponha produtos de uso doméstico junto a comidas ou bebidas;
- Guarde em segurança as bebidas alcoólicas;
- Não esqueça que os perfumes, águas-de-colónia e loções para a barba podem ser soluções alcoólicas;

- Conheça o significado dos símbolos existentes nos rótulos;
 - Leia as instruções de aplicação com cuidado e aplique os produtos dentro das regras de segurança, principalmente quando usar pesticidas, produtos corrosivos, tira nódoas e vernizes;
 - Não deixe abandonadas embalagens de pesticidas destapadas, vazias ou vasilhas com resto de caldas;
 - Após usar, feche as torneiras do gás e tenha sempre as instalações em bom estado e, se possível com dispositivos de segurança;
 - Não tenha instalações de gás na casa de banho;
 - Não tenha plantas tóxicas em casa ou no jardim;
 - Não deixe as crianças comerem bagas ou sementes de plantas desconhecidas;
 - Não apanhe nem cozinhe cogumelos frescos, se não os distinguir com exactidão;
 - A calma é muito importante, não se precipite mas não perca tempo.
- Tenha o número do CIAV perto do telefone: 808 250 143

11.4 | O que não se deve fazer

Não provoque o vómito caso a vítima esteja inconsciente ou se tiver ingerido:

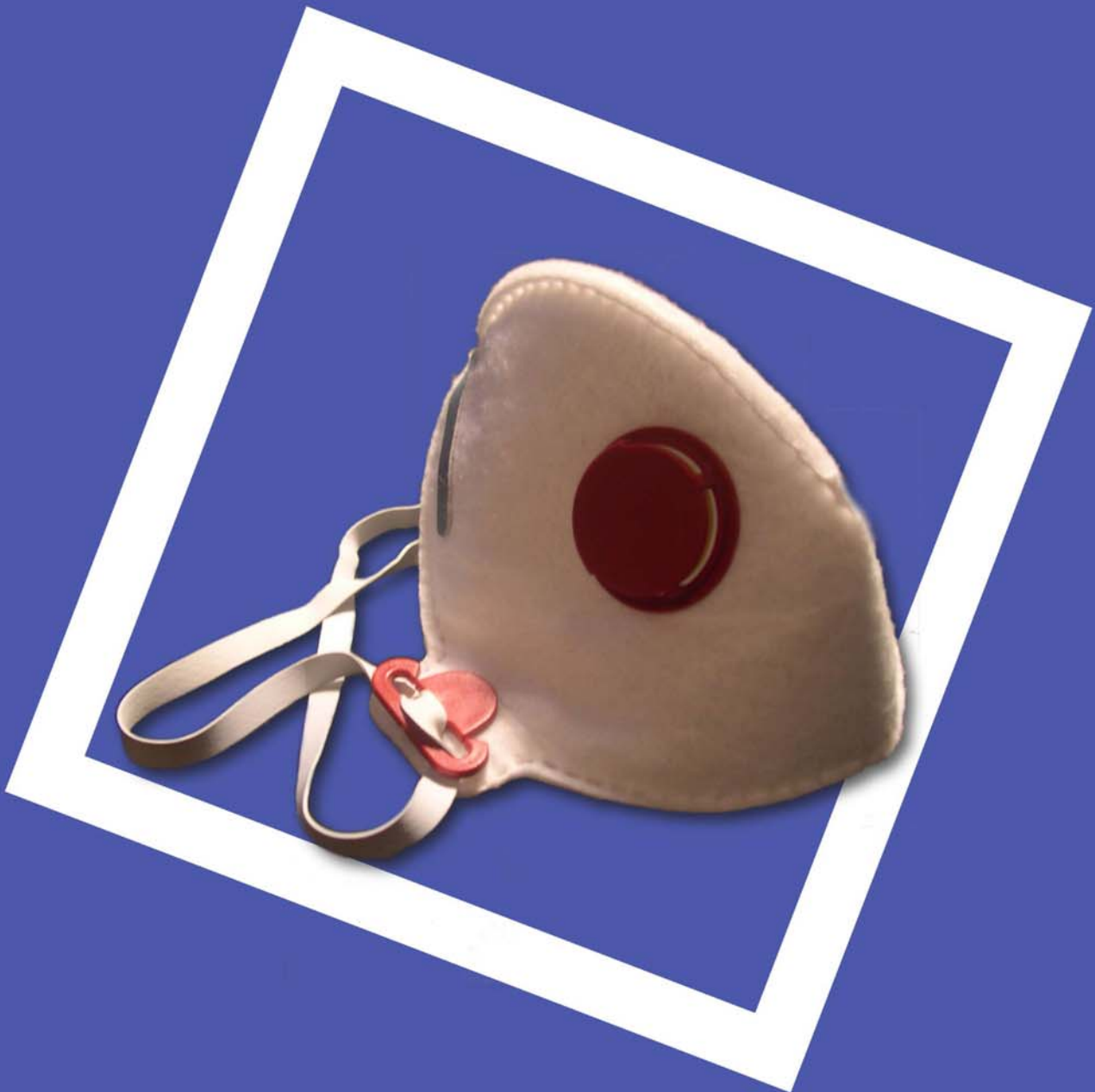
- Soda cáustica;
- Produto de petróleo (querosene, gasolina, líquidos de isqueiro, etc...);
- Ácidos;
- Água de cal;
- Amónia;
- Produtos de uso doméstico;
- Hipoclorito.

