

MARCOS ANTONIO HUNGRIA DE MORAES

RESPOSTA À EMERGÊNCIA COM VÍTIMAS

**São Paulo
2009**

**EPMI
ESP/EST-2009
M791r**

MARCOS ANTONIO HUNGRIA DE MORAES

RESPOSTA À EMERGÊNCIA COM VÍTIMAS

Monografia apresentada à Escola
Politécnica da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de pós-graduação em Engenharia
de Segurança do Trabalho

**São Paulo
2009**

DEDICATÓRIA

A Amada esposa e companheira
Fabiana e as minhas duas princesas
Lelê e a recém chegada Lalá pela
paciência e compreensão.

E a minha mãe que sempre zelou pelos
meus estudos.

ESP/EST-2009
M791₂
Apr 20 1970 7/11

MST20090

DEDALUS - Acervo - EPMI



31700007877

FICHA CATALOGRÁFICA

Moraes, Marcos Antonio Hungria de
Resposta à emergência com vítimas / M.A.H. de
Moraes. --
São Paulo, 2009.
p.

Monografia (Especialização em Engenharia de
Segurança
do Trabalho) - Escola Politécnica da Universidade de
São Paulo. Programa de Educação Continuada em
Engenharia.

1. Acidentes de trabalho 2. Segurança no

RESUMO

Componente importante na Gestão de Contingência, os procedimentos de Resposta a Cenários Emergenciais com Vítimas são pouco detalhados nos Planos de Emergência. Isto se deve ao fato de que a administração do Plano de Emergência é normalmente atribuída a profissionais de segurança e o atendimento à vítima está ligado a equipe de saúde da organização. A presente monografia é uma proposta de abordagem do tema Gestão de Contingência com o foco no atendimento a Acidentados, com o objetivo de facilitar a inserção do profissional de saúde na equipe de gestão do Plano de Emergência e assim contribuir para o enriquecimento dos procedimentos de resposta a emergências com vítimas. Neste trabalho demonstra-se a realização deste objetivo através da elaboração de matrizes que transcrevem de forma sucinta as principais ações resposta a serem realizadas pelos socorristas no atendimento às vítimas

ABSTRACTS

Important part in Contingency Management, the procedures for Response to Emergency Scenarios with Victims are scantily detailed in Emergency Plans. This is due to the fact that the management of the Emergency Plan is usually attributed to occupational safety professionals and the victims care is responsibility of the health unit of the organization. The present monograph proposes a treatment of the theme Contingency Management based on the care of accident victims. The objective is to facilitate the insertion of the health care professional in the Emergency Plan management group and contribute to the enrichment of the procedures of response to emergencies with victims in this way. This monograph demonstrates the achievement of the described objective through the planning of matrices that present in a concise manner the main response actions to be taken by the emergency team in the care of the victims.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
1.1	OBJETIVO.....	8
1.2	JUSTIFICATIVA.....	9
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	10
2.1	GESTÃO DA CONTINGÊNCIA.....	10
2.2	PLANO DE EMERGÊNCIA É PARA EMERGÊNCIA.....	11
2.3	CONTEÚDO DO PLANO DE EMERGÊNCIA.....	12
2.4	HIPÓTESES E CENÁRIOS ACIDENTAIS.....	14
2.5	ACIONAMENTO E COMUNICAÇÃO.....	16
2.6	ESTRUTURA DE ORGANIZAÇÃO DE RESPOSTA (EOR).....	17
2.7	CONCEITOS RELACIONADOS AO ATENDIMENTO A VÍTIMAS NO PLANO DE EMERGÊNCIA.....	17
2.7.1	Hipóteses e cenários envolvendo vítimas.	18
2.7.2	Brigadista ou socorrista.....	18
2.7.2.1	Característica necessária para um socorrista.....	19
2.7.3	Estrutura de organização de resposta a cenários com vítimas.....	22
2.7.4	Ações em tempo de paz.....	22
2.7.4.1	Conteúdo Do Kit De Primeiros Socorros.....	25
2.8	CAPACITAÇÃO.....	26
3	MATERIAIS e MÉTODOS.....	27
4	RESULTADOS	28
5	CONCLUSÃO.....	53
6	REFERÊNCIAS.....	54

1 INTRODUÇÃO

Os Planos de Emergências são documentos que organizam um conjunto de diretrizes e informações visando à adoção de procedimentos lógicos, técnicos e administrativos estruturados de forma a propiciar respostas rápidas e eficientes a situações de emergências. O objetivo maior do Plano de Emergência é a limitação dos danos, pois quanto mais estruturada e planejada for a resposta a emergência, menores serão as consequências da emergência (informações verbais)⁽¹⁾.

Os planos de emergências não garantem que não ocorra um desastre, entretanto, podem evitar que um acidente de pequeno porte se transforme em tragédia. Uma das metas do Plano de Emergência é restringir ao máximo os impactos numa determinada área, evitando que esses impactos extrapolem os limites estabelecidos, prevenindo assim que situações externas ao evento contribuam para o seu agravamento (informações verbais)⁽¹⁾.

A presente monografia foi elaborada de forma a fornecer subsídios no que se refere ao atendimento a vítimas e que ajudarão a compor uma Gestão de Contingência voltada para o atendimento ao acidentado e não só um Plano de Emergência. Em outras palavras, estão aqui contempladas orientações para o Gestor do Plano de Emergência, orientações para a capacitação da brigada, recursos mínimos necessários que a organização deverá possuir, e finalmente as ações indicadas e não indicadas para o atendimento a hipóteses acidentais envolvendo vítimas.

O resultado final desta monografia será expresso na forma de figuras que sintetizam as ações dos socorristas para cada uma das possíveis hipóteses acidentais levantadas, o qual poderá ser convertido em um Procedimento Impresso ou Informatizado conforme já praticado em algumas organizações.

1.1 OBJETIVO

A presente monografia é uma proposta de abordagem do tema Gestão de Contingência com o foco no atendimento a Acidentados, com o objetivo de facilitar a inserção do profissional de saúde na equipe de gestão do Plano de Emergência e

⁽¹⁾ Anotações de treinamento para elaboração de Planos de Emergência Rio de Janeiro 2006.

assim contribuir para o enriquecimento dos procedimentos de resposta a emergências com vítimas. Este objetivo estará materializado através da elaboração de matrizes que transcreverão de forma sucinta as principais ações resposta realizadas pelos socorristas para as diferentes hipóteses acidentais envolvendo vítimas.

A meta aqui pretendida é a de alavancar o tema e não apresentar um produto (procedimento de resposta) pronto, ou seja, sabemos da multi-diciplinaridade envolvida e da necessidade de validação dos procedimentos por outros profissionais.

1.2 JUSTIFICATIVA

Componente importante na Gestão da Contingência os Planos de Emergência evoluíram muito nos últimos anos, cada vez mais as organizações se estruturam para aprimorar seus procedimentos de resposta a emergências para cenários emergências operacionais como vazamentos, incêndios, explosões, mobilização das partes envolvidas etc. Particularmente, com respeito aos procedimentos específicos para resposta à emergência com vítimas, esta evolução embora também tenha ocorrido deixou um pouco a desejar. Isso se deve ao fato do gestor do Plano de Emergência ser normalmente um profissional de segurança ou um profissional ligado as atividades operacionais, enquanto a parte de atendimento a vítimas está muito relacionada à estrutura de saúde da organização. (informações verbais)⁽²⁾.

⁽²⁾. Anotações de autor durante a participação de Grupo Técnico de discussão sobre Coordenação de equipes de Emergência 2006

2 REVISÃO DA LITERATURA

O ponto central dessa monografia é o conteúdo dos Procedimentos de Resposta a Acidentes com Vítimas, que é requisito obrigatório em um Plano de Emergência que por sua vez é integrante de algo maior que aqui denominaremos de Gestão da Contingência. Dessa forma antes de focarmos no tema atendimento a vítimas iremos debater ao longo da monografia os conceitos gerais importantes relacionados a Gestão de Contingência e aos Planos de Emergência em Geral.

2.1 GESTÃO DA CONTINGÊNCIA.

Para que o plano de emergência alcance seus objetivos, não basta ser um plano bem elaborado. A organização precisa ter uma boa gestão de contingência, ou seja, o plano de emergência é apenas um elemento num programa maior, que aqui chamaremos de gestão da contingência.

Podemos dividir a gestão de contingência em três grandes momentos: o “Tempo de Paz”, o “Estado de Emergência” e a “Análise Crítica” pós-emergência:

- O Tempo de Paz é o período que antecede uma emergência, ele envolve uma série de estudos, levantamentos de dados que vão identificar os perigos e elaborar projetos e programas para minimizar os riscos, ou seja, é no tempo de paz que a organização deve identificar quais são os acidentes potenciais, estimar quais os impactos destes acidentes levando em consideração o histórico de acidentes e as interferências externas que podem contribuir para o agravamento da situação. É no Tempo de Paz que são planejadas e instaladas medidas de controle para evitar que os acidentes aconteçam ou para que caso ocorra uma emergência esta seja prontamente detectável e fique o mais restrita possível a uma determinada área. É no tempo de paz que a organização elabora seu Plano de Emergência e capacita sua brigada.
- O Estado de Emergência é definido pelo espaço de tempo que inicia com o momento em que ocorre um fato que desencadeia uma emergência, até o

momento em que as autoridades máximas envolvidas no controle desta emergência, ao avaliarem a situação, decidam por decretar o fim do Estado de Emergência, retornando assim a normalidade. O fim do estado de emergência pode ser decretado, porém em algumas situações podem permanecer algumas ações sem a necessidade de mobilização de toda a Estrutura de Organização de Resposta (EOR). Ex: remediação das áreas atingidas; disposição final de resíduos; recuperação das instalações danificadas e o atendimento assistencial a vítimas e familiares até a sua plena recuperação e etc.

- A análise crítica é o tempo posterior a uma emergência, é nesta fase que a organização elabora relatórios detalhados sobre a emergência, identificando o que aconteceu, por que ocorreu e qual foi a eficiência atingida pelas medidas de controles adotadas. Da análise crítica nasce uma relação de medidas corretivas que devem ser implementadas no tempo de paz que se sucede.

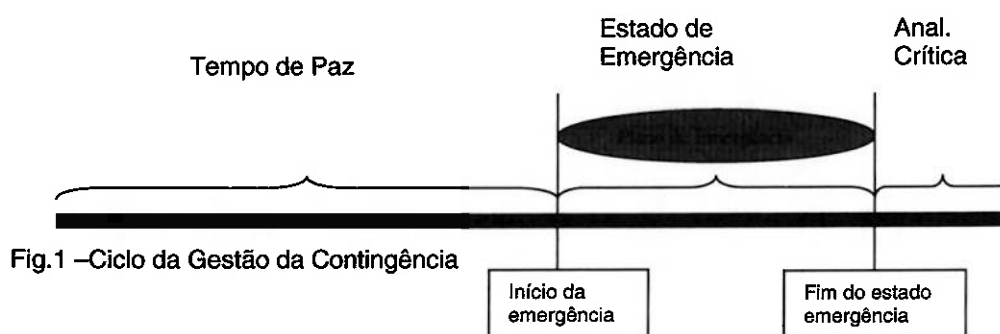


Fig.1 –Ciclo da Gestão da Contingência

2.2 PLANO DE EMERGÊNCIA É PARA EMERGÊNCIA

É importante destacar que esta monografia defende o conceito que o Plano de Emergência deve ser focado para o momento denominado “Estado de Emergência” e não as outras etapas. Este conceito está alicerçado nas seguintes premissas:

- Um bom Plano de Emergência é aquele que passa informações precisas para os brigadistas no momento da emergência.

- Um Plano de Emergência só será considerado bom se atingidos seus objetivos, porém para que isto ocorra é fundamental a sua utilização pela brigada em emergências.
- Um Plano de Emergência deve ser um instrumento prático, que propicie respostas rápidas e eficazes em situações de emergência.
- Um Plano de Emergência deve ser sucinto o suficiente para não desestimular o brigadista na hora da consulta em uma emergência.

Durante uma emergência a pressão psicológica atuando sobre um brigadista é muito alta, ele sabe que tem que atuar de forma rápida e precisa, e não há tempo para consulta a procedimentos extensos e burocráticos. Porém ao mesmo tempo por melhor que tenha sido sua capacitação, o fato das ações de emergência não fazerem parte da sua rotina operacional causam lhe uma sensação de insegurança que muitas vezes podem promover um esquecimento total e provocar ações equivocadas.

Dessa forma é fundamental que ele tenha a mão um plano que propicie respostas rápidas precisas e eficazes. Isto só ocorrerá se o plano for sucinto o bastante para propiciar uma consulta rápida que lhe ajude assumir o domínio sobre a emoção e fazer vir à tona sua capacitação absorvida em treinamentos oferecidos em Tempo de Paz.

2.3 CONTEÚDO DO PLANO DE EMERGÊNCIA

É importante destacar que o conteúdo mínimo defendido para planos de emergência nesta monografia choca com o estabelecido na legislação Brasileira que trata do conteúdo mínimo dos planos de emergência a Resolução CONAMA Nº 398.

