



MANUAL DE PRIMEIROS SOCORROS PARA LEIGOS





MANUAL DE PRIMEIROS SOCORROS PARA LEIGOS

Copyright© 2018

A reprodução do todo ou parte deste documento é permitida somente com autorização formal dos autores.

Coordenador do projeto: Ubirajara José Picanço de Miranda Junior

Organizadores: Carolina Martins Pereira e Gabriel de Oliveira Araújo

Desenhista: Gustavo Arantes Hugo

Autores: Aline de Souza Said, Ana Amélia Damasceno, Carlos Ferri Pontual de Lemos, Carolina Martins Pereira, Emilly Priscilla de Souza Robélio, Gabriel de Oliveira Araújo, Gabriela Alves Martins, Guilherme de Souza Barros, Júlia Maria de Oliveira Duarte, Josilene Albino de Freitas Lima, Karen Cristina Araújo de Freitas, Lucas Silqueira Gomes Milton Batista Leite Junior, Mônica Beatriz Ortolan Libardi, Nayhane Nayara Barbosa da Silva, Tiago Silva Vaz, Victor Lemos Gimenez, Yasmin Emanuelle de Paula Machado.

Autores e orientadores: André Luís de Aquino Carvalho, Carmen Lúvia Faria da Silva Martins, Marcelo Silva Belo, Marcela Vilarim Muniz, Márcia Schelb, Maristela dos Reis Luz Alves, Múcio Lopes da Fonseca, Nayhane Nayara Barbosa da Silva, Rodrigo Caselli Belém, Sandra de Nazaré Costa Monteiro, Ubirajara José Picanço de Miranda Junior.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M672m Miranda Junior, Ubirajara José Picanço de

Manual de primeiros socorros para leigos / Ubirajara José Picanço de Miranda Junior, Gabriel de Oliveira Araújo, Carolina Martins Pereira. -- Brasília: Do autor, 2018.

132 p. ; il.

Trabalho elaborado por discentes e docentes participantes da Liga de Emergência e Trauma do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília – DF.

ISBN 978-85-924328-0-5 (ebook)

1. Emergências – Orientações. 2. Primeiros socorros - Atendimento. 3. Emergências – Primeiros socorros – Capacitação. I. Miranda Junior, Ubirajara José Picanço de. II. Araújo, Gabriel de Oliveira. III. Pereira, Carolina Martins. IV. Liga de Emergência e Trauma da ESCS - LETES

Ubirajara José Picanço de Miranda Junior

Gabriel de Oliveira Araújo

Carolina Martins Pereira

MANUAL DE PRIMEIROS SOCORROS PARA LEIGOS

1 edição

Brasília

2018

Gabriel de Oliveira Araújo

Autores

Aline de Souza Said

Estudante de graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Ana Amélia Damasceno Parreira

Estudante de graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

André Luís de Aquino Carvalho

Médico Cirurgião Geral da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Cirurgião de Tórax do Hospital Universitário de Brasília (HUB), Instrutor do Advanced Trauma Life Support (ATLS), Docente de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF) e da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES/UNICEUB).

Carlos Ferri Pontual de Lemos

Estudante de graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Carmen Livia Faria da Silva Martins

Possui graduação em MEDICINA pela Universidade Federal do Espírito Santo (1982) e Doutorado em Patologia Molecular pela Universidade de Brasília (UnB). Possui Mestrado em Ciências da Saúde pela UnB (2004) e Residência Médica em Pediatria, área de atuação em Medicina do adolescente. É Professora Adjunto I na Área da Medicina da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília por concurso público

desde abril de 2010, e professora de Pediatria da Universidade Católica de Brasília desde 2003 onde coordena o internato de Pediatria. Experiência na área de Medicina, com ênfase em PEDIATRIA/ADOLESCENCIA, atuando na saúde integral da criança e do adolescente e desenvolvendo linha de pesquisa nas doenças respiratórias, especialmente em Asma, atuando em dois ambulatórios específicos para a doença: no Hospital da Criança e no Hospital Universitário de Brasília atendendo crianças e adolescentes.

Carolina Martins Pereira

Estudante de graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Émilly Priscilla de Souza Robélio

Estudante de graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Gabriela Alves Martins

Estudante de graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Gabriel de Oliveira Araújo

Estudante de graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Guilherme de Souza Barros

Estudante de graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Júlia Maria de Oliveira Duarte

Enfermeira, Pós-graduada em Urgência e Emergência pela UNIEURO (2014), Pós-graduada em Controle de Infecção hospitalar (1996), Pós-graduada em Auditoria em Serviço de Saúde (2007), formada pela Escola de Enfermagem Magalhães Barata (1984), atual Universidade do Estado do Pará (UEPA). Possui larga experiência na área de Terapia Intensiva (17 anos); Urgência e Emergência e Educacional. Atualmente trabalha na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) atuando no SAMU/DF como Instrutora do Núcleo de Educação em Urgências, no Centro de Trauma do HBDF e Unidade de Suporte Avançado do Núcleo de Saúde Mental. Participa dos projetos educacionais como: SAMUZINHO (atuando desde 2007). Participou em 3 mandatos como membro da diretoria do SINDICATO DOS ENFERMEIROS. Integrante do grupo técnico de elaboração dos protocolos nacionais do SAMU 192 do Ministério da Saúde. Associada da ABRAMEDE/DF - Departamento de Enfermagem.

Josilene Albino de Freitas Lima

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade de Brasília (UnB 2004). Pós Graduado em Paciente Crítico pela Faculdade São Camilo no Rio de Janeiro. Atualmente Enfermeira na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, lotada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) há 07 anos. Instrutora do Núcleo de Educação em Urgências do SAMU DF. Instrutora do Projeto Samuzinho, sobre noções de

primeiros socorros para leigos desde 2015. Enfermeira da UTI do Hospital Universitário de Brasília (HUB) de 1995 a 2016. Enfermeira da cirurgia ambulatorial e comissão de ética do HUB há 6 meses. Associada da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) do DF - Departamento de Enfermagem.

Karen Cristina Araújo de Freitas

Estudante de graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Lucas Silqueira Gomes

Estudante de graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Marcela Vilarim Muniz

Possui graduação em Enfermagem (1999) pela Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB). Enfermeira especialista em Paciente Crítico. Docente do curso de enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Marcelo Silva Belo

Médico Neurocirurgião pelo Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), pós-graduado em neurointensivismo pelo Hospital Sírio-Libanês SP, médico da UTI de Neuro-Trauma do HBDF.

Márcia Schelb

Médica Cirurgiã Plástica, Médica da Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Mestranda pela Escola Superior em Ciências da Saúde

do Distrito Federal (ESCS-DF).

Maristela dos Reis Luz Alves

Docente do Curso de Medicina da Escs e Médica Sanitarista da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Milton Batista Leite Junior

Estudante de graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Mônica Beatriz Ortolan Libardi

Enfermeira Mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) - DF, Pós Graduada em Gestão de Emergências em Saúde Pública pelo Núcleo de Educação do Hospital Sírio Libanês - SP, e em Urgência e Emergência pela faculdade UNIEURO - DF. Atualmente Enfermeira na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, lotada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) há 15 anos. Instrutora do Núcleo de Educação em Urgências do SAMU DF. Coordenadora do Projeto Samuzinho, sobre noções de primeiros socorros para leigos desde 2007. Tutora a Distância do curso de Pós Graduação em Urgências e Emergências da faculdade UNYLEYA – DF Transporte do Paciente Crítico e Resgate Aeromédico. Integrante do grupo técnico de elaboração dos protocolos nacionais do SAMU 192 do Ministério da Saúde. Associada da ABRAMEDE/DF - Departamento de Enfermagem. Tripulante do Serviço Aeromédico do SAMU DF.

Múcio Lopes da Fonseca

Médico, Cirurgião Vascular. Titulo de Especialista pela SBACV. Coordenador da Liga de Saúde Vascular do DF. Ex-chefe do serviço de cirurgia vascular do HBDF.

Nayhane Nayara Barbosa da Silva

Possui graduação em enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal e atualmente é estudante de graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Rodrigo Caselli Belém

Médico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Distrito Federal, SAMU 192 - DF, Cirurgião da emergência do Hospital de Base do Distrito Federal, Médico do Serviço Aeromédico SAMU/GAVOP CBMDF, Coordenador do Serviço de Cirurgia do Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal, Coordenador do Comitê pré-hospitalar da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado - SBAIT e presidente do Capítulo do Distrito Federal da SBAIT, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões - TCBC, Membro da Air Medical Physician Association - AMPA, Membro da International Society of Surgery - ISS, Membro da International Association for Trauma Surgery and Intensive Care - IATSIC, Membro da European Society of Trauma and Emergency Surgery - ESTES, Membro da Camara Técnica em Urgência e emergência do Conselho Federal de Medicina, Supervisor e preceptor da Residência em Cirurgia do trauma - R3 do Hospital

de Base do Distrito Federal, Preceptor de graduação e internato de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS, Mestrando em ciências da saúde pela Faculdade de Ciências da Saúde – FEPECS.

Sandra de Nazaré Costa Monteiro

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará em 1999. Atua no Serviço de atendimento móvel de urgências (SAMU 192) do DF, exercendo suas atividades na assistência no Centro de Trauma do HBDF e na área de pesquisa. Possui experiência na área de Enfermagem Cirúrgica, Atendimento pré-hospitalar, Enfermagem de terapia intensiva e cuidados em que envolvam estomias, feridas, e incontinências. É pós-graduada em enfermagem cirúrgica pelo Hospital Ofir Lóiola (2001), em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade do Pará (2004), em Gestão dos Sistemas de Serviços de Saúde (2007) e Enfermagem em Estomaterapia (2011) ambos pela UnB. Mestre em enfermagem pela UnB. É docente da Escola Superior de Ciências da Saúde. É estomaterapeuta TISOBEST – recebendo a titulação no Simpósio de Estomaterapia 2016 em Brasília. É integrante do grupo de laboratório de pesquisa em urgência, emergência, e trauma. É doutoranda pelo programa DINTER – FEPECS/UnB Programa de Ciências da Saúde (2016) – com projeto sobre avaliação da tecnologia educacional para crianças e adolescentes estomizados.

Tiago Silva Vaz

Graduado e licenciado em Enfermagem pela Universidade de Brasília (UnB). Pós-Graduado em Gestão de Emergências e Desastres pela Universidade Gama Filho (UFG). Pós-graduado em Enfermagem Cardiológica pelo Instituto de Cardiologia do DF (ICDF). Enfermeiro do SAMU/DF. Chefe do Núcleo de Educação em Urgências do SAMU/DF. Integrante do grupo técnico de elaboração dos protocolos nacionais do SAMU 192. Membro do Grupo de Trabalho para o desenvolvimento da SAE no APH da SES/DF. Associado da ABRAMEDE/DF - Departamento de Enfermagem.

Ubirajara José Picanço de Miranda Junior

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Teresópolis (1978) e Mestrado em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) - RJ (1997). Docente do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/SES/DF) desde 2002 e da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES/UNICEUB) desde 2017. Professor Convidado da Fundação Getúlio Vargas para Cursos de Pós-Graduação em Gestão em Saúde e Revisor da Revista Comunicação em Ciências da Saúde. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Pneumologia Sanitária, Redução de Danos e Regulação na área de Atenção Pré-Hospitalar. Atualmente está fazendo Doutorado Interinstitucional (DINTER) em Ciências da Saúde pela parceria entre a Universidade de Brasília (UnB) e a ESCS/SES/DF.

Victor Lemos Gimenez

Estudante de graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Yasmin Emanuelle de Paula Machado

Estudante de graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

Agradecimentos

Aos colegas colaboradores e seus orientadores que doaram uma parcela do seu tempo e conhecimento para a elaboração dos capítulos.

Nosso agradecimento ao Dr. Thiago Bittencourt Ottoni de Carvalho que nos deu a ideia de escrever esse livro.

Um agradecimento especial ao Dr. Ubirajara José Picanço de Miranda Junior que tanto nos ajudou com a sua paciência de docente e pró-atividade, orientando vários temas neste livro, realizando revisões e nos auxiliando em todos os aspectos de uma publicação de livro.

Agradecemos a Aline Monteiro de Almeida, Fabiana Gomes de Azevedo, Fernanda Maria Costa Bezerra, e Maurício Mendes Marques; bibliotecários da Biblioteca Central da FEPECS, que nos auxiliaram nas revisões e em outros aspectos.

Agradecemos ao Demetrius Reis de Carvalho, da GERAv, que realizou a diagramação desse material.

Página intencionalmente deixada em branco.

Apresentação

O livro ***Manual de Primeiros Socorros para Leigos*** é dividido em 16 capítulos, sendo que em 14 capítulos são dadas orientações acessíveis e simplificadas sobre as principais ações passíveis de serem realizadas por qualquer pessoa que se encontra frente a uma situação de emergência.

Participaram dessa obra 29 autores, a maioria deles acadêmicos (as), participantes da Liga de Emergência e Trauma da ESCS (LETES), sob a supervisão de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) com vasta experiência relacionada ao assunto do respectivo capítulo.

O livro visa atender a demanda do público acolhido nos projetos de extensão realizados pela LETES em relação ao atendimento de primeiros socorros. Além disso, esta obra é destinada a toda a população, a fim de promover a capacitação do público leigo para agir diante das situações expostas em cada capítulo.

Página intencionalmente deixada em branco.

Sumário

Regulação em Atenção Pré-Hospitalar e Ação Socorrista 17

Milton Batista Leite Junior

Ubirajara José Picanço de Miranda Junior

Avaliação e Atendimento Inicial em Situações de Emergência 21

Victor Lemos Gimenez

Rodrigo Caselli Belém

Ressuscitação Cardiopulmonar 27

Guilherme de Souza Barros

Ubirajara José Picanço de Miranda Junior

Vias aéreas e Ventilação 37

Karen Cristina Araújo de Freitas

Nayhane Nayara Barbosa da Silva

Engasgo ou Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE) 43

Carolina Martins Pereira

Sandra de Nazaré Costa Monteiro

Afogamento 53

Guilherme de Souza Barros

Ubirajara José Picanço de Miranda Junior

Asma 61

Yasmin Emanuelle de Paula Machado

Carmen Livia Faria da Silva Martins

Feridas 67

Ana Amélia Damasceno Parreira

Ubirajara José Picanço de Miranda Junior

Hemorragia 73

Carlos Ferri Pontual de Lemos

Ubirajara José Picanço de Miranda Junior

Lesões torácicas e abdominais 81

Gabriela Alves Martins

André Luís de Aquino Carvalho

Lesões cranianas 89

Gabriel de Oliveira Araújo

Marcelo Silva Belo

Acidente vascular cerebral 95

Lucas Silqueira Gomes

Múcio Lopes da Fonseca

Convulsão 101

Nayhane Nayara Barbosa da Silva

Marcela Vilarim Muniz

Queimaduras 107

Aline de Souza Said

Márcia Schelb

Acidentes com animais peçonhentos 115

Émilly Priscilla de Souza Robélio

Maristela dos Reis Luz Alves

Projeto SAMUZINHO 125

Josilene Albino de Freitas Lima

Júlia Maria de Oliveira Duarte

Mônica beatriz Ortolan Libardi

Tiago Silva Vaz

Capítulo 1

Autor: **Milton Batista Leite Junior**

Coordenador: **Ubirajara José Picanço de Miranda Junior**

Regulação em Atenção Pré-Hospitalar e Ação Socorrista

O que é Regulação em Atenção Pré-Hospitalar?

A regulação é um instrumento que visa orientar a atenção pré-hospitalar, utilizando os recursos disponíveis, a fim de favorecer o devido acesso dos usuários, de forma igualitária, ordenada e oportuna, a partir de critérios de organização e priorização de riscos, estabelecendo competências, fluxos e responsabilidades, com o intuito de garantir um atendimento integral, em todos os níveis de atenção à saúde.

Ao se deparar com algum caso de urgência, como o de parada cardiorrespiratória, intoxicação, queimaduras graves, trabalhos de parto com risco de morte, tentativas de suicídio, acidentes com vítimas, afogamentos, choque elétrico, entre outros, convém ao indivíduo ligar rapidamente para o número 192, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), no qual o usuário será atendido por uma central de regulação, composta principalmente, por Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM), Médicos Reguladores e Rádio-Operadores, que irão acolher a clientela e promover o atendimento aos chamados.

Cabe a central de regulação, ouvir e analisar o solicitante do serviço, para posteriormente fornecer e dar a melhor resposta possível, bem como proporcionar o acesso do paciente à unidade de saúde conforme a sua necessidade, além de garantir o Suporte Básico de Vida (SBV) ou Suporte Avançado de Vida (SAV), de acordo com o quadro clínico do paciente e acompanhar a situação das unidades de urgência.

O que é uma ação socorrista?

É uma atividade em equipe que demanda dos seus membros um trabalho ágil e em conjunto, com o intuito de promover o melhor atendimento possível ao doente. Para isso cada indivíduo desta equipe – seja os que atuam no local, seja os que estão na central de regulação ou nos hospitais – devem desempenhar suas respectivas funções com excelência, para que se atinja o principal objetivo que é a recuperação da vítima. Também é extremamente importante à conscientização da comunidade evitando ligações indevidas, como trotes, ao número de atendimento 192, pois as pessoas que realmente necessitam podem ficar com ausência desse serviço. Além disso, é preciso que ao solicitar os serviços, mantenha-se a calma, para que desse modo todas as informações sejam descritas com clareza aos atendentes, para que assim se obtenha um o melhor diagnóstico possível, para se realizar, posteriormente, o serviço adequado e com a qualidade ideal.