Não administre álcool na vítima!

Não deixe o envenenado andar!

Não dê azeite ou óleo ao envenenado!

Traumatismos crâneo-encéfalicos



12.1 | Definição

Excepto os de menor gravidade, os ferimentos na cabeça requerem sempre pronta atenção de um profissional de saúde.

As lesões da cabeça incluem o traumatismo do couro cabeludo, do crânio e do cérebro. Acidentes com pancadas fortes na cabeça são geralmente acompanhados de hemorragias no cérebro, as quais, se não corrigidas de forma urgente, podem causar lesões graves e até a morte.

O traumatismo crâneo-encefálico (TCE) afecta todos os sistemas do organismo.

12.2 | Sinais e sintomas

Os sinais e sintomas mais comuns são:

- Perda da consciência;
- Tonturas;
- Dores de cabeça;
- Irritabilidade;
- Desorientação;
- Hemorragia pelo nariz, boca e ouvidos;
- Anormalidade no diâmetro das pupilas;
- Convulsões;
- Equimoses ao redor dos olhos e atrás dos ouvidos;
- Fracturas no crânio;
- Alterações do ritmo respiratório ou até a paragem da respiração;
- Ausência ou diminuição de sensibilidade dos membros superiores e inferiores.

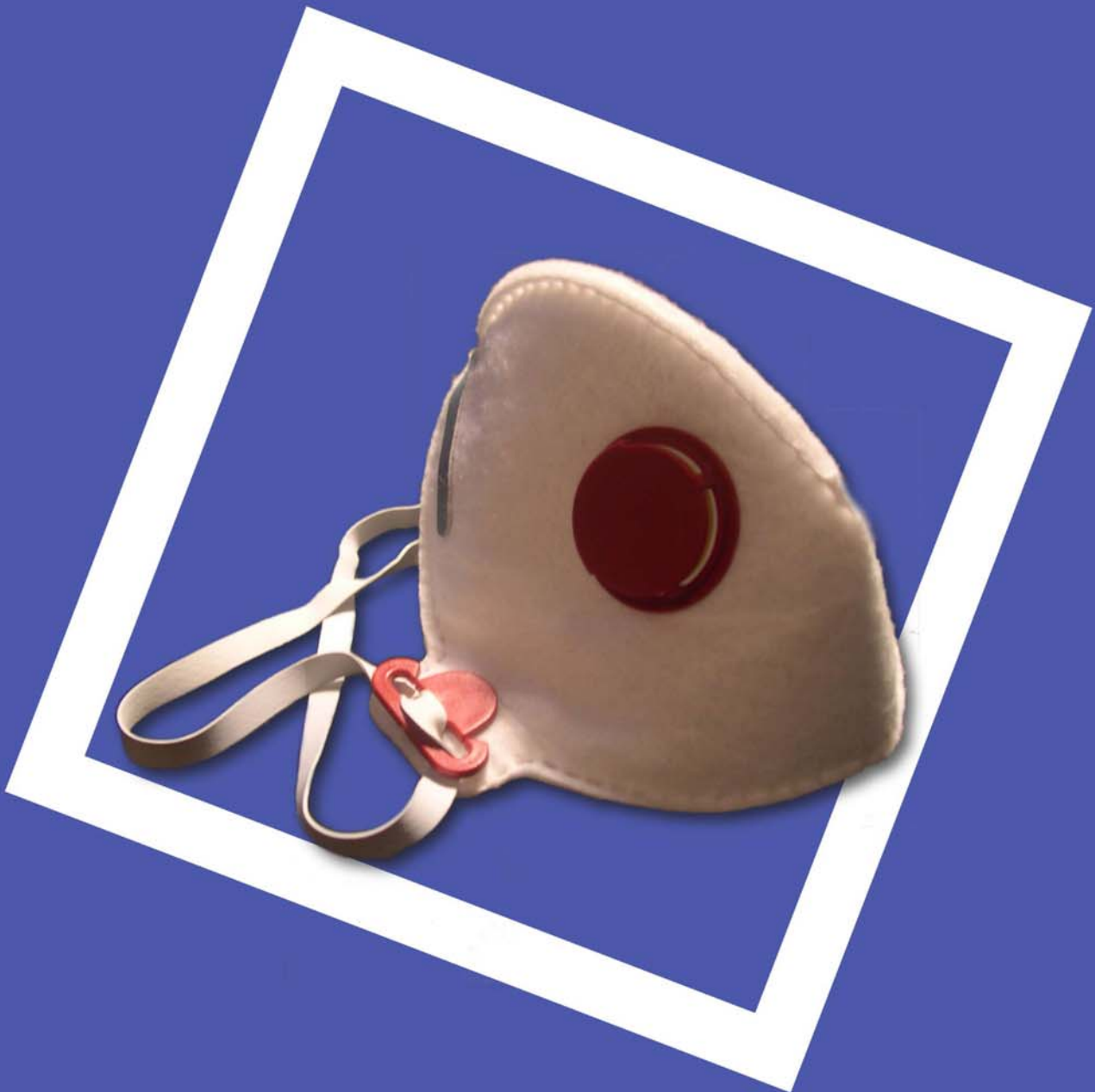
12.3 | Como actuar

Ao atender uma vítima com suspeita de TCE, o socorrista deverá presumir que ela possua também uma lesão na coluna cervical, até que se prove o contrário. O transporte da vítima deverá ser realizado numa maca rígida, com a cabeça e o pescoço mantidos em alinhamento com o eixo do corpo. Deveremos também imobilizar a cabeça e o pescoço com um equipamento denominado colar de imobilização cervical.

Os cuidados de emergência necessários para atendimento de uma vítima com lesões cranianas ou encefálicas são os seguintes:

- Mantenha as vias respiratórias sempre permeáveis (abertas);
- Controle as hemorragias externas por compressão;
