

PRIMEIROS SOCORROS E SUPORTE BÁSICO DE VIDA



Mafalda Sales Gome
[Digite o nome da empresa]
[Escolha a data]

INTRODUÇÃO

De acordo com a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, define-se os Primeiros socorros como a prestação de ajuda imediata a uma pessoa doente ou ferida até à chegada de ajuda profissional. Centra-se não só no dano físico ou de doença, mas também com no atendimento inicial, incluindo o apoio psicológico para pessoas que sofrem emocionalmente devido a vivência ou testemunho de um evento traumático. O melhor é ter treino em primeiros socorros antes de precisar usar os procedimentos em quaisquer situações de emergência.

Assim, este manual pretende apresentar de forma sucinta os procedimentos de primeiros socorros mais frequentemente necessários, servindo de base de apoio da formação em curso.

PRIMEIROS SOCORROS

O Primeiro Socorro é o tratamento inicial e temporário, aplicado a um doente ou ferido, até à chegada de ajuda qualificada. Nesta primeira fase é vital a prestação de ajuda rápida e eficaz.

Qualquer pessoa pode e deve ter formação em primeiros socorros, sendo que a formação do público é uma medida fundamental para que o socorro seja prestado de uma forma rápida e eficaz. No entanto, deve-se ter em atenção que a implementação dos primeiros socorros não substitui nem deve atrasar a ativação de ajuda diferenciada, mas sim impedir ações desadequadas/incorrectas, alertar e ajudar, evitando o agravamento do acidente. A prestação de primeiros socorros poderá contribuir para que o processo de cura e/ou recuperação seja mais rápido, e evitar ou minimizar a origem de sequelas permanentes.

Princípios gerais do Socorrismo:

- **PREVENIR** o agravamento do estado da vítima e acidente
- **ALERTAR** correctamente o 112 (número europeu de socorro)
- **SOCORRER** a vítima até à chegada de pessoal especializado na emergência

Mala de Primeiros Socorros

A prestação de cuidados de primeiros socorros a uma vítima requer o recurso a determinados materiais específicos que deverão estar guardados numa caixa de primeiros socorros. Esta mala deve permitir tratar lesões sem gravidade, embora também deva estar equipada de modo a possibilitar tratar ferimentos mais graves até à chegada de profissionais qualificados.

Recomenda-se que a elaboração da mala de primeiros socorros tenha em consideração o meio em que nos encontramos e quem a vai utilizar. Neste contexto, deverão ser equacionados critérios relativos ao número e localização das pessoas a que se destina, espaço físico, tipo de actividade desenvolvida no local e factores de risco identificados.

A localização da mala de primeiros socorros deve ser de conhecimento geral, dando preferência a locais estratégicos, de fácil acesso, onde não ocorram alterações de temperatura e sem humidade. O local selecionado deve estar devidamente sinalizado.

Com o objetivo de facilitar a utilização da mala de primeiros socorros e permitir a correcta utilização do seu conteúdo, existe um conjunto de medidas a ter em conta no acondicionamento do seu material:

- Manter o material corretamente acondicionado e organizado;
- Manter os produtos dentro das suas caixas de embalagem;
- Aquando a abertura de qualquer embalagem, registar a data em que abriu;
- Respeitar os **prazos de validade** dos produtos;
- Utilizar embalagens individuais sempre que possível;
- Medicamentos - seguir as indicações e posologia indicados no folheto técnico.

Salvaguardando o anteriormente mencionado, o conteúdo mínimo de uma mala de primeiros socorros deverá consistir em:

- Luvas descartáveis
- Tesoura
- Termómetro
- Soro Fisiológico
- Solução antisséptica
- Álcool Etílico
- Compressas esterilizadas (diferentes dimensões)
- Ligaduras (de diversos tamanhos)
- Pensos rápidos diversos
- Adesivo
- Medicação (analgésicos, anti-piréticos, anti-alérgicos, anti-ácidos)

ABORDAGEM À VÍTIMA

Perante uma ocorrência da qual tenha resultado uma vítima o socorrista deve ter em consideração uma sequência de procedimentos a tomar, segundo uma ordem específica. Estes procedimentos visam manter a integridade do socorrista, permitindo a prestação de primeiros socorros de uma forma rápida e eficaz, com activação atempada dos meios de ajuda diferenciada adequados.

Assim sendo, os princípios básicos de actuação perante uma vítima são:

- 1º - Garantir a segurança do socorrista
- 2º - Garantir a segurança da vítima
- 3º - Solicitar ajuda dos circulantes
- 4º - Determinar prioridades
- 5º - Pedir Ajuda Diferenciada

Pedir ajuda diferenciada:

O pedido de ajuda diferenciada é realizado através do contacto telefónico para o número 112. Este é o Número Europeu de Emergência, podendo ser utilizado em situações de emergência relacionados com a saúde, como também noutras situações, tais como incêndios, assaltos. A chamada será atendida pela Central de Emergência 112. Nas situações de emergência médica, a chamada é transferida para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes do INEM.

Quando contacta o 112 deve fornecer algumas informações essenciais para que sejam ativados os meios adequados à situação de emergência em causa. Como tal o socorrista deve informar, de forma simples e clara:

- Local exacto da ocorrência e pontos de referência para o encaminhamento dos meios de socorro
 - Tipo de ocorrência (acidente, doença súbita, parto...)
 - Número e estado das vítimas
 - Número de telefone onde se encontra
 - Responder às perguntas que a central de emergência faz, respeitando as indicações dadas
 - Desligar o telefone somente quando a central de emergência indicar.
-

Avaliação da Vítima

Antes de iniciar qualquer procedimento o socorrista deve avaliar a vítima com o intuito de identificar as lesões sofridas e desta forma definir as prioridades da sua atuação. Até que possa realizar uma avaliação adequada da ocorrência deve mover o mínimo possível a vítima.

O primeiro passo a tomar é avaliar o estado de consciência da vítima: verificar se responde a estímulos verbais e/ou dolorosos (bater levemente nos ombros, tentar chamar e perguntar o nome, pedir para abrir os olhos). O socorrista deve observar todo o corpo da vítima, começando pela cabeça e comparando os dois lados do corpo.

Caso a vítima se encontre **CONSCIENTE** segue-se a recolha de informação:

- **História:** Saber como ocorreu o acidente (também pode recorrer a testemunhas no local), identificar antecedentes pessoais (alergias, doenças, medicação que toma regularmente)
- **Sintomas:** as sensações descritas pela vítima podem ser indicadoras de lesões (ex.: dor, tonturas)
- **Sinais:** O que o socorrista pode identificar através dos seus sentidos

Caso a vítima se encontre **INCONSCIENTE**, pode mesmo correr risco de vida, pois facilmente ocorre a obstrução da via aérea, quer devido à queda da própria língua, quer pelo acumular de secreções, vômito, sangue ou um corpo estranho na cavidade oral.