Como é solicitado um atendimento ao SAMU?

O socorro começa com a ligação gratuita para o 192 (SAMU), que é atendida por Técnicos (TARM) que recebem informações gerais do solicitante e identificam a urgência do caso, transferindo o telefonema para o Médico Regulador, que irá coordenar todo o atendimento, sendo o responsável por exercer a telemedicina, já que colhe as informações do paciente e da cena do acidente, avalia e determina rapidamente (30 segundos a 1 minuto) a gravidade do caso, enviando os recursos necessários, considerando a oferta disponível, além de solicitar apoio a outros serviços, como o Corpo de Bombeiros, a Polícia Militar/Civil, etc. Conforme as condições do paciente o Médico pode orientar o usuário a procurar um posto de saúde ou enviar uma ambulância ou uma UTI móvel. O Rádio-Operador será o responsável por liberar a ambulância após decisão do Médico Regulador, bem como informar ao condutor o melhor roteiro e controlar a localização dos veículos.

Em alguns casos, como os de pacientes inconscientes, com dificuldades respiratórias, acidentes e casos de agressão, os recursos são enviados antes de se completar a regulação, contudo o solicitante é orientado a continuar na linha, até que uma equipe chegue ao local.

A equipe destinada para atender a ocorrência deverá socorrer a vítima em um intervalo de tempo conhecido como “Período de Ouro”, no

qual embora o quadro do paciente esteja piorando, ele será reversível caso haja o atendimento correto, caso contrário, a evolução do paciente não será das melhores.

É válido salientar que o atendimento pode ser realizado em qualquer local: residências, locais de trabalho e vias públicas, porém é de grande importância garantir a segurança dos socorristas e do doente, por isso pode ser necessário uma ação pactuada com outros serviços, citados anteriormente. Desse modo, é imprescindível a equipe de socorristas ponderar rapidamente a situação e determinar a necessidade de outros recursos.

Após os cuidados iniciais, caso seja necessário, deve-se iniciar o transporte da vítima ao hospital mais próximo em um curto espaço de tempo, para serem realizados os procedimentos mais complexos e que não são possíveis ao tratamento pré-hospitalar. Por isso, o objetivo do socorrista é retirar-se do local, o mais breve possível, lembrando-se de realizar os procedimentos fundamentais para o início do transporte, ressaltando três princípios básicos: não agravar o estado da vítima, estabilizar o paciente antes e durante o transporte e garantir segurança e rapidez para equipe e para o doente. Nos casos de transporte ao hospital e em casos graves, no qual haja a necessidade de transferência, cabe ao Médico Regulador entrar em contato com o serviço hospitalar mais próximo, para que se efetive o recebimento organizado do paciente.



Figura 1: Resumo do funcionamento do atendimento pré-hospitalar.

Referências

1. SAMU. *Procedimento operacional padrão*. Brasília, 2013. 11 p.
2. NAEMT. Princípios de ouro do atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. In: PHTLS: *atendimento pré-hospitalar ao traumatizado*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 421-430 p.

Capítulo 2

Autor: **Victor Lemos Gimenez**

Coordenador: **Rodrigo Caselli Belém**

Avaliação e Atendimento Inicial em Situações de Emergência

Introdução

Você encontra uma pessoa caída no chão, presencia um acidente automobilístico, uma queda, uma convulsão, um engasgamento. São várias as situações de emergência que requerem ação rápida. Por essa razão, é importante que a população leiga tenha conhecimentos básicos em primeiros-socorros para ajudar em algumas destas situações. Neste capítulo falaremos sobre o contato inicial com o cenário do acidente e explicaremos em rápidos tópicos algumas condutas importantes a serem tomadas nestes casos.

O que fazer diante de uma situação de emergência

Diante de uma situação de emergência, é necessário calma e concentração. Mantenha-se calmo e siga os passos descritos a seguir:

- **Proteja-se:** Antes de tomar qualquer atitude com relação à vítima do acidente, verifique se o local do ocorrido (a cena, como normalmente chamamos) oferece riscos para outras pessoas ou para você, socorrista. Um risco frequente é o tráfego em vias públicas, muitas vezes decorrente da interação descuidada com acidentes automobilísticos, o socorrista pode tornar-se uma segunda vítima de acidente. Por isso, lembre-se sempre da frase: “A SEGURANÇA DO SOCORRISTA É TÃO IMPORTANTE QUANTO A DA VÍTIMA”.
- **Chame ajuda:** Ligue para o serviço de emergência (SAMU, número 192) e passe todas as informações que lhe forem requisitadas. Do outro lado da linha, você receberá as orientações

necessárias para a emergência que está presenciando. Para iniciar a avaliação primária da vítima mais rapidamente, coloque a ligação nos alto-falantes do celular para manter o contato com o serviço de emergência ou peça para uma segunda pessoa fazer a ligação.



Figura 1: Logomarca e número de telefone do SAMU.

- **Avaliação primária:** Esta avaliação tem o objetivo de identificar riscos imediatos à vida da vítima e verificar a necessidade de procedimentos de emergência, como a reanimação cardiopulmonar (vista adiante no capítulo 3). Uma avaliação primária adequada requer rapidez e precisão. Logo, lembre-se da sequência “**SR ABC**” para sistematizar a avaliação. As letras da sequência dizem respeito aos passos que devem ser seguidos:
 - S de *Safety* (segurança): Como colocado no início deste capítulo, é de extrema importância garantir a sua segurança, da vítima e de outros presentes na cena do acidente;
 - R de *Response* (responsividade): Deve-se verificar se a vítima está consciente. Uma forma rápida de avaliar este critério e os três seguintes é perguntar à vítima seu nome e o que aconteceu. Uma resposta apropriada sugere que não há grave comprometimento de vias aéreas, capacidade respiratória e nível de consciência. Neste caso, continue verificando o nível de consciência da vítima até a chegada do socorro. Caso a vítima esteja inconsciente, siga os próximos três passos;

- A de *Airway*(vias aéreas): Faz-se necessário verificar se as vias aéreas da vítima estão permitindo que ela respire adequadamente. Observe se há obstruções na via aérea (corpos estranhos, sangue, fraturas). Caso a vítima não esteja respirando adequadamente, cuidadosamente pressione uma de suas mãos contra a testa da vítima e, com a outra, levante o queixo para facilitar o fluxo de ar. Durante a avaliação e a manipulação da via aérea, deve-se ter cuidado para evitar a movimentação excessiva da coluna cervical. Em caso de história de trauma, deve-se presumir lesão da coluna cervical. Nesses casos, A cabeça e o pescoço do doente não devem ser hiperestendidos, hiperfletidos ou rodados com o intuito de estabelecer ou manter a via aérea. Apenas elevar o queixo do doente para tentar manter as vias aéreas pérvias. NÃO usar a manobra de inclinação da cabeça nesses casos (mais detalhes no capítulo 4);



Figura 2: Manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo. Mais detalhes no capítulo 4.

- B de *Breathing* (respiração): Procure por sinais de respiração. Para isso, coloque a cabeça próxima ao peito da vítima, olhando na direção da barriga. Procure escutar ou sentir a respiração e ver os movimentos respiratórios. Caso a vítima aparente não respirar, não insista neste passo por mais de 10 segundos;
 - C de *Circulation* (circulação): Caso a vítima não esteja respirando, é necessário iniciar a reanimação cardiopulmonar imediatamente. Este assunto será discutido em mais detalhes no capítulo 3.
- **Procure um desfibrilador:** Caso uma vítima de parada cardiorrespiratória esteja em um local de grande circulação (aeroportos, shoppings, supermercados), peça que alguém descubra se aquele local dispõe de um **Desfibrilador Externo Automático (DEA)**. Este dispositivo pode ser operado por qualquer pessoa. Ao ligá-lo, uma voz gravada no aparelho dará todas as instruções necessárias. Nunca abandone a vítima para procurar o dispositivo. Inicie as manobras de reanimação imediatamente.

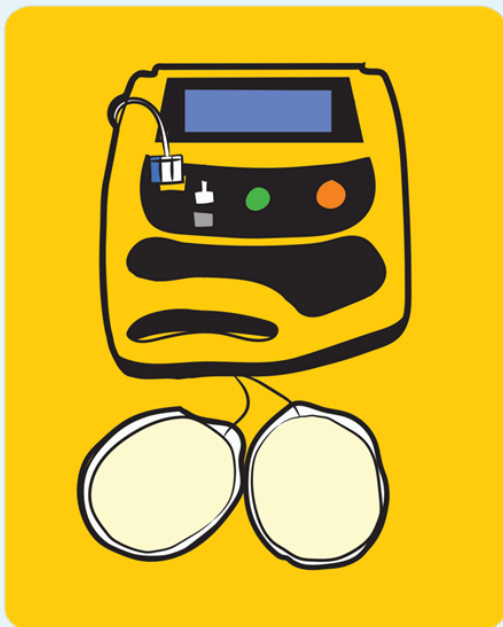


Figura 3: Desfibrilador Externo Automático (DEA).

Conclusão

Tendo tomado todas as atitudes acima, resta ao socorrista aguardar a chegada do serviço de emergência. Permaneça ao lado da vítima e, caso ela esteja estável, mantenha a cabeça dela elevada (como descrito no passo A) e reavalie a respiração (como descrito no passo B) regularmente. Em caso de parada cardiorrespiratória, continue os procedimentos como indicado no capítulo 3 até a chegada do socorro especializado.

Referências

1. COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. *Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS)*: manual do curso de alunos. 9. ed. São Paulo: Colégio Americano de Cirurgiões, 2012. 403 p.
2. PERKINS, G. et al. *Adult basic life support and automated external defibrillation*: resuscitation council (UK) guidelines. 2015. Disponível em: <<https://www.resus.org.uk/resuscitation-guidelines/adult-basic-life-support-and-automated-external-defibrillation/#sequence>>. Acesso em: 6 dez. 2015

Página intencionalmente deixada em branco.

Capítulo 3

Autor: **Guilherme de Souza Barros**

Coordenador: **Ubirajara José Picanço de Miranda Junior**

Ressuscitação cardiopulmonar

O que é Ressuscitação Cardiopulmonar e qual a sua importância?

Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) consiste na realização de compressões profundas e rápidas no tórax que simulam a função do coração enquanto ele está parado, promovendo a circulação sanguínea. É de suma importância para a sobrevivência de uma pessoa que se encontra em parada cardiorrespiratória (PCR), sendo que sua técnica e padronização são embasadas em estudos de grandes instituições ligadas à saúde em todo o mundo, havendo atualizações a cada 5 anos.

O que é uma PCR?

A PCR é a perda da função do coração, que se torna incapaz de promover a circulação sanguínea associada a respiração ausente ou anormal. É um problema mundial de saúde pública e apresenta várias causas, desde doenças cardiovasculares crônicas até trauma por acidente automotivo, afogamento, uso de medicações, drogas ilícitas, dentre outras, variando a origem de acordo com a idade. Os mais afetados são adultos, porém crianças também podem apresentar PCR devido a situações específicas. Uma pessoa com conhecimentos básicos de RCP pode ser capaz de identificar uma vítima nessa situação e tomar medidas imediatas necessárias para aumentar a chance de sobrevivência da pessoa parada.

Quando se deve realizar uma RCP?

Toda pessoa em parada cardiorrespiratória deverá receber compressões o mais breve possível. Dessa forma a identificação rápida de um caso de PCR é de suma importância para a sobrevivência

da vítima. O indivíduo que não responde à quem presta o socorro, com respiração ausente ou anormal e pulso carotídeo não palpável provavelmente está em uma PCR. Diante dessa situação, deve-se, em primeiro lugar, chamar socorro especializado (SAMU 192) e iniciar imediatamente a RCP até a chegada do serviço médico de emergência. Caso uma vítima de parada cardiorrespiratória esteja em um local de grande circulação, peça que alguém descubra se aquele local dispõe de um Desfibrilador Externo Automático (DEA).



Figura 1: Como fazer a palpação do pulso em adultos

Como é a técnica em adultos?

Posição: Com a vítima no chão, o socorrista deve se ajoelhar ao seu lado e com os cotovelos retos (figura 2) posicionar as duas mãos na altura da linha dos mamilos (figura 3) e realizar compressões fortes e rápidas, conforme é explicado a seguir:



Figura 2: Posicionar-se ao lado da vítima e colocar as mãos na altura da linha dos mamilos como mostrado na figura.

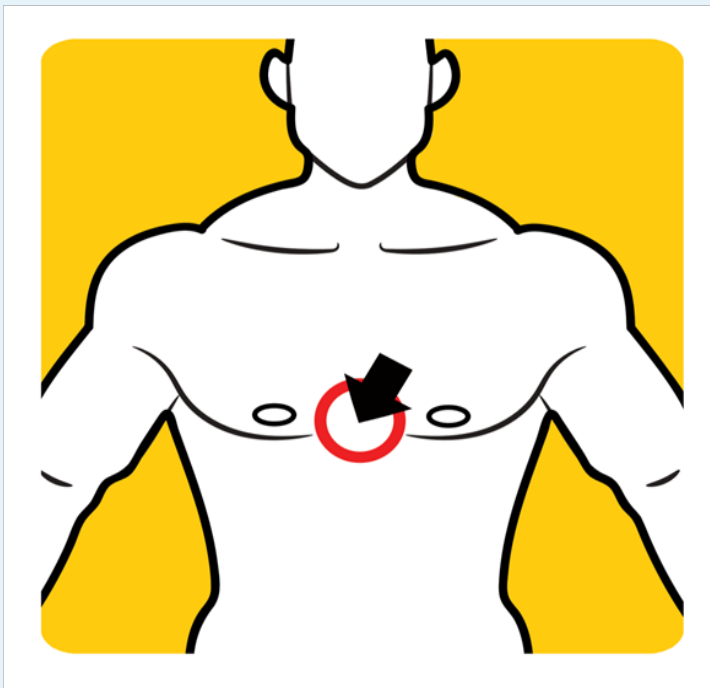


Figura 3: Mostra a altura da linha dos mamilos, onde as mãos devem ser colocadas.

Compressões torácicas: O socorrista, na posição descrita, deverá usar sua força e seu peso para comprimir o tórax. A intensidade da compressão deve ser adequada para promover a recirculação sanguínea no coração da vítima, sendo que o adequado é que o socorrista consiga comprimir o tórax em pelo menos 5cm, evitando, porém, o excesso de força, sendo que o ideal é não ultrapassar 6 cm.

Velocidade das compressões torácicas: O número de compressões que o socorrista consegue realizar está intrinsecamente relacionado com a chance de sobrevivência da vítima, devendo-se evitar interrupções. Ao realizar as compressões, a frequência mínima adequada é de 100 compressões por minuto até o máximo de 120 por minuto (2 compressões por segundo). Velocidades menores que 100 ou maiores que 120 diminuem a eficácia da RCP e, portanto, diminui a possibilidade de sobrevivência da vítima.

Ventilações: Caso o socorrista tenha treinamento prático prévio, ele poderá realizar 2 ventilações a cada 30 compressões torácicas, aumentando a possibilidade de reversão da PCR. Porém, o socorrista

sem treinamento para tal técnica, deve realizar apenas compressões, conforme descrito anteriormente.

Como é a técnica em crianças?

A técnica para crianças é semelhante à de adultos apresentando algumas variações devido ao menor comprimento e resistência do tórax infantil. Em crianças de 1 a 8 anos, a posição das mãos é a mesma da de adultos (2 mãos sobrepostas), podendo ser utilizada apenas uma mão, desde que a força seja capaz de causar uma compressão efetiva. Em bebês menores de 1 ano de idade, pode-se utilizar 2 dedos para aplicar as compressões, conforme a figura 4.



Figura 4: Usar dois dedos para fazer as compressões em crianças menores de 1 ano.

As compressões devem ter profundidade ser adequada conforme a idade, sendo que para menores de 1 ano de idade, 4 cm de compressão já é efetiva. Ao alcançar a puberdade, a profundidade passa a ser a mesma da de adultos (mínimo de 5 cm e máximo de 6 cm). A velocidade da RCP é a mesma da de adultos (100 a 120 compressões por minuto).

Há situações que podem ser confundidas com uma PCR?

Uma PCR pode se assemelhar a outros fenômenos, como a convulsão, se iniciando com movimentação semelhante a esta. Mas, em qualquer situação semelhante a uma PCR em que a vítima se encontra irresponsiva aos chamados de quem presta socorro, deve-se acionar o serviço médico de emergência. O atendente do serviço poderá fazer a diferenciação pela descrição do socorrista leigo e orientá-lo por telefone até a chegada da equipe.

O que é um DEA e qual a sua relação com a RCP?

O DEA é o Desfibrilador Externo Automático (figura 5), cuja função é analisar o ritmo cardíaco da vítima e, caso necessário, possibilitar descargas elétricas que auxiliem na reanimação. Esse equipamento pode ser manuseado por qualquer indivíduo minimamente instruído, podendo ser alocado em edifícios públicos e vias de grande movimentação.

O DEA tem prioridade na reanimação de uma vítima em PCR. O socorrista deve interromper as compressões da RCP quando chegar o DEA, usá-lo na vítima e, logo após, retomar a realização das compressões.