- Se o sangramento for no nariz, na boca ou num ouvido, vire a cabeça da vítima para o lado que está a sangrar. Se derramar pelo ouvido um líquido límpido, incolor, deixe sair naturalmente, virando a cabeça de lado;
- Se suspeitar de lesões associadas na coluna cervical:
- Imobilize e transporte para um hospital com constante observação dos sinais vitais;
- Eleve a cabeceira da maca 30° com a vítima em plano duro;
- Mantenha vigilância rigorosa do estado de consciência;
- Em caso de não possuir material de imobilização a vítima não deverá ser movimentada, excepto se estivermos perante uma situação de perigo de vida imediato (paragem cardíaca) ou a segurança estiver em causa (caso de incêndio).

Traumatismos vértebro-medulares



13.1 | Definição

As lesões na coluna, são problemas muito comuns nos acidentes por desaceleração. Estas vítimas, se atendidas de forma inadequada ou por pessoa leiga que não possua os conhecimentos das técnicas de socorro e imobilização, poderão ver as suas lesões agravadas ou o comprometimento neurológico definitivo da região atingida.

O tratamento imediato, logo após o acidente, é essencial. A manipulação imprópria pode causar dano maior e perda da função neurológica. Qualquer vítima de acidente de trânsito, queda de nível, ou qualquer outro traumatismo na região craniana ou cervical, deverá ser considerada portadora de uma lesão na coluna vertebral, até que tal possibilidade seja afastada.

13.2 | Situações em que pode acontecer lesão medular

- Acidente de viação;
- Acidente de mergulho;
- Queda ou salto, de altura;
- Traumatismo acima das clavículas;
- Lesões por soterramento;
- Choque eléctrico;
- Armas de fogo;
- Politraumatizados;
- Vítimas inconscientes após traumatismo craniano;
- Traumatismo directo da coluna.