Assim, perante uma vítima inconsciente, o socorrista deve proceder à abertura da via aérea, utilizando a técnica correta em relação ao tipo de ocorrência (se é de trauma ou de doença). Posteriormente avalia-se a presença de objectos estranhos ou secreções na cavidade oral; caso se verifique a sua presença, estes só devem ser removidos se estiverem visíveis.

De uma forma rápida e eficaz, o socorrista deve verificar se a vítima respira e mantém sinais de circulação sanguínea. Para tal, após ter sido efectuada a abertura e permeabilização da via aérea, aproxima-se a face da face da vítima e

observa-se o tórax. Em simultâneo deve-se colocar a extremidade de dois dedos num local onde facilmente se possa verificar a presença de pulso (ex.: região da artéria jugular). Esta avaliação pretende verificar a presença/ausência de sinais de respiração e circulação sanguínea, tem uma duração de 10 segundos durante os quais o socorrista deve:

Ver movimentos torácicos

Ouvir ruídos respiratórios

Sentir a saída de ar na face

Pulso (palpar pulso)

Figura nº 1 – Avaliação de sinais de respiração e circulação - VOS'P



Após a execução do VOS'P:

- Se mantém sinais respiratórios e circulatórios: garantir a segurança da vítima colocando-a em Posição Lateral de Segurança (PLS);
 - Se não apresenta sinais respiratórios nem circulatórios: iniciar procedimentos de Suporte Básico de Vida.
-

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

A Posição Lateral de Segurança (PLS) consiste em colocar numa posição de segurança uma pessoa que esteja inconsciente, mas que respire normalmente e tenha um bom pulso.

Objetivos da Posição Lateral de Segurança (PLS):

- Manter a permeabilidade da via aérea
- Impedir a queda da língua
- Impedir o risco de aspirar o vômito do conteúdo gástrico, ao respirar
- Facilitar a saída de fluídos da boca (sangue, vômito)

A Posição Lateral de Segurança não deve ser realizada quando a vítima:

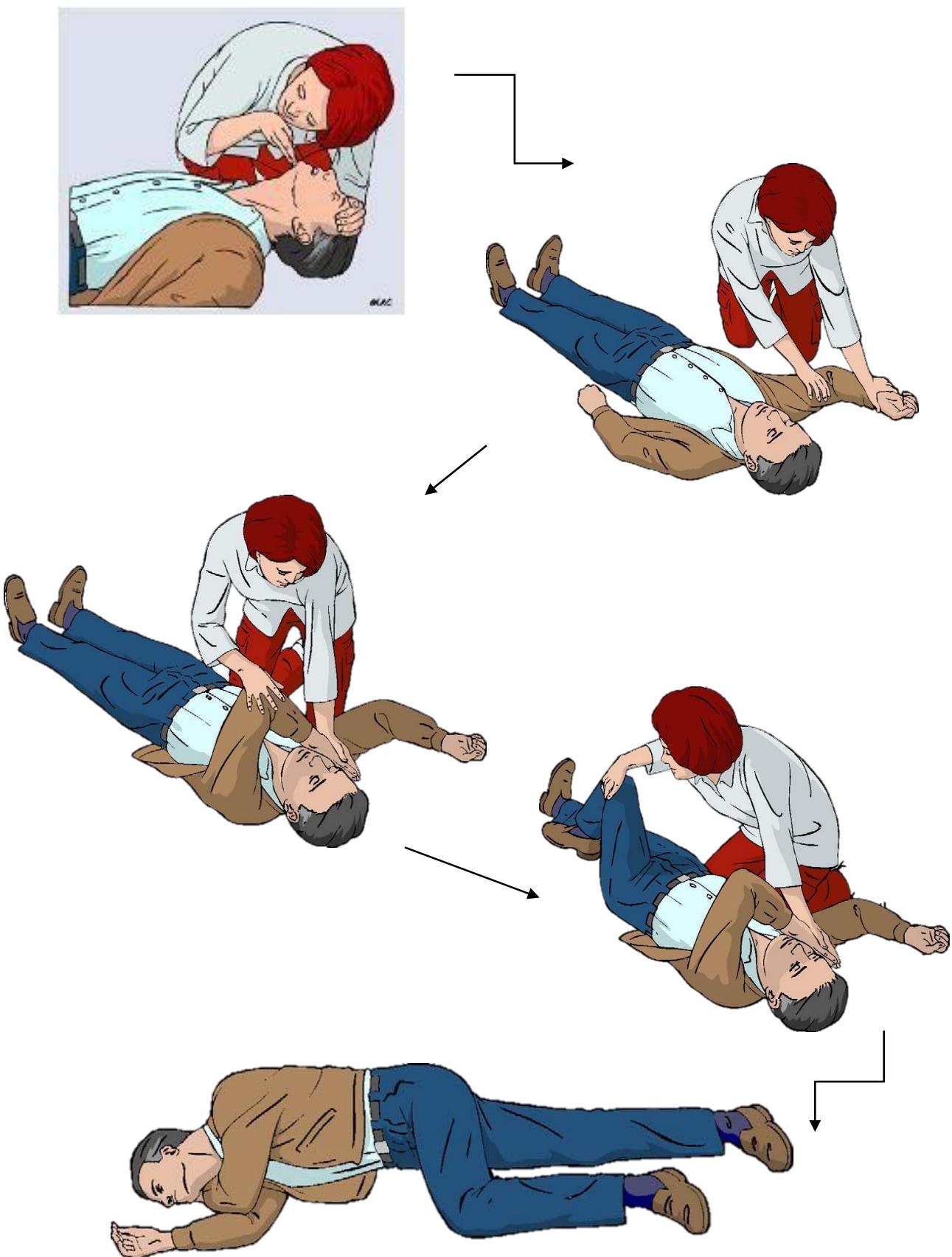
- Não estiver a respirar
- Tiver uma lesão na cabeça, pescoço ou coluna
- Tiver um ferimento grave que possa agravar

COMO REALIZAR A POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA?

Perante uma vítima inconsciente avaliar se apresenta sinais de respiração e circulação (VOS'P). Caso apresente estes sinais, proseguir:

- Retirar óculos e outros objetos que possam magoar
- Desapertar o colarinho e/ou roupa no pescoço
- Colocar o braço proximal da pessoa para cima, alinhado com a cabeça num ângulo de 90º e com a palma da mão virada para cima
- Colocar a mão oposta junto da sua face e ficar a segurar
- Flectir a perna do lado oposto e segurar no joelho
- Manter a mão da pessoa a segurar na face, segurar na perna e ao mesmo tempo fazer a rotação da pessoa
- Posicionar a pessoa com a cabeça em extensão
- Ajustar a perna num ângulo recto
- Contatar o 112

Figura nº 2 – Posição Lateral de Segurança (PLS)



COMPORTAMENTOS PERANTE O SINISTRADO

De seguida serão referidas as ocorrências mais frequentes que exigem a prestação de primeiros socorros.