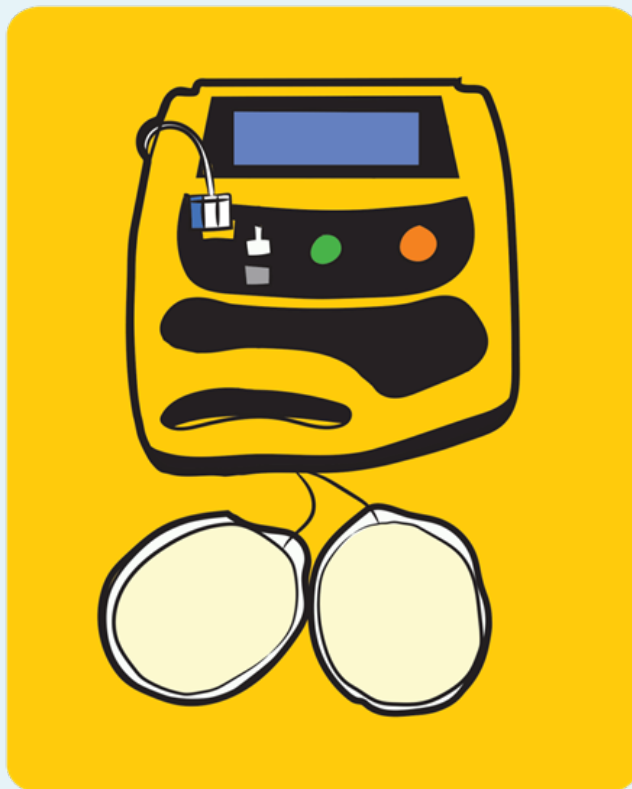


Figura 5: Desfibrilador Externo Automático (DEA).

Como utilizar um DEA?

O DEA apresenta duas pás adesivas que devem ser colocadas nos locais indicados pela figura 6. Automaticamente, o aparelho identifica o ritmo cardíaco e indica ao socorrista sobre a necessidade de descarga elétrica, devendo-se então manter certa distância da vítima e acionar o desfibrilador. Após o choque de alta voltagem, a vítima poderá ter os batimentos cardíacos normalizados e se recuperar ou não, sendo que, nesse caso, deve-se voltar a realizar as compressões da RCP. As descargas devem ser intercaladas por 2 minutos de RCP.

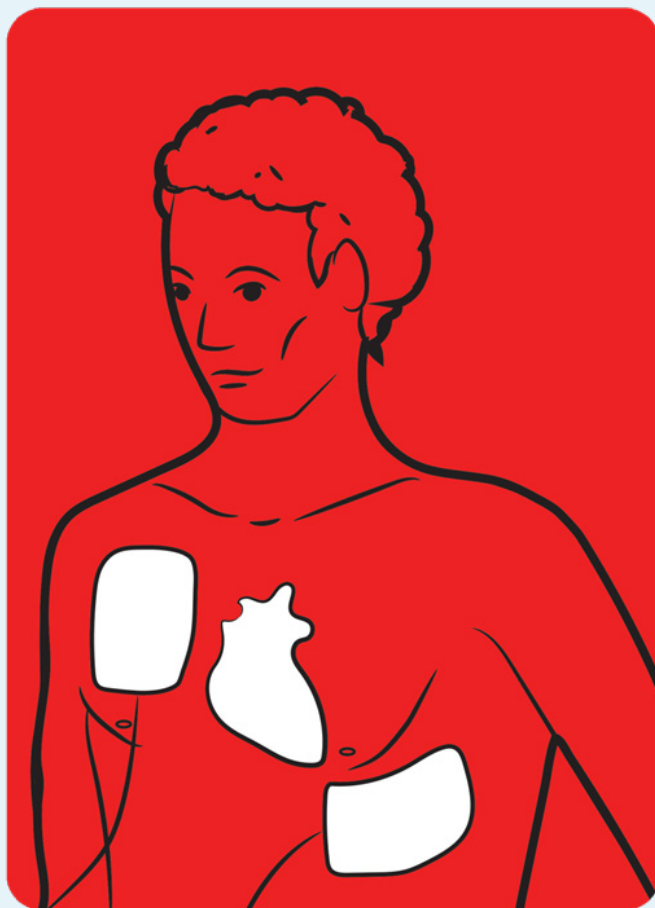


Figura 6: Colocar as pás do DEA nos locais indicados na imagem (uma pá na parte superior do peito à direita e a outra na parte inferior do peito à esquerda).

Há diferença na RCP ensinada para leigos e a para profissionais de saúde?

A RCP realizada por profissionais de saúde possui o mesmo princípio básico da RCP ensinada para leigos, diferindo quanto ao reconhecimento de sinais clínicos específicos mais complexos e contando com equipamentos que auxiliam as manobras, como o reanimador pulmonar manual, usado para as ventilações. Apesar das diferentes capacidades de atuação, o socorrista leigo, que está com a vítima no momento de uma parada, pode ter atuação decisiva, pois ele poderá iniciar a RCP logo após o ocorrido, além de acionar o serviço médico de emergência precocemente.

Conclusão

A RCP deve ser de conhecimento de grande parte da população proporcionando rápido atendimento a vítimas de PCR. Cada minuto perdido no atendimento diminui as chances de sobrevivência e aumenta o risco do surgimento de sequelas irreversíveis devido à má irrigação sanguínea cerebral.

Qualquer indivíduo pode se deparar com esta situação e mudar, de fato, o destino da vítima. Além de prestar socorro, o detentor de conhecimentos básicos em RCP pode propagar a técnica e disseminar a sua importância para seus conhecidos, intervindo, assim, na sua comunidade.

Outras situações relacionadas à RCP serão abordadas ao longo desta apostila, onde serão informados outros detalhes da técnica e suas variações em certas situações.

Referências

1. KLEINMAN, M. E. et al. Part 5: Adult basic life support and cardiopulmonary resuscitation quality. In: AMERICAN HEART ASSOCIATION. *Guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care*. 2015 American Heart Association. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/themes/eccstaging/dompdf-master/pdffiles/part-5-adult-basic-life-support-and-cardiopulmonary-resuscitation-quality.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2017.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. *1 Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Emergencia.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2017.
3. MORAIS, D. A. *Ressuscitação cardiopulmonar pré-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida*. 2012. 115 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2012.

Capítulo 4

Autor: **Karen Cristina Araújo de Freitas**

Orientador: **Nayhane Nayara Barbosa da Silva**

Vias aéreas e ventilação

O que são vias aéreas?

Vias aéreas são as estruturas que permitem a passagem de ar, como boca e nariz. As vias aéreas devem permanecer pérvias.

O que são vias aéreas pérvias?

Vias aéreas pérvias são as vias aéreas desobstruídas, ou seja, sem objetos ou líquidos que obstruam/impeçam a passagem de ar.

Como verificar a consciência do acidentado?

Verifique a consciência do acidentado:

- Adulto: Chame pela vítima; Dê uns toques no ombro.
- Bebê: Dê petelecos e faça cócegas no abdome.

Realizar esses estímulos por no máximo 5 segundos. Se a vítima não responder, não perca tempo e chame por socorro médico imediatamente. SAMU: 192.

Se as vias aéreas não estiverem pérvias, ou seja, apresentarem líquidos, como vômito ou sangue, na boca, envolva os dedos médio e indicador em um tecido e retire o líquido. Se você ver objetos sólidos, como dentes, próteses dentaria, entre outros, retire-os rapidamente com o dedo indicador.



Figura 1: Retirar objetos sólidos com o dedo indicador e líquidos com os dedos indicador e médio envolvidos em um tecido.

O que fazer em casos de perda de consciência?

Com a vítima inconsciente, a língua pode relaxar, tombar para trás e bloquear as vias aéreas. Use a manobra a seguir para desobstruí-las.

Manobra de Extensão da Cabeça:

Posicione uma das mãos sobre a testa e a outra com o dedo indicador e médio tocando o queixo da vítima;

- A. Mantendo apoio com a mão sobre a testa, eleve o queixo da vítima;
- B. Simultaneamente, efetue uma leve extensão do pescoço;
- C. Faça todo o movimento de modo a manter a boca da vítima aberta.

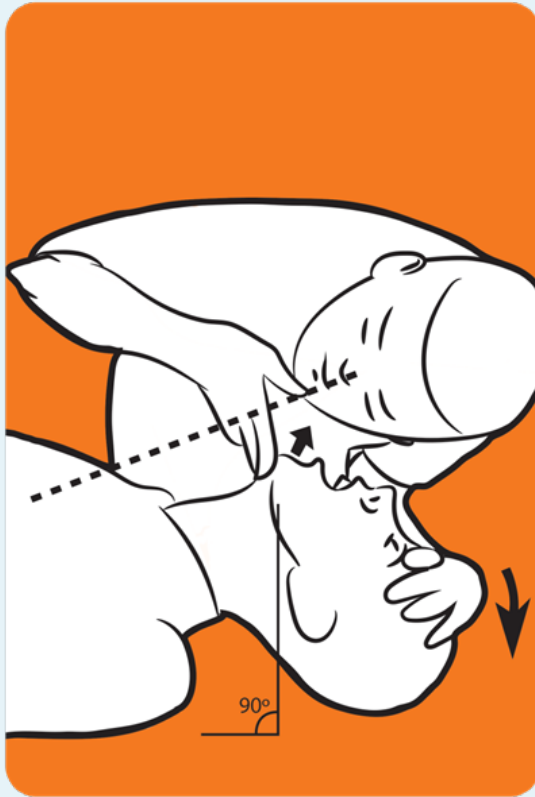


Figura 2: Manobra de extensão da cabeça.

Após verificar a consciência do acidentado qual o próximo passo?

Após verificar a consciência, verifique se o acidentado está respirando através da avaliação dos movimentos respiratórios no tórax ou abdome.

Se o paciente não estiver respirando qual o próximo passo?

Se o acidentado ainda não estiver respirando e com presença de pulso (figuras 4 e 5) inicie a respiração boca a boca. Durante as ventilações observe a elevação do tórax, caso não ocorra reposicione o

acidentado e tente novamente.

- A. Feche bem as narinas da vítima, usando os dedos polegar e indicador, utilizando a mão que foi colocada anteriormente na testa da vítima.
- B. Inspire profundamente.
- C. Coloque a boca com firmeza sobre a boca da vítima, vedando-a totalmente.
- D. Sopre vigorosamente para dentro da boca da vítima, até notar que seu peito está levantando.
- E. Faça leve compressão na região do estômago da vítima, para que o ar seja expelido.
- F. Inspire profundamente outra vez e continue o procedimento tantas vezes quanto o necessário (cerca de 15 vezes por minuto) até que a vítima possa receber assistência médica.
- G. Se a respiração da vítima não tiver sido restabelecida após as tentativas dessa manobra, ele poderá ter parada cardíaca, tornando necessária a aplicação da manobra de ressuscitação cardiopulmonar.



Figura 3: Respiração boca a boca. Verifique a presença de pulso a cada 2 minutos, na ausência de pulso, iniciar compressões torácicas - vide capítulo 2 (RCP).

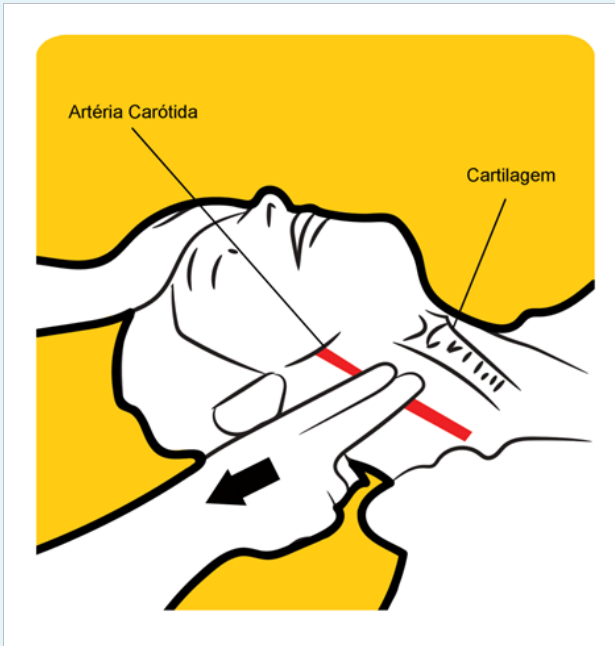


Figura 4: Como fazer a palpáção do pulso carotídeo em adultos.



Figura 5: Como fazer a palpáção do pulso em crianças menores de 1 ano.

Conclusão

Ao se deparar com quadro alteração de consciência deve-se lembrar em primeiro lugar da procura imediata do serviço do SAMU, antes mesmo de tentar realizar qualquer manobra. A manobra de extensão da cabeça utilizada com a vítima inconsciente, visa desobstruir as vias aéreas, visto que a língua pode relaxar, tombar para trás e bloquear as vias aéreas. Em caso de parada respiratória deve-se realizar a respiração boca a boca, sempre verificando o pulso a cada 2 minutos para iniciar a RCP se necessário.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de suporte básico de vida*. Brasília, 2014. 236 p.
2. CARDOSO, T. A. O. *Manual de primeiros socorros*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 170 p.
3. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (RS). *Manual de primeiros socorros para leigos*. Porto Alegre: Núcleo de Educação Permanente, 2013. 42 p.

Capítulo 5

Autor: **Carolina Martins Pereira**

Coordenador: **Sandra de Nazaré Costa Monteiro**

Engasgo ou Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE)

Quando a pessoa está engasgada?

Um corpo estranho como alimentos pouco mastigados, pequenos objetos, próteses dentárias e queda ou relaxamento da língua podem obstruir a passagem de ar para os pulmões. É uma situação grave!

O engasgo pode causar graves consequências à saúde e até mesmo levar à morte. A cada um minuto sem respirar, diminuem-se 10% as chances de recuperação e aumentam em 20% as lesões a órgãos vitais, tal como cérebro.

Por isso, é importante pedir para que alguém providencie socorro especializado (SAMU 192) e estar preparado para ajudar enquanto o socorro está a caminho. Nesses casos, manobras simples podem salvar uma vida, até a chegada do socorro especializado.

A obstrução causada pelo corpo estranho pode ser parcial ou completa:

- **Parcial**

- Ainda chegará certa quantidade de ar nos pulmões.
- A vítima ainda conseguirá falar ou emitir sons.
- Nesse caso, deve-se acalmá-la e deixá-la tossir para expelir o corpo estranho. É importante também orientá-la a tentar respirar o mais normalmente possível sem entrar em pânico.
- Se isso não for eficiente, assuma a conduta para obstrução total, descrita a seguir.

• **Completa**

- O ar não chegará aos pulmões.
- A vítima não conseguirá falar, tossir e nem emitir sons. Muitas vezes apresentará o sinal universal da asfixia (Figura 1): a vítima colocará as mãos no pescoço e abrirá a boca, demonstrando um grande esforço para tentar respirar. Além disso, pode apresentar os lábios e as pontas dos dedos roxos.
- A vítima pode estar inconsciente e não apresentará movimentos respiratórios.



Figura 1: Sinal universal da asfixia.

O que fazer quando estiver diante de alguém engasgado (asfixiado)?

Adultos

- Verifique se o corpo estranho está visível na cavidade oral. Se sim, retire-o com uma pinça ou com os dedos indicador e polegar.
- Caso a vítima continue engasgada, realize a Manobra de Heimlich, descrita a seguir.
- Manobra de Heimlich: Fique em pé, atrás da vítima, com os braços ao redor da cintura da pessoa. Posicione uma mão fechada com a face do polegar virada para a vítima ligeiramente acima do umbigo e abaixo do limite das costelas. Com a outra mão aberta sobre a primeira faça uma compressão forte para dentro e para cima do abdome da vítima (movimento de “J”). Repetir quatro vezes numa sequência rápida e observar se o corpo estranho sai. (Figura 4)

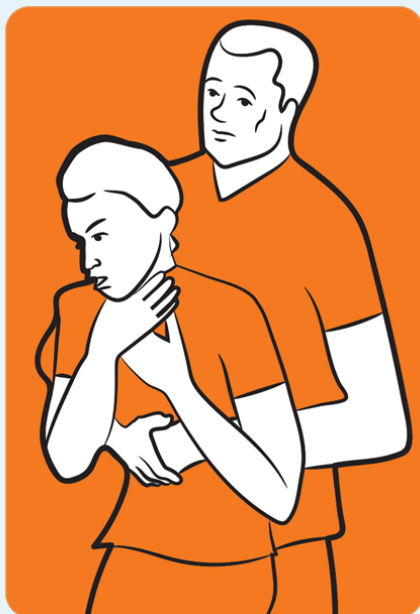


Figura 4: Manobra de Heimlich em adultos

- Se não der resultado, provavelmente a vítima ficará inconsciente por falta de oxigênio. Então, coloque-a deitada com as costas em uma superfície rígida, posicione as mãos no meio do tórax e faça compressões torácicas com o objetivo de remover o corpo estranho. (Figura 5)
- Abra a boca da vítima, colocando o polegar sobre a língua e segurando a língua e o maxilar inferior entre o polegar e os outros dedos, levantando o queixo da vítima. Com o dedo indicador da outra mão, tentar localizar e retirar o corpo estranho que foi expelido, procurando arrastá-lo lentamente pela parede da faringe e pela bochecha até chegar à base da língua, onde será mais fácil de removê-lo.
- Se o corpo estranho não sair deve-se reiniciar as compressões torácicas.



Figura 5: Compressões torácicas em vítimas inconscientes

- Depois de retirar o objeto, fazer duas respirações artificiais. Se o tórax não expandir reiniciar as compressões torácicas, pois ainda pode haver um corpo estranho impedindo a respiração.