A legislação brasileira que trata do conteúdo dos planos de emergência tem um forte vínculo com os órgãos ambientais e conseqüentemente uma estreita relação com os processos de licenciamento, isto acabou refletindo no conteúdo mínimo estabelecido, fazendo com que estes planos de emergências sejam obrigados a contemplar informações que caberiam muito bem em estudos de impactos ambientais e Programas de Gerenciamento de Risco, mas não são usualmente

consultados pela brigada na hora de uma emergência e acabam se tornando foco de perda de carga ou estorvo no Plano de Emergência impresso.

Seja qual for o cenário, a prioridade deve ser sempre a segurança das pessoas inclusive dos envolvidos nas ações de resposta à emergência.

O Plano de Emergência é um plano escrito onde se determina procedimento resposta à emergência, ele deve ter o seguinte conteúdo mínimo (informações verbais)⁽¹⁾.

- Procedimento para acionamento da estrutura de resposta com lista atualizada dos contatos a serem acionados;
- Procedimento para atendimento às vítimas internas ou externas, inclusive com relação de recursos disponíveis e hospitais nas proximidades;
- Procedimento para isolamento da área, determinando as rotas de fuga, inclusive para proteção das áreas do entorno;
- Procedimento para evacuação das áreas afetadas;
- Procedimento para abandono geral das instalações em caso de necessidade;
- Procedimento para contenção dos vazamentos;
- Procedimento de resposta a incêndios e explosões;
- Procedimento para parada segura da operação;
- Procedimento para comunicação com as entidades que precisam ser comunicadas, mas que não atuam diretamente na resposta;
- Relação dos recursos disponíveis;
- Procedimento de divulgação da emergência as partes interessadas.

Os procedimentos que compõe o plano devem definir:

- As ações a serem executadas;
- Quem deverá executá-las;
- Quando executá-las;
- E se possível algum detalhamento na forma de executá-las.

⁽¹⁾ Anotações de treinamento para elaboração de Planos de Emergência Rio de Janeiro 2006.

Requisitos imprescindíveis ao sucesso de um plano não foram contemplados na relação de conteúdo mínimo, pois não há necessidade de serem consultados durante uma emergência, porém eles devem ser exaustivamente trabalhados e procedimentados em Tempo de Paz, são eles (informações verbais)⁽¹⁾.

- Definição da responsabilidade e periodicidade de atualização de cada um dos documentos que compõe o Plano de Emergência;
- Programa de capacitação da Brigada, Socorristas e dos demais integrantes da estrutura de resposta a emergências;
- Procedimento para registro da manutenção e testes dos equipamentos e sistema de detecção e resposta à emergência;
- Programa de divulgação dos procedimentos de emergência a serem adotados pelas partes interessadas que não fazem parte da estrutura de organização de resposta;
- Plano de simulados;
- Procedimentos para identificação contínua e revisão dos perigos e das medidas de controle dos riscos identificados;
- Procedimento para registro, investigação, análise, divulgação e implementação das lições aprendidas nos simulados e emergências reais.
- Descrição das instalações, layout, informações sobre o localização geográfica, principais insumos e produtos perigosos utilizados, dados de produção, descrição do entorno, principalmente áreas sensíveis.

2.4 HIPÓTESES E CENÁRIOS ACIDENTAIS.

Um conceito importante de se ter na elaboração de um Plano de Emergência é a diferenciação entre hipótese e cenário accidental.

- A hipótese accidental restringe-se ao fato que caracteriza a emergência.

⁽¹⁾ Anotações de treinamento para elaboração de Planos de Emergência Rio de Janeiro 2006.

Ex de hipótese accidental: vazamento de gás natural em duto; tombamento de caminhão de combustível com vazamento; incêndio em vegetação; queimadura de segundo grau; fratura do braço.

- O cenário além da hipótese leva em consideração o que a provocou e também a interação desta hipótese com o ambiente onde esta ocorrendo ou pode vir a ocorrer.

Ex de cenários: vazamento de gás natural em duto, em zona residencial provocado por perfuração mecânica e não autorizada; tombamento de caminhão de combustível com vazamento próximo a manancial provocada por colisão frontal contra ônibus de passageiros; incêndio em vegetação, próximo a área de tanques provocada por descarga elétrica; queimadura de segundo grau nos braços provocada por substância química desconhecida.

Em alguns casos apenas a identificação das hipóteses é suficiente para estabelecimento de medidas de resposta, porém os Planos de Emergências para serem bem sucedidos devem estar baseados nos cenários ambientais e não somente nas hipóteses como é comum identificar nos planos elaborados para atendimento a requisitos legais.

O Plano de Emergência deve ser elaborado para contemplar os Cenários de Emergência identificados nos seguintes documentos quando existentes na organização:

- Programa de gerenciamento de riscos e estudos de análises e consequências;
- Levantamento aspectos e impactos, perigos e danos;
- Estudos sobre impactos ambientais com vista a licenciamentos.

Basear o Plano de Emergência em cenários e não em hipóteses não é simples e muitas vezes depende do estado de amadurecimento da gestão de contingência da organização. Além disso, se contemplarmos nos cenários o efeito dominó desencadeado por hipóteses accidentais conhecidas, teremos um crescimento exponencial no número de cenários possíveis, inviabilizando a manutenção de um Plano de Emergência impresso. Para estes casos deve-se considerar um Plano de Emergência informatizado.

2.5 ACIONAMENTO E COMUNICAÇÃO

Durante uma emergência coexistem duas modalidades de comunicação com natureza bastante distinta: Acionamento e Comunicação. Ambas tem finalidade, prioridade, e agente comunicador distintos. Se não diferenciarmos estas duas modalidades, cairemos num erro comum nos Planos de Emergência e confundiremos as duas prejudicando assim a comunicação.

Desta forma entendemos ser importante distinguir estas duas modalidades:

- O Acionamento é a informação passada para as pessoas e entidades que irão atuar diretamente na resposta à emergência. Ex: Brigada, Defesa Civil (quando o cenário extrapola os limites da propriedade da organização em emergência); Corpo de Bombeiros (quando os recursos para controle da situação extrapolam os existentes na organização em emergência), outras unidades da organização (quando há a necessidade de reforços nos recursos necessários) e etc... O agente comunicador do acionamento é o próprio brigadista.
- Já a Comunicação é a informação encaminhada às pessoas ou entidades que precisam ser notificadas da emergência, mas não tem atuação direta sobre a resposta: ex Matriz da organização, Imprensa, Agência Reguladora, Órgãos Ambientais e etc. O agente comunicador neste caso é a alta administração da entidade.

Um Plano de Emergência precisa contemplar e distinguir as duas modalidades de informação, porém o sucesso do Plano esta diretamente ligado a eficiência do acionamento nele contido, ou seja, quanto mais rápida for acionada a Estrutura de Organização de Resposta mais fácil será controlar a situação.

2.6 ESTRUTURA DE ORGANIZAÇÃO DE RESPOSTA (EOR).

Durante uma emergência a estrutura hierárquica da organização se transforma e passa a vigorar uma nova estrutura que tem como objetivo principal a resposta à emergência. Nesta estrutura destacam-se a figura da coordenação de emergência e as brigadas que são assessoradas por outras funções como Logística, Comunicação Institucional, Segurança, Meio Ambiente, Jurídico e etc.

No momento da emergência todas as outras atividades passam a ter prioridade secundária e os esforços ficam concentrados em atender as orientações da coordenação da emergência.

A coordenação pode ser composta por uma ou mais pessoas, pois dependendo do cenário as autoridades públicas podem e têm o direito de pleitear a integração na coordenação.

O representante da organização na coordenação, normalmente, é uma pessoa que, em tempo de paz, exerce uma função de liderança na linha operacional, isso, porém, não significa que a alta gerência se abstenha de suas responsabilidades, esta tem uma função primordial na estrutura de resposta articulando com as autoridades e atuando para que não falem recursos à coordenação da emergência.

2.7 CONCEITOS RELACIONADOS AO ATENDIMENTO A VÍTIMAS NO PLANO DE EMERGÊNCIA.

Embora os conceitos até agora abordados estejam estabelecidos para a gestão de contingência como um todo, eles também são válidos para o atendimento a vítimas.

Durante o período de paz, ao identificar os perigos, riscos e as medidas de controle são também estabelecidos os cenários acidentais que irão compor o Plano de Emergência.

Da mesma forma que para os demais cenários, a organização tem que começar a se preparar para o atendimento a vítimas no Tempo de Paz, fazendo um diagnóstico da força de trabalho ou da população na área de influência, fazendo um

levantamento do histórico de ocorrências, identificando as hipóteses mais prováveis, os perigos, os riscos, estabelecendo medidas de controle e principalmente capacitando a brigada ou parte dela para o primeiro atendimento às vítimas.

2.7.1 Hipóteses e cenários envolvendo vítimas.

Há duas formas de contemplar o atendimento à vítima com relação aos cenários acidentais identificados (informações verbais)⁽¹⁾:

- Na primeira o atendimento à vítima é um cenário independente que pode ocorrer simultaneamente a outro qualquer. Esta forma de contemplar é mais utilizada, pois permite uma estruturação mais sucinta e precisa do plano.
- Na segunda o atendimento à vítima está integrado ao cenário principal e as ações de resposta se inter-relacionam. Esta forma é utilizada quando as ações para atendimento a vítimas são extremamente genéricas ou a probabilidade de hipóteses acidentais relacionadas à ocorrência de vítimas seja reduzida e bem definida.

Como dissemos anteriormente um bom Plano de Emergência deve ter suas ações de resposta baseadas nos Cenários identificados e não só em Hipóteses Acidentais. Porém como a identificação dos cenários possíveis é muito particular da organização, esta monografia se limitará a identificação das ações de resposta às diversas Hipóteses Acidentais envolvendo vítimas, cabendo a cada organização desdobrar essas hipóteses para os seus Cenários identificados.

2.7.2 Brigadista ou socorrista.

Em algumas organizações o Brigadista que recebe uma orientação para atendimento a vítimas passa a ser chamado de Socorrista. Em outras, embora todos os Brigadistas recebam orientações das medidas básicas para atendimento a vítimas, somente são considerados como Socorristas os Brigadistas com perfil para atendimento a vítimas e que receberam uma carga de treinamento mais extensa e

voltada para um atendimento mais profissional. Como não há uma definição de qual a capacitação mínima exigida para um Socorrista as duas formas estão corretas.

Para o presente documento, denominaremos como Socorrista integrantes da brigada leigos nas Ciências da Saúde, com perfil diferenciado, características psicológicas favoráveis para o atendimento a acidentados, capacitados em atendimento de Primeiros Socorros e que estão aptos a realizar atendimento de Primeiros Socorros às vítimas antes da chegada ou encaminhamento para a estrutura de saúde da organização.

2.7.2.1 Característica necessária para um socorrista

A seguir apresentamos as características necessárias bem como as atribuições e responsabilidades estabelecidas para o Socorrista segundo PETROLEO, (2007) modificado pelo autor:

O Socorrista é a primeira pessoa treinada a prestar socorro ao acidentado ou vítima. Ele tem formação teórica e prática para detectar o que está errado, providenciar a assistência de emergência e, somente quando necessário, mobilizar a vítima sem ocasionar seqüelas. Portanto, é parte integrante do Sistema Médico de Emergência da Empresa. A presença do Socorrista significa que o sistema de emergência médico foi ativado e está em sua primeira fase de assistência. O Socorrista, treinado e reconhecido como tal, tem deveres e responsabilidades. Portanto, é necessária capacitação árdua e contínua.

O atendimento às vítimas acarreta situações de muito estresse ao Socorrista que sofre grandes pressões emocionais. Nem todos os indivíduos têm condições de presenciar cenas com sangue ou ferimentos, assim como vivenciar situações de sofrimento humano. A sensação de responsabilidade pela vida de outrem pode levar ao desequilíbrio emocional, comprometendo decisivamente a qualidade do atendimento. Atuar como Socorrista exige um controle de seus próprios sentimentos e emoções durante o atendimento. As vítimas não necessitam de piedade, mas sim de um atendimento profissional. Ser um bom Socorrista implica em ter características pessoais que não estão presentes na unanimidade dos indivíduos. Por isso, a decisão de ser um Socorrista deve ser uma escolha voluntária e não a

resultante de uma imposição da empresa ou de outros fatores, tais como possibilidade de usufruto de vantagens pecuniárias ou de horário de trabalho privilegiado, muito menos deve ser decorrente de desejo de impressionar a chefia.