Obstrução das Vias Aéreas

A presença de um corpo estranho nas vias respiratórias poderá impedir a vítima de respirar, o que se torna uma situação de emergência exigindo uma atuação imediata que visa a desobstrução da via aérea.

As causas mais frequentes são a incorreta ingestão de alimentos, a queda de próteses dentárias ou fragmentos dentários para a via aérea, a colocação de objectos estranhos na boca (mais frequente nas crianças), engasgo com pastilha elástica, aspiração de material (vómito ou sangue).

Existem um conjunto de sinais que a vítima apresenta quando sofre de uma obstrução das vias aéreas:

- Tosse
- Dificuldade respiratória
- Respiração ruidosa
- Cianose (lábios, unhas e pele com coloração azulada, roxa)
- Não consegue falar
- “Engasgado”
- Agarra a garganta com as mãos

COMO PROCEDER:

Incentivar a vítima a tossir, colocando-se ao seu lado e tentando acalmá-la.

Quando não for possível a vítima tossir:

- Coloca-se ao lado da vítima, perpendicular a esta
 - Apoiar o tórax da vítima com uma das mãos, inclinando-a para a frente para facilitar a saída do corpo estranho
 - Aplicar 5 palmadas com a palma da mão livre, na região entre as omoplatas
 - Confirmar, após cada palmada, se existiu desobstrução da via aérea
-

Se as 5 palmadas entre as omoplatas não desobstruírem as vias aéreas deve iniciar **Manobra de Heimlich**. Esta manobra consiste em realizar uma série de compressões na região abdominal superior, abaixo do esterno, com o objetivo de aumentar a pressão intratorácica e desta forma proporcionar a remoção da causa da obstrução. Para tal:

- O socorrista coloca-se atrás da vítima com um braço em volta do abdómen posicionando a mão (fechada e com o polegar para dentro) abaixo do esterno. Fixar o punho com a outra mão.

- Iniciar compressões rápidas, para cima e para dentro, de forma a aumentar a pressão intratorácica e assim conseguir resolver a causa da obstrução

- Repetir até 5 vezes, se necessário

- Se a obstrução não resolver, continuar a manobra intercalando 5 compressões abdominais com 5 palmadas entre as omoplatas

Figura 3 – Palmadas entre as omoplatas



Figura 4 – Compressões abdominais



Se a respiração da vítima não for reposta rapidamente esta pode ficar inconsciente. Nesta situação deve:

- Colocá-la cuidadosamente no chão
 - Ligar para **112**
 - Iniciar Suporte Básico de Vida
-

Hemorragias

Uma hemorragia consiste na perda de sangue de forma não controlada. A gravidade desta ocorrência varia consoante o vaso sanguíneo atingido e o tipo de hemorragia que está a decorrer.

Quanto ao vaso atingido: a hemorragia é tão mais grave quanto maior o vaso sanguíneo atingido, e se for lesionada uma artéria esta hemorragia também é mais grave e mais dificilmente controlada. Assim, se for lesionado um capilar (vaso de pequeno calibre) verifica-se saída de sangue em pequena quantidade; se o vaso atingido for uma veia (vaso de maior calibre e com menor pressão sanguínea) ocorre a saída contínua de sangue vermelho escuro; caso seja atingida uma artéria (vaso de grande calibre e com maior pressão sanguínea) verifica-se a saída intermitente de sangue vermelho mais claro e brilhante.

Quanto ao tipo de hemorragia, esta pode ser:

- Hemorragia interna: podem ser visíveis ou não, sendo mais difícil a identificação da sua origem.
- Hemorragia externa: As hemorragias externas são de fácil identificação, geralmente decorrentes de feridas.

Perante uma hemorragia externa, o socorrista pode recorrer a um conjunto de técnicas que ajudam a controlá-la:

- Compressão manual direta
- Compressão manual indireta ou à distância
- Garrote

Os resultados obtidos pela aplicação das técnicas anteriormente referidas pode ser optimizado através de:

- Aplicação de frio
 - Elevação do membro que sangra
-

Compressão manual direta

A compressão manual direta consiste em fazer compressão diretamente sobre a lesão que sangra. Para tal deve utilizar compressas ou um pano limpo. Caso o volume de compressas seja excessivo, ou caso necessite de trocar de compressas, deve retirar a maioria sem remover aquelas que estão em contacto direto com a ferida, de forma a evitar que a mesma volte a sangrar.

A compressão manual direta não deve ser realizada nas seguintes situações:

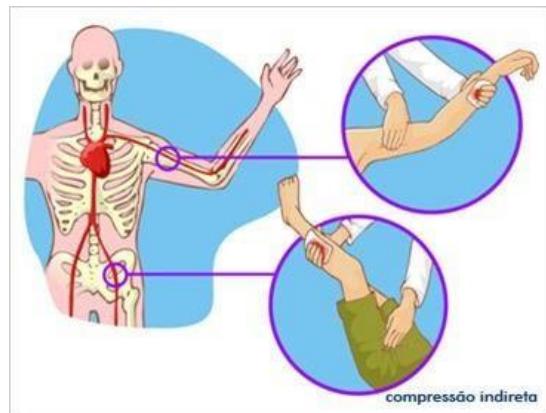
- Ferida com objeto empalado
- Ferida associada a fraturas.

Compressão manual indireta ou à distância

A compressão manual indireta ou à distância realiza-se quando não é possível efetuar a compressão manual direta. Consiste em fazer compressão num ponto (preferencialmente na localização de um grande vaso sanguíneo) entre o coração e a lesão que sangra.

- Sangramento na perna: Realizar compressão na virilha do lado da perna sangrante
- Sangramento no braço: Realizar compressão abaixo do ombro

Figura nº 5 - Compressão manual indireta ou à distância



Garrote

A técnica de controlo de hemorragia através da realização de garrote só deve ser utilizada quando todas as outras técnicas falharam ou quando ocorreu a destruição/amputação de um membro.

Como realizar um garrote:

- O material utilizado deve ser de tecido não elástico, largo e preferencialmente aplicado por cima da roupa
- Aplicar o garrote entre a ferida e o coração, mas o mais perto possível da ferida
- Anotar sempre a hora a que o garrote começou a fazer compressão – informar aquando a chegada de ajuda diferenciada

Após a realização de um garrote este **NUNCA DEVE SER RETIRADO ATÉ À CHEGADA AO HOSPITAL**, pois pode colocar em risco a vida da vítima.

Aplicação de frio

A aplicação de frio provoca a contração dos vasos sanguíneos reduzindo a hemorragia. Se não tiver gelo disponível pode aplicar um pano molhado em água fria.