13.3 | Sinais e sintomas

Os sinais e sintomas mais comuns de lesão na coluna são:

- Dor local;
- Incapacidade de se movimentar;
- Perda da sensibilidade táctil nos membros superiores e inferiores;
- Sensação de formigueiro nos membros;
- Deformação na coluna;
- Saída involuntária de fezes e urina (“incontinência de esfíncteres”);
- Dificuldade ventilatória;
- Alteração dos sinais vitais.

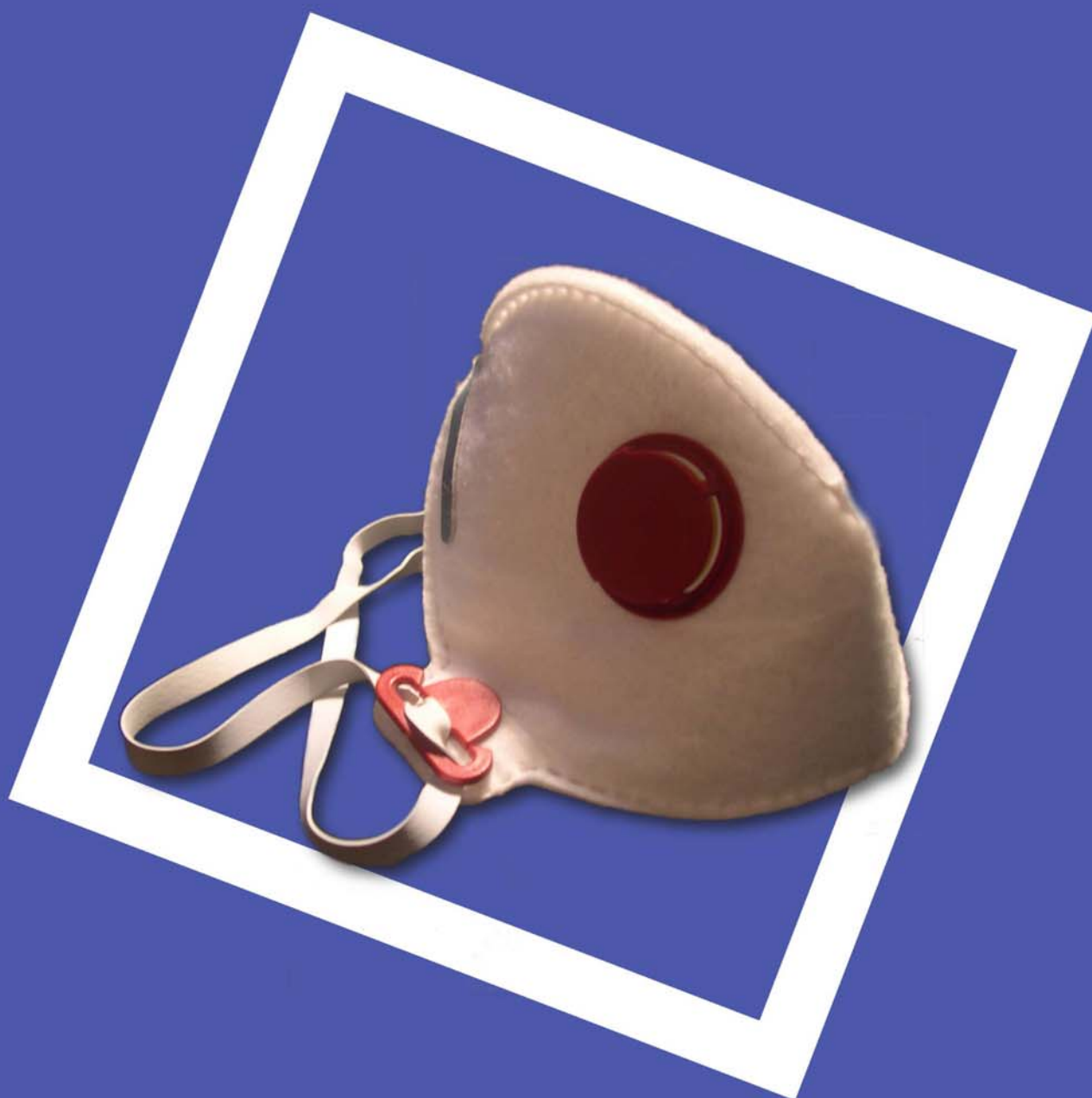
13.4 | Como actuar

Vítimas conscientes devem ser orientadas a não movimentarem a cabeça mantendo um alinhamento tão perfeito quanto possível entre a cabeça e o pescoço (o alinhamento é feito pelos seguintes pontos de referência: ponta do nariz, umbigo e pés).