As principais características de um bom Socorrista são:

- Ser paciente, pois em muitas situações é preciso superar comportamentos grosseiros, muitas vezes involuntários e decorrentes do próprio problema médico.
- Ser capaz de agir com segurança e transmitir segurança nas ações que esta tomando mesmo sabendo que a possibilidade de risco e erro existe.
- Ser honesto e realista, na maioria das vezes a vítima tem noção da gravidade de seu caso e não adiantando o Socorrista dizer que “está tudo bem”. Mentir para a vítima faz com que ela perca a confiança. Dizer para a pessoa frases como “não se preocupe” é uma bobagem. Quando uma emergência acontece, há sempre algo com que se preocupar. A comunicação do Socorrista com a vítima tem que inspirar confiança, o que contribui em muito para o atendimento. É importante dizer a vítima que ela está diante de uma pessoa treinada e capacitada para socorrê-la, e que todo o resgate já está a caminho.
- Ser sensível quanto ao que pode ser comunicado à vítima. Caso ela tenha decepado um membro, este fato não pode ser ocultado, mas o Socorrista pode dizer, por exemplo, que um cirurgião está sendo acionado para iniciar o reimplante, logo após a chegada ao hospital. Lembrar que uma vítima vivendo uma situação de estresse pode não tolerar pressão adicional.
- Ser capaz de manter o sigilo, não comentando os detalhes do atendimento com amigos, familiares ou pessoas da comunidade.
- Estar sempre em boas condições de saúde. Se existem limitações físicas, tais como dificuldade de se agachar ou caminhar carregando peso, seu treinamento poderá ter pouca utilidade no momento do socorro.

Como profissional treinado e como tal reconhecido, o Socorrista tem atribuições e responsabilidades bem definidas durante o socorro às vítimas. Suas responsabilidades são:

- Zelar por sua segurança, pela da vítima e prevenir novos acidentes;
- Ter acesso à vítima utilizando equipamento adequado para o socorro;
- Fazer o melhor possível, dentro de sua capacidade, proporcionando uma assistência efetiva nos limites de seu treinamento;
- Examinar a vítima, identificando o que está errado, de acordo com o protocolo de atendimento da organização, utilizando o mínimo de equipamento necessário;
- Decidir quando deve ocorrer a mobilização ou remoção rápida da vítima, seja pela segurança local, seja pela gravidade do estado em que ela se encontra;
- Realizar esta mobilização com técnicas que minimizem a possibilidade de lesões adicionais;
- Ser o líder do socorro, obtendo ajuda do pessoal presente e controlando suas atividades;
- Providenciar, no acionamento do resgate, a notificação das informações corretas, o que permitirá a chegada de pessoal especializado para apoio ao atendimento;
- Registrar, os dados do acidente, o exame da vítima e as decisões tomadas para registro legal e posterior consulta;
- Providenciar a transferência da vítima e das informações pertinentes, de modo organizado, para o pessoal do resgate;
- Manter-se à disposição do pessoal de resgate continuando a auxiliá-lo no que for necessário.

A primeira atribuição do Socorrista é com a sua segurança pessoal. A ansiedade e o desejo de ajudar as pessoas a serem atendidas podem ocasionar a negligência com sua própria segurança.

A abordagem a vítimas em ambientes de risco só deve ser realizada por Socorristas treinado para ação nestes ambientes e familiarizados com as causas do sinistro e assim mesmo utilizando todo material de proteção individual.

2.7.3 Estrutura de organização de resposta (EOR) a cenários com vítimas

São muitas as possibilidades de se estruturar a EOR para contemplar uma equipe de Socorristas. A estrutura a ser adotada vai depender do porte da organização e da atividade fim desenvolvida, ou seja, uma organização de porte grande (que tem uma equipe de saúde em turno) ou mesmo uma organização pequena, mas que tem como atividade fim serviço de saúde, pode estabelecer uma equipe independente dedicada a primeiros socorros; já uma organização de pequeno porte pode destacar parte da sua brigada e capacitá-la para exercer a função de Socorrista.

2.7.4 Ações em tempo de paz

Como já dissemos anteriormente, as primeiras medidas de gestão para resposta à emergência devem ser adotadas no Tempo de Paz. Estas medidas podem ser divididas em dois grandes grupos: as medidas de prevenção (visam impedir que ocorra uma emergência) e as medidas de estruturação (visam prover a organização de recursos que permitam que, se caso ocorra uma emergência, esta tenha suas conseqüências reduzidas).

Para prevenir Emergências, medidas de Gestão devem ser tomadas em Tempo de Paz:

- Atender aos requisitos estabelecidos nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho.
- Envolver a força de trabalho na identificação dos Aspectos/Impactos, Perigos/Danos e depois de identificados estes devem ser divulgados para as partes interessadas, para que esta possa reconhecê-los e se prevenir se for o caso.
- Classificar os Aspectos/Impactos, Perigos/Riscos de forma a identificar os não tolerados e estabelecer plano de ação para eliminação ou diminuição do risco.
- Identificar previamente substâncias químicas capazes de provocar alergias e irritações. Sinalizar adequadamente ambientes com substâncias químicas.

Manter substâncias químicas identificadas e suas informações (FISPQ) prontamente disponíveis.

- Estabelecer sistemática para capacitação das partes interessadas de acordo com a sua exposição ao risco e sua participação nos procedimentos de emergência.
- Estabelecer uma sistemática para liberação de trabalho, baseada no levantamento dos riscos e perigos e medidas de controle para cada uma das etapas da atividade a ser executada, garantia da participação de todos os envolvidos na elaboração deste levantamento.
- Somente contratar profissionais habilitados e qualificados para executar serviços e exigir, sempre que pertinente, anotações de responsabilidade, certificados e laudos.
- Não permitir má conservação dos sistemas e instalações da organização, mantendo a instalação e os equipamentos em condições adequadas de funcionamento, usando apenas material recomendado e de boa qualidade.
- Nunca adotar medidas improvisadas, mesmo que em emergências.
- Adotar sistemáticas para gestão de mudanças.
- Adotar sistemática para: identificação prévia, registro e pronta disponibilidade de informações (históricos de desmaios, tonturas, alergias, e outros distúrbios) que possam influenciar no desenvolver de um cenário emergencial.
- Fazer um reconhecimento das espécies peçonhentas endêmicas na região. Identificar centros médicos mais próximos para atendimento a picadas de animais peçonhentos.
- Não permitir a entrada de animais de rua, encaminhar os animais que porventura apareçam na organização para os centros de zoonoses. Vacinar animais domésticos pertencentes à organização (cães de guarda). Fazer controle da população de roedores e pragas urbanas.
- Manter condições sanitárias dos restaurantes internos da organização a fim de evitar a deterioração dos alimentos. Manter palestras informativas

orientando para os cuidados na preservação dos alimentos, noções de higiene e etc.

- Identificar centros de saúde especializados ou não nas proximidades da organização para encaminhamento de vítimas em situações de emergências.
- Identificar previamente as melhores rotas para acessar os centros de saúde identificados.
- Manter programa de orientação e uso adequado de EPI e EPC, inclusive passando orientações sobre a importância de higienizar EPIs.
- Manter programas de ginástica laboral e campanhas de orientação para saúde de vida.

A Organização deve estabelecer medidas de Gestão de estruturação em Tempo De Paz, com o objetivo de Prover Recursos que Permitam que Caso Ocorra uma Emergência esta tenha suas Consequências Reduzidas.

- Elaborar e manter um Plano de Emergência compatível com os cenários emergenciais identificados.
- Manter uma equipe de Brigada e Socorristas permanentemente treinados e capacitados. Manter programa de simulados programados ou não para todos os cenários identificados.
- Manter sistemas de identificação e combate à emergência em boas condições de funcionamento.
- Manter em boas condições sistema de sinalização da organização contemplando sinalização dos perigos, riscos e orientando rotas de fugas.
- Identificar previamente substâncias químicas capazes de provocar alergias e irritações. Sinalizar adequadamente ambientes com substâncias químicas. Manter substâncias químicas identificadas e suas informações (FISPQ) prontamente disponíveis.
- Manter sistemas de água potável (chuveiros e lava-olhos) próximo aos locais com potencial de ocorrência de acidentes envolvendo produtos químicos.

- Manter distribuídos em pontos estratégicos equipamentos de resgate (máscaras autônomas, macas, maletas de primeiros socorros, desfibriladores, roupas antichamas e etc.).

2.7.4.1 Conteúdo Do Kit De Primeiros Socorros

Um dos aspectos importantes no campo da segurança pessoal está relacionado com sua proteção contra doenças infecciosas. O Socorrista deve evitar contato direto com o sangue da vítima, fluidos corpóreos, mucosa e ferimentos. Para isso precisa ter sempre disponíveis materiais individuais de bioproteção. Os mais comuns são PETROLEO (2007):

- Luvas apropriadas de vinil ou de látex;
- Óculos protetores, para evitar o contato da mucosa ocular com respingos de fluidos corporais;
- Avental de plástico que proteja contra respingos de fluidos das vítimas ou contra o contato direto com materiais contaminados;
- Máscara facial de bolso, com válvula e filtro, para os procedimentos de ventilação artificial.

O kit de primeiros socorros não é só para a proteção do Socorrista, ele deve conter recursos que poderão ser necessários ao atendimento a uma vítima. Eis alguns itens necessários HOSPITAL (2007):

- compressas de gaze (de preferência esterilizadas)
- rolos de atadura de crepe ou de gaze (em tamanhos diferentes)
- tesoura de ponta arredondada
- pinça de vários tamanhos
- frasco de soro fisiológico ou água bidestilada
- lanterna

- Panos de diversos tamanhos (fralda de pano ou panos brancos de algodão limpos)
- Ataduras
- Fitas adesivas
- Algodão
- Álcool
- Conta-gotas (para remoção de insetos no ouvido)
- Pedacos de plástico limpo para execução de curativos de 3 pontos
- Vaselina estéril
- Cobertores de alumínio próprios para manter a temperatura do corpo

2.8 CAPACITAÇÃO

A gestão da contingência deve prever a capacitação dos Socorristas e Brigadistas em Tempo de Paz.

O conteúdo do treinamento deve ser em função dos cenários identificados. Os treinamentos devem ter a frequência proporcional a probabilidade de ocorrência da hipótese.

Na matriz de capacitação devem estar previstos treinamentos teóricos e práticos, inclusive envolvendo simulados programados e não programados.

O Anexo A pode servir de base para elaboração de um conteúdo programático para a capacitação dos brigadistas/socorristas.

3 MATERIAIS e MÉTODOS

A revisão de literatura sob o tema Primeiro Socorros foi o principal veículo utilizado para subsidiar esta monografia. Como o objetivo principal desta monografia é o de apresentar de forma sucinta as ações do socorrista para cada uma das hipóteses acidentais envolvendo vítimas, surgiu à necessidade primeira de se levantar quais são estas hipóteses e quais seriam suas ações de controle e resposta. Desta forma o primeiro passo a se estabelecer foi o de montar o que aqui chamamos de “banco de informações”.

Para montagem deste “banco de informações” foi feita uma busca no acervo da Biblioteca da Petrobras, onde foram selecionados livros, periódicos, Normas, apostilas de treinamento sobre o assunto. O material que compõe esse “banco de informações” está melhor detalhado na Bibliografia. Deste acervo foram compiladas as seguintes informações : Importância do primeiros socorros, características e atribuições dos socorristas, técnicas de reconhecimento do cenário emergencial com vítimas, possíveis consequências às vítimas, medidas de diagnóstico, principais causas das hipóteses acidentais e medidas de resposta para os diferentes hipóteses pesquisadas.

Após a consolidação do banco houve uma triagem e agrupamento das hipóteses acidentais de forma permitir uma visão estruturada sob o assunto, para isto para cada uma das hipóteses foram selecionadas e destacadas medidas em tempo de paz, medidas de gestão, informações sobre funcionamento do corpo humano, causas e consequências das hipóteses, e finalmente as medidas de controle para cada uma destas hipóteses. O resultado desta triagem e agrupamento é apresentado no Anexo A desta monografia.

Elaborado o Anexo A, para que os objetivos propostos para esta monografia fossem atingidos, detectou-se a necessidade de consolidação de alguns conceitos ligados a Gestão de Contingência. Como fonte informação para esta parte da monografia foram utilizados os dois subsistemas básicos de comunicação o canal formal e o

canal informal. O canal formal, onde se inclui a pesquisa a livros, apostilas e periódicos e o canal informal, ou seja comunicações interpessoais, e apontamentos efetuados pelo autor em diversos cursos e grupos de discussões realizados sobre o tema entre os anos de 2004 a 2007.

4 RESULTADOS

Como já dissemos no Anexo A, são apresentadas as hipóteses acidentais em um formato didático que pode muito bem ser utilizado como guia para a capacitação dos Socorristas. Porém para que o conteúdo do anexo A passe a ser incorporado ao Plano de Emergência na forma de Procedimento de Resposta a Emergências com Vítimas ele deve ter um ajuste de formato e conteúdo. Onde sejam dados destaques as principais ações a serem tomadas pelos socorristas em função do cenário acidental que se desenvolve.

Como já vimos anteriormente o Plano de Emergência tem que ser preciso e objetivo. Em uma emergência o estado psicológico dos envolvidos está alterado e o Socorrista não terá tempo de ler um texto comprido para encontrar o que fazer, além do mais não podemos nos esquecer que ele já recebeu capacitação em Tempo de Paz. O Plano de Emergência é um guia para consulta rápida das ações de resposta que irá ajudar o Socorrista a controlar a situação, pois ele sabe como agir para prestar o melhor atendimento possível a vítima da emergência.