Ainda assim, deve ter em consideração que a aplicação de gelo requer alguns cuidados. O gelo deve ser envolvido num pano limpo ou em compressas e só depois aplicado sobre a lesão. Estas aplicações não devem exceder períodos de tempo superiores a 10 minutos, sob o risco de desenvolver uma queimadura por frio.

Elevação do membro sangrante

A elevação do membro sangrante tem como por objetivo utilizar a força da gravidade para reduzir a pressão de sangue na zona da lesão, e assim diminuir a quantidade de sangue perdido. Para a sua realização deve-se garantir que não existem outras lesões que possam ser agravadas.

Hemorragia do nariz – Epistaxis

A hemorragia do nariz, denominada epistaxis, é um tipo de hemorragia que ocorre com alguma frequência, principalmente em crianças. Nestas situações deve:

- Calçar luvas descartáveis
- Manter a vítima sentada, com a cabeça na posição normal
- Comprimir com o dedo a narina que sangra, durante 5 minutos
- Aplicar gelo externamente e sem contato direto com a pele
- Se a hemorragia não parar, introduzir um tampão coagulante com capacidade de absorção (spongostan) na narina que sangra, fazendo ligeira pressão para que a cavidade nasal fique bem preenchida
- Se necessário, encaminhar a vítima para o hospital

Em caso de epistaxis **Não deve:**

- Controlar a hemorragia nasal que resulte de traumatismo
 - Assoar
 - Lavar o nariz internamente
-

Lesões da pele

As lesões da pele ocorrem muito frequentemente podendo resultar em situações mais ou menos graves. É fundamental que o socorrista saiba identificar o tipo de lesão com que se depara para que possa tomar os procedimentos adequados e ativar atempadamente a ajuda diferenciada, caso seja necessário.

As lesões da pele dividem-se em dois principais grupos: as lesões fechadas e as lesões abertas.

Lesões fechadas

As lesões fechadas correspondem a lesões internas em que a pele se mantém íntegra e geralmente estão associadas a pequenas hemorragias internas. Na maior parte dos casos resulta de um impacto. Neste tipo de lesões incluem-se as equimoses e os hematomas.

Equimose: Lesão normalmente conhecida como nódoa negra, resulta do rompimento de vasos sanguíneos de pequeno calibre (capilares), levando à acumulação de sangue em pequena quantidade nos tecidos.

Hematoma: Lesão resultante do rompimento de vasos sanguíneos de um calibre considerável, provocando o acumular de sangue nos tecidos. Podem estar associados outros traumatismos, como fraturas.

Perante uma vítima com lesão fechada o socorrista deve:

- Acalmar a vítima
- Compreender a ocorrência do acidente
- Fazer aplicação de frio no local

Caso exista suspeita de outras lesões associadas, nomeadamente fraturas, deve providenciar transporte urgente para o hospital e aguardar pelo socorro mantendo a vigilância da vítima.

Lesões abertas

Nas lesões abertas a integridade da pele foi atingida, ou seja, existe uma ferida. Podem dar origem a infecções e perdas de sangue. Neste tipo de lesões incluem-se lesões superficiais (como a escoriação e a ferida incisiva) e profundas (como a ferida contusa, ferida penetrante e a amputação).

Escoriação: Lesão superficial da pele dolorosa e com uma pequena hemorragia. Não apresenta gravidade, é normalmente causada por abrasão.

Ferida Incisiva: Lesão da pele originada normalmente por objetos afiados. Pode ser necessário fechar por sutura, pode ser profunda e atingir vasos sanguíneos de grande calibre.

Figura nº 6 -



Perante lesões superficiais deve:

- Lavar as mãos e calçar luvas descartáveis
- Lavar bem a ferida com água corrente
- Escoriação: Cobrir com um penso esterilizado
- Ferida Incisiva: Unir os bordos da ferida e cobrir com um penso esterilizado compressivo

No caso das feridas incisivas, se for profunda ou ocorrer perda de muito sangue deve ser providenciado o auxílio de ajuda diferenciada.

Feridas Contusas: Lesão provocadas por objetos rombos, caracterizando-se por traumatismos nas zonas circundantes, hemorragias e edemas. Podem ser profundas e atingir vasos sanguíneos de grande calibre.

Perante a vítima com ferida contusa deve:

- Lavar as mãos e calçar luvas descartáveis
- Lavar bem a ferida com água corrente
- Aplicar solução desinfetante
- Elevar a parte do corpo que sangra
- Cobrir com um penso esterilizado e compressivo
- Proteger com uma ligadura sem apertar demasiado

Se mantiver hemorragia ativa ou em caso de suspeita de outros traumatismos:

- Providenciar transporte urgente para o hospital
- Aguardar pela chegada de ajuda diferenciada mantendo a vigilância da vítima

Figura nº 7- Ferida Contusa



Ferida Penetrante



Feridas Penetrantes: Lesão resultante da perfuração por parte de um objeto geralmente aguçado, associada a hemorragias internas e lesões de órgãos internos. É um tipo de lesão grave e requer uma atuação rápida e eficaz. É fundamental **NÃO MOBILIZAR NEM RETIRAR OS OBJETO PERFURANTE.**

Perante uma vítima de lesão penetrante deve:

- Lavar as mãos e calçar luvas descartáveis
 - Lavar bem com água corrente
 - Cobrir com um penso esterilizado e imobilizar o objeto
 - Providenciar apoio de ajuda diferenciada mantendo a vigilância da vítima até à sua chegada
-

Amputação: Lesão em que ocorre a separação parcial ou total de um membro. Este tipo de lesão é grave estando associada a hemorragias e fraturas. Requer uma atuação rápida e eficaz.

Perante uma vítima de amputação deve:

- Calçar luvas descartáveis
- Controlar a hemorragia: Se necessário realizar Garrote
- Cobrir a zona com penso esterilizado, ou pano limpo e sem pêlos
- Contactar 112
- Guardar o membro amputado num saco limpo e bem fechado, se possível esterilizado. Colocar num saco com gelo. Quando o doente for transportado para o hospital, levar o membro amputado
- Aguardar pela chegada de ajuda diferenciada mantendo a vigilância da vítima.