É, por isso, importante cumprir algumas regras fundamentais no tratamento pré-hospitalar de uma vítima com suspeita de traumatismo da coluna:

- Toda a vítima inconsciente após acidente deverá ser tratada partindo do pressuposto que tem uma lesão da coluna;
- Nos casos de vítimas conscientes, mas que apresentam sinais e sintomas de traumatismo crânio-encefálico, deve suspeitar-se sempre de lesão da coluna;
- Vítimas com suspeita de traumatismo da coluna, nunca devem ser mobilizadas, excepto se houver perigo de vida no local onde se encontra a vítima (fogo, desabamento, explosão, etc.) ou se o socorrista tiver que iniciar manobras de reanimação ou tentar controlar hemorragia grave;
- Para se dar início a qualquer movimento da vítima, deve-se fazer em primeiro lugar a tracção da coluna, seguida de alinhamento progressivo entre o nariz, umbigo e pés;
- Manter vigilância dos sinais vitais (estas vítimas podem entrar em paragem ventilatória, por paralisia dos músculos torácicos);
- Não esquecer de fazer sempre tracção da coluna e colocar o colar cervical antes do levantamento. No caso de ser efectuado um rolamento para decúbito dorsal, o colar cervical deverá ser colocado só depois de executada tal manobra;
- Nunca deve ser feito nenhum levantamento com menos de quatro elementos no adulto;
- O socorrista que no local tiver mais conhecimentos destas técnicas deverá ficar à cabeça da vítima, sendo responsável pela tracção e alinhamento desta e comandando toda a operação;
- A vítima deverá ser colocada em maca de vácuo tipo «coquille» ou plano rígido;
- Por fim deve-se iniciar o transporte, devendo este ser feito de forma calma e muito suave.

Técnicas de mobilização de vítimas traumatizadas



14 | Introdução

A remoção ou movimentação de um acidentado deve ser feita com um máximo de cuidado, a fim de não agravar as lesões existentes. Seguidamente são apresentadas duas técnicas para mobilização de vítimas traumatizadas. O Rolamento e o Levantamento:

14.1 | Rolamento

Esta técnica necessita de, pelo menos, três elementos, sendo o ideal quatro.

Pode ser aplicada na mobilização de vítimas inconscientes, traumatizadas, sem suspeita de lesão de cintura pélvica (deverão ser sempre mobilizadas como se tivessem lesão cervical).

Devem ser evitados movimentos desnecessários.

Optar pela técnica de levantamento nas vítimas em decúbito dorsal em casos de:

- fracturas da cintura pélvica;
- eviscerações;
- objectos empalados;
- politraumatismos laterais;

14.2. | Como actuar

1º- O chefe da equipa fará a imobilização, a tracção e o alinhamento possíveis da coluna cervical, segundo o eixo nariz, umbigo e pés. Comandarà os movimentos que se seguem, sempre com atenção ao alinhamento e ao local de chegada da vítima, durante e após o rolamento.



14.2.1.1 Vítima em decúbito dorsal

O segundo elemento colocar-se-á lateralmente, de joelhos, com o plano duro entre si e o corpo da vítima, inclinado, encostado às suas coxas, de forma a que o topo fique ao nível superior da cabeça da vítima;

O terceiro e o quarto elementos, no lado oposto, colocarão os membros da vítima ao longo do corpo da mesma, por forma a permitir o rolamento e, sempre a comando do chefe de equipa. Também sobre a orientação do chefe e com a ajuda de um segundo elemento que poderá ser uma pessoa que se encontre no local, rolarão para eles o corpo, mantendo o alinhamento e a imobilização da coluna vertebral, para que o segundo elemento ajuste o plano duro à região dorsal;



De seguida, enquanto este segundo elemento vai diminuindo a inclinação do plano duro o terceiro e o quarto vão rolando o corpo da vítima para cima dele, acompanhando o movimento, até à horizontal;



A comando do chefe, a vítima é centrada no plano duro, procedendo-se de seguida à sua imobilização, com os estabilizadores laterais de cabeça e pelo menos três cintos no plano.