Portanto o formato de texto do Procedimento de Resposta deve ser sucinto baseado em ações de resposta deixando claro: **o que fazer; quem fará; quando fará**. Não há necessidade de se escrever **como fazer e porque fazer**, pois essas informações o Socorrista já recebeu em tempo de paz, o Socorrista deve saber onde procurar tais informações caso necessite, mas não no Procedimento de Resposta a não ser que este seja informatizado e permita ao Socorrista filtrar o essencial e consultar detalhes ou instruções opcionalmente, neste caso o Procedimento Resposta pode e deve ser enriquecido com o máximo de detalhes e instruções possíveis.

A seguir apresentamos uma seqüência de figuras que podem ser utilizadas para elaboração de procedimento de resposta a cenários emergenciais com a presença de vítimas, observe que em cada uma delas o agente executante é o Socorrista e o momento de executar a ação segue a uma seqüência lógica definida pela disposição das linhas da tabelas.

As figuras apresentadas também poderão ser utilizadas para a elaboração de procedimentos de resposta informatizados, elas foram enriquecidas com testes, respostas, detalhamentos e instruções, que não necessariamente precisariam estar num Procedimento de Resposta impresso mas que são elementos comuns em planos informatizados. Para melhor entendimento das figuras convencionou-se o seguinte:

- **Teste** – são questões que surgem durante o desenvolvimento do cenário emergencial cujas respostas iram conduzir a um detalhamento maior do cenário e as respectivas respostas.
- **Resp**-são respostas aos testes que surgem durante o desenvolvimento do cenário emergencial. São elas que descreverão o cenário e conduziram as ações de resposta;
- **@** são as ações de resposta a ser realizadas pelo Socorrista dado um cenário descrito.É o cerne do Procedimento de Resposta ;
- **Det**- o detalhamento é um complemento de informações que visa a explicar melhor um determinado teste, resposta ou ação.
- **Inst** a instrução traz um complemento de informação que ajudará na realização da ação.

Os textos destacados em vermelho indicam as interfaces entre as tabelas.

Figura 1 – identificação de cenário com vítima.

Teste- Presença de vítimas?	<input checked="" type="checkbox"/> Resp- sim	Teste-Conheço o cenário?	<input checked="" type="checkbox"/> Resp- Asfixia	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> Resp- Parada cardiorespiratória				
	<input checked="" type="checkbox"/> Resp- Hipóteses Co- relacionados a Circulação e a Respiração.	<input checked="" type="checkbox"/> Del- Estado de Choque; Angina; Infarto no Miocárdio; Hipertensão; Formigamento	<input checked="" type="checkbox"/> avaliar necessidade de fazer exame primário para verificar outra hipótese que não estou vendo.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Resp- Trauma	<input checked="" type="checkbox"/> Del- Escoriações; Perfurações; Pancadas; Entorses luxações e distensões; Fraturas	<input checked="" type="checkbox"/> avaliar necessidade de fazer exame primário para verificar outra hipótese que não estou vendo.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Resp- Hemorragias	<input checked="" type="checkbox"/> Del- Hemorragias internas, externas, Decepções.	<input checked="" type="checkbox"/> avaliar necessidade de fazer exame primário para verificar outra hipótese que não estou vendo.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Resp- Queimadura ou distúrbios causados por temperatura.	<input checked="" type="checkbox"/> Del- Febre, Insolações, Internações, queimaduras.	<input checked="" type="checkbox"/> avaliar necessidade de fazer exame primário para verificar outra hipótese que não estou vendo.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Resp- Intoxicação	<input checked="" type="checkbox"/> Del- Alergias, Absorção, inalação ou contato com substâncias tóxicas; picadas de animais peçonhentos etc.	<input checked="" type="checkbox"/> avaliar necessidade de fazer exame primário para verificar outra hipótese que não estou vendo.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Resp- Não. Preciso fazer exame primário completo				
	<input checked="" type="checkbox"/> Resp- Não.	<input checked="" type="checkbox"/> Manter equipe de socorrista mobilizada para eventual emergência			

Figura 2 – **Teste-Conheço o cenário?** Resp- Não. Preciso fazer exame primário completo

<p>Teste-Conheço o cenário? Resp- Não. Preciso fazer exame primário completo</p>		<p>Del Um atendimento adequado depende antes de tudo de uma rápida avaliação do cenário o que é também conhecido como Exame Primário. O Exame Primário tem como principal objetivo identificar lesões que podem levar a vítima a óbito e portanto irá definir as prioridades ao socorrista.</p>	
<p>Q Acionar socorrista Capacitado para realizar Exame Primário</p>		<p>Ins analisando a existência de riscos, como desabamentos, atropelamentos, colisões, afogamento, eletrocução, agressões etc. Somente depois de assegurar-se se encontra a vítima está seguro</p>	
<p>Test Existem riscos para a saúde do socorrista?</p>		<p>Resp - Sim</p>	<p>Del Entrar no ambiente para resgatar a vítima.</p>
		<p>Resp - Não</p>	<p>Del Aguardar socorro especializado para remoção da vítima.</p>
<p>Q Observe a cena para poder informar exatamente o que está acontecendo.</p>		<p>Teste O socorrista foi treinado para enfrentar este risco?</p>	
		<p>Resp - Não</p>	
<p>Q Fale com a vítima, identifique-se e explique-lhe quais os seus propósitos, para verificar se ela está consciente mais sem tocá-la. Há sempre o risco de traumas na coluna;</p>		<p>Del O primeiro passo é a avaliação rápida do nível de consciência da vítima. Para isso, o socorrista se aproxima da vítima, ajoelha-se ao seu lado na altura dos ombros e, olhando fixamente, identifica-se e pergunta o que aconteceu. Se a vítima responder espontaneamente diz-se que ela está alerta; Se responder apenas quando estimulado verbalmente, diz-se que ela responde a estímulo verbal e, finalmente, se não houver resposta, faz-se um estímulo doloroso por fricção do esterno. Se a vítima gemer ou se mexer, diz-se que responde a estímulos dolorosos, caso contrário considera-se a vítima inconsciente. Entretanto, se a vítima não responder ao estímulo verbal, antes de realizarmos a estimulação dolorosa deve-se proceder à fixação manual da cabeça. Isso porque todo paciente politraumatizado, até que se prove o contrário, tem lesão de coluna. A parte mais delicada da coluna é a situada ao nível do pescoço, denominada coluna cervical.</p>	
<p>Q Observe a cena para poder informar exatamente o que está acontecendo.</p>		<p>Del Ao pedir ajuda, o socorrista deve procurar passar o maior número possível de informações, como local, ponto de referência, tipo de acidente e número de vítimas.</p>	
<p>Q Fale com a vítima, identifique-se e explique-lhe quais os seus propósitos, para verificar se ela está consciente mais sem tocá-la. Há sempre o risco de traumas na coluna;</p>		<p>Del As informações poderão determinar o destino das vítimas. Veja quantas pessoas estão envolvidas, se há alguém morto ou inconsciente. Isso permitirá ao serviço de emergência encaminhar o socorro mais especializado possível, Peça ajuda qualificada, descrevendo o cenário identificado;</p>	

Continua próxima pág.

Continuação da Figura 2 –				
<p>Teste Vítima responde quando socorrista pergunta o que aconteceu?</p>	<p>Resp Está consciente e respondeu</p>	<p>Det Se a vítima estiver falando normalmente provavelmente não apresenta obstrução por corpo estranho.</p> <p>Q - Avaliar respiração</p>	<p>Det Se a vítima responder espontaneamente diz-se que ela está alerta; Se responder apenas quando estimulado verbalmente, diz-se que ela responde a estímulo verbal</p> <p>Det Para mais detalhes vide [redacted]</p>	
	<p>Resp Vítima não responde</p>	<p>Q proceder à fixação manual da cabeça.</p>	<p>Det Coloca-se o ouvido acima da boca e nariz da vítima, sempre mantendo as vias aéreas abertas, ouvindo o barulho da expiração, sentindo o fluxo de ar passar em seu rosto e vendo a movimentação do tórax. O tempo máximo em que o socorrista deve analisar a respiração é de 10 segundos. Se após esse tempo, o socorrista estiver em dúvida se há ou não uma respiração normal, deve considerar como um paciente sem ventilação e iniciar as ventilações artificiais.</p> <p>Det Isso porque todo paciente politraumatizado, até que se prove o contrário, tem lesão de coluna. A parte mais delicada da coluna é a situada ao nível do pescoço, denominada coluna cervical.</p>	<p>Det Para mais detalhes vide [redacted]</p>
<p>Teste Vítima responde quando socorrista faz estímulo doloroso?</p>	<p>Resp Sim Vítima gemeu ou se mexeu</p> <p>Det Se a vítima gemeu ou se mexer, diz-se que responde a estímulos dolorosos.</p>	<p>Q - Avaliar respiração</p>	<p>Det Coloca-se o ouvido acima da boca e nariz da vítima, sempre mantendo as vias aéreas abertas, ouvindo o barulho da expiração, sentindo o fluxo de ar passar em seu rosto e vendo a movimentação do tórax. O tempo máximo em que o socorrista deve analisar a respiração é de 10 segundos. Se após esse tempo, o socorrista estiver em dúvida se há ou não uma respiração normal, deve considerar como um paciente sem ventilação e iniciar as ventilações artificiais.</p>	<p>Det Para mais detalhes vide [redacted]</p>
	<p>Resp não Vítima não responde</p>	<p>Det vítima Inconsciente</p>	<p>Q Se a vítima não responder verifique se as vias aéreas estão obstruídas, aproximando-se dela para checar sua respiração e procurar corpo estranho na cavidade oral e, em caso positivo, retirá-lo com cuidado;</p>	<p>Det Caso haja algo bloqueando a passagem de ar, e a maleta de primeiros socorros não esteja a disposição, envolva a sua mão num saco plástico ou pano limpo e tente retirar da boca da vítima o que quer que seja. É comum que pessoas nessa situação tenham vomitado, por exemplo, também pode haver uma prótese dentária ou mesmo a própria língua, tudo isto deverá ser rápido e cuidadosamente removido.</p> <p>Det Para mais detalhes vide [redacted]</p>
<p>Q - Verifique o batimento cardíaco através das pulsações procurando senti-las nas artérias principais que passam pelo pescoço (as carótidas).</p>	<p>Det A ausência de pulsação nessas artérias e o sinal mais evidente de parada cardíaca, deve-se então partir imediatamente Rearimação Cardiopulmonar (RCP) descrita na hipótese específica;</p>			

Continua próxima pág

Continuação da figura 2 –

<p>Ⓐ Avaliar Pelve- deformidades evidentes, hematoma, queimadura e escoriações;</p>	<p>Inst-O exame deve permitir ao socorrista ter noção da gravidade da vítima. Problemas que indicam gravidade do quadro e risco de vida imediato são prioritários. Se não for encontrado nada crítico prosseguir com avaliação segmentar da vítima</p>	<p>Det- Se detectada alguma hemorragia, o socorrista deve fazer compressão direta sobre a ferida com um pano limpo e a mão protegida; Se houver sangramento, estanque-o com a mão envolvida num saco plástico ou num pano (camiseta, toalha ou faixa de gaze), de preferência limpo. Mais detalhes</p>
<p>Ⓑ Avaliar Membros inferiores – deformidades ou fraturas, hematoma, escoriações e queimadura. Pesquisar a movimentação das pernas: se o paciente estiver respondendo, pedir que movimente cuidadosamente as pernas: se ele não conseguir movê-las ou senti-las, deve ter havido lesão de medula;</p>	<p>Inst-O exame deve permitir ao socorrista ter noção da gravidade da vítima. Problemas que indicam gravidade do quadro e risco de vida imediato são prioritários. Se não for encontrado nada crítico prosseguir com avaliação segmentar da vítima</p>	<p>Det- Se detectada alguma hemorragia, o socorrista deve fazer compressão direta sobre a ferida com um pano limpo e a mão protegida; Se houver sangramento, estanque-o com a mão envolvida num saco plástico ou num pano (camiseta, toalha ou faixa de gaze), de preferência limpo. Mais detalhes</p> <p>Tente elevar a parte do corpo que está sangrando acima da linha do coração (mais cuide para não movimentar a vítima com suspeita de lesão na coluna);</p>
<p>Ⓒ Avaliar Membros superiores – deformidades ou fraturas, hematoma, escoriações e queimadura;</p>	<p>Inst-O exame deve permitir ao socorrista ter noção da gravidade da vítima. Problemas que indicam gravidade do quadro e risco de vida imediato são prioritários. Se não for encontrado nada crítico prosseguir com avaliação segmentar da vítima</p>	<p>Det- Se detectada alguma hemorragia, o socorrista deve fazer compressão direta sobre a ferida com um pano limpo e a mão protegida; Se houver sangramento, estanque-o com a mão envolvida num saco plástico ou num pano (camiseta, toalha ou faixa de gaze), de preferência limpo. Mais detalhes</p> <p>Tente elevar a parte do corpo que está sangrando acima da linha do coração (mais cuide para não movimentar a vítima com suspeita de lesão na coluna);</p>
<p>Ⓓ Dorso- fazer uma rotação de 90 graus e examinar o dorso à procura de ferida aberta, hematoma, queimaduras, deformidades etc.</p>	<p>Inst-O exame deve permitir ao socorrista ter noção da gravidade da vítima. Problemas que indicam gravidade do quadro e risco de vida imediato são prioritários. Se não for encontrado nada crítico prosseguir com avaliação segmentar da vítima.</p>	<p>Det- Se detectada alguma hemorragia, o socorrista deve fazer compressão direta sobre a ferida com um pano limpo e a mão protegida; Se houver sangramento, estanque-o com a mão envolvida num saco plástico ou num pano (camiseta, toalha ou faixa de gaze), de preferência limpo. Mais detalhes</p>
<p>Ⓔ Cuidar da vítima conforme hipóteses encontradas.</p>	<p>Det- Se o mecanismo de lesão não liberou energia intensa, se o paciente está consciente, falando, respirando bem, sem alteração de sua circulação e sem lesões graves, no final do exame primário o socorrista pode cuidar dos ferimentos fraturas de extremidades que porventura houver. O importante é reconhecer as lesões de risco de vida e realizar as manobras conforme indicado para cada hipótese acidental melhor detalhada a seguir</p>	