Quando ocorrem lesões da pele **NÃO DEVE:**

- Tocar nas feridas sangrantes sem luvas
 - Utilizar o material (luvas, compressas, etc.) em mais de uma pessoa
 - Soprar, tossir ou espirrar para cima da ferida
 - Utilizar mercúrio ou água oxigenada para desinfeção da ferida (deve utilizar Betadine dérmico)
 - Fazer compressão direta em locais onde haja suspeita de fraturas, de presença de corpos estranhos, ou junto das articulações
 - Realizar garrote se for possível controlar hemorragia por outros meios
 - Tentar tratar uma ferida mais grave, extensa ou profunda, que apresente tecidos esmagados ou infetados, ou que contenha corpos estranhos.
-

Queimaduras

Uma queimadura é uma lesão do tecido produzida pelo efeito do calor, dos produtos químicos ou da eletricidade. As queimaduras são classificadas de acordo com:

- **Agente Causal:** Térmica (Provocada por calor, líquidos quentes, objetos aquecidos, vapor), Química (provocada por ácidos e bases), Elétrica (provocada por raios e corrente elétrica), por Radiação (provocada por radiação nuclear ou até mesmo pelo sol - raios ultra-violeta)
- **Extensão:** Quanto mais extensa for a queimadura maior o risco da vítima
- **Localização:** Locais de queimaduras mais graves: face, genitais, queimaduras circulares (envolvem todo o perímetro circular de um membro comprometendo a circulação sanguínea na sua extremidade)
- **Profundidade:** queimadura de 1º grau, queimadura de 2º grau, queimadura de 3º grau.

Queimadura de 1º Grau:

São as menos graves em que apenas foi atingida a primeira camada da pele. A pele fica vermelha, dorida, muito sensível ao tato, húmida e inchada. A área queimada torna-se branca ao tocá-la ligeiramente.

Queimadura de 2º Grau:

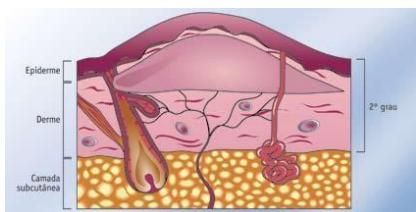
Nestas queimaduras é atingida a primeira (epiderme) e segunda (derme) camadas da pele. Formam-se bolhas na pele (flicténas), cuja base pode ser vermelha ou branca, as quais estão cheias de um líquido claro e espesso.

Queimadura de 3º Grau:

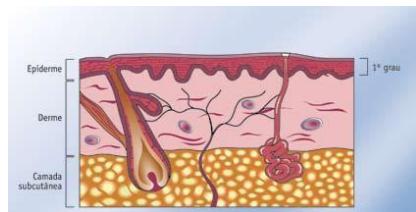
Na queimadura de 3º garu ocorre a destruição da pele e de outros tecidos subjacentes. Apresenta uma cor castanha ou preta (tipo carvão). O doente, na maioria dos casos, não refere dor pois houve a destruição dos terminais nervosos da pele, responsáveis pela transmissão de informação de dor ao cérebro.

Figura nº 8

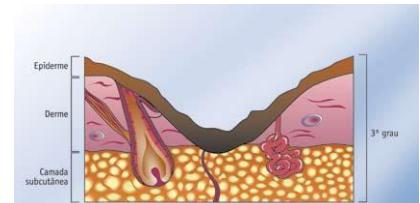
Queimadura de 1º grau



Queimadura de 2º grau



Queimadura de 3º grau



Perante a vítima de qualquer tipo de queimadura deve **Interromper imediatamente o efeito do calor**: molhar com água fria (não use gelo), ou utilizar um lençol para apagar as chamas do corpo da vítima.

Deve ainda retirar pulseiras, relógios, roupas que não estejam aderidos à pele da vítima.

Em situações de **queimaduras de 2º grau**, se as bolhas não estiverem rebentadas, não as rebentar. Se as bolhas rebentarem, não cortar a pele da bolha esvaziada.

Sobre a queimadura aplicar gaze gorda e compressa esterilizada. Na ausência de compressas, cobrir a zona com um pano limpo e sem pêlos; na ausência de gaze gorda, colocar vaselina nas compressas para evitar a sua aderência à queimadura.

Nas **queimaduras de 3º grau** deve lavar cuidadosamente com um anti-séptico, envolver a zona queimada com gaze gorda e compressas esterilizadas. Se a queimadura for muito extensa, envolver a vítima num lençol lavado e que não largue pêlos, previamente humedecido com soro fisiológico ou, na sua falta, com água fria.

Queimaduras muito extensas ou que sejam de 2º ou 3º grau providenciar transporte da pessoa para o hospital.

Caso ocorra **queimadura elétrica** deve tomar um conjunto de medidas específicas:

- Não toque na vítima até cortar a corrente. Tome cuidado com os fios soltos no chão

- Observe se ocorreu Paragem Cardíaca:

- Em caso afirmativo iniciar Suporte Básico de Vida
- Em caso negativo:
 - Observar porta de entrada procedendo aos cuidados adequados
 - Proceder ao transporte para cuidados diferenciados

Nas situações de **queimaduras químicas** deve ter presente que qualquer queimadura química é sempre grave. Nestas situações:

- Retirar as roupas da vítima rapidamente, tendo o cuidado de não queimar as próprias mãos
- Lavar o local com água corrente por 10 minutos (se forem os olhos 15 minutos)
- Cobrir com compressas esterilizadas ou pano limpo e seco
- Evacuar a vítima para o hospital.

Nos casos de **queimaduras solares** existem um conjunto de medidas especiais a adoptar:

- Refresque a pele com compressas frias
- Faça a pessoa ingerir bastantes líquidos, mantendo-a à sombra, em local fresco e ventilado
- Se necessário procure ajuda médica

O que NÃO FAZER em qualquer tipo de queimadura:

- Retirar qualquer pedaço de tecido que tenha ficado agarrado à queimadura
 - Rebentar as flictenas (bolhas) ou tentar retirar a pele das que rebentaram
 - Aplicar gelo sobre a queimadura
 - Utilizar manteiga, óleo, banha, café, etc. na queimadura
 - Cobrir a queimadura com algodão
-

Acidente Vascular Cerebral – AVC

Um Acidente Vascular Cerebral (AVC), por vezes também chamado de “trombose”, é a consequência do entupimento ou rompimento súbito de uma artéria cerebral. As células da parte do cérebro que essa artéria alimenta começam rapidamente a morrer e a parte do corpo que essa região cerebral controla deixa de funcionar. Assim, existem dois tipos de AVC:

- **AVC isquémico** – a irrigação sanguínea de parte do cérebro é interrompida por um entupimento provocado por um coágulo
- **AVC hemorrágico** – a irrigação sanguínea de parte do cérebro é interrompida por rompimento de uma artéria.

De forma a facilitar a identificação dos sinais do AVC, define-se que se deve estar atento à presença dos **5 F's**:

- **Face**: A face fica assimétrica subitamente: um “canto da boca descaido” (desvio da comissura labial), uma das pálpebras parece “descaída”. Para identificar estas alterações peça para a pessoa sorrir.
- **Força**: Perda súbita de força de um dos lados do corpo e falta de equilíbrio. Para avaliar estas alterações peça à pessoa: para esticar ambos os braços, levantá-los à altura dos ombros e lhe apertar a mão, ou para tentar caminhar em linha recta - avaliar se os movimentos corporais são simétricos.
- **Fala**: Dificuldade em falar ou em articular as palavras. Dificuldade em compreender o que lhe é dito. De forma a identificar estes sintomas peça à pessoa para repetir uma frase ou para dizer o seu nome completo.
- **Falta de visão**: Perda de visão súbita de um ou de ambos os olhos. Ver a dobrar.
- **Forte dor de cabeça**: Dor de cabeça súbita e muito intensa.