Crianças

- Bebês menores de um ano:
 - Verifique se o corpo estranho está visível na cavidade oral. Se sim, retire-o com uma pinça ou com os dedos indicador e polegar.
 - Coloque o bebê de barriga para baixo no seu braço, segure a cabeça e o pescoço com a mão e deixando-os em um nível mais baixo do que o tronco. Com a outra mão aberta, dê cinco golpes rápidos e fortes nas costas do bebê. Cuidado para não deixá-lo cair. Caso não tenha forças para segurá-lo com segurança, agache ou sente e realize a manobra em seu braço apoiado na perna do mesmo lado (conforme Figura 2).

Se o corpo estranho não sair?

- Coloque-o de barriga para cima, mantendo a cabeça mais baixa que o tronco, e faça cinco impulsos rápidos com dois dedos da outra mão no meio do tórax, um dedo abaixo de uma linha imaginária entre os mamilos.
- Repita as duas manobras de forma sequencial até que o corpo estranho saia ou que o bebê fique inconsciente. (Figura 2)
- Se o bebê ficar inconsciente, inicie a ressuscitação cardiopulmonar (Capítulo 3).



Figura 2: Manobra de Heimlich em crianças menores de um ano.

Crianças maiores de um ano:

- Verifique se o corpo estranho está visível na cavidade oral. Se sim, retire-o com uma pinça ou com os dedos indicador e polegar.
- Realize a Manobra de Heimlich descrita a seguir, porém com a criança sentada em seu colo ou ajoelhado atrás da criança (Figura 3).



Figura 3: Manobra de Heimlich em crianças maiores de um ano.

Pessoas obesas ou grávidas:

- Fique em pé atrás da vítima com os braços sob suas axilas, envolvendo o tórax da vítima com os braços. Realize a manobra de Heimlich com a mão fechada no meio do osso do peito (osso esterno). (Figura 6)
- Repetir a manobra até o objeto ser expelido ou até que a vítima perca a consciência.
- Caso a vítima perca a consciência, coloque-a deitada de costas em uma superfície rígida e realize as compressões torácicas, conforme explicado anteriormente na figura 5.



Figura 6: Manobra de Heimlich em Gestantes ou Obesos.

E se você engasgar e estiver sozinho?

Tente realizar compressões em seu abdome, como é feito na manobra de Heimlich

Caso não consiga, utilize o encosto de uma cadeira como apoio e solte o peso do seu corpo sobre ela, comprimindo seu abdome.

(Figura 7)



Figura 7: Manobra para desobstrução das vias aéreas em caso de engasgo sozinho.

Conclusão

A obstrução de vias aéreas por corpo estranho pode ocorrer em qualquer lugar e em qualquer situação. Um atendimento precoce realizado com a técnica correta pode salvar a vida do paciente. E, por mais rápido que seja a chegada do SAMU, a pessoa pode morrer por asfixia durante esse período de espera. Por isso, as manobras de Heimlich no adulto e na criança são tão importantes de serem aprendidas.

Referências

1. INSTITUTO DA MOBILIDADE E DOS TRANSPORTES TERRESTRES, I. P. *Manual de situações de emergência e primeiros socorros*. 2010. Disponível em: <http://www.imt-ip.pt/sites/IMTT/Portugues/TransportesRodoviaris/Documents/Manuais%20Forma%C3%A7%C3%A3o%20Inicial%20Motoristas/Manual_Emergencia_Primeiros_Socorros_FIC.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017.
2. REIS, I. *Manual de primeiros socorros: situações de urgência nas escolas, jardins de infância e campos de férias*. Disponível em: <<https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/primeirossocorros.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2017.
3. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (RS). *Manual de primeiros socorros para leigos*. Porto Alegre: Núcleo de Educação Permanente, 2013. 42 p. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sma/usu_doc/samu.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2017.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/protocolos?download=445:protocolo-de-suporte-basico-de-vida>>. Acesso em: 04 jul. 2017.

Capítulo 6

Autor: **Guilherme de Souza Barros**

Coordenador: **Ubirajara José Picanço de Miranda Junior**

Afogamento

O que é afogamento?

A definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) define afogamento como aspiração de líquido não corporal por submersão ou imersão. A submersão é quando todo o corpo está dentro da água. A imersão é quando somente uma parte do corpo está dentro da água e existe contato com vias aéreas. A aspiração refere-se à entrada de líquido nas vias aéreas.

Ocorrem muitos afogamentos?

O afogamento é uma grande causa de morte em todo o mundo, acarretando aproximadamente 42 óbitos por hora, totalizando 372 000 óbitos anuais passíveis de prevenção.

Aproximadamente 70% dos óbitos ocorre em água doce, com alta frequência em crianças, principalmente menores de 10 anos durante a natação nas piscinas (40% a 45%).

Dentre os afogamentos em água doce, estão incluídos também os ocorridos em rios, valas, lagos, banheiras, caixas de água sem tampa ou tanques, muitos deles associados a crianças sem supervisão dos pais. Idosos e pessoas com diagnóstico de epilepsia também possuem maior risco (epilépticos possuem de 15 a 19 vezes maior risco).

Estimativas do Brasil e EUA mostram gastos anuais com afogamentos de 273 e 228 milhões de dólares. Se houvesse maior divulgação dos meios de prevenção e de primeiros socorros para afogamento, certamente esses valores seriam muito menores e o montante economizado poderia ser utilizado de forma mais eficiente.

O que devo fazer quando alguém se afogar?

Antes de tudo, é preciso entender o que é uma cadeia de sobrevivência (Figura 1). Ela é uma ferramenta de sistematização do cuidado à vítima ou à possível vítima. Deve-se seguir os passos, iniciando-se sempre pela prevenção, que é a etapa em que o maior número de óbitos pode ser evitado. Na falha da prevenção, segue-se para a identificação de um afogamento, o que nem sempre ocorre. Na sequência, antes de tomar qualquer decisão, a prioridade é acionar ajuda especializada. Só então entram as medidas de primeiros socorros, representadas na cadeia pelas etapas “oferecer flutuação”, “remover da água” e “suporte básico de vida”.

Essas medidas podem ser tomadas por um socorrista leigo enquanto espera a equipe profissional, sendo que, a partir da sua chegada, esta assume o atendimento. Cada etapa da cadeia é descrita a seguir.



Figura 1: Cadeia de sobrevivência.

Como prevenir um afogamento?

O afogamento é uma causa de morte evitável. Medidas simples e de baixo custo podem fazer grande diferença na probabilidade de ocorrer um afogamento. Estima-se que aproximadamente 85% dos afogamentos poderiam ser evitados na fase de prevenção. Há cuidados específicos a serem tomados dependendo do local, se é na orla ou em piscinas. Porém, algumas medidas são universais, como:

- Nunca nadar sozinho
- Não superestimar sua capacidade de nado

- Não nadar após uso de álcool
- Estar atento às crianças e idosos
- Aprender a nadar a partir dos 4 anos de idade
- Estar sempre em busca de novas medidas de prevenção

Em piscinas

Como já citado, a maior parte dos óbitos por afogamento ocorre em águas doces com grande frequência entre crianças. É indicado que as piscinas sejam envoltas com grades de pelo menos 1,50m de altura (reduzem mais da metade do número de afogamentos). As boias de braço não são efetivas contra afogamentos. Proprietários de piscinas, principalmente, devem buscar conhecimento em primeiros socorros para afogamento.

Em praias

Nas praias, o maior número de afogamentos ocorre nas valas (mais de 80%), que são locais de maior correnteza em direção ao alto-mar. O banhista, ao perceber que está em uma vala, deve nadar transversalmente a ela até escapar ou pedir ajuda. Antes de entrar no mar, portanto, é importante pedir informações ao guarda-vidas sobre o melhor local para nadar e estar atento às sinalizações. Outras medidas incluem não nadar após ingerir alimentos pesados, evitar ficar perto de pedras e verificar a profundidade do mar antes de mergulhar. Da mesma forma que nas piscinas, é prioridade dar atenção especial a crianças e idosos.

Como identificar um afogamento?

Primeiro passo para se poder realizar os primeiros socorros é saber identificar um caso de afogamento em seu início, o que muitas vezes não ocorre.

A vítima tipicamente está na posição vertical com os braços estendidos e batendo-os na água, não conseguindo acenar para pedir ajuda. A cabeça submerge e emerge demonstrando tentativa em mantê-la fora da água e manter a respiração, o que a impede de gritar por socorro. Uma criança consegue manter-se dessa forma por 10 a 20 segundos, enquanto adultos resistem por mais tempo até a submersão. Por vezes, pessoas próximas podem não perceber que um banhista está se afogando, exatamente por ele não conseguir acenar ou gritar por socorro.

Respeitando-se a cadeia de sobrevivência, ao identificar um afogamento, somente se prossegue para os primeiros socorros após chamar por ajuda. Ao ligar para o SAMU (192) ou Corpo de Bombeiros (193), deve-se informar o local, o número de pessoas envolvidas e demais informações que possam ajudar no planejamento do atendimento pelos profissionais.

Como realizar primeiros socorros em afogamento?

Enquanto a equipe chega, podem ser iniciados os primeiros socorros. Caso o socorrista não tenha treinamento em resgate, deve ajudar a pessoa que está se afogando preferencialmente sem entrar na água. A própria vítima, apavorada e em pânico, é um risco para o socorrista, pois ao tentar se manter na superfície e respirar, ela pode afogá-lo, surgindo a necessidade de se manter a distância.

Dessa forma, se a pessoa em apuros ainda estiver consciente, deve-se ajudá-la deixando próximo a ela objetos flutuantes, como colete salva-vidas, bola, boias, pneus e outros e então trazê-la para a margem através de toalhas, cordas, vara, galhos, remo ou qualquer outro item que possibilite puxá-la. Enquanto a vítima segura o objeto, o socorrista orienta-a sobre a melhor direção para chegar à margem e incentiva ela dizendo que a equipe de resgate já está a caminho.

Se decidir entrar na água (somente se tiver treinamento para esse tipo de resgate), o socorrista deve ter consigo algum objeto flutuante e, ao se aproximar, posicionar a cabeça acima da superfície, mantendo contato visual e se comunicando com a vítima se possível.

Ao trazer a pessoa para o seco, o socorrista deverá atuar avaliando em qual das três situações seguintes ela se encontra:

- Vítima consciente: deixá-la em decúbito dorsal (deitada de barriga para cima) e elevar a cabeça para evitar vômitos.
- Vítima inconsciente respirando: deverá ser colocada em decúbito lateral (deitada de lado) e ser aquecida enquanto se observa a normalidade da respiração.
- Vítima inconsciente sem respiração: realizar RCP (no afogamento a ressuscitação possui algumas peculiaridades que são explicadas a seguir).

A proporção entre ventilações e compressões quando há somente um socorrista é a padrão (2 ventilações para cada 30 compressões). Porém, se houverem dois socorristas, pode-se realizar 2 ventilações para cada 15 compressões. Esta proporção é utilizada somente em afogamento, pois a prioridade é reverter a parada respiratória. Além disso, no início da RCP o ideal é que sejam realizadas 5 ventilações, ao invés de duas pois as primeiras insuflações são menos eficientes devido a entrada de água nas vias aéreas.

Utilizar outras manobras visando a retirada do líquido dos pulmões, como a manobra de Heimlich, é contraindicado pelo risco de causarem vômitos e broncoaspiração, piorando o quadro da vítima. Essas manobras somente devem ser realizadas em caso de obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE).

A lesão de coluna cervical, apesar de grave, é relativamente rara em afogamentos. Nas praias, o trauma raquimedular (TRM) ocorre em 0,009% dos resgates. Portanto, é sugerido que em casos inconclusivos não se perca tempo na tentativa de imobilizar a coluna em um resgate, dando-se prioridade para as manobras de ressuscitação. Em vítimas de afogamento em águas rasas, piscinas, águas turvas ou cachoeiras em que o socorrista suspeite fortemente desse tipo de lesão e esteja

realizando o resgate dentro da água, deverá posicioná-la na horizontal com vias aéreas acima da superfície enquanto chega à margem e, ao retirá-la da água, manter o alinhamento da cabeça em relação ao corpo.

No resgate dentro da água, o socorrista treinado poderá realizar manobras de ressuscitação antes de chegar na margem em vítimas inconscientes. Essa manobra utiliza somente ventilações (boca-a-boca), visto que compressões cardíacas e avaliação de pulso arterial são ineficientes dentro da água. Essa medida aumenta a chance de sobrevivência sem sequelas em 3 vezes. Porém, se não for apto para tal, deverá apenas trazer a pessoa para fora da água e iniciar a RCP no seco.

Sobre o desfibrilador externo automático (DEA), ele somente é utilizado afogamentos secundários. Isso ocorre quando, por exemplo, uma pessoa afoga devido a um infarto enquanto estava na água. Nessa situação deve-se secar o tórax e retirar o excesso de areia para que as descargas sejam efetivas.

Após a realização dos primeiros socorros, a equipe profissional avaliará a necessidade de suporte avançado e de hospitalização da vítima, sendo esta a etapa final da cadeia de sobrevivência, destinada ao cuidado dos casos graves.

Conclusão

Tendo-se em mente o número de óbitos por afogamento em todo o mundo e, de outro lado, a simplicidade das medidas preventivas específicas para esses casos, é perceptível que muito pode ser feito para se reverter esse cenário. E mais do que atentar-se às estatísticas, deve-se ter em mente que pessoas próximas podem passar por situações como as exemplificadas neste capítulo.

Assim como em outros tipos de emergência, o tempo é valioso para a vítima em risco de afogamento. Especificamente no afogamento, tempo significa cérebro. Ou seja, a cada segundo que se permanece em hipóxia (baixa oxigenação) a lesão ao tecido cerebral se intensifica, podendo resultar em lesões irreversíveis mesmo que ocorra o resgate. Portanto, informar-se sobre o assunto é essencial para poder atuar, não só prevenindo, mas também intervindo através dos primeiros socorros quando for necessário.

Referências

1. SMICELATO, C. E.; SZPILMAN, D. Afogamento. In: *PRÉ-HOSPITALAR*: Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências (GRAU). Barueri, SP: Manole, 2013.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Report on Drowning: preventing a leading killer*. Suíça: WHO, 2014. 76 p.
3. SZPILMAN, D. *Qual a melhor abordagem no afogamento com parada respiratória e PCR? ABC X CAB X Só-compressão*. Disponível em: <http://www.sobrasa.org/new_sobrasa/arquivos/recomendacoes/Recomendacao_AFOGAMENTO%20COM%20PARADA%20RESPIRATORIA%20e%20PCR_2013.pdf>. Acesso em: 30 maio 2014.

Página intencionalmente deixada em branco.

Autor: **Yasmin Emanuelle de Paula Machado**
Coordenador: **Carmen Livia Faria da Silva Martins**

Asma

O que é asma?

A asma é a doença inflamatória crônica, mais comum na infância. Ela acomete as vias aéreas, especificamente os brônquios (que são tubos que levam o ar para dentro dos pulmões) que ficam inflamados, levando à obstrução das vias aéreas.

A asma causa os principais seguintes sintomas:

- Falta de ar ou dificuldade para respirar
- Sensação de aperto no peito ou peito pesado
- Chiado no peito
- Tosse

Esses sintomas variam durante o dia, e costumam piorar pela manhã cedo e à noite, especialmente de madrugada. A asma pode piorar também com exercício físico.

Os sintomas da doença variam com o passar do tempo, às vezes desaparecendo sozinhos, porém a asma continua lá, uma vez que não tem cura. Em uma crise aguda pode-se destacar os seguintes pontos:

- A vítima procura se sentar jogando o corpo para frente para melhor respirar.
- As narinas também podem se abrir durante a respiração.
- Em geral, pode-se apresentar tosse seca e chiados semelhantes a

assobios, normalmente quando solta o ar do peito;

- Dificuldade respiratória, com movimento muito pequeno de ar durante a respiração, mesmo quando a vítima está em repouso;
- O peito se distende a cada respiração, pois o ar entra, mas tem dificuldade para sair, o que leva ao chiado.
- Tende a apresentar respirações rápidas e superficiais;
- O pulso fica acelerado, acima de 120 batimentos por minuto;
- O indivíduo apresenta-se fatigado e cansado.

O que fazer durante a crise de asma?

No momento da crise a pessoa que pode ajudar o paciente no sentido de auxiliá-lo para melhorar a respiração deve proceder da seguinte forma:

- Deve procurar manter a calma, para tranquilizar o paciente, pois a agitação e a intensidade emocional pioram a crise asmática;
- Manter a vítima em uma posição confortável, e normalmente sentada;
- Desobstruir as vias aéreas e auxiliar as ventilações, se necessário;
- Perguntar ao paciente se ele ou ela já fazem tratamento para asma e se tem alguma medicação em casa ou com eles. Por exemplo: medicamento para a crise (bombinha)

***OBSERVAÇÃO:** O inalador (bombinha) ajuda os músculos das vias aéreas a relaxarem. Dessa forma, permite a passagem de ar pelas vias para expandir os pulmões e melhorar a respiração.*

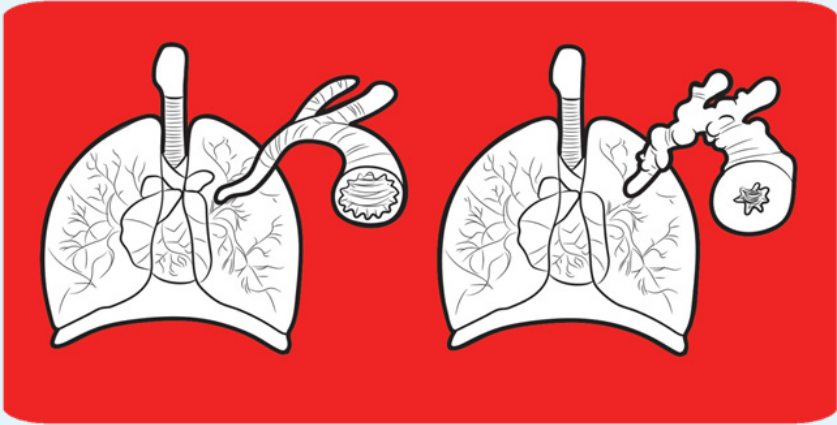


Figura 1: No pulmão com asma (imagem da direita), os brônquios apresentam calibre reduzido, o que dificulta a passagem de ar.