14.2.2 | Vítima em decúbito ventral

O segundo elemento ajustará o plano duro ao corpo da vítima, coloca-se no lado para onde irá rolar a vítima, enquanto o terceiro e o quarto elementos ficarão do lado oposto. Farão o rolamento do corpo da vítima para cima do Plano, tendo em atenção que o braço da vítima do lado do Plano que, se for possível, deverá ser elevado ao lado da cabeça.

Ao comando do chefe de equipa a vítima é centrada no plano duro, sendo então aplicado o colar cervical.

14.3 | Levantamento

Um levantamento correcto necessita de, pelo menos, quatro elementos, até ao número ideal de seis.

Todos os movimentos desnecessários devem ser evitados.

Como actuar:

1. Antes de realizar o levantamento deve fazer-se ou manter-se a tracção, alinhamento e imobilização cervical, e aplicar o colar cervical. O chefe da equipa tem as seguintes responsabilidades:

- manter a imobilização da vítima;
- manter o alinhamento segundo o eixo nariz, umbigo e pés;
- comandar todos os movimentos.



2. Os restantes elementos devem colocar-se 2 a 2 de cada lado da vítima. Com o mesmo joelho no chão, colocam correctamente os membros da vítima de forma a permitir o levantamento. Por fim, um sexto elemento introduzirá o plano duro por debaixo da vítima.

Nota: O quarto, quinto e sexto elementos não necessitam de formação especial e podem ser elementos da população.

3. Colocação das mãos

Para perceber a correcta posição durante o levantamento, todos os elementos alinham as mãos com as palmas para cima sobre a vítima. As mãos de cada elemento alternam com as do elemento que se encontra à sua frente (ver foto). Desta forma as mãos serão posicionadas de maneira a distribuir o peso (da cintura escapular, do tronco, cintura pélvica e dos membros) da vítima, para que esta seja mobilizada o menos possível.



4. Introduzir

De seguida, sem perturbar o alinhamento, as mãos devem ser introduzidas por debaixo da vítima, com movimentos de deslizamento.



5. Levantar

O levantamento é feito em bloco, até à altura do joelho, sempre segundo indicação expressa do chefe de equipa (P.Ex. “à voz de três”).



6. Introdução do plano duro

O plano duro será introduzido por baixo da vítima, pelo lado dos pés, de forma a que o topo do plano fique ao nível superior da cabeça da vítima.

12



7. Na ausência de plano duro pode utilizar-se caso exista, uma maca de vácuo. Esta, previamente endurecida, pode ser utilizada como plano duro inicial.

8. Baixar

Sob indicação do chefe de equipa, o abaixamento é realizado em bloco. As mãos devem ser retiradas com os mesmos cuidados que se teve quando foram introduzidas.