Perante uma pessoa que apresente sinais de ter sofrido um AVC deve:

- Manter a vítima calma, num ambiente calmo e numa posição confortável
 - Identificar correctamente as queixas, se este tem algum antecedente (hipertensão, problemas cardíacos) e se faz alguma medicação
 - Ligar **112** e transmitir a informação recolhida
-

-
- Aguardar pela ajuda diferenciada
 - Se o doente ficar inconsciente, verificar se existe respiração espontânea eficaz e pulso, pela realização do VOS'P:
 - Se apresentar respiração espontânea e pulso colocar em Posição Lateral de Segurança (PLS)
 - Se não apresentar respiração espontânea nem pulso iniciar Suporte Básico de Vida

Enfarte Agudo do Miocárdio

O Enfarte Agudo do Miocárdio ocorre quando parte do músculo cardíaco (miocárdio) deixa de receber irrigação sanguínea devido à obstrução de uma das suas artérias. Ocorre de forma rápida e geralmente esta obstrução é provocada por um trombo/coágulo e/ou aterosclerose (acumulação de gordura nas veias e perda da sua elasticidade).

A vítima de um enfarte agudo do miocárdio apresenta uma dor torácica intensa, tipo "facada", opressão, aperto no peito. Esta dor pode irradiar para o membro superior esquerdo, pescoço e mandíbula. Pode ainda ser acompanhada de náuseas ou vômitos, alterações do ritmo cardíaco, sensação de desmaio, dificuldade em respirar.

Quando se suspeita da ocorrência de um enfarte agudo do miocárdio:

- Não deixar a vítima efetuar qualquer esforço
 - Colocá-la numa posição confortável
 - Identificar se é o primeiro episódio, se existem doenças anteriores e se faz medição
 - Ligar para **112** fornecendo as informações recolhidas
 - Aguardar pela ajuda diferenciada mantendo vigilância da vítima
-

Fraturas

O esqueleto é o suporte e proteção do corpo humano, permitindo manter-nos na posição ereta. Quando submetido a uma força energética superior à sua capacidade de absorção pode sofrer fraturas. Assim, a fratura define-se quando existe toda e qualquer alteração da continuidade de um osso.

As fraturas podem ser:

- **Fraturas abertas (expostas):** quando existe exposição dos topos ósseos por rotura da pele. Normalmente encontram-se associadas a hemorragia abundante e com grande risco de infetar.
- **Fraturas fechadas:** a pele encontra-se intacta, não se visualizando os topos ósseos.

Geralmente a existência de fraturas encontra-se associada a um conjunto de sinais e sintomas, sendo os mais comuns:

- Dor localizada
- Perda da mobilidade
- Pode haver deformação
- Alteração da sensibilidade
- Edema (inchaço), aumentando de volume conforme o tempo vai passando
- Alteração da coloração da pele: quando existe compromisso da circulação sanguínea (palpar o pulso na extremidade)
- Crepitação óssea: som dos topos ósseos a roçar na zona de fratura
- Fragmentos ósseos expostos, no caso da fratura exposta

O que fazer em caso de suspeita de fratura:

- Instalar a vítima confortavelmente sem provocar movimentos e colocar o membro fraturado na posição mais natural possível e que não agrave a dor;
 - Expor o foco de fractura, cortando a roupa que o envolve
 - Em caso de hemorragia: controlar por compressão manual indireta
 - Se existirem feridas, limpá-las e desinfetá-las antes de imobilizar
 - Lidar com os topos ósseos visíveis como se fossem corpos estranhos encravados, protegendo-os com compressas esterilizadas se possível
 - **Imobilizar a fratura**
-

A imobilização de uma fratura consiste na restrição de movimentos de uma determinada área. O tipo de imobilização e o modo da sua realização varia consoante a localização da fratura. Perante uma suspeita de fratura, antes de mais, o socorrista deve estar seguro quanto ao tipo de imobilização a adoptar, pois a sua incorreta realização pode levar ao agravamento do estado da vítima.

Antes de iniciar qualquer procedimento deve descartar a possível existência de fraturas craneanas ou vertebro-medulares. Caso se verifique a possibilidade de este tipo de fraturas terem ocorrido, o socorrista não mobiliza a vítima.

Caso se reunam as condições para a realização de imobilização por suspeita de fratura o socorrista deve ter em consideração os seguintes aspectos:

- Não efetuar movimentos desnecessários, nem forçar movimentos
- Não efetuar qualquer pressão sobre o foco de fratura
- Imobilizar acima e abaixo da fratura (se for articulação imobilizar as articulações), mantendo o alinhamento do membro
- Utilizar de preferência talas de madeira almofadadas (ou cobrir a madeira com um cobertor ou casaco)
- Não dar água nem comida à vítima

Fratura na Região do Ombro: São fraturas que deverão ser imobilizadas, colocando o braço ao peito passando depois uma banda sobre o tórax para que não haja movimentos de rotação do membro durante o transporte.

Fraturas do Úmero (braço): São fraturas que carecem de atenção e muito cuidado na manipulação. A pesquisa de mobilidade é passiva, ou seja, a vítima é que mexe ou não. Não deve mobilizar o membro sob risco de agravar as lesões existentes.

Fraturas do Ante-Braço: O antebraço é constituído por dois ossos (o cúbito e o rádio) pelo que, em caso de fratura de um desses ossos o outro funciona como uma tala. Ainda assim, em caso de suspeita de fratura do ante-braço, este deve ser imobilizado evitando movimentos que possam agravar a lesão.

Fratura da Perna: Não permitir que a vítima se sente ou se levante e pedir que coloque a perna em extensão (não forçar o movimento). Na imobilização da perna a tala usada deve ser até à cintura.

Fratura dos Dedos: Pedir para a vítima realizar a extensão do dedo afetado para que possa ser imobilizado em posição de extensão, utilizando uma tala e adesivo. Na ausência de uma tala, pode-se imobilizar o dedo lesado ao dedo sem lesões, sendo que este último exerce a função de tala.

Envenenamento

Diariamente vivemos rodeados de possíveis tóxicos que são utilizados frequentemente quer em nossa casa, quer em garagens, no campo, fábricas, local de trabalho. Quando ocorre um envenenamento é fundamental ter conhecimento acerca dos procedimentos a tomar.