Figura 2: Inalador usado nas crises de asma.

O estado de mal asmático é uma crise asmática prolongada e grave que representa uma emergência médica importante. Nesse caso, os sintomas que você vai observar são os seguintes:

- Respiração enfraquecida;
- Coloração azulada da pele e/ou dos lábios;
- Esforço excessivo para falar e andar, fala entrecortada;
- Respiração muito difícil: a vítima se esforça para movimentar o ar e usa os músculos dos ombros e do pescoço para ajudar na respiração;
- Exaustão e muito cansaço;
- Confusão mental ou sonolência;
- Boca seca e olhos fundos.

Lembre-se

Não se deixe enganar por uma vítima que apresente estado de mal asmático, mas pareça estar se recuperando, pois ela ainda pode estar exposta a risco elevado.

No tratamento do estado de mal asmático, siga as mesmas orientações para asma aguda, MAS TOME ATITUDES COM URGÊNCIA E PEÇA SOCORRO enquanto cuida da vítima.

Importante

Caso a crise piore, ou se ela estiver sem a sua bombinha ou se a medicação não funcionar, ligue para o SAMU (192) ou para os bombeiros (193) e peça ajuda.

Conclusão

Asma é uma doença crônica e se caracteriza por falta de ar ou dificuldade respiratória, tosse, sensação de aperto no peito e chiado. Caso a vítima apresente uma crise, deixe-a calma, sente-a, ofereça bastante líquido para ingestão e auxilie na utilização da bombinha ou medicação para a asma. Caso os sintomas não melhorem, chame o resgate.

Referências

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. *Espaço saúde respiratória*: asma. Disponível em: <<http://sbpt.org.br/espaco-saude-respiratoria-asma/>>. Acesso em: 24 maio 2015.
2. THE BRITISH RED CROSS. *Everyday first Aid*: asthma attack. Disponível em: <<http://www.redcross.org.uk/What-we-do/First-aid/Everyday-First-Aid/Asthma-attack>>. Acesso em: 01 nov. 2015.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma*: 2012. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple_200_70_38_completo_versao_corrigida_04-09-12.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2017.

Página intencionalmente deixada em branco.

Capítulo 8

Autor: **Ana Amélia Damasceno Parreira**

Coordenador: **Ubirajara José Picanço de Miranda Junior**

Feridas

O que é ferida?

Ferimento é o rompimento de tecidos moles como pele, tecidos gordurosos, músculos e órgãos internos. Eles podem ser superficiais ou profundos, provocando dor, sangramento e possibilidade de infecção.

Os agentes capazes de produzir um ferimento podem ser físicos (mecânico, elétrico, irradiante e térmico) e químicos (ácidos ou álcalis).

Quais os tipos de ferimentos?

Os ferimentos podem ser classificados em fechados e os abertos.

1. Ferimentos Fechados: a pele da vítima não é rompida. Podem apresentar: inchaço, hematoma e equimose (extravasamento de vasos capilares).

Causados por trauma de diversos tipos, como queda, pancada, etc.

2. Ferimentos Abertos: há rompimento da pele. Podem ser causados a partir de um corte, uma perfuração, uma escoriação (atrito da pele), amputação, laceração (ex. mordidas de animais) e esmagamento.

Podem ser subdivididos em profundos e superficiais e as condutas a serem tomadas dependem do quão profundo eles são.

O que fazer?

Antes de tudo, o leigo deve procurar se proteger para não se contaminar com um ferimento, podendo para isso, lavar as mãos e calçar luvas descartáveis, sempre que possível.

Objetivos dos curativos:

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

Ferimentos Fechados:

Avaliar a extensão do ferimento, a forma como foi causado e o estado em que se encontra a vítima, se houver dificuldade para caminhar, ou movimentar algum membro, tontura, dor aguda – encaminhar para atendimento médico/hospitalar, caso contrário pode – se aplicar gelo local envolto em um pano limpo para alívio da dor.

Ferimentos Abertos Superficiais:

São representados por pequenos cortes e arranhões. Os procedimentos de primeiros socorros são:

- Lavar o ferimento com água e sabão
- Protegê-lo com gaze ou pano limpo
- Não tocar no ferimento com a mão ou substâncias potencialmente contaminadas
- Não utilizar algodão ou lenço de papel sobre os ferimentos.



Figura 1: Lavar o ferimento superficial com água e sabão e protegê-lo com gaze ou pano limpo.

Ferimentos Abertos Profundos

São representados por lesões que invadem a parte interna do corpo. Perigos recorrentes a esses ferimentos: sangramentos e infecção.

A limpeza adequada com água e sabão com a retirada de detritos da ferida (terra, partículas de vidro, pedaços de madeira etc.) é a forma mais eficiente de se evitar a contaminação pelo TÉTANO, uma terrível doença causada por uma bactéria que atua no sistema nervoso central e pode levar à morte.

Após a limpeza, aí sim, estará indicado o emprego de substâncias antissépticas, de preferência a base de compostos iodados.

Proteja o ferimento com gaze e troque o curativo tantas vezes quanto necessário

Ferimentos abdominais:

- Risco mais grave: as vísceras podem sair do corpo.
- Mantenha a vítima aquecida para evitar o estado de perda excessiva de calor
- Não toque em nada que estiver para fora ou tente colocar para dentro
- Cubra o ferimento com pano limpo e úmido sem comprimir
- Procure o serviço de saúde para os demais procedimentos

Ferimentos profundos no tórax:

- Risco mais grave: Perfuração do pulmão e coração
- Providenciar socorro o mais rápido possível, para evitar complicações respiratórias
- Verifique se há dificuldade para respirar
- Não retire objetos encravados sem orientação dos profissionais de saúde
- Procure o serviço de saúde para os demais procedimentos

Ferimentos na cabeça

- Risco mais grave: hemorragia extensa e perda de tecido cerebral
- Se houver suspeita de lesão na coluna, no pescoço ou se a vítima estiver inconsciente, não a movimente.
- Procure o serviço de saúde para os demais procedimentos o mais rápido possível

Ferimentos na Face

- Risco mais grave: hemorragia extensa
- Retire qualquer objeto que possa dificultar a respiração da vítima como dentaduras, dentes quebrados e comida
- Se a vítima estiver consciente e sem lesão na coluna coloque-a inclinada para frente para que a saliva e o sangue escorram, evitando que ela engasgue.
- Cubra ferimento com pano limpo sem apertar

Obs: Conserve os dentes perdidos em água filtrada para possível reimplante.

O que não fazer?

- Não tocar nas feridas sangrantes sem luvas.
- Não utilizar o material (luvas, compressas, etc.) em mais de uma pessoa.
- Não soprar, tossir ou espirrar em cima da ferida.
- Não fazer compressão direta em locais onde haja suspeita de fraturas ou de corpos estranhos encravados, ou junto das articulações.
- Não tentar tratar uma ferida mais grave, extensa ou profunda, com tecidos esmagados ou infectados, ou que contenha corpos estranhos, sem solicitar socorro o mais breve possível.
- NÃO USAR: Pó de café; Fumo de rolo; Teia de aranha; Manteiga; Pasta de dentes; etc.

Lembre-se

Se puder utilize soro fisiológico (0,9% NaCl). Este líquido não causa lesão tecidual. Na falta disso, água e sabão bem aplicados bastam para uma boa limpeza. Outros produtos podem contaminar ou dificultar o tratamento adequado. Deve-se ficar atento e identificar riscos e sinais de agravo da ferida.

Riscos e Sinais de Agravo:

- Feridas contaminadas;
- Sangramentos que não param;
- Presença de Febre ou pus
- Perda da função por inchaço, calor e dor
- Odor fétido

Atenção: encaminhar para atendimento hospitalar na presença dos sinais de agravo.

Conclusão:

Ferimentos simples e superficiais associados a leves hemorragias locais, devem ser lavados com água e sabão e cobertos com curativos limpos para reduzir o risco de infecção. Caso os ferimentos sejam maiores, requerem avaliação especializada para verificar necessidade de procedimentos médicos como sutura. Os ferimentos profundos e em áreas nobres do corpo como cabeça, tórax e abdome, requerem de avaliação médica imediata, mas cabe ao socorrista inexperiente tranquilizar a vítima, recobrir o ferimento com compressa úmida e acionar socorro imediato.

Referências

1. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (RS). *Manual de primeiros socorros para leigos*. Porto Alegre: Núcleo de Educação Permanente, 2013. 42 p. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sma/usu_doc/samu.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2017.
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS. *Manual de primeiros socorros UNIVIDA*. Alfenas, MG: UNIFENAS, 2007. Liga Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da UNIFENAS. Disponível em: <<http://www.unifenas.br/extensao/cartilha/AcaoUnivida.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de primeiros socorros*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manualdeprimeirosocorros.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2017.

Capítulo 9

Autor: **Carlos Ferri Pontual de Lemos**

Orientador: **Ubirajara José Picanço de Miranda Junior**

Hemorragia

O que é hemorragia?

Hemorragia ou sangramento é a perda de sangue dos vasos sanguíneos. O sangue é bombeado pelo coração, caminha pelas artérias e se espalha pelo resto do corpo. O caminho de volta do sangue é feito através de vasos chamados de veias, que levam, portanto, o sangue do corpo para o coração. Entre os dois sistemas, existe uma rede de minúsculos vasos que são os capilares.

São casos encontrados com facilidade. Acidentes que podem acontecer a qualquer momento quando lidamos com materiais cortantes ou mesmo quando se leva um tombo e há sangramento na ferida.

Classificação:

Segundo o local:

- Hemorragia Externa: é o sangramento visível na superfície do corpo. É decorrente de corte, raspão ou perfuração, produzido, por exemplo, por um pedaço de vidro, um prego, uma faca, ou outro objeto cortante.

- Hemorragia Interna: é o sangramento não visível que surge em decorrência de um ferimento interno. O sangue sai do sistema circulatório, mas permanece no corpo.

Segundo a espécie:

- Arteriais: o sangue é vermelho vivo e sai em jato forte, rápido e intermitentemente, associado às batidas do coração.

- Venosas: O sangue é mais vermelho-escuro, e sai de forma contínua e lenta.

Como identificar uma hemorragia?

Os sinais e sintomas são os mesmos tanto na hemorragia externa quanto na interna. Elas variam conforme o volume de sangue perdido e a velocidade de escoamento. É necessária uma maior atenção nos sinais e sintomas frente a uma hemorragia interna, já que a mesma não é visível. Os sinais e sintomas são:

- A pele fica pálida e fria.
- A pessoa experimenta uma sensação de ansiedade, fraqueza e tonturas.
- A pulsação fica rápida e fraca e a respiração superficial.
- A vítima se queixa de sede e é possível perceber um suor excessivo.
- Na hemorragia interna, a pessoa sente uma forte dor no local que está sangrando.

O que fazer diante de uma hemorragia externa?

- Procure manter o local que sangra em plano mais elevado que o coração. Pressione firmemente o local por cerca de 10 minutos, comprimindo com um pano limpo dobrado ou com uma das mãos. Caso o sangramento não cesse, pressione com mais firmeza por mais 10 minutos.
- Quando parar de sangrar, cubra o ferimento com uma gaze e prenda-a com uma atadura firme, mas que permita a circulação do sangue. Se o sangramento persistir através do curativo, ponha novas ataduras, sem retirar as anteriores, evitando a remoção de eventuais coágulos. Ao cessar a hemorragia, evite movimentar a região afetada. Providenciar auxílio médico.

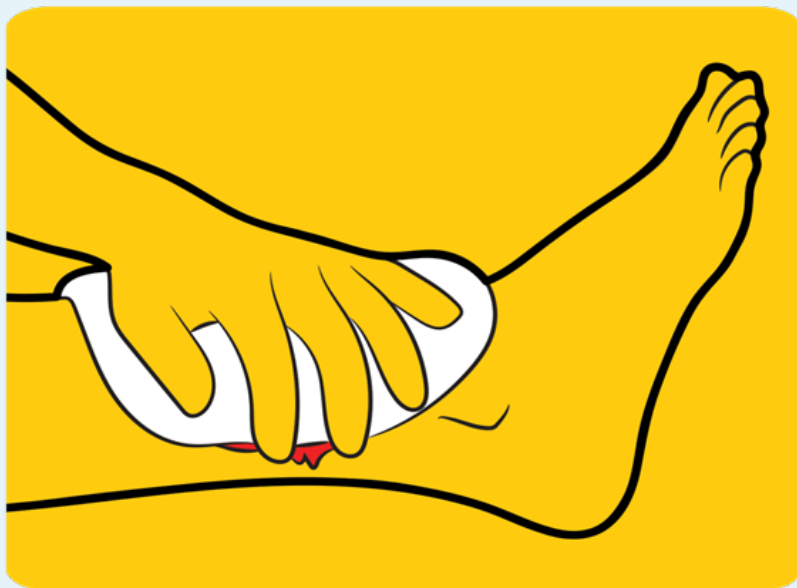


Figura 1: Comprimir o ferimento com um pano limpo por pelo menos 10 minutos.



Figura 2: Comprimir o ferimento e tentar manter o local que sangra em plano mais alto que o coração se possível.

O que não fazer diante de uma hemorragia externa?

- Não tente retirar corpos estranhos dos ferimentos;
- Não aplique substâncias como pó de café ou qualquer outro produto.

O que fazer diante de uma hemorragia nasal?

De todas as hemorragias que podem acontecer, esta é a mais comum em crianças ou adultos; causada pelo rompimento dos vasos sanguíneos do nariz devido a esforços físicos, excesso de sol, trabalhos expostos a altas temperaturas, diminuição de pressão atmosférica, ou ainda em consequência de algumas doenças.

- Tranquilizar a vítima
- Incline a cabeça da pessoa para frente, sentada, evitando que o sangue vá para a garganta e seja engolido, provocando náuseas.
- Comprimir a narina sangrante com os dedos (5 a 10 minutos);
- Usar um chumaço de algodão tampando a narina sangrante;
- Colocar compressa de pano frio ou bolsa de gelo no local.
- Se não cessou desta forma, encaminhar a vítima imediatamente ao médico.
- **Recomendações:** Peça à vítima que respire pela boca;
- Não deixe que assue o nariz.

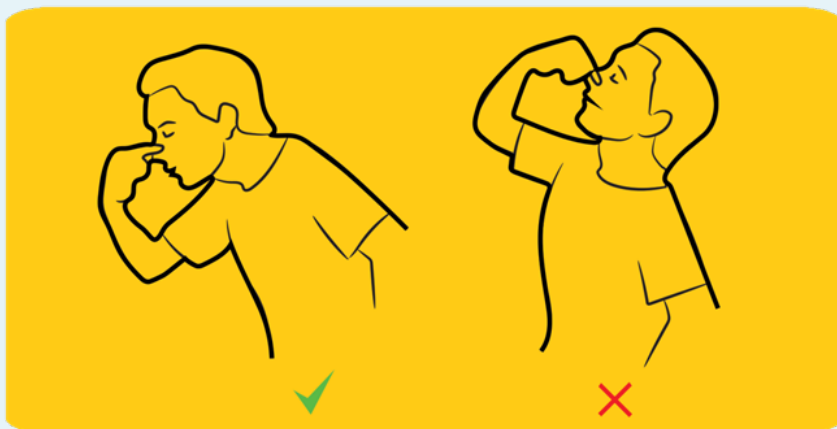


Figura 3: Comprima as narinas e inclina a cabeça para frente (imagem da esquerda) e não para trás (imagem da direita).

O que fazer diante de uma hemorragia interna?

Uma colisão ou um choque com objeto pesado pode, muitas vezes, acarretar uma hemorragia interna. A hemorragia se traduz pelo rompimento de vasos ou órgãos internamente.

Como não vemos o sangramento, temos que prestar atenção a alguns sinais externos, para podermos diagnosticar e encaminhar ao tratamento médico imediatamente, evitando o estado de choque.

Verificar:

- **Pulsação:** Se o pulso está fraco e acelerado;
- **Pele:** Se está fria e pálida, com as mucosas dos olhos e da boca hipocoradas;
- **Mãos e dedos (extremidades):** Se estão arroxeados pela diminuição da circulação sanguínea.

Peça auxílio médico imediato. Não dê alimentos ou líquidos à vítima e nem aqueça demais com cobertores. Deite o acidentado, com a cabeça em um nível abaixo que o do corpo, mantendo-lhe o mais imóvel possível. Tranquilize o acidentado se ele estiver consciente e observe rigorosamente a vítima estando atento a uma possível parada cardíaca e respiratória.

Conclusão

As hemorragias em nosso meio são comuns e muitas pessoas tendem a se assustar com situações de fácil resolução. Como exposto acima, algumas medidas simples podem resolver grande parte dos quadros de sangramento. Contudo, é importante acentuar a importância de saber identificar e classificar a gravidade de uma hemorragia visando tanto o auxílio como a necessidade de contatar um atendimento profissionalizado. As recomendações previstas e expostas nesse capítulo são de suma importância para a população leiga, podendo ser útil em um simples amparo a uma vítima com uma lesão pequena ou até mesmo salvar uma vida em um acidente grave.