13

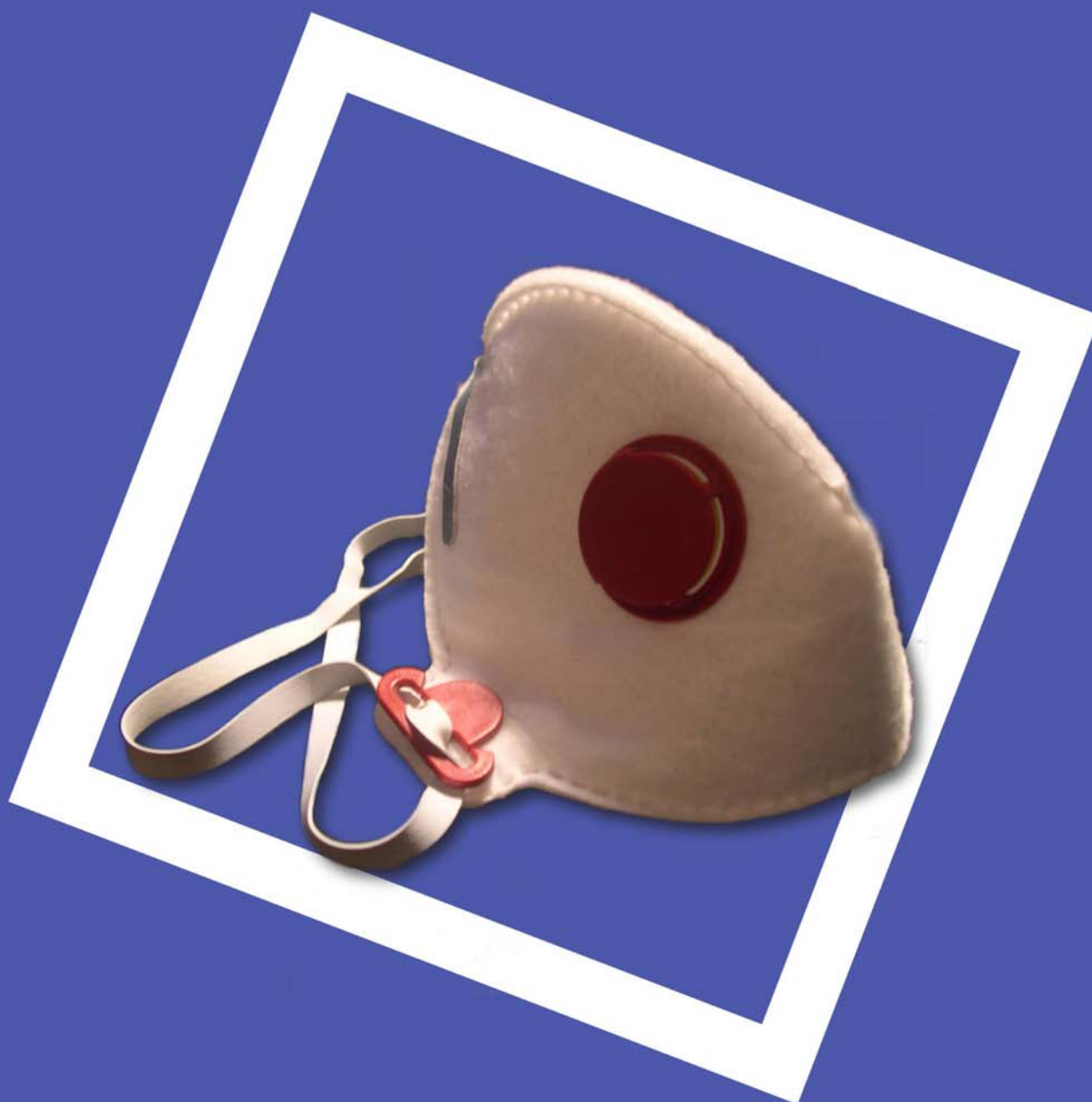


9. A comando do chefe, a vítima é centrada no plano duro, procedendo-se de seguida à sua imobilização, com os estabilizadores laterais de cabeça e pelo menos três cintos no plano.

14



Bibliografia



CARNEIRO, A. H. - **Manual de Reanimação**, Conselho Português de Ressuscitação, Lisboa, 1998.

ESCOLA NACIONAL DE BOMBEIROS, **Curso de Socorrismo**, 2ª Edição, revista e actualizada em Fevereiro de 2000, 164 pág.

INEM- Direcção de Serviços de Formação, **Manual de Tripulante da Ambulância de Transporte**, Março de 2002.

INSTITUTO Nacional de Emergência Médica – **Técnicas de Extracção e Imobilização de Vítimas de Trauma**, Direcção de Serviços de Formação, Lisboa, 2003.

INSTITUTO Nacional de Emergência Médica – **Desencarceramento e Extracção de Vítimas de Trauma**,: Direcção de Serviços de Formação, Lisboa.

INSTITUTO Nacional de Emergência Médica – **Manual de Suporte Avançado de Vida**, Direcção de Serviços de Formação, Lisboa, 2002.