O envenenamento consiste no contato com substâncias que causem lesões, doenças ou morte quando introduzidas no corpo. Essas substâncias podem entrar no nosso corpo por: ingestão (comida, álcool, medicamentos), inalação (gases tóxicos, fumos ou vapores, mistura de reagentes), absorção (contacto com o organismo através da pele), injeção (picadas de animais - ex: peixe aranha, drogas), pelo olho (quando um jacto de um produto atinge os olhos).

Com o propósito de permitir um auxílio adequado às vítimas de envenenamento existe um Centro Informativo Anti Veneno (CIAV), com médicos especializados que aconselham os procedimentos a tomar tendo em conta a via de envenenamento e o produto que o provocou.

Em caso de envenenamento deve:

- Realizar uma rápida e segura abordagem à vítima, procurando reunir informações sobre o sucedido
- Se necessário remover a vítima para longe da fonte de envenenamento
- Contatar CIAV, ou para **112** (que irá estabelecer ligação ao CIAV)
- Ao contactar um dos números de apoio de emergência, para além das informações a referir anteriormente indicadas, deve ainda transmitir os seguintes dados:
 - Nome da substância
 - Quantidade ingerida
 - Há quanto tempo
 - Sexo, idade e peso da vítima
 - Sintomas
- Seguir as indicações do CIAV, específicas para cada veneno
- As embalagens devem acompanhar o doente para o hospital

NÃO DEVE:

- Provocar o vômito
- Dar de beber ou comer

De acordo com a via pela qual ocorre um envenenamento, existem um conjunto de medidas específicas a seguir:

Por Inalação:

- Verificar se o local é seguro e arejado.
- Abordar a vítima em segurança, retirando-a do local para uma zona arejada

Por Ingestão:

Muitas das intoxicações por via digestiva são de fácil resolução pela remoção do conteúdo gástrico através da indução do vômito. No entanto, a sua realização está dependente do tempo decorrido e do produto em causa. Assim, somente deve ser estimulado o vômito quando lhe for dada indicação pelo CIAV ou pelo operador da central 112.

Por Absorção:

- Remover as peças do vestuário que estiverem em contacto com o tóxico
- Lavar com água corrente a zona atingida durante pelo menos 15 minutos

Pelo Olho:

- Lavar o olho atingido, com recurso a água. A lavagem deve ser efetuada do canto interno do olho para o canto externo e mantida durante 15 minutos.



SUPORTE BÁSICO DE VIDA - SBV

O Suporte Básico de Vida (SBV) consiste num conjunto de medidas utilizadas para manter a vida de uma vítima em paragem Cardio-Respiratória, sem recurso a equipamento diferenciado, até à chegada de ajuda técnica de socorro. O seu objetivo é manter um nível de circulação sanguínea e ventilação pulmonar adequado, até que seja revertida a causa da paragem ou chegada de equipa especializada.

Antes de mais é fundamental a identificação precoce de uma Paragem Cardio-Respiratória (PCR) e inicio das manobras de SBV. A probabilidade de sobrevivência em caso de PCR diminui drasticamente a cada minuto que passa após o início da paragem:

Quando se entra em Paragem Cardio-Respiratória (PCR):

1º MINUTO – 98% hipóteses de sobrevivência

2º MINUTO – 50% hipóteses de sobrevivência

3º MINUTO – 11% hipóteses de sobrevivência

Cadeia de Sobrevivência

A Cadeia de Sobrevivência representa o conjunto de procedimentos para assistir vítimas de paragem cardio-respiratória (PCR). Para que o resultado final possa ser uma vida salva, cada um dos quatro elos da cadeia é vital e todos devem ter a mesma força.

Todos os elos da cadeia são igualmente importantes. De nada serve ter o melhor Suporte Avançado de Vida (ajuda qualificada) do mundo se quem presencia a PCR não souber iniciar os procedimentos inerentes ao Suporte Básico de Vida.

Figura nº 9 – Cadeia de Sobrevida



1. Acesso precoce à emergência médica, através do 112
2. Início precoce de Suporte Básico de Vida
3. Desfibrilhação precoce
4. Suporte Avançado de Vida (SAV) precoce

De acordo com a Cadeia de Sobrevida, os dois primeiros elos poderão ser garantidos através de qualquer pessoa que tenha conhecimentos relativos ao Suporte Básico de Vida. A adopção dos procedimentos corretos relativos a estes dois primeiros elos é fundamental para que se possa prosseguir na cadeia de sobrevida, aquando a chegada de ajuda qualificada.

Acesso Precoce à Emergência Médica (112)

O rápido acesso a ajuda qualificada assegura o início da Cadeia de Sobrevida. Cada minuto sem se chamar o socorro reduz a possibilidade de sobrevida da vítima. Para o funcionamento adequado deste elo é fundamental que quem presencia uma determinada ocorrência seja capaz de reconhecer a gravidade da situação e saiba ativar o sistema, ligando adequadamente 112 (transmitindo informações adequadas: o quê, onde, como e quem).

Início Precoce de Suporte Básico de Vida (SBV)

Para que uma vítima em perigo de vida tenha maior hipótese de sobrevida é fundamental que sejam iniciadas, de imediato e no local onde ocorreu a situação, manobras de SBV. Isto só se consegue se quem presencia a situação tiver formação adequada.

O SBV permite ganhar tempo, mantendo alguma circulação e alguma ventilação na vítima, até à chegada de ajuda mais qualificada.

Desfibrilação Precoce

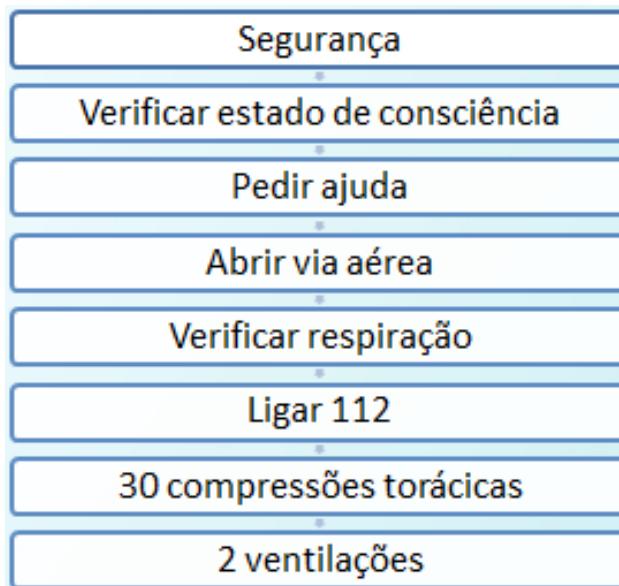
A maioria das Paragens Cardio-Respiratórias (PCR) no adulto ocorrem devido a uma perturbação do ritmo cardíaco a que se chama Fibrilação Ventricular. Esta perturbação do ritmo cardíaco caracteriza-se por uma atividade eléctrica caótica de todo o coração, em que não há contração do músculo cardíaco e, como tal, não é bombeado sangue para o organismo. O único tratamento eficaz para esta arritmia é a desfibrilação que consiste na aplicação de um choque eléctrico, para que a passagem da corrente eléctrica pelo coração pare a atividade caótica que este apresenta. A desfibrilação eficaz é determinante na sobrevivência de uma PCR. Também este elo da cadeia deve ocorrer o mais precocemente possível. A desfibrilação logo no 1º minuto em que se instala a Fibrilação Ventricular pode ter uma taxa de sucesso próxima dos 100%, mas ao fim de 8-10 minutos a probabilidade de sucesso é quase nula.