Continuação da Figura 5 –

Continuação da Figura 5 –				
<input checked="" type="checkbox"/> - Fazer 30 compressões torácicas com uma frequência de 100 por minuto.		<input checked="" type="checkbox"/> - Durante cada compressão, o tórax deve ser deprimido 4 a 5 cm. Depois de cada compressão, deixar o tórax retornar a posição inicial de repouso, sem retirar as mãos do tórax. O tempo de compressão deve ser igual ao tempo de decompressão.		<input checked="" type="checkbox"/> Det 1) As compressões torácicas são a única forma de oxigenar o cérebro, o coração e os demais órgãos vitais durante a PCR. Qualquer erro ou retardo nas compressões pode levar a uma situação irreversível. Por isso os socorristas devem realizar a mudança de posição e o rodízio de compressão com a maior habilidade possível para que a compressão torácica não seja interrompida. socorristas devem treinar constantemente esses procedimentos e o trabalho em equipe. 2) É importante lembrar que uma reanimação correta só consegue produzir um fluxo de sangue correspondente a 30% do funcionamento normal do coração.
<input checked="" type="checkbox"/> Depois das 30 compressões torácicas realizar 2 ventilações de resgate.				
<input checked="" type="checkbox"/> -Continuar a fazer 30 compressões (bombeando) seguidas de 2 ventilações (soprando).		<input checked="" type="checkbox"/> Inst -O(s) socorrista(s) deve continuar as manobras de reanimação até a instalação do desfibrilador ou até o paciente iniciar algum movimento.		
Test -Quantos socorristas ?	<input checked="" type="checkbox"/> – um socorrista.	<input checked="" type="checkbox"/> Manter a sequência de 30 para 20 ininterruptamente até a chegada do desfibrilador, sem interromper as compressões-ventilações para examinar o Vítima	<input checked="" type="checkbox"/> Após 5 ciclos de 30 compressões/2 ventilações deve haver um rodízio entre as posições de quem comprime com a de quem ventila, no caso de 2 socorristas. Quando houver mais de 2 socorristas, deve haver a troca da posição de quem comprime o tórax ao final de 5 ciclos de 30 para 2. Todos os socorristas presentes devem participar do rodízio.	
	<input checked="" type="checkbox"/> – mais que um socorrista.	<input checked="" type="checkbox"/> Det Realizar compressões torácicas é extremamente cansativo e um socorrista cansado não consegue manter boa técnica de compressão e, sem isso, a compressão realizada de forma incorreta não consegue produzir bombeamento eficaz de sangue pelo coração		
<input checked="" type="checkbox"/> Interromper compressões somente depois do aparelho (desfibrilador), ligado instalado e após ele começar a fazer a leitura do batimento da vítima.		<input checked="" type="checkbox"/> Inst seguindo orientações do equipamento		
Test Vítima voltou a respirar?	<input checked="" type="checkbox"/> – sim	<input checked="" type="checkbox"/> - colocar vítima em posição lateral de segurança (PLS), enquanto aguarda para ser removido		<input checked="" type="checkbox"/> Det - A PLS garante a passagem livre de ar pelas vias aéreas, seja por queda de língua (que não ocorre nesta posição), seja decorrente de líquidos caso o paciente vier a apresentar vômitos.
		<input checked="" type="checkbox"/> Teste -Desejo obter mais detalhes de como colocar vítima na Posição lateral de segurança(PLS)?		<input checked="" type="checkbox"/> Ajoelhe-se ao lado da vítima e endireite suas pernas. <input checked="" type="checkbox"/> Coloque o braço da vítima mais próximo de você em ângulo reto com o cotovelo dobrado e a palma da mão voltada para cima. <input checked="" type="checkbox"/> Coloque o outro braço da vítima cruzado sobre seu tórax, de modo que o dorso de sua mão fique em contato com a bochecha. <input checked="" type="checkbox"/> Segure firmemente a coxa mais afastada de você acima do joelho, puxando-a para cima em direção ao trono, rolando a vítima em sua direção. <input checked="" type="checkbox"/> Ajuste a parte superior da perna cujo joelho você está segurando, até que tanto a articulação coxo-femural quanto a do joelho estejam dobrados em ângulos retos. <input checked="" type="checkbox"/> Incline a cabeça da vítima para trás, para manter as vias aéreas abertas.
				<input checked="" type="checkbox"/> Continue checando a vítima, verificando regularmente a respiração. Se a vítima parar de respirar, vire-a de barriga para baixo e assegure a ventilação.
		<input checked="" type="checkbox"/> – não		<input checked="" type="checkbox"/>

Figura 6 – **Teste Qual o tipo de Hipóteses Co-relacionados a Circulação e a Respiração?**

Resp. Estado de Choque	Del O estado de choque se caracteriza pela falta de circulação e oxigenação dos tecidos do corpo, provocada pela diminuição do volume de sangue ou pela deficiência do sistema vascular. O estado de choque põe a vida do indivíduo em risco.	Del As principais causas do estado de choque são: hemorragias e queimaduras graves, choque cardíaco, dor intensa de qualquer origem, infecção grave e envenenamento por produtos químicos	Enc Eliminar causa do estado de choque Enc Acalmar a vítima se estiver consciente Enc Deitá-la de costas, com as pernas elevadas; Enc Manter a cabeça da vítima virada para o lado evita, em caso de vômito, que ela aspire, podendo provocar pneumonia Enc Afrouxar as roupas da vítima (gravata, cinto, colarinho etc.) para facilitar a respiração e a circulação. Enc Eliminar alimentos, secreções, próteses dentárias da cavidade bucal; Enc Procurar aquecer a vítima com cobertores, toalhas e até jornais. Entretanto, é preciso tomar cuidado para não abafá-la.	Enc Encaminhar vítima para posto médico.
Resp. Angina	Del A Angina é uma dor que aparece quando o músculo do coração recebe menos sangue do que precisa para funcionar. Isso costuma acontecer pelo estreitamento das artérias coronárias, as responsáveis por conduzir o sangue pelo músculo cardíaco.	Del Os Sintomas são dor intermitente ou enorme desconforto no peito – em geral a sensação se torna mais intensa durante a atividade física e parece atenuar, até mesmo desaparecer, quando a pessoa descansa. Em casos mais graves porém a angina surge inclusive durante o repouso ou durante o sono. Essa dor pode irradiar para a mandíbula e para os ombros ou braços – normalmente do lado esquerdo do corpo. Estresse emocional, exercícios exagerados, exposição a baixas temperaturas podem agravar a situação.	Enc Encaminhar vítima para posto médico.	Enc Encaminhar vítima para posto médico.
Resp. Infarto no Miocárdio	Del Infarto no miocárdio é a morte de uma parte do músculo cardíaco que deixou de receber sangue com oxigênio por um período de tempo prolongado. A causa é a obstrução das artérias coronárias que irrigam a região.		Del O sintoma é uma dor muito forte no peito que persiste por mais de 20 min. Ela é o alerta: o músculo cardíaco parou de receber oxigênio as vezes essa sensação se alastra para o tórax e pelo braço esquerdo. Falta de ar e formigamento também são comuns. Podem aparecer ainda as sensações de opressão e desconforto no peito.	Enc Encaminhar vítima para posto médico. Metade das pessoas que sofrem de infarto morrem por não conhecer ou menosprezar o sintoma.
Resp. Hipertensão	Del Crise de hipertensão é a elevação repentina da pressão arterial, que causa uma série de complicações e sim podem levar a morte. A crise pode ocorrer tanto em uma pessoa que já era hipertensa como alguém que nunca teve a doença. Os sintomas são dor no peito dor de cabeça, mal estar falta de ar e tontura. A visão costuma ficar embaçada e pode haver o sangramento nasal.		Enc Encaminhar vítima para posto médico. Somente lá ela poderá receber medicamentos intravenosos para dilatar os vasos, reduzindo a pressão com segurança.	
Resp. Queda de pressão	Del Queda de pressão é o nome dado a diminuição repentina dos níveis da pressão sanguínea o que reduz bruscamente o fluxo de sangue para o cérebro. O problema pode ser causado por vários fatores. Entre eles, estão os distúrbios do reflexo vaso-vagal a falta de açúcar na circulação ou hipoglicemia a perda excessiva de sangue extremo de temperatura, doença cardíaca desidratação e choque anafilático provocado por uma alergia.		Enc Encaminhar vítima para posto médico.	
Resp. Formigamento	Del Formigamento é uma sensação bastante comum e as causas variam de estresse emocional e interrupção passageira na circulação sanguínea a problemas vasculares mais graves e distúrbios nervosos. Na maioria das vezes, não há razão para alarme. De qualquer maneira, é bom consultar o médico para que ele investigue o que está provocando o problema.		Enc Enquanto isso deve manter a vítima deitada para favorecer o fluxo de sangue adequado ao cérebro. Enc Se houver suspeita de hipoglicemia e a pessoa estiver acordada, de a ela algum suco não dietético. Enc movimentar com delicadeza o corpo, especialmente a área dormente para melhorar o fluxo de sangue no local. Leves massagens nessa área também poderão ajudar.	

Figura 7 – [REDACTED]
 Teste Qual o tipo de trauma?

Resp - escoriações		DEI - Lavar as mãos com água e sabão protegê-las para não se contaminar;	
DEI - Lavar a ferida com água e sabão para não infeccionar		DEI - Não use sabonetes abrasivos, muito menos detergentes ou sabão em pó. Prefira sabão neutro, se possível, até porque é o que provoca menor ardor; Água oxigenada piora a lesão, já que também afeta o tecido que está saudável, aumentando a área comprometida, a saliva também transmite doenças, portanto não assoprar nem respirar em cima da ferida; Pesquisas científicas mostram que aqueles velhos remédios para machucados não funcionam. Prefira a dupla água e sabão. Nunca use pomadas, pastas, óleos e nenhum tipo de pó em feridas abertas;	
DEI - Secar a região machucada com um pano limpo;		DEI - Hemofílicos e pessoas com dificuldade de coagulação devem procurar atendimento médico rapidamente mesmo que o corte seja pequeno; DEI - Se a lesão foi na cabeça e atingiu apenas o couro cabeludo e a vítima estiver consciente, pegue um pano limpo e pressione a região afetada. Lembre-se de que essa é uma área bastante vascularizada e por isso os sangramentos costumam ser volumosos.	
Teste existe sangramento?		Resp - sim DEI - Comprimir o local até cessar o sangramento	Resp - não
DEI - Proteger o ferimento com uma compressa de gaze ou um curativo pronto. Caso isso não seja possível, usar um lenço ou qualquer pano limpo;		DEI - Cobrir as feridas para estancar a hemorragia e evitar novo traumatismo e contaminação.	
DEI - Prender o pano ou o curativo com cuidado, sem apertar nem deixar que algum nó fique sobre o ferimento			
DEI - Manter o curativo limpo e seco.			
DEI - conduzir vítima a um posto médico para avaliar a necessidade de vacina e outros cuidados;			
Resp - perfurações	Teste o objeto está encravado?	Resp - sim	Resp - Nas bochechas, atropalhando as vias aéreas;
		Teste o objeto encravado está:	
		Resp - No tórax, impedindo o socorrista de realizar as compressões para atender uma parada cardíaca;	
		Resp - Impedindo o socorrista de controlar a hemorragia naquele local.	
		Resp - nenhuma das anteriores.	
Resp - não		DEI - Manter objeto empalado no corpo.	
		DEI - Imobilizá-lo para evitar que se movimente durante o transporte.	
		DEI - Encaminhar vítima para posto médico.	
		DEI - Quando o objeto encravado for muito longo, até poderá ser cortado.	

Continua próxima pág.