Referências

1. CARDOSO, T. A. O. *Manual de primeiros socorros do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 188 p.
2. EISENBERG, M. S.; COPASS, M. K. *Terapêutica em emergências clínicas*. São Paulo: Roca, 1994. 200 p.
3. KNOBEL, E. et al. *Manual de condutas no paciente grave*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984. 450 p.
4. LOPEZ, MARIO E COL. *Emergências Médicas*. São Paulo: Guanabara Koogan, 1976. 1149 p.
5. SANTOS, R. R. et al. *Manual de socorro de emergência*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001. 400 p.
6. ZIADE, E. *Atenção médica e primeiros socorros, tratamentos padronizados*. Rio de Janeiro: Instituto de Engenharia Nuclear, 2004. 862 p.

Página intencionalmente deixada em branco.

Capítulo 10

Autor: **Gabriela Alves Martins**

Coordenador: **André Luís de Aquino Carvalho**

Lesões torácicas e abdominais

O que são lesões torácicas e abdominais?

No contexto de trauma e de emergência as lesões torácicas e abdominais são comuns. Esse tipo de lesão pode ter diversas causas – acidente de trânsito, arma de fogo, queda, confronto interpessoal – e, conseqüentemente, diversos desdobramentos e complicações. Por isso, é essencial saber exatamente o que fazer para identificar a lesão, diferenciá-la e tratá-la.

Na prática, a dor referida por uma pessoa lesionada pode ser imprecisa e irradiada, além disso, a vítima pode estar inconsciente, ou desorientada. Portanto, o socorrista deve estar sempre atento a todos os detalhes que o ajudem a identificar a lesão; como, por exemplo, áreas com coloração diferente, marcas de volante ou do cinto de segurança, orifícios de entrada e saída de projéteis, etc.

O objetivo principal deste capítulo é auxiliar de forma prática na identificação e no tratamento inicial das principais lesões e traumas toracoabdominais.

Como se identifica os tipos de lesões?

- Lesão fechada: pele contínua, íntegra, sem cortes ou perfurações. Normalmente é causada por impacto traumático, pancada, chute, etc.
- Lesão aberta: pele apresenta descontinuidade. Esse tipo de lesão é decorrente de penetração por arma branca, arma de fogo ou por perfuração de dentro para fora por algum osso fraturado.

Principais sinais de lesões torácicas

Hemoptise

- Definição: Tosse com sangue, normalmente vermelho vivo e espumoso. É um sinal de lesão das vias aéreas;
- O indivíduo que apresenta hemoptise deve buscar atendimento médico o quanto antes.
- Quando a vítima está inconsciente ou apresenta trauma associado, deve-se posicioná-la lateralmente, principalmente sua cabeça, a fim de facilitar a saída das secreções.

Dispneia

- Definição: Sensação de dificuldade respiratória percebida pela vítima, popularmente chamada de “falta de ar”.
- Indica, comumente, dano em aparelho respiratório ou cardiovascular.
- Após trauma, é grande indicativo de lesão em vias aéreas e/ou caixa torácica. Vítima deve buscar atendimento médico o quanto antes.

Pneumotórax Aberto

- Definição: Ferida Torácica Aspirativa; perfuração em tórax grande o suficiente para funcionar como canal de entrada e saída de ar, competindo com a via aérea natural.
- Para evitar o comprometimento da respiração, deve ser feito um curativo de três lados fixos com esparadrapo e um lado livre: proporcione um mecanismo de válvula unidirecional deixando o lado inferior do curativo sem fixação para facilitar saída de ar e fluidos, conforme figura a seguir:

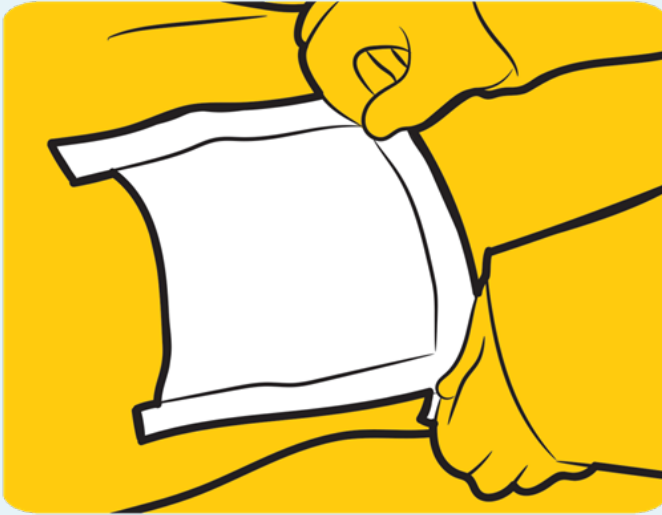


Figura 1 - Curativo de três lados fixos para tratamento de pneumotórax aberto.

É proibido: Fazer um curativo totalmente oclusivo no local, pois isso agravaria a situação, gerando um pneumotórax hipertensivo.

Tórax Flácido

- Definição: Ocorre quando, devido a fraturas de múltiplas costelas, uma região da parede torácica se torna instável e flutuante. A área lesionada se movimenta no sentido oposto ao do restante do tórax.
- Palpe gentilmente a região do tórax da vítima, para identificar o contorno da lesão.
- Faça um curativo utilizando um pequeno travesseiro, ou algo semelhantemente macio e volumoso. Estabilize o travesseiro ao redor da lesão utilizando esparadrapo, gravatas, ou o que estiver ao seu alcance.
- Posicione a vítima encostada ou deitada sobre o lado lesionado.
- Monitore os sinais vitais da vítima até o socorro especializado chegar.



Figura 2: Esquema dos principais sinais e sintomas de lesões torácicas.

Principais sinais de lesões abdominais

Evisceração

- Definição: exteriorização de alguma víscera (órgão) abdominal através de um ferimento.

- O socorrista deve manter a temperatura e a umidade regular das vísceras que estão fora da cavidade abdominal, evitando contaminações.
- **É proibido:** tentar recolocar as vísceras para dentro da cavidade abdominal, bem como fazer curativo apertado que pressione as vísceras;

O que fazer?

- Cubra os órgãos com curativo umedecido, limpo, não absorvivo nem aderente.
- Envolver esse primeiro curativo com filme plástico ou papel alumínio (ajuda a reter umidade e calor).
- Fixe o curativo sem apertá-lo.
- Antes de tudo, sempre chame ajuda especializada (SAMU 192) e aguarde as instruções.

Hematêmese

- Definição: Vômito contendo sangue. Costuma apresentar coloração avermelhada escurecida, semelhante à borra de café. Se for causado por trauma, a coloração do sangue presente no vômito estará mais próxima do vermelho vivo.
- O socorro especializado deve ser contatado o quanto antes.
- Se a vítima estiver inconsciente, deve-se posicioná-la lateralmente para facilitar o escoamento do vômito.

Hematúria

- Definição: Presença de sangue na urina.
- Pode indicar trauma abdominal. O indivíduo que apresenta hematúria deve procurar atendimento médico o quanto antes.

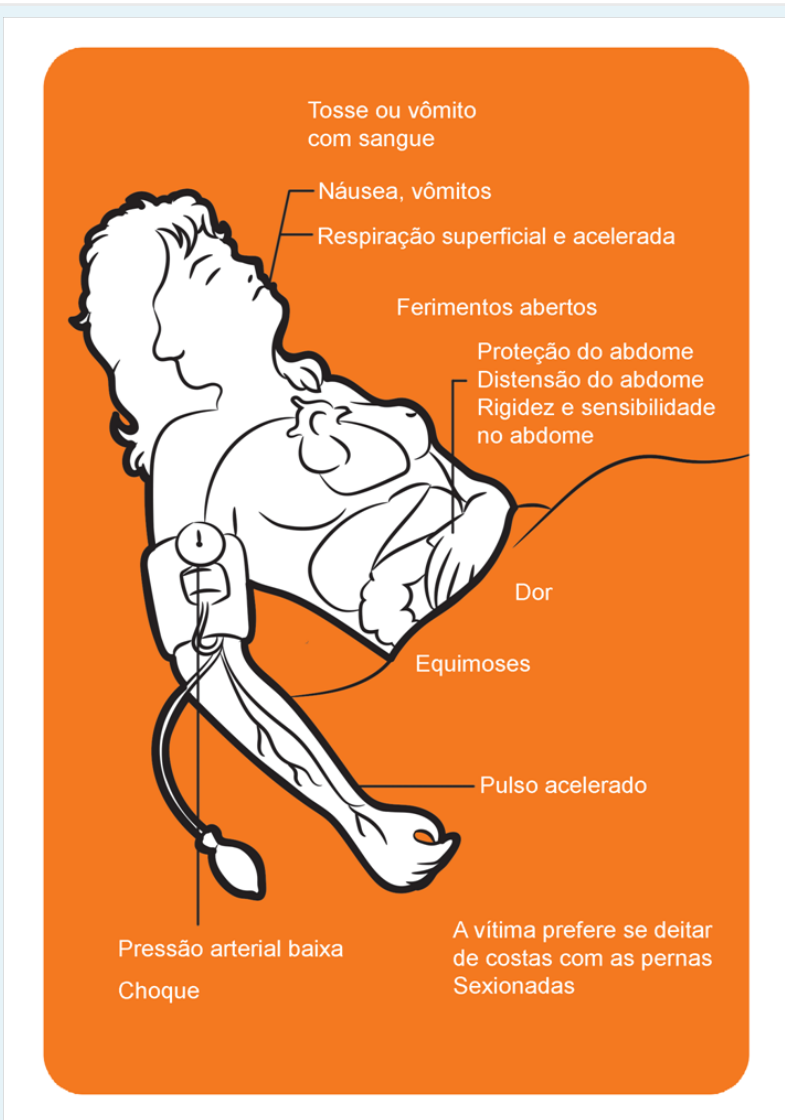


Figura 3: Esquema dos principais sinais e sintomas de lesões abdominais.

Perigos de ferimentos em comum do abdome e tórax

Ferimento entre mamilo e rebordo costal

- Essa é a área de transição entre a região do tórax e do abdome, demarcada pelo diafragma.
- Qualquer ferimento nessa área deve ser cuidadosamente analisado, pois há risco de perfuração do diafragma, o que pode desencadear uma “herniação” de vísceras abdominais para dentro da cavidade torácica, que, por sua vez, pode prejudicar a respiração e/ou causar torção de vasos e vísceras.
- Além disso, o diafragma é um músculo fundamental para o pleno funcionamento da dinâmica respiratória. Dessa forma, sua perfuração prejudica a ventilação pulmonar, podendo resultar em hipóxia – baixa concentração de oxigênio no sangue – e acidose (pH sanguíneo diminuído, indicando acidez sanguínea).

Ferimento Penetrante

- Corte as roupas ao redor do objeto para expor melhor a área penetrada;
- Faça um curativo ao redor do objeto com bandagens grossas e esparadrapo;
- Caso não possua kit de primeiros socorros no local, utilize o que estiver a sua disposição, como roupas (as mais limpas possíveis), gravatas e fitas adesivas.
- Procure estabilizar o objeto para controlar o sangramento, além de prevenir, com isso, novas lesões ou a criação de uma ferida torácica aspirativa;

Conclusões

Ao se deparar com quadro de lesão toracoabdominal, deve-se lembrar em primeiro lugar da segurança do local onde se deu a ocorrência, bem como da segurança da equipe; deve-se, também, promover os cuidados pré-hospitalares e, da maneira mais rápida possível, levar o paciente para a unidade hospitalar indicada pela central de regulação, para os demais cuidados hospitalares necessários.

Referências

1. KARRER, K. J. et al. Lesões no tórax, no abdome e na genitália. In: *PRIMEIROS socorros para estudantes*. 10.ed. Barueri, SP: Manole, 2013. p. 153-170.
2. COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. *Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS): manual do curso de alunos*. 9. ed. São Paulo: Colégio Americano de Cirurgiões, 2012. 403 p.
3. SILVA, D. B. da; VIANA, S.; PRADO, R. R. do. *Manual de primeiros socorros*. Alfenas: Arte Gráfica Atenas, 2007.
4. PEREIRA, G. A. et al. Abordagem geral trauma abdominal. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 40, n. 4, p. 518–530, 2007.

Capítulo 11

Autor: **Gabriel de Oliveira Araújo**

Orientador: **Marcelo Silva Belo**

Lesões cranianas

O que são lesões cranianas?

São danos ou agressões por toda a extensão da calota craniana (cabeça) e seus constituintes, isto é, as lesões podem acometer o couro cabeludo, o crânio, e também o cérebro em lesões mais graves. Exemplos de lesões cranianas:

- Traumatismo intracraniano;
- Fraturas do crânio e ossos da face;
- Traumatismo do olho e da órbita ocular.

O objetivo principal do tratamento dos doentes com suspeita de trauma intracraniano grave é prevenir a lesão do cérebro, ou que a lesão inicial já ocorrida se alastre. As duas condutas mais importantes para conter o dano cerebral e limitá-lo são: (1) fornecer adequada oxigenação à pessoa acidentada e (2) garantir o fluxo de sangue ao cérebro com uma pressão arterial adequada. Dessa forma, para aumentar as chances de sobrevivência e recuperação da vítima, os passos do ABCDE (capítulo 2), devem ser seguidos nesta ordem. Cerca de 5% dos doentes com lesão cerebral apresentam lesão de coluna associada (passo A capítulo 2). Por isso, deve-se evitar a movimentação excessiva da coluna cervical.

O que se deve fazer quando estiver diante de alguém com uma lesão craniana?

- Chamar ajuda, caso haja mais pessoas disponíveis;
- Ligar para o SAMU (telefone 192);
- Checar obstrução de vias aéreas e desobstruir a passagem de ar (passo A do capítulo 2);
- Imobilizar e estabilizar o pescoço. Cuidado com a coluna cervical (passo A do capítulo 2);
- Ver se a pessoa está respirando. (passo B do capítulo 2);
- Se houver sangramento no local, pressione com um pano limpo dobrado com o objetivo de estancar o sangramento (capítulo 9).



Figura 1: Enfaixar a cabeça com panos limpos para conter o sangramento se necessário.

Situações especiais

Objetos transfixados na cabeça - Qual a definição?

Qualquer objeto que esteja encravado ou atravessado na cabeça.

O que fazer?

- Fixar o objeto envolvendo-o com toalhas (dobradas), faixas ou camisas, se possível;
- Evitar que a vítima se movimente ou tente retirar o objeto;
- **NUNCA RETIRAR O OBJETO DO LOCAL ONDE PENETROU.**



Figura 2: Não retirar objetos transfixados na cabeça

Trauma ocular- Qual a definição?

Ferimento no olho que inclui lesões por impacto, cortes, queimaduras, penetração de objetos (corpos estranhos), sangramentos, formação de hematoma e saída do olho da cavidade orbitária (Enucleação).

O que fazer em ferimentos?

- Cobrir o olho com gaze umedecida em soro fisiológico e proteger o local.

O que fazer em queimadura química?

- Realizar lavagem abundante com água ou soro fisiológico, iniciando o mais rápido possível e mantendo a lavagem durante o trajeto para o hospital ou por um tempo mínimo de 20 minutos;
- Ter cuidado para que o outro olho não seja atingido. Realizar a lavagem do canto do nariz para o canto da orelha;
- Nas lesões por qualquer produto químico em pó, realizar limpeza mecânica cuidadosa das pálpebras e face com gaze e depois iniciar a irrigação contínua dos olhos, mantendo-a durante o trajeto para o hospital.

O que fazer em queimadura térmica?

- Lavar com soro fisiológico e, em seguida, cobrir os dois olhos com gaze umedecida em soro fisiológico.

O que fazer em lesão com corpo estranho (objeto penetrante)?

- **NÃO REMOVER O CORPO ESTRANHO;**
- Não exercer pressão direta sobre qualquer ferimento do olho com o corpo estranho;
- Cobrir os dois olhos com curativo estéril.

O que fazer em lesões com enucleação (saída do olho da cavidade orbitária)?

- Não tentar recolocar o olho dentro da cavidade orbitária;
- Cobrir o globo ocular com gaze umedecida com soro fisiológico e proteger o local;
- Realizar curativo oclusivo nos dois olhos.

Remoção e transporte das vítimas

A movimentação ou transporte da vítima de trauma deve ser feita com cuidado a fim de não agravar as lesões existentes, principalmente na suspeita de lesão de coluna.

A vítima deve ser movimentada o mínimo possível até a chegada do SAMU.

Conclusão

As lesões cranianas, conforme já dito, envolvem lesões por traumatismo intracraniano, fraturas do crânio e ossos da face, bem como traumatismo do olho e da órbita ocular. Devido à gravidade característica desses tipos de lesões, devem-se priorizar os cuidados de atenção pré-hospitalar e tentar providenciar o meio mais rápido de remoção do paciente para um serviço hospitalar que disponha das condições de tratamento adequado.

Referências

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS. *Manual de primeiros*

socorros UNIVIDA. Alfenas, MG: UNIFENAS, 2007. 65 p. Liga Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da UNIFENAS.

2. CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS: Cid 10. S00-S09 Traumatismo da cabeça. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/s00_s09.htm>. Acesso em: 18 mar. 2016.
3. COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. *Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS)*: manual do curso de alunos. 9. ed. São Paulo: Colégio Americano de Cirurgiões, 2012. 403 p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de suporte básico de vida*. Brasília, 2014. 236 p.
5. CARDOSO, T. A. O. *Manual de primeiros socorros*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 170 p.

Capítulo 12

Autor: **Lucas Silqueira Gomes**

Coordenador: **Múcio Lopes da Fonseca**

Acidente vascular cerebral

O que é um AVC?