Suporte Avançado de Vida (SAV) Precoce

Este elo da cadeia de sobrevivência é uma “mais-valia”. Nem sempre a desfibrilação é eficaz, por si só, para recuperar a vítima. Outras vezes a desfibrilação pode não ser sequer indicada. O SAV permite conseguir uma ventilação mais eficaz (através da entubaçāo endotraqueal) e uma circulação também mais eficaz (através da administração de fármacos). Idealmente, o SAV deverá ser iniciado ainda na fase pré-hospitalar e continuado no hospital, permitindo a estabilização das vítimas recuperadas de PCR. Integram também este elo os cuidados pós-reanimação, que têm o objectivo de preservar as funções do cérebro e coração.

Algoritmo de Suporte Básico de Vida – SBV

O algoritmo de Suporte Básico de Vida apresenta uma sequência de procedimentos a seguir quando se encontra uma vítima em paragem cardio-respiratória.



1º Verificar as Condições de Segurança:

O socorrista deve observar e avaliar o espaço circundante garantindo a sua segurança, da vítima e dos circulantes

2º Verificação do Estado de Consciência:

Abane suavemente os ombros da vítima e pergunte em voz alta: **Está a ouvir-me? Está bem?**

Se responder, pergunte o que se passou e continue o exame geral. Se a vítima não responde, prossiga...

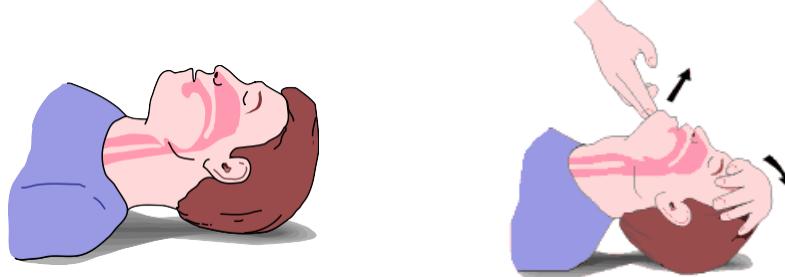
3º Primeiro pedido de Ajuda:

Pedir ajuda às pessoas que se encontram no local: **Socorro, preciso de ajuda, tenho uma vítima inconsciente**

4º Abrir a Via Aérea:

Para abrir a via aérea deve colocar a palma de uma das mãos a apoia-se na testa da vítima (deixando o indicador e o polegar livres), e realizar a extensão da cabeça. Em simultâneo, o indicador e o anelar da outra mão elevam o queixo.

Figura nº 10 – Abertura da via aérea



Após a abertura da via aérea verificar se existem corpos estranhos que possam provocar a sua obstrução: Visualmente pesquisar a presença de corpos estranhos no interior da boca da vítima, se visíveis remover os mesmos com o dedo.

5º Verificar a Respiração:

Avaliar se a vítima apresenta sinais de respiração e de circulação sanguínea.

Para tal, descobrir a região torácica e avaliar se respira através da técnica VOS'P:

- Ver movimentos torácicos**
- Ouvir ruídos respiratórios**
- Sentir a saída de ar na face**
- Pulso (palpar pulso)**

- **Se a vítima ventilar**, e não existirem contraindicações, colocar em Posição Lateral de Segurança.

- **Se a vítima não ventilar**, prosseguir...

6º Segundo Pedido de Ajuda:

Pedir à nossa 1ª Ajuda que ligue para 112. Informação a transmitir:

- Local exato da ocorrência
 - Número de vítimas, estado e idades aproximadas
 - Tipo de acidente
 - Tipo de assistência prestada
-

- Número de telefone onde se encontra
- Responder às perguntas que a central de emergência faz, respeitando as indicações dadas
- Desligar o telefone somente quando a central de emergência indicar.

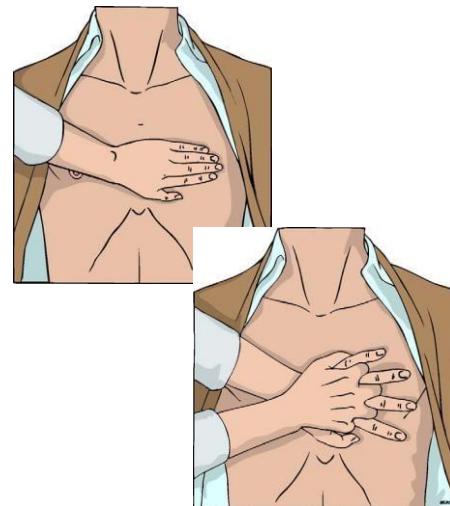
7º Iniciar Manobras:

30 compressões : 2 ventilações

Compressões: Como fazer?

- Colocar a base de uma mão no centro do peito
- Colocar a outra por cima
- Entrelaçar os dedos
- Comprimir o peito
- Ritmo: 100 compressões por minuto
- Pressão: depressão de cerca de 4-5 cm
- Se possível mudar de Prestador de SBV a cada 2 min (cerca de 5 ciclos)

Figura nº 9 – Compressões torácicas



Ventilações: Como fazer?

- Fechar o nariz
- Inspirar normalmente
- Colocar os lábios sobre a boca ou máscara
- Soprar até o peito expandir
- Duração: 1 segundo
- Deixar o peito baixar
- Repetir

Figura nº 10 - Ventilações



Quando parar SBV:

- Quando for substituído por ajuda qualificada
- Quando a vítima respirar normalmente
- Exaustão do reanimador

Sequência de Procedimentos:

Garantir condições de segurança
Avaliar estado de consciência:
Vítima inconsciente

1º pedido de ajuda

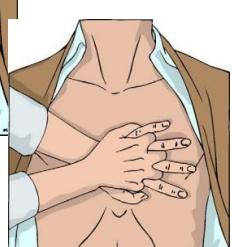
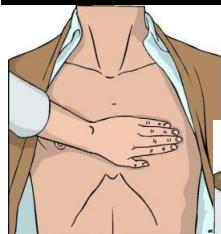


Abrir a via aérea
VOSP: 10 segundos

2º pedido de ajuda



30 compressões torácicas



2 ventilações