Continuação da Figura 7 –				
Resp - Pancadas				
<input checked="" type="checkbox"/> Falar com a vítima para verificar se ela está consciente;				
<input checked="" type="checkbox"/> Procurar manter a calma.				
<input checked="" type="checkbox"/> Procurar manter acordada e chamar uma ambulância se achar necessário.				
<input checked="" type="checkbox"/> Colocar gelo ou compressas frias no local, antes protegendo a parte afetada com um pano limpo ou uma gaze, para evitar queimadura na pele;				
<input checked="" type="checkbox"/> Procurar por outros traumatismos que não estão visíveis;				
<input checked="" type="checkbox"/> Colocar vítima em observação.				
Resp - Entorse, luxações e Distensões.	Det - Quedas, pancadas e encontros podem lesionar nossos ossos e articulações. E provocar entorses, luxação ou fraturas. Como nem sempre é fácil identificar uma fratura, o mais recomendável é que na dúvida as situações de entorse e luxação sejam atendidas como possíveis fraturas.	<input checked="" type="checkbox"/> Colocar gelo ou compressas frias no local,	Inst - antes protegendo a parte afetada com um pano limpo ou uma gaze, para evitar queimadura na pele.	Det - A imobilização também pode ser a mesma que se faz no caso de fratura fechada.
		<input checked="" type="checkbox"/> Imobilizar a articulação afetada por meio de enfaixamento, usando ataduras ou lenços.		Det - Não tentar colocar o membro no local.
		<input checked="" type="checkbox"/> -No caso de rompimento de tendões e ligamentos: deve-se fazer uma tala pois ela serve para imobilizar o local para permitir o transporte ou até o socorro médico chegar.		Det - veja procedimento para imobilizar em
		<input checked="" type="checkbox"/> -Conduzir ao setor médico		
		<input checked="" type="checkbox"/> limpe o ferimento com gaze ou pano limpo.	Inst Cuidar das	Det Para impedir o contato com impurezas que favoreçam a infecção).
		<input checked="" type="checkbox"/> Colocar o braço da vítima na frente do peito.		
		<input checked="" type="checkbox"/> Sustentar o braço com um pano triangular uma falda dobrada, presa atrás da nuca. (lembrar de colocar na caixa de primeiros socorros uma falda de pano.)		Det - Essa manobra pode ser improvisada com roupas da própria vítima e uma atadura circular.
		<input checked="" type="checkbox"/> Amarrar duas ataduras (pode ser também uma falda), em torno do tórax, para dar maior firmeza.		
		<input checked="" type="checkbox"/> Colocar o braço da vítima na frente do peito.		
		<input checked="" type="checkbox"/> Sustentar o braço com um pano triangular uma falda dobrada, presa atrás da nuca. (lembrar de colocar na caixa de primeiros socorros uma falda de pano.)		Det - Essa manobra pode ser improvisada com roupas da própria vítima e uma atadura circular.
		<input checked="" type="checkbox"/> Amarrar duas ataduras (pode ser também uma falda), em torno do tórax, para dar maior firmeza.		

Continua próxima pág.

Continuação da Figura 7- [redacted]				Det
Resp- braços e outros membros	Teste- Fratura exposta ?	Resp- sim Resp- não		Para impedir o contato com impurezas que favoreçam a infecção).
		limpe o ferimento com gaze ou pano limpo. Antes de iniciar imobilização	iniciar imobilizar	
	<input checked="" type="checkbox"/> Não tentar colocar o osso "no lugar".	<input checked="" type="checkbox"/> Movimente-o menos possível e mantenha-o na posição natural, sem causar desconforto a vítima. Se encontrar resistência no membro fraturado, imobilize-o na posição em que se encontra.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Usar talas para imobilizar o membro.	<input checked="" type="checkbox"/> O comprimento das talas deve ultrapassar as articulações acima e abaixo do local da fratura e sustentar o membro atingido.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Envolver as talas com panos ou qualquer material macio a fim de não ferir a pele.			
	<input checked="" type="checkbox"/> Amarrar as talas com tiras de pano em torno do membro fraturado.	<input checked="" type="checkbox"/> -Não amarre no local da fratura.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Ao imobilizar braços e pernas, deixe os dedos visíveis, de modo a verificar qualquer alteração. Se estiverem inchados, roxos ou dormentes, as tiras que amarram devem ser afrouxadas.			
	<input checked="" type="checkbox"/> Em alguns casos, como na fratura de antebraço, por exemplo, deve-se providenciar uma tipóia. Para fazer a tipóia dobre um lenço em triângulo e envolva-o no antebraço da vítima prendendo as postas no pescoço			
Resp- Decepções	<input checked="" type="checkbox"/> tratar como [redacted]			

Figura 8 – [REDACTED]
 Teste- qual o tipo de hemorragia?

Resp- hemorragias externas.(nasal, vaginal e etc..)	Inst- As hemorragias que ocorreram localizadas na superfície do corpo devem ser estancadas. Não é recomendável mexer na ferida nem aplicar qualquer medicação.	Teste- Hemorragia onde?	Resp- nasal	<input checked="" type="checkbox"/> procurar acalmar a vítima; <input checked="" type="checkbox"/> Sentar a vítima com o tronco ereto e a cabeça levemente inclinada para trás; <input checked="" type="checkbox"/> Apertar a narina que sangra durante mais de cinco minutos, sem retirar a mão. <input checked="" type="checkbox"/> Se mesmo assim a hemorragia não ceder, procure socorro médico.	<input checked="" type="checkbox"/> Manter a vítima deitada, em repouso e providenciar socorro imediato.
			Resp- vaginal	<input checked="" type="checkbox"/> Causas da hemorragia vaginal: Abortamento; Gravidez nas trompas; Estupro; Acidentes; Tumores; Retenção de membranas placentárias no parto; Ruptura uterina no parto; Traumatismo vaginal no parto	
			Resp- outras	<input checked="" type="checkbox"/> comprimir o ferimento com firmeza, usando um pano limpo (lenço, gaze, compressa, pedaço de toalha, roupa etc.) <input checked="" type="checkbox"/> Amarrar a compressa para mantê-la no lugar; utilizando uma tira de pano, uma gravata larga ou um cinto,	
			<input checked="" type="checkbox"/> Manter as compressas empapadas de sangue sobre a lesão.	<input checked="" type="checkbox"/> - As compressas empapadas de sangue devem ser mantidas, pois a sua remoção dificulta o estancamento de hemorragia. Sobre elas, devem ser colocadas tantas compressas secas quantas forem necessárias;	
			Teste – Hemorragia nos braços ou pernas?	Resp - sim	<input checked="" type="checkbox"/> Elevar parte ferida. <input checked="" type="checkbox"/> Se o ferimento for nos braços ou pernas, sem fraturas, a hemorragia será controlada mais facilmente elevando-se a parte da ferida;
			Teste – Hemorragia contida?	Resp - sim	<input checked="" type="checkbox"/> A compressão e a elevação simultâneas dos membros feridos são o melhor método para conter uma hemorragia <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhar vítima para posto médico.
				Resp - não	<input checked="" type="checkbox"/> Comprimir a artéria afetada um pouco acima da lesão; <input checked="" type="checkbox"/> As hemorragias abundantes, podem ser controladas com uso de [REDACTED]
					<input checked="" type="checkbox"/> Encaminhar vítima para posto médico.

Continua próxima pág.

Continuação da Figura 8 –		Teste- onde?	Resp –	Det –	Inst –
Resp - hemorragias internas.		Pulmões	Quando há hemorragia dos pulmões (hemoptise), o sangue, vermelho vivo e de aspecto espumoso, sai pela boca e pelo nariz, e ocorre também a tosse. Esse quadro exige atendimento médico urgente Quando o pulmão é atingido de forma a ter um orifício de tamanho considerável na parede do tórax, o socorrista pode ouvir o ar saindo ou ver o sangue que sai borbulhando por esse mesmo orifício. Pulmões	<input type="checkbox"/> Manter a vítima deitada voltada para o lado, se não houver suspeita de trauma na coluna. <input type="checkbox"/> Afrouxar roupa apertada (no pescoço, peito e cintura). <input type="checkbox"/> fazer um curativo de três pontas (o curativo tem três lados fechados e um lado aberto) com um pedaço de plástico limpo ou gaze, o que impedirá a entrada de ar na inspiração e permitirá a saída de ar expiração. <input type="checkbox"/> Retirar da boca prótese dentária, goma de mascar ou qualquer alimento. <input type="checkbox"/> Manter vítima agasalhada; <input type="checkbox"/> Observar a respiração e os batimentos cardíacos e, se for necessário, providenciar a reanimação ou respiração artificial. <input type="checkbox"/> Procurar imediatamente um médico.	<input type="checkbox"/> -Caso não consiga fazer o curativo, cubra o ferimento todo com uma compressa ou pano limpo e leve.
		Resp – esôfago ou duodeno.	Na hemorragia se esôfago, estômago ou duodeno, a vítima geralmente apresenta náuseas, mal estar e vômito de sangue (Hematêmese) vermelho vivo ou escuro, como borra de café. Podem ocorrer ainda evacuações escuras féctidas (melena).	<input type="checkbox"/> Colocar a vítima deitada, sem travesseiro. <input type="checkbox"/> Elevar as pernas da vítima para evitar o estado de choque. <input type="checkbox"/> impedir a vítima de ingerir líquidos. <input type="checkbox"/> Afrouxar roupa apertada (no pescoço, peito e cintura). <input type="checkbox"/> Retirar da boca prótese dentária, goma de mascar ou qualquer alimento. <input type="checkbox"/> Manter vítima agasalhada; <input type="checkbox"/> Observar a respiração e os batimentos cardíacos e, se for necessário, providenciar a reanimação ou respiração artificial. <input type="checkbox"/> Procurar imediatamente um médico.	
		Resp –outros		<input type="checkbox"/> Manter a vítima deitada voltada para o lado, se não houver suspeita de trauma na coluna. <input type="checkbox"/> Afrouxar roupa apertada (no pescoço, peito e cintura). <input type="checkbox"/> Retirar da boca prótese dentária, goma de mascar ou qualquer alimento. <input type="checkbox"/> Manter vítima agasalhada; <input type="checkbox"/> Observar a respiração e os batimentos cardíacos e, se for necessário, providenciar a reanimação ou respiração artificial. <input type="checkbox"/> Procurar imediatamente um médico.	

Continua próxima pag.

Continuação da Figura 8 –

<p>Resp - Decepção</p> <p>Del - Decepção é uma lesão onde parte do organismo é decepada do principal promovendo uma série de hemorragias que precisam ser contidas até a chegada a um hospital.</p>	<p>Q Tentar conter hemorragia pela técnica de compressão direta e elevação do membro ferido não surtir efeito.</p> <p>Teste – fazer torniquete?</p> <p>Resp - sim</p>	<p>Inst -a hemorragia deve ser estancada o mais rápido possível, aplicando inclusive, caso se faça necessário, a técnica de torniquete.</p> <p>Del Para fazer um torniquete, é necessário um pano com no mínimo 10 cm de largura. Qualquer material mais estreito pode rasgar a pele ou causar outros danos à vítima.</p> <p>Del O torniquete é feito acima da área com hemorragia.</p> <p>Q Providenciar pano de 10 cm de largura.</p> <p>Q Enrolar o pano acima do local machucado;</p> <p>Q Depois, dê um meio nó nas duas pontas do pano</p> <p>Q Sobre o meio nó, coloque um pedaço de pau, lápis ou uma caneta;</p> <p>Q Termine de dar o nó e gire o pedaço de pau até que a hemorragia estanque;</p> <p>Q Anote com caneta, em qualquer parte visível do corpo da vítima, as letras TQ e a hora em que foi colocado. Isto ajuda o socorrista a se lembrar de soltar o torniquete a intervalos regulares.</p> <p>Q Não use o torniquete próximo de articulações.</p> <p>Q Em caso de esmagamento, afrouxe o torniquete a cada 10 e 15 minutos ou a qualquer momento em que a vítima apresentar as extremidades frias e arroxeadas.</p> <p>Q Aguarde o restabelecimento da circulação e volte a apertar o torniquete caso a hemorragia prossiga. Esse procedimento evita dano ao membro ferido e o risco de decepção.</p> <p>Q Enquanto estiver tentando controlar a hemorragia, o socorrista deve manter a vítima deitada, agasalhada, evitando o contato da área lesada com o chão. Se possível, coloque algo os pés da vítima, de modo que fiquem mais elevados do que a cabeça.</p> <p>Q Cubra a vítima, porém não cubra o torniquete; observe- o cuidadosamente, inclusive durante o transporte.</p>	<p>Q Enrolar a parte depada em gaze ou pano limpo</p> <p>Del A parte decepada precisa ser quando possível encaminhada para o hospital junto com a vítima</p> <p>Q Colocar em um saco plástico, que deve ser colocado em um recipiente cheio de gelo e levado ao hospital junto com a vítima, a demora nesta operação pode comprometer o reimplante</p>
---	--	---	---

Figura 9 – [REDACTED]
 Teste- qual o tipo de distúrbio por temperatura?