O acidente vascular cerebral (AVC) - também conhecido como “derrame cerebral”, acidente vascular encefálico (AVE), acidente cerebrovascular, dentre outros sinônimos¹ - refere-se a uma interrupção súbita do suprimento sanguíneo ao cérebro, de modo temporário ou permanente, ocasionando perda de função da região afetada².

Segundo dados do Ministério da Saúde, as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte no Brasil⁴, com destaque para o AVC. Se provocado por uma obstrução das artérias que nutrem o cérebro, o AVC é dito isquêmico – responsável por 85% dos casos³. Já o acidente vascular decorrente do rompimento arterial é dito AVC hemorrágico².

Como identificar um AVC?

O AVC pode ocorrer com qualquer pessoa, de qualquer idade, sem que existam avisos prévios de sua chegada. Por isso é importante estar atento para os sinais que sejam apresentados tão logo eles se iniciam, pois quanto mais rápido forem identificados e tratados, menores serão as sequelas deixadas pela doença. Seus sintomas variam de acordo com a área do cérebro afetada e estão mais comumente relacionados⁵ com o início súbito de:

- Dormência ou fraqueza na face, no braço ou na perna – geralmente em apenas um dos lados do corpo;
- Dificuldade em pronunciar frases simples;

- Perda total ou diminuição da visão em um ou ambos os olhos;
- Dificuldade de coordenação motora, perda de equilíbrio ou alterações no caminhar;
- Dor de cabeça súbita e muito forte.

Não é preciso que todos esses sinais apareçam juntos antes de pedir ajuda. O serviço de saúde (SAMU - 192) deve ser acionado diante de qualquer uma dessas situações.



Figura 1: Caso quaisquer desses sinais estejam presentes, ligue para o SAMU (192).

Quais os principais fatores de risco?

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de um AVC são:

- Hipertensão arterial;
- Diabetes;
- Altas taxas de colesterol;
- Tabagismo;
- Sedentarismo;
- Doenças Cardíacas.

As mulheres, geralmente, apresentam mortalidade por AVC maior do que os homens, sendo que 6 em cada 10 mortes por derrame ocorrem em mulheres. Isso porque, além dos fatores de risco mais comuns, elas possuem fatores de risco específicos³:

- Gravidez;
- Pré-eclâmpsia;
- Pílulas anticoncepcionais;
- Reposição hormonal após a menopausa;
- Diabetes gestacional.

Como prevenir o AVC?

A melhor forma de prevenir o AVC é controlando seus fatores de risco. Para isso é importante seguir os seguintes passos⁷:

- Realize o controle adequado da hipertensão arterial;
- Controle a diabetes;
- Alimente-se bem, seguindo uma dieta saudável;

- Pare de fumar;
- Mantenha os níveis de colesterol dentro dos limites ideais;
- Pratique atividade física regularmente;
- Controle o uso de bebidas alcoólicas.



Figura 2: Como prevenir o AVC.

Conclusões

Este capítulo trata de situações que podem favorecer o risco de acometimento da população por acidente vascular cerebral (AVC), bem como as medidas que devem ser tomadas para o diagnóstico precoce, tratamento imediato e a prevenção de agravamentos. Sendo assim, torna-se necessário que ao se deparar com alguma pessoa acometida de algum dos sinais ou sintomas já descritos, deve-se buscar imediatamente atendimento de emergência e o devido encaminhamento ao serviço especializado.

Referências

1. GAGLIARDI, R. J. Acidente Vascular cerebral ou acidente vascular encefálico? Qual a melhor nomenclatura? *Revista de Neurociências*, São Paulo, v. 18, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/carta%20ao%20editor.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015.
2. ROCHA, M. P. S.; ALCANTRA, C. *Suporte básico de vida e socorros em emergência*. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod5986/mod_suporte_basico_v5.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2015.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. *Acidente vascular cerebral*. Disponível em: <http://www.sbdcv.org.br/PUBLICA_AVC.ASP>. Acesso em: 13 dez. 2015.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) no Brasil*. Brasília, 2011. 160 p.
5. NATIONAL STROKE ASSOCIATION. *Explaining stroke*. Disponível em: <<http://www.stroke.org/sites/default/files/resources/ExplainingStrokeBrochure.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

Página intencionalmente deixada em branco.

Capítulo 13

Autor: **Nayhane Nayara Barbosa da Silva**

Coordenador: **Marcela Vilarim Muniz**

Convulsão

O que é convulsão?

São contrações involuntárias da musculatura, provocando movimentos desordenados, de início abrupto ou inesperado. Normalmente são causadas por funções cerebrais alteradas, geralmente acompanhadas por perda de consciência.

Cerca de 5% a 10% da população apresenta um episódio de crise convulsiva em algum período da vida, sendo mais prevalente em crianças e idosos. São mais frequentes as convulsões de origem desconhecida.

Quais as principais condições que podem desencadear uma crise?

Podem ser destacadas as seguintes situações:

- Febre muito alta, especialmente em crianças;
- Traumatismo craniano;
- Hipoglicemia (diminuição do nível de açúcar no sangue);
- Hemorragia;
- Intoxicações por produtos químicos;
- Doenças que causam danos ao cérebro (epilepsia, tétano,

tumores cerebrais e meningite).

Como podemos classificar as convulsões?

- Há três tipos de convulsão, apresentadas sob a forma de contrações: tônica, clônica e tônicoclônicas.
- Contrações Tônicas: são espásticas (rígidas) e imobilizam as articulações.
- Contrações Clônicas: são rítmicas, alternando-se contração e relaxamento.
- Contrações Tônico-clônicas: são a soma dos dois tipos.

O que caracteriza a condição chamada de Crise de Pequeno Mal (Crise de Ausência)?

São alterações súbitas e passageiras no cérebro. Nem sempre as contrações são evidentes, ou seja, não é perceptível aos leigos. A pessoa se desliga do ambiente por alguns instantes. A vítima não cai e não há liberação de esfíncteres (eliminação sem controle de fezes e urina).

Pode haver:

- Olhar vago e fixo;
- Movimentos automáticos (mascar, produzir sons);
- Leves contrações das pálpebras, lábios ou cabeça.

E como se caracteriza a Crise de Grande Mal (Epilepsia)?

São alterações repentinas e recorrentes no cérebro, com ataques violentos e com perda da consciência (convulsões típicas/crises tonico-clônicas).

Geralmente ocorre:

- Perda repentina da consciência e queda desamparada;
- Vítima rígida com as costas arqueadas;
- Momentânea cessação da respiração;
- Lábios arroxeados;
- Movimentos involuntários e desordenados;
- Excesso de salivagem na boca (espuma);
- Respiração ruidosa;
- Mordedura da língua e/ou lábios;
- Palidez intensa;
- Suor;
- Dilatação da pupila;
- Eliminação de urina e/ou fezes sem controle (relaxamento dos esfíncteres).

Geralmente a crise dura de 2 a 4 minutos, podendo persistir por mais tempo, dependendo da gravidade. A vítima vai se recuperando gradativamente.

Quais as medidas de primeiros socorros que devem ser adotadas frente a uma crise convulsiva?

- Ampare a vítima antes que ela caia, ou tente amenizar a queda, quando for possível;
- Proteja a cabeça para que não sofra traumatismo;
- Afaste todos os objetos onde a vítima possa se machucar;

- Torne o ambiente calmo, afastando os curiosos do local;
- Não interfira nos movimentos, mas proteja a pessoa de eventuais choques contra o piso e objetos;
- Afrouxe as roupas da vítima;
- Lateralize o paciente, de preferência para o lado esquerdo, evitando asfixia por secreção ou vômito;
- Anote a duração da crise;
- Contate atendimento médico, de preferência 192.

Quando acabar a crise convulsiva, mantenha a pessoa deitada até quando houver autocontrole e consciência recuperada. É comum a sonolência após a crise, então a deixe dormir. Converse com a vítima e demonstre atenção e cuidado, informando onde e com quem está, proporcionando calma e segurança.

ATENÇÃO!!!

- Não remova a vítima, a menos que esteja em ambientes potencialmente perigosos (janelas, escadas, fogo);
- Não impeça seus movimentos, pois a contenção pode gerar alguma lesão, por estar em franca contração;
- Não tente acordar ou tentar levantar o paciente;
- Não ofereça líquidos durante a crise;
- Não tente abrir a boca da pessoa;
- Não introduza objetos na boca da vítima, nem mesmo pano entre os dentes.

Conclusão

A convulsão não é transmissível!

Não tenha receio em realizar os procedimentos necessários para a plena recuperação do indivíduo em crise convulsiva. Trate-o sem

preconceitos e discriminação.



Figura 1: Ampare a vítima antes que ela caia, ou tente amenizar a queda. Proteja a cabeça, não interfira nos movimentos. Afrouxe as roupas da vítima, lateralize o paciente, evitando asfixia por secreção ou vômito. Quando acabar a crise convulsiva, mantenha a pessoa deitada até quando houver autocontrole e consciência recuperada.

Referências

1. CARDOSO, T. A. O. *Manual de primeiros socorros*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 170 p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2017.
3. FORTES, J.I. et al. *Livro do aluno: urgência e emergência*. São Paulo: FUNDAP, 2010.

Capítulo 14

Autor: **Aline de Souza Said**
Coordenador: **Márcia Schelb**

Queimaduras

O que são queimaduras?

Queimaduras são lesões nos tecidos corporais causadas por calor intenso, substâncias químicas, radiação ou eletricidade.

Constituem um importante agravo à saúde pública brasileira, já que afetam um grande número de pessoas, das mais diversas faixas etárias: crianças, jovens, adultos e idosos. Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras (2014), a cada ano, no Brasil, ocorrem cerca de 1 milhão de acidentes envolvendo queimaduras, sendo que, desses, 300 mil afetam crianças. Costumam ocorrer nas residências ou locais de trabalho das vítimas. Os principais tipos de queimaduras são:

• **Térmicas**

- Provocadas pelo contato entre a pele e fontes de calor;
- Exemplo: vapores, sólidos ou líquidos quentes, como água fervente

• **Elétricas**

- Lesões induzidas pela passagem de corrente elétrica pelo corpo de uma pessoa;
- Exemplo: choque elétrico

- **Químicas**

- Lesões na pele resultantes do contato com produtos químicos, como ácidos ou bases
- Exemplo: soda cáustica

- **Radiação**

- Lesões causadas por exposição prolongada à luz
- Exemplo: exposição excessiva à radiação solar

Uma das formas mais conhecidas de se classificar as queimaduras é de acordo com a profundidade dessas lesões na pele, o que depende do agente causador e do tempo de exposição a esse agente. De acordo com essa classificação, podem ser divididas em três grupos:

- **Queimadura de 1º grau:** é superficial, atingindo apenas a camada mais externa da pele. Trata-se de uma lesão vermelha, dolorosa e sem bolhas.



Figura 1: Queimadura de primeiro grau. Observe a lesão vermelha e sem bolhas na lesão superficial. **Fonte:** Imagem cedida pela Dra. Márcia Schelb.

- **Queimadura de 2º grau:** pode ser superficial ou profunda e é caracterizada pela formação de bolhas. Quando superficial, a base da bolha é rosada, úmida e dolorosa. Quando a lesão é profunda, a base da bolha é seca, branca, indolor ou pouco dolorosa.



Figura 2: Queimadura de segundo grau. Observe a presença de bolhas na lesão.
Fonte: Imagem cedida pela Dra. Márcia Schelb.

- **Queimadura de 3º grau:** atinge todas as camadas da pele, podendo até chegar aos ossos e provocar grandes deformidades. Não dói e ocorre a formação de uma placa esbranquiçada ou enegrecida sobre a pele, de textura semelhante ao couro.



Figura 3: Queimadura de terceiro grau. Observe as partes esbranquiçadas e enegrecidas na lesão profunda.

Fonte: Imagem cedida pela Dra. Márcia Schelb.

O que fazer em caso de queimaduras?

- Eliminar o agente causador
 - Queimaduras térmicas: afastar a vítima da fonte de calor. Se as roupas estiverem em chamas, não devem ser retiradas. O fogo deve ser abafado com um cobertor ou a vítima pode deitar no chão e rolar até que a chama se apague.
 - Queimaduras químicas: remover toda a roupa e objetos contaminados nas proximidades da vítima. Em caso de produto químico líquido, lavar a área afetada com água corrente, durante 30 minutos. Se a substância química for um pó, remover o excesso com uma escova ou pano e, só depois disso, lavar a região com água corrente, por 30 minutos.

- Queimaduras elétricas: evitar contato direto com a vítima, caso ela ainda esteja em contato com o agente causador da queimadura. Desligar a fonte de energia. Se isso não for possível, afastar a vítima da fonte, utilizando um material mau condutor de energia, como a madeira.

- Lavar o local atingido com água corrente, de jato fraco, à temperatura ambiente, por cerca de 15 a 20 minutos, ou até que a área seja resfriada.
- Secar a lesão e cobri-la com um tecido leve, seco e limpo, como um lençol, para aliviar a dor.
- Remover próteses e acessórios, como anéis, pulseiras e *piercings*, pois o corpo incha após queimaduras e, por isso, existe o risco de que esses objetos fiquem presos.
- Em caso de queimaduras nos braços ou pernas, manter o membro afetado elevado, para diminuir o inchaço e dor.
- Procurar atendimento médico para avaliação e tratamento da queimadura. Se não for possível levar a vítima até uma unidade de saúde, entrar em contato com o SAMU (192) ou Bombeiros (193).

Cuidados importantes que devem ser tomados:

- Não aplicar, no local afetado, receitas caseiras, gelo, manteiga, ovo, óleo de cozinha, pomadas, pasta de dente e cremes.
- Não estourar as bolhas.
- Não retirar as vestes da vítima, caso elas sejam feitas de materiais que costumam aderir à pele, como as roupas de ginástica.
- Durante o transporte ao serviço médico, NÃO cobrir as lesões com panos molhados, para evitar diminuição excessiva da temperatura corporal da vítima.

Como prevenir queimaduras?

- Cuidado ao manusear líquidos quentes e produtos inflamáveis.
- Conservar produtos químicos e inflamáveis longe do alcance de crianças.
- Não utilizar roupas de tecidos sintéticos (nylon, poliéster, elastano), quando realizar atividades que requerem o uso de fogo, como cozinhar e fazer churrasco. Utilizar, preferencialmente, roupas de algodão.
- A reposição do álcool, em dispositivos que utilizam esse material como combustível, deve ser feita com muito cuidado. É o caso dos dispositivos utilizados em muitos restaurantes *self-service*, sob as panelas, para manter os alimentos aquecidos. Nesses casos, deve-se retirar a peça com pouco álcool, apagá-la (ocludindo o frasco até a extinção da chama), repor o agente combustível, posicioná-la de volta ao local e, só depois disso, acendê-la novamente.
- Nunca tentar descobrir um vazamento de gás usando fósforos. É preferível aplicar sabão ou detergente no registro do botijão; se houver formação de bolhas, é sinal de vazamento.
- Produtos explosivos, como fogos de artifício, devem ser utilizados de acordo com especificações do fabricante. Não comprar tais produtos em locais suspeitos ou sem fiscalização. Não manusear explosivos quando estiver sob efeito de bebidas alcoólicas.
- Não utilizar produtos inflamáveis, como o querosene, em locais fechados. Se for preciso, utilizá-los ao ar livre.
- Não deixar fios elétricos desencapados ao alcance de crianças.
- Colocar protetores nas tomadas.
- Não deixar cabos de panelas para fora do fogão, ou expostos diretamente à chama.
- Manter crianças longe da cozinha.

- Não deixar ferro de passar roupas, “chapinha” e secador de cabelo sobre a cama, se estiverem quentes.
- Durante a exposição ao sol, sempre usar filtro solar e artigos de proteção, como boné e chapéu.
- Evitar exposição ao sol das 10h às 16h.

Conclusão

As queimaduras constituem um importante agravo à saúde, pois afetam um grande número de pessoas e podem ser muito debilitantes, dependendo do tipo e da profundidade da lesão. Por esse motivo, é preciso adotar medidas de prevenção, além de conhecer os cuidados e o que deve ser feito caso as queimaduras ocorram, de modo a evitar o agravamento e eventuais sequelas da lesão.

Referências

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DERMATOLÓGICA. *Queimaduras*. Disponível em: <<http://www.sbcd.org.br/pagina/1720>>. Acesso em: 16 de ago. 2016.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras*. Brasília, 2012.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. *QUEIMADURAS. Primeiros socorros e cuidados*. Disponível em: <<http://sbqueimaduras.org.br/queimaduras-conceito-e-causas/primeiros-socorros-e-cuidados>>. Acesso em: 23 mar. 2016.
4. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. *Queimaduras*. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/orientacoes/queimaduras>>. Acesso em: 23 mar. 2016.
5. ROCHA, M. P. S.; ALCANTARA, C. *Suporte básico de vida e socorros de emergência*. Brasília, 2011. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod5986/mod_suporte_basico_v5.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2016.
6. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Protocolo de tratamento de emergência das queimaduras*. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/queimados.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

7. PESSOA, R. H. P. et al. Prevenção e primeiros socorros de queimaduras em escolas do ensino fundamental: relato de experiência. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 14. n. 3, p. 238-242, 2015.

Capítulo 15

Autor: **Émilly Priscilla de Souza Robélio**
Coordenador: **Maristela dos Reis Luz Alves**

Acidentes com animais peçonhentos

O que são animais peçonhentos?

São aqueles que produzem algum veneno ou substância tóxica e são capazes de injetá-lo em sua presa ou predador.