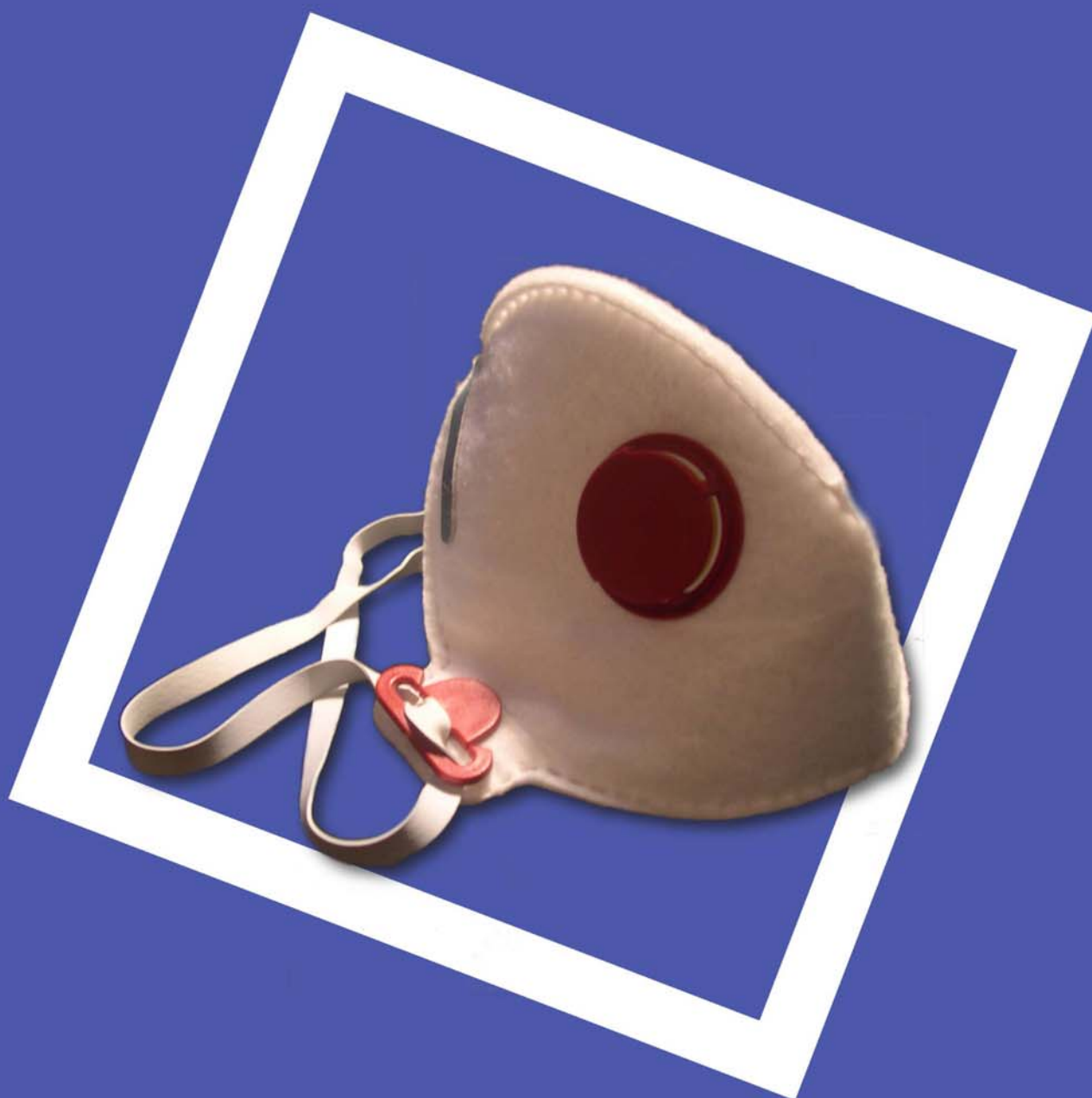
ISSELBACHER, K. J. - Harrison **Medicina Interna Compêndio**. México: Nueva Editorial Interamericana, 1995.

TERRA, A. – **Manual de Trauma, Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Pessoal do Hospital Geral de Santo António**, Porto, 2000.

THELAN, L. A. – **Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção**, Lusodidata, , Lisboa, 1996.

VERLAG DASHÖFER - **Higiene, Segurança Saúde e Prevenção de Acidentes de Trabalho**, Edições Profissionais, Sociedade Unipessoal, Lda., Lisboa.

Ficha técnica



Coordenação do projecto

Rui Manuel da Torre Vieito

Autoria do projecto

Rui Manuel da Torre Vieito

Sérgio Alexandre Neves Guimarães

Revisão do texto

Arnaldo Varela de Sousa

Rui Manuel da Torre Vieito

Design gráfico I multimédia

Cláudio Gabriel Inácio Ferreira

Programação

Jorge Miguel Pereira de Sousa Sequeiros

Centro técnico de H.S.T. I EPRALIMA

Rua D. Joaquim Carlos Cunha Cerqueira

apartado 102

4970-909 Arcos de Valdevez

Telef I 258 523 112 I 258 520 320

Fax I 258 523 112 I 258 520 329

www.epralima.pt/inforadapt

hst@epralima.pt

Arcos de valdevez I Maio 2004

Revisão nº1

Dezembro 2005