Resp - Febre	<input type="checkbox"/> Retirar qualquer tipo de agasalho, deixando apenas uma roupa leve, até que a temperatura volte ao normal.
	<input type="checkbox"/> Dar-lhe bastante líquido para beber
	<input type="checkbox"/> Pôr panos molhados com água gelada sobre a testa, nas axilas e nas virilhas, e manter as compressas frias até que a febre ceda.
	<input type="checkbox"/> Havendo condições, dar um banho prolongado, de banheira, chuveiro ou mesmo de bacia, com água na temperatura ambiente, abaixo da temperatura da vítima com febre.
	<input type="checkbox"/> Colocar a vítima na sombra.
Resp - Insolação	<input type="checkbox"/> Aplicar compressas frias sobre sua cabeça
	<input type="checkbox"/> Del: O ideal é deixar que a temperatura vá diminuindo bem lentamente, para não ocorrer um colapso, próprio de quedas bruscas de temperatura.
	<input type="checkbox"/> Envolver seu corpo em toalhas molhadas com água fria, para baixar a temperatura.
	<input type="checkbox"/> Dar-lhe água para beber, caso esteja consciente.
	<input type="checkbox"/> Encaminhar vítima para posto médico.
Resp - Intermição	<input type="checkbox"/> Retirar a vítima do ambiente fechado e levá-la para um local mais fresco e arejado.
	<input type="checkbox"/> Deitar a vítima com a cabeça mais baixa que o resto do corpo.
	<input type="checkbox"/> Retirar-lhe as roupas e envolver o corpo em lenço úmido.
	<input type="checkbox"/> Del: O ideal é deixar que a temperatura vá diminuindo bem lentamente, para não ocorrer um colapso, próprio de quedas bruscas de temperatura.
<input type="checkbox"/> Encaminhá-la imediatamente para atendimento médico.	

Continua próxima pág.

Continuação da Figura 9 –		Resp – queimadura por eletricidade		<input checked="" type="checkbox"/> Só tocar na vítima, quando tiver certeza que a fonte de eletricidade foi cortada. Se isto não for possível afaste a vítima com um objeto isolante; De preferência faça isto em cima de uma superfície isolante borracha por exemplo.	
Teste – queimadura especial?		Resp – queimadura por produto químico		<input checked="" type="checkbox"/> Fazer Exame Primário como descrito anteriormente.	
		Resp – queimadura por produto químico		<input checked="" type="checkbox"/> Ver hipótese	
		Resp – queimadura nos olhos		<input checked="" type="checkbox"/> Lavar exaustivamente os olhos com água corrente, sob baixa pressão utilizando um copo d'água ou uma siringa pelo menos 20 a 30 minutos; O ideal é fazer a lavagem com água corrente.	
		Teste – Por contato com produtos químicos?		<input checked="" type="checkbox"/> Realizar a lavagem de cada olho, separadamente, virando o paciente para começar pelo canto inteiro.	
				<input checked="" type="checkbox"/> Ocluir os olhos com curativos úmidos, retirar o curativo devagar lave novamente os olhos, caso o paciente continue ou volte a sentir dor.	
				<input checked="" type="checkbox"/> Procure ocluir os dois olhos mesmo que só um tenha sido atingido, pois o outro olho tampado fará com que o atingido se movimente menos.	
				<input checked="" type="checkbox"/> procurar especialista.	
		Resp – não temperatura		<input checked="" type="checkbox"/> Não abrir as pálpebras se estiverem queimadas;	
				<input checked="" type="checkbox"/> Umedecer os olhos com curativos estéreis.	
				<input checked="" type="checkbox"/> procurar especialista.	
		Resp – Outras queimaduras		<input checked="" type="checkbox"/> Garantir da segurança da cena;	
		<input checked="" type="checkbox"/> Realização de exame primário completo, para avaliação de risco de vida imediato e necessidade de gestos de reanimação.		<input checked="" type="checkbox"/> Só após o exame completo e os gestos de manutenção da vida é que o socorrista deve iniciar os cuidados locais na área queimada.	
		<input checked="" type="checkbox"/> Resfriar o local atingido com água fria. (não gelada).		<input checked="" type="checkbox"/> Não retire roupas que ficaram grudadas, somente os médicos estão preparados para isto.	
		<input checked="" type="checkbox"/> Cobrir para proteger o local com pano limpo e seco ou com vaselina estéril, ou ainda usar cobertores de alumínio próprios para manter a temperatura do corpo e evitar perda de calor;		<input checked="" type="checkbox"/> Se a queimadura for de primeiro, segundo ou terceiro grau, deve-se resfriar com água o local atingido e protegê-lo com um pano limpo. O gelo e o resfriamento por períodos prolongados são contra-indicados, pois a hipotermia, pode trazer complicações graves;	
		<input checked="" type="checkbox"/> Remover as jóias e vestes apertadas, antes do surgimento do edema (inchaço);		<input checked="" type="checkbox"/> Nunca use panos / compressas úmidas. Não assopre, pois o sopro pode promover infecções nos tecidos abertos. Não use pasta de dente, óleo, manteiga, e outras coisas mais, pois podem infeccionar.	
		<input checked="" type="checkbox"/> Transportar o paciente ao hospital, com a atenção e cuidados dedicados às emergências respiratórias e circulatórias.		<input checked="" type="checkbox"/> Nunca ofereça bebida alcoólica, para aliviar a dor.	
		<input checked="" type="checkbox"/> Não estoure as bolhas formadas, pois elas deverão se romper sozinhas e quando o rompimento natural ocorrer à única recomendação é a lavagem com água fria e limpa.			

Figura 10 — XXXXXXXXXX Teste- qual o tipo de Intoxicação?	
Resp - Alergia	<input type="checkbox"/> Ficar atento para ver se a vítima apresenta início de restrição a respiração. <input type="checkbox"/> verificar se a vítima tem algum histórico de alergia.
	<input type="checkbox"/> Manter a vítima calma <input type="checkbox"/> Evitar que a vítima se coce principalmente os olhos.
	<input type="checkbox"/> Tentar identificar a causa da alergia.
	<input type="checkbox"/> Conduzir vítima para posto médico.
	<input type="checkbox"/> Manter a vítima deitada após o vômito.
Resp - Intoxicação alimentar	<input type="checkbox"/> Não dar remédio para interromper a diarreia.
	<input type="checkbox"/> Procurar orientação médica.
	<input type="checkbox"/> Iniciar o mais rápido possível a reidratação, com o soro caseiro.
	<input type="checkbox"/> Eliminar da boca da vítima os restos de vômito e de alimentos, retirando também a prótese dentária (se houver), de modo que ela não sufoque.
	<input type="checkbox"/> Deixar a vítima em repouso e agasalhada até a chegada do socorro médico.
Resp - Ingestão de substâncias tóxicas.	<input type="checkbox"/> Manter a vítima deitada após o vômito.
	<input type="checkbox"/> Não dar remédio para interromper a diarreia.
	<input type="checkbox"/> Procurar orientação médica.
	<input type="checkbox"/> Procurar socorro médico imediatamente;
	<input type="checkbox"/> Identifique o qual a substância ingerida e informar a equipe médica que irá socorrer;
Resp - Inalação de substâncias tóxicas.	<input type="checkbox"/> Monitore a respiração e os batimentos cardíacos enquanto encaminha vítima para atendimento.
	<input type="checkbox"/> Não de nada para a vítima comer ou beber;
	<input type="checkbox"/> Afastar imediatamente a vítima do ambiente contaminado e levá-la para um local arejado.
	<input type="checkbox"/> Identifique o qual a substância inalada e informar a equipe médica que irá socorrer;
	<input type="checkbox"/> Observar o ritmo de seu pulso e respiração, adotando os procedimentos adequados caso haja necessidade.
<input type="checkbox"/> Manter a vítima quieta e agasalhada	
<input type="checkbox"/> Encaminha-la imediatamente para atendimento médico.	

Continua próxima pág.

Del Nesse tipo de atendimento, o socorrista deve tomar cuidado para não se transformar também em vítima, expondo-se ao mesmo veneno.

Continuação da Figura 10 –	
Resposta – queimadura por contato direto com a pele.	<p>Proteger-se da contaminação e afastar a vítima do produto ou ambiente nocivo;</p> <p>Remover a roupa contaminada e isolá-la (colocá-la dentro de um saco plástico, por exemplo);</p> <p>Limpar e escovar o agente químico, antes de lavar a área comprometida, principalmente se o produto for em pó. DEI (deve-se tomar cuidado para: não esfregar com força para não provocar lesão e transformar uma contaminação externa em contaminação interna; não contaminar a pele que não teve contato com o produto);</p> <p>Verificar na FISPQ quais as medidas em caso de emergência e verificar se a contra-indicação para lavar o local com água corrente.</p> <p>Não se deve tentar neutralizar a substância utilizando agentes neutralizantes porque sua reação química pode danificar ainda mais o tecido.</p> <p>Encaminhar a vítima para o posto médico levando a FISPQ, rótulo do produto e a embalagem.</p>
	<p>Lavar exaustivamente os olhos com água corrente, sob baixa pressão utilizando um copo d'água ou uma seringa pelo menos 20 a 30 minutos;</p> <p>Realizar a lavagem de cada olho, separadamente, virando o paciente para começar pelo canto inteiro.</p> <p>Ocluir os olhos com curativos úmidos, retirar o curativo devagar lave novamente os olhos, caso o paciente continue ou volte a sentir dor. DEI Procure ocluir os dois olhos mesmo que só um tenha sido atingido, pois o outro olho tampado fará com que o atingido se movimente menos.</p>
	<p>Lavar o ferimento com bastante água e sabão.</p> <p>Encaminhar a vítima para o posto de saúde mais próximo. Lá serão tomadas as providências para obter e aplicar a vacina e o soro, quando indicados.</p>
	<p>Procurar o serviço de emergência rapidamente o único tratamento eficaz é o soro antiofídico, que é específico para cada espécie. O efeito do soro depende do tempo para atendimento.</p> <p>Manter a vítima calma e em repouso pois a aceleração do batimento cardíaco só aumenta a velocidade do envenenamento.</p> <p>Se a picada for na perna ou no pé procurar manter a parte atingida na posição horizontal evitando que a pessoa ande ou corra. DEI conforme já detalhado em hipótese específica.</p> <p>Se a vítima tiver dificuldade de respirar executar respiração boca-boca.</p> <p>Ao conduzir a vítima para o médico, se possível leve a cobra para facilitar diagnóstico. Não existe soro universal, para cada espécie existe um soro diferente.</p> <p>Jamais faça um torniquete isto só concentra o veneno.</p> <p>Não faça cortes na região afetada, Nunca fure, esprema, sugue o local da ferida. A absorção do veneno não é absorvida assim e o risco de infecção e hemorragia só aumenta.</p> <p>Retirar anéis se o dedo for atingido, pois o edema pode tornar-se intenso e produzir garroteamento.</p> <p>Se houver a oportunidade lavar o local com bastante água corrente</p> <p>Manter, sempre que possível, a região atingida pela picada abaixo do nível do coração.</p> <p>Remover a vítima rapidamente para o local mais próximo que disponha de soro antiofídico – único tratamento eficiente para combater os males causados por serpentes venenosas.</p> <p>Nunca dar bebida alcoólica à vítima.</p> <p>Não deixar que a vítima vá caminhando em busca de atendimento médico, pois quanto mais ela se movimentar mais risco há de o veneno se espalhar pelo organismo.</p>

Continua próxima pág.

Continuação da Figura 10 – [REDACTED]	
Resp- escorpiões ou aranhas	<input checked="" type="checkbox"/> Manter a vítima no mais completo repouso,
	<input checked="" type="checkbox"/> Lavar o local afetado com água corrente.
	<input checked="" type="checkbox"/> providenciar e aguardar atendimento médico.
Resp- Insetos	<input checked="" type="checkbox"/> Usar uma pinça para tentar retirar o ferrão, tome cuidado pois a compressão do ferrão poderá fazer com que mais veneno penetre pelo ferimento. Se não conseguir retirar com facilidade não insista. Faça uma compressa gelada para diminuir a dor.
	<input checked="" type="checkbox"/> Caso surja uma reação alérgica encaminhar vítima para o médico.
	<input checked="" type="checkbox"/> Jamais fure, esprema, sugue o local da ferida. A absorção do veneno não é absorvida assim e o risco de infecção e hemorragia só aumenta.

Figura 11 –
Teste- qual o sinal?