Serpentes

Os acidentes podem ocorrer com serpentes peçonhentas e não peçonhentas, por isso, identificar o animal causador é importante. São características próprias das serpentes peçonhentas:

- Fosseta Loreal: Orifício localizado entre a narina e o olho em cada lado da cabeça (“serpente de quatro ventas”). Exceção: Coral Verdadeira.
- Cabeça e corpos cobertos por pequenas escamas: Escamas do corpo em forma de casca de arroz. Exceção: Coral Verdadeira - tem a cabeça coberta por placas e o corpo por escamas lisas e brilhantes.
- Presas inoculadoras: local da picada apresenta a marca de duas presas.

Principais serpentes causadoras de acidentes no Brasil

- JARARACA – Gênero *Bothrops*

Coloração varia de castanho claro até preto. Possui desenhos triangulares escuros nas laterais e seu tamanho médio é cerca de 1 metro.

EFEITOS DO VENENO: Nas primeiras horas, ocorrem dor e inchaço no local da picada. Posteriormente pode ocorrer necrose do membro afetado. O veneno também causa sangramento em mucosas (nariz e boca) e ferimentos preexistentes

- CASCAVEL – Gênero *Crotalus*

Sua característica mais marcante é presença de um chocalho na cauda. Tem cor parda-escura e possui losangos no dorso que se alternam com outros laterais. Tem em média 1,5 metros.

EFEITOS DO VENENO: Local da picada não apresenta alterações importantes. Veneno causa dificuldade para abrir os olhos, visão embaçada ou dupla, dificuldade para respirar, dores musculares e urina avermelhada.



Figura 1: Imagem de uma **cascavel**. Observe a presença de chocalho, que é a característica mais marcante dessa cobra. Fonte: <https://pixabay.com/pt/cascavel-de-diamondbacks-ocidental-1929358/>

- CORAL VERDADEIRA – Gênero *Micrurus*

São pequenas, com anéis de cor vermelha, preta e amarela.

EFEITOS DO VENENO: Poucas manifestações no local da picada. Causa pálpebras caídas, visão dupla, visão borrada, dificuldade para engolir, diminuição da força muscular e dificuldade para respirar.



Figura 2: Imagem de uma coral verdadeira. Observe os anéis de cor vermelha, preta, e amarela. Fonte: <https://pixabay.com/pt/cobra-coral-ocidental-r%C3%A9ptil-1794639/>

O que fazer com a pessoa que foi acidentada?

- A pessoa deve ser tranquilizada e removida para o hospital mais próximo. Se possível, levar a serpente para a identificação. No hospital, será aplicado soro antiofídico, de acordo com a espécie da cobra. Porém, se a serpente causadora do acidente não tiver sido identificada, serão considerados os sintomas e sinais apresentados pela pessoa acidentada para a indicação do soro.
- Lavar o local da picada com água e sabão.
- Evitar que a pessoa ande ou corra. Ela deve ficar deitada e com o membro onde ocorreu a picada elevado.
- Retirar anéis, pulseiras, sapatos e outros acessórios apertados, pois pode ocorrer inchaço.

O que não fazer?

- Não fazer garrotes (torniquetes) ou passar alguma substância (pó de café, folhas, couro da cobra, outros) no local da ferida. Isso pode piorar o quadro e, até mesmo, causar amputação.
- Não fazer curativos que fechem o local, pois podem favorecer a ocorrência de infecções.
- Não cortar, chupar ou queimar o local da picada.
- Não oferecer bebidas alcoólicas, querosene ou outros produtos tóxicos à vítima.

Escorpiões

Os acidentes por escorpiões são os mais frequentes e ocorrem em maior número nos meses de calor. Encontram-se em pilhas de madeira, tijolos, folhas secas, sob pedras e nas residências. Representam grande risco principalmente para crianças e idosos.

Principais escorpiões causadores de acidentes no Brasil

- ESCORPIÃO AMARELO – Espécie *Tityusserrulatus*

Apresenta tronco amarelo-escuro e pode causar acidentes graves.



Figura 3: Imagem de um escorpião amarelo.

Fonte: <https://pixabay.com/pt/escorpi%C3%A3o-dom-t%C3%B3xico-picada-animal-4894/>

- **ESCORPIÃO MARROM** – Espécie *Tityusbahiensis*

Apresenta tronco marrom-escuro e pode causar acidentes graves.



Figura 4: Imagem de um escorpião marrom.

Fonte: <https://pixabay.com/pt/escorpi%C3%A3o-insetos-%C3%A1frica-natureza-413185/>

EFEITOS DO VENENO

- **Locais:** Dor intensa e sinais inflamatórios, como vermelhidão, inchaço e ardor no local da lesão.
- **Sistêmicos:** Inicialmente causa agitação, suor excessivo e aumento dos batimentos cardíacos e pressão arterial; depois podem ocorrer náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal e diminuição da pressão arterial. Neste caso, se a pessoa não for socorrida rapidamente, há risco de morte.

O que fazer com a pessoa acidentada?

- Mantê-la calma e providenciar o seu transporte para o hospital mais próximo. Se possível, levar o animal que causou o acidente. Isso facilita a escolha do melhor do tratamento.
- Lavar o local da picada com água e sabão.
- Fazer compressas mornas na região afetada geralmente alivia a dor.
- No hospital, ocorrerá avaliação e, dependendo do caso, serão utilizados analgésicos e soro específico para diminuir a ação do veneno.

O que não fazer?

- Não fazer torniquetes, cortes ou passar substâncias que aumentem o risco de complicações.
- Não oferecer bebidas alcoólicas ou outros produtos tóxicos à vítima.

Aranhas

Principais aranhas causadoras de acidentes no Brasil

- ARANHA ARMADEIRA – Gênero *Phoneutria*

Características: O corpo da aranha, incluindo as pernas, mede cerca de 15 centímetros, apresenta cor acinzentada ou marrom e é coberto de pelos curtos. Possuem hábitos noturnos e não vivem em teias. Durante o dia, abrigam-se em lugares escuros e úmidos, como troncos, folhas de bananeira, dentro de sapatos e atrás de móveis. São agressivas e se “armam” para o ataque, apoiando-se nas patas traseiras e erguendo as dianteiras.

EFEITOS DO VENENO: Causa manifestações principalmente no local da picada, o qual apresenta 2 pontos de inoculação, dor forte, suor, vermelhidão e sensação de adormecimento ou queimação. Também ocorrem náuseas e alterações nos batimentos cardíacos e pressão arterial.

- **ARANHA MARROM** – Gênero *Loxoceles*

São pequenas, com até 3 centímetros de comprimento. Tem cor marrom clara, pernas finas e poucos pelos. Têm hábitos noturnos e constroem teias irregulares em fendas de locais pouco iluminados, como troncos e frestas de rodapés. São menos agressivas.

EFEITOS DO VENENO:

- Forma cutânea: Vermelhidão que progride para arroxamento com áreas esbranquiçadas (placa marmórea), podendo evoluir para úlcera. Pode ocorrer febre e náuseas.
- Forma cutâneo-hemolítica: Causa anemia, icterícia (pele amarelada) e urina escura.
- **VIÚVA NEGRA** – Gênero *Latrodectus*

As fêmeas são as responsáveis pelos acidentes e têm cerca de 3 centímetros. Apresenta cor preta com mancha vermelha. Formam teias irregulares e vivem em locais como arbustos e canaletas de chuva.

EFEITOS DO VENENO: Dor local, suor excessivo, pressão arterial elevada, aumento dos batimentos cardíacos, rigidez muscular e convulsões tetânicas (contrações musculares fortes e doloridas).



Figura 5: Imagem de uma viúva negra

Fonte: <https://pixabay.com/pt/aranha-vi%C3%BAva-negra-aracn%C3%ADdeo-macro-1326928>

O que fazer em caso de acidente com aranhas?

- Tranquilizar o acidentado.
- Levar a vítima o quanto antes para o serviço de saúde mais próximo. Se for possível, capturar a aranha com muito cuidado.
- Lavar o local com água e sabão.

O que não fazer?

- Não fazer torniquetes, cortes ou passar substâncias que podem causar complicações.
- Não oferecer bebidas alcoólicas ou outros produtos tóxicos à vítima.
- Não fazer curativos que fechem o local.

Abelhas

As abelhas não são consideradas animais peçonhentos, mas são de interesse da saúde pública devido ao potencial de gravidade que causam nos acidentes. Os sintomas causados por picada de abelha são variáveis e dependem da sensibilidade da vítima. Ocorre principalmente dor, vermelhidão e inchaço no local. Porém sintomas como dificuldade para respirar e para engolir a saliva sinalizam uma reação alérgica exagerada e uma urgência maior.

O que fazer em caso de acidentes com abelhas?

- Em pessoas alérgicas, poucas picadas podem causar um grande risco de vida. Por isso, em caso de múltiplas picadas ou alergia, levar a pessoa imediatamente ao hospital.
- Remover os ferrões delicadamente com a borda de um cartão. Não usar pinça para não injetar mais toxina na pele.

Prevenção contra animais peçonhentos

- Utilizar botas de cano alto, em áreas de risco, pode evitar picadas de serpentes;
- Evitar andar descalço ou de chinelos em locais considerados apropriados para proliferação de cobras ou de outros animais peçonhentos;
- Evitar colocar a mão em buracos, fendas e ocos de árvores;
- Em plantações e hortas tomar cuidado onde se coloca as mãos;
- Manter limpas as áreas ao redor da casa, eliminando entulhos e folhagens altas;
- Proteger os predadores naturais dos principais animais peçonhentos;

- Vedar ralos, portas e tomadas para evitar a penetração em residências dos escorpiões;
- Observar calçados antes de utilizá-los;
- Evitar aproximação de colmeias de abelhas. A remoção deve ser feita apenas por profissionais capacitados;
- Evitar gritar e fazer movimentos bruscos perto de colmeias.

Referências

1. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/manu_peconhentos.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015
2. EMBRAPA. *Animais peçonhentos: aranhas*. Disponível em: <<http://www.cpamn.embrapa.br/publicacoes/folders/2004/aranhas.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.
3. EMBRAPA. *Animais peçonhentos: escorpiões*. Disponível em: <<http://www.cpamn.embrapa.br/publicacoes/folders/2005/escorpioes.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.
4. FUNDACENTRO. *Prevenção de acidentes com animais peçonhentos*. São Paulo: Ministério do Trabalho e Emprego, 2001. 49 p.
5. FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS. *Animais peçonhentos*. Disponível em: <<http://funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2010/03/cartilha.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

Capítulo 16

Projeto SAMUZINHO

Autores: **Josilene Albino de Freitas Lima**
Júlia Maria de Oliveira Duarte
Mônica Beatriz Ortolan Libardi
Tiago Silva Vaz



Figura 1: Logomarca do projeto Samuzinho

Como surgiu o Projeto Samuzinho?

O Projeto SAMUZINHO foi criado em 2007 em Brasília, Distrito Federal (DF). Ele é pioneiro no Brasil e foi desenvolvido no intuito de levar conhecimento de utilidade pública para as crianças do ensino fundamental do DF, orientando-as sobre a finalidade e uso do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, conscientizando sobre o uso correto do serviço de como e quando acionar a Central 192, com o propósito de auxiliar na redução das ligações indevidas (trotes), que na época de sua implementação apresentava uma estatística muito alta. As atividades eram desenvolvidas dentro de sala de aula, as crianças

recebiam instruções com abordagem lúdica e adaptada a faixa etária, ministradas por instrutoras do Núcleo de Educação em Urgências (NEU). Logo depois, as crianças demonstravam o aprendizado, a partir da confecção de esculturas em argila (bonecos, viatura, telefone, etc). Inicialmente, contamos com a participação de uma psicóloga que alavancou o projeto, utilizando jogos, brincadeiras, atividades criativas que se adequaram o público em questão.

O primeiro projeto ocorreu em uma escola pública de Samambaia, uma cidade-satélite do DF, que na época apresentou um grande índice de ligações indevidas. “Conforme aplicávamos o projeto SAMUZINHO utilizando jogos e brincadeiras, os próprios alunos nos questionavam: **o que fazer em situações de urgência e emergência até que chegue ao local uma equipe especializada?** Surgiu então, dentro do Projeto SAMUZINHO, uma nova temática de abordagem: as noções de PRIMEIROS SOCORROS para leigos”, lembram as coordenadoras do projeto, as enfermeiras Mônica Libardi e Júlia Duarte.

Qual o objetivo do Projeto SAMUZINHO?

Resgatar a cidadania de ajuda ao próximo, orientar e treinar as pessoas leigas (crianças, jovens e adultos) a fornecer os primeiros socorros aos que necessitarem da maneira correta e ensinar como, quando, onde e porque solicitar o serviço 192 de maneira correta. Acredita-se na capacidade de multiplicação de informações das crianças, junto aos seus familiares, amigos.

Em quais locais o Projeto SAMUZINHO é aplicado?

Em diversos locais da cidade, como escolas, empresas, instituições, condomínios, shoppings, exposições, feiras, eventos, parques, grupos de escoteiros, organizações não-governamentais (ONG's), oferecendo oportunidade de encontro da comunidade leiga com os profissionais de saúde, compartilhando conhecimentos e esclarecimentos a população.

O projeto é aplicado para crianças em que faixa etária?

A partir de 8 (oito) anos de idade.

Como posso solicitar a aplicação do Projeto em minha escola?

O programa e informações do projeto podem ser acessados pelo website do SAMU/DF e email para projetos.samu192df@gmail.com informando: nome da escola, telefones, nome do solicitante, endereço com ponto de referência, número de alunos, data e hora pretendida (se manhã, tarde ou nos dois períodos). Ao receber o e-mail, a coordenação do Projeto SAMUZINHO irá retornar para agendar a data para comparecer e aplicar o Projeto SAMUZINHO.

É cobrado para o Projeto SAMUZINHO ir às escolas ou qualquer outro lugar?

NÃO. O projeto não é cobrado.

Posso convidar os Pais das crianças para participar?

SIM, a presença dos pais, coordenadores, supervisores, professores, orientadores e demais servidores que trabalham na escola é importante, principalmente porque são eles que estão mais próximo dos alunos no momento de uma situação de urgência e/ou emergência.

Posso repassar as informações adquiridas nesse projeto SAMUZINHO?

SIM, deve repassar os conhecimentos adquiridos aos familiares, amigos, vizinhos, informando-os as noções de primeiros socorros e a maneira correta de como, quando, onde e porque solicitar o serviço 192 de maneira correta.

O Projeto SAMUZINHO é aplicado somente nas escolas do governo?

NÃO, aplica-se o projeto em escolas públicas, particulares, creches, orfanatos, eventos.

O projeto SAMUZINHO é aplicado somente para crianças?

NÃO, o projeto é aplicado tanto em escolas públicas como particulares e também em instituições públicas e particulares, SEM COBRAR NADA.

O que ensinam no Projeto SAMUZINHO?

Ensinam noções de primeiros socorros, ou seja, o que fazer com uma pessoa que necessita de atendimento de urgências ou emergências, até que chegue ao local uma equipe especializada para atender. Ensinam também o uso correto do serviço 192. As noções de primeiros socorros que ensinam, falam sobre uma pessoa que não responde quando chamamos, não respira e que precisa de massagem no peito, de utilizar um aparelho que identifique se o coração precisa ser estimulado com um choque (Desfibrilador Externo Automático – DEA), sobre cuidados com a convulsão, o engasgo, o desmaio, as queimaduras, as picadas de abelhas, aranhas, cobras, escorpião, principalmente com prevenções, como evitar estar em risco.

Qual a importância do conhecimento de primeiros socorros?

Com a crescente demanda do atendimento populacional pelos serviços de urgência e emergência e a carência de educação popular em saúde, as Diretrizes 2015 da American Heart Association (AHA) para Reanimação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) preconizam o treinamento para leigos, ou seja, não profissionais de saúde, primeiro público a presenciar situações que comprometem a vida. Entende-se que esse público deve ter o conhecimento adequado mínimo e imediato para reconhecer sinais, agir e pedir ajuda nos casos de urgência e emergência, antes da chegada do SAMU.

Qual a diferença entre urgência e emergência?

A Urgência pode esperar para ser atendido e não corre risco imediato de morte.

A Emergência não pode esperar, corre risco de morte.

Os assuntos das aulas do Projeto SAMUZINHO estão disponíveis nas redes sociais?

SIM, recentemente foram gravados vídeos de noções de primeiros socorros, que estão disponíveis nas redes sociais, inclusive vídeos explicativos por meio do canal *YouTube*, hospedado na página do *SAMU 192 - Distrito Federal*. Basta digitar a hashtag #DICASAMUDF

e acessar os vídeos disponibilizados para a comunidade virtual. Alguns vídeos já possuem milhares de acesso do Brasil e mais 69 países, demonstrando ser um canal de grande utilidade pública.

Quanto tempo o Projeto demora a ser aplicado nas escolas, instituições?

Demora em torno de 2 (duas) horas, podendo estender-se dependendo das perguntas do público que está assistindo.

Como o Projeto Samuzinho chega ao local que será aplicado?

Há uma viatura própria (carro) do Projeto Samuzinho, com logomarca do SAMUZINHO.

As aulas do Projeto SAMUZINHO são aplicadas como?

Os servidores do Núcleo de Educação em Urgências (NEU) do SAMU do DF utilizam os manequins (bonecos), bem parecido com pessoas para demonstrar os atendimentos, bonecos adultos e bebês, além de utilizar as pessoas que estão assistindo as aulas como vítimas também.

Página intencionalmente deixada em branco.