Resp - tontura ou vertigem	<p>Det sensação de desequilíbrio ou a incapacidade de manter uma postura ereta, podendo provocar uma queda</p>	<p><input type="checkbox"/> Procurar manter a vítima calma;</p> <p><input type="checkbox"/> Orientá-la para fixar os olhos em algum ponto. Isso ajudará inibir a atividade do labirinto;</p> <p><input type="checkbox"/> Manter a vítima em repouso e evite que ela mexa a cabeça;</p> <p><input type="checkbox"/> Colocar a vítima deitada de barriga para cima, mantendo a cabeça sem travesseiro ou outro apoio qualquer;</p> <p><input type="checkbox"/> Impedir que a vítima faça movimentos bruscos;</p> <p><input type="checkbox"/> Afrouxar roupa para que a circulação sanguínea se restabeleça;</p> <p><input type="checkbox"/> Procurar um posto médico. A intensidade da tontura não esta ligada a gravidade do problema</p>			
Resp - Desmaio	<p>Det desmaio é a perda repentina e breve da consciência, causado normalmente pela diminuição de sangue no cérebro. O desmaio pode ser provocado por vários motivos, entre os quais falta de alimentação, fadiga, emoção forte, grande perda de sangue ou ainda, permanência ambientes muito abafados. Na maioria dos casos, o problema está em um centro nervoso de controle da pressão arterial.</p>	<p><input type="checkbox"/> Realizar avaliação "Exame Primário" conforme já tratado anteriormente.</p> <p><input type="checkbox"/> Colocar a vítima deitada de barriga para cima, com os pés ligeiramente elevados, isso irá aumentar o fluxo do sangue para o cérebro, caso não seja possível visualizar a respiração da vítima virar ela de lado;</p> <p><input type="checkbox"/> Manter a vítima em repouso em ambiente arejado evitando a aglomeração de pessoas;</p> <p>Tentar acordá-la conversando e tocando-a levemente, com delicadeza. Evitar movimentos bruscos</p> <p><input type="checkbox"/> Pedir a vítima que respire profundamente por vários minutos, quando recobrar a consciência;</p> <p><input type="checkbox"/> Procurar manter a vítima calma Chame resgate, procure um posto médico, mesmo que ela tenha recobrado a consciência.</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca deixe uma pessoa que acabou de se recuperar de um desmaio levantar-se ou andar de súbito, pois o esforço despendido nessas tentativas poderá causar novo desmaio.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca jogar água numa pessoa desmaiada;</p>		
Resp - Acidente Vascular Cerebral (AVC)	<p>Det Quando uma artéria do cérebro se rompe ou fica bloqueada, aquela região cerebral deixa de receber oxigênio e os neurônios que ficam ali morrem, este quadro é conhecido como Acidente Vascular Cerebral (AVC) . As consequências variam conforme a área do sistema nervoso afetado. Felizmente em alguns casos é possível reverter o quadro sem sequelas. Os sinais comuns são a Perda ou diminuição da consciência formigamento ou fraqueza de um lado do corpo, desequilíbrio, falta de coordenação motora, dificuldade na fala visão dupla e dor de cabeça intensa súbita.</p>	<p><input type="checkbox"/> Procure um médico imediatamente</p>	<p>Det Quanto antes a vítima for atendida maiores as chances de reverter o quadro.</p>		
Resp - Ataque epilético	<p>Det É uma desorganização na atividade elétrica do cérebro. Os neurônios passam a transmitir informações desordenadas uns para os outros provocando uma espécie de curto-circuito. Nos sintomas comuns há uma crise a pessoa cai no chão e se debate com movimentos desordenados, podendo inclusive urinar e defecar. O corpo fica rígido e os músculos tremem, geralmente ocorre também perda de consciência.</p>	<p><input type="checkbox"/> procurar deixar a pessoa deitada de lado, isso evitará o sufocamento. Se não for possível, apenas deixe deitada;</p> <p><input type="checkbox"/> Retirar todos os objetos de perto para que ela não se machuque ao se debater;</p> <p><input type="checkbox"/> Afrouxar fivelas de cinto, botões e gravatas;</p> <p><input type="checkbox"/> não colocar objetos na boca da vítima nem tentar puxar a língua para fora, a vítima poderá morder a própria língua, mas não irá engolir-la</p> <p><input type="checkbox"/> Deixar a vítima se debater livremente até passar a crise</p> <p><input type="checkbox"/> Se a crise demorar mais que cinco minutos chame uma ambulância de resgate.</p> <p><input type="checkbox"/> Deixar vítima descansar após passada a convulsão;</p> <p><input type="checkbox"/> Procurar posto médico.</p>			

5 CONCLUSÃO

O corpo humano é um organismo delicado e complexo composto por vários sistemas que coexistem num espaço muito reduzido e que mantêm entre si estreitas relações e interfaces. Isso faz com que seja muito alta a probabilidade de ocorrência de várias hipóteses simultaneamente, em uma única emergência com vítimas, isso sem falar na possibilidade de ocorrência de multiplicidade de vítimas.

Essa alta probabilidade de simultaneidade de hipóteses torna muito difícil e desafiadora a definição dos cenários de emergência que irão compor o Plano de Emergência.

A presente monografia mostrou que existe a possibilidade de conversão das orientações dadas aos Socorristas para uma linguagem que é utilizada nos Planos de Emergência, porém antes que isso seja ratificado e venha se tornar prática comum nos Planos de Emergência é importante que esta linguagem tenha sua eficiência testada.

Por outro lado, como dissemos no início desta monografia, o objetivo aqui pretendido é o de alavancar o tema e não apresentar um produto (procedimento de resposta) pronto, ou seja, antes de serem adotados os procedimentos de resposta resultantes desta é necessária a ratificação e o aprimoramento destes por profissionais da área de saúde.

De qualquer forma, mesmo que mais tarde venha se chegar a conclusão que o melhor é deixar os Procedimentos Resposta para atendimento à vítima como estão, o simples fato de refletirmos sobre o assunto resultará em melhorias nos conceitos básicos para elaboração dos Planos de Emergências.

6 REFERÊNCIAS

CERIBELLI, Cínthia; SCHMIDT JUNIOR, Otto. **Guia como se faz: primeiros socorros**. São Paulo: Escala, 2008. 80p.

COPASS, Michael K. **Manual de emergências médicas**. Tradução: ASSIS, Patrícia Castro de. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 413p.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA. **Curso de formação de monitores, primeiros socorros**. Rio de Janeiro: Cruz Vermelha. [1995]..192p.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Guia de primeiro socorros**. São Paulo: Abril, 2007. 242p.

PETROLEO BRASILEIRO SA. **Programa médico de emergências**. Rio de Janeiro: Petrobras, 2001. 71p.

PETROLEO BRASILEIRO SA. **Atendimento inicial ao acidentado**. Niterói: SERV-RIO, [2007].86p.

SILVEIRA, José Marcio da Silva; BARTMANN, Mercilda; BRUNO, Paulo. **Primeiros socorros: como agir em situação de emergência**. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2002. 144p.

Anexo A - AÇÕES DE RESPOSTA A HIPÓTESES ACIDENTAIS EM EMERGÊNCIAS COM VÍTIMAS

1 RECONHECIMENTO DO CENÁRIO OU “EXAME PRIMÁRIO”

As situações de emergência ocorrem com certa frequência e exigem uma atuação rápida. No entanto, quando acontecem, as reações são as mais diversas. Alguns Brigadistas não se manifestam porque não sabem mesmo o que fazer, enquanto outros, sabendo ou não o que fazer, permanecem estáticos, paralisados pelo pânico ou pelo medo, incapazes de tomar qualquer atitude SILVEIRA (2002).

Atitudes de coragem ou de medo são reações humanas bastante compreensíveis. Entretanto, é importante que o Socorrista esteja capacitado para controlá-las para poder agir adequadamente nas situações de emergência, só assim ele terá confiança para fazer o que sabe e reconhecer suas próprias limitações. O Socorrista deve ter iniciativa e certa liderança ao prestar atendimento SILVEIRA (2002)..

Existem várias maneiras de ajudar e até o simples ato de pedir assistência especializada (médico, ambulância etc) é de suma importância para o atendimento adequado. Ao pedir ajuda, o Socorrista deve procurar passar o maior número possível de informações, como local, ponto de referência, tipo de acidente e número de vítimas SILVEIRA (2002)..

Um atendimento adequado depende antes de tudo de uma rápida avaliação do cenário o que é também conhecido como Exame Primário. O Exame Primário tem como principal objetivo identificar lesões que podem levar a vítima a óbito e, portanto, irá definir as prioridades ao Socorrista SILVEIRA (2002)..

Antes de se aproximar, o Socorrista deve fazer uma observação detalhada do cenário, certificar-se de que o local onde se encontra a vítima está seguro, analisando a existência de riscos, como desabamentos, atropelamentos, colisões, afogamento, eletrocussão, agressões etc. Somente depois de assegurar-se da segurança do cenário é que o Socorrista deve se aproximar da vítima para prestar

assistência. Não adianta tentar ajudar e em vez disso, tornar-se mais uma vítima. Caso haja risco, só os Brigadistas treinados poderão penetrar no recinto para a retirada da vítima, sendo o atendimento realizado posteriormente SILVEIRA (2002)..

A observação da vítima pode revelar vários fatos SILVEIRA (2002).:

- alteração ou ausência da respiração;
- hemorragias externas;
- deformidades de partes do corpo;
- coloração diferente da pele;
- presença de suor intenso;
- inquietação;
- expressão de dor;

Antes de examinar a vítima, o Socorrista deve se proteger para evitar riscos de contaminação através do contato com sangue, secreções ou com produtos tóxicos. Se não tiver à mão dispositivos próprios vale o improvisado com sacos plásticos, panos ou outros utensílios que estejam disponíveis SILVEIRA (2002)..

Pela palpação, o Socorrista pode observar:

- Batimentos cardíacos;
- Fraturas;
- Umidade da pele;
- Alteração da temperatura (alta ou baixa).

Sempre que possível, o Socorrista deve interagir com a vítima, procurando acalmá-la e, ao mesmo tempo, avaliar suas condições enquanto conversa com ela. A tentativa de diálogo com a vítima permite ao Socorrista perceber SILVEIRA (2002).:

- Nível de consciência;
- Sensação e localização da dor;
- Incapacidade de mover o corpo ou partes dele;
- Perda de sensibilidade e alguma parte do corpo.

No atendimento a emergência o Socorrista deve atentar não só para as condições físicas da vítima, mas também para as condições emocionais de todos os que estão vivenciando uma situação de extrema gravidade ou de morte iminente. A prioridade do atendimento emergencial é a abordagem do atendimento as situações de risco de morte, mas mesmo assim o Socorrista deve PETROLEO (2007) :

- Lembrar-se das particularidades da vítima, respeitando a dignidade, a privacidade e a individualidade de cada um;
- Evitar palavras que demonstrem a gravidade ou a dificuldade que pode se ter ao lidar com a situação. A audição é o último sentido que se perde, e a vítima pode escutar e sofrer com as palavras.
- Identificar-se (quando possível) à vítima e explicar lhe qual o propósito do Socorrista;
- Manter a vítima (quando possível) informado sobre o que está acontecendo, explicando-lhe várias vezes se necessário, o que, como e onde aconteceu, assegurando-lhe que será feito o possível para atendê-la e encaminhá-la rapidamente ao posto médico ou hospital se for o caso.

1.10 “Exame Primário”

O exame inicial da vítima precisa ser rápido e eficiente. Para isso ele deve obedecer a uma seqüência lógica, uniformizando procedimentos e priorizando o combate as lesões de risco de vida imediato PETROLEO (2007).

Não existe apenas uma única seqüência correta para se realizar o exame primário. A organização (médicos, gestor do plano e Socorristas experientes), em Tempo de Paz, precisa definir qual a seqüência que irá adotar e direcionar a capacitação dos Socorristas, para que na hora da emergência esta seqüência esteja bem definida, uniformizada e assimilada.

A seguir apresentamos uma seqüência possível de se executar o exame primário, em forma de orientações para o Socorrista PETROLEO (2007) :

- (orientação) A segurança do socorrista deve estar em primeiro lugar; (ação) Por isso ele deve prestar atenção se existe algum outro risco envolvido no local: (detalhamento da ação) vazamento, cabo de energia partido, e etc.; (ação) Sinalizar o local; (ação) Isolar a área para manter os curiosos afastados;
- (ação) Observar a cena para poder informar exatamente o que está acontecendo. (detalhamento da ação) As informações poderão determinar o destino das vítimas. Verificar quantas pessoas estão envolvidas, se há alguém morto ou inconsciente. Isso permitirá ao serviço de emergência encaminhar o socorro mais especializado possível, peça ajuda qualificada, descrevendo o cenário identificado;
- (ação) Falar com a vítima, (detalhamento) identifique-se e explique quais são os seus propósitos, para verificar se ela está consciente, mas sem tocá-la. Há sempre o risco de traumas na coluna; O objetivo desta conversa é checar nível de consciência e verificar a respiração, é preciso garantir que o ar possa entrar e sair livremente, chegando até os pulmões. O primeiro passo é a avaliação rápida do nível de consciência da vítima. Para isso o Socorrista se aproxima da vítima, ajoelha-se ao seu lado na altura dos ombros e olhando fixamente, identifica-se e pergunta o que aconteceu. Se a vítima responder espontaneamente, diz-se que ela está **alerta**; Se responder apenas quando estimulado verbalmente, diz-se que ela responde a estímulo **verbal** e, finalmente, se não houver resposta, faz-se um estímulo doloroso por fricção do esterno. Se a vítima gemer ou se mexer, diz-se que responde a estímulos **dolorosos**, caso contrário considera-se a vítima **inconsciente**. Entretanto, se a vítima não responder ao estímulo verbal, antes de realizarmos a estimulação dolorosa, deve-se proceder à fixação manual da cabeça. Isso porque toda vítima politraumatizada, até que se prove ao contrário, tem lesão de coluna. A parte mais delicada da coluna é a situada ao nível do pescoço, denominada coluna cervical.
- Se a vítima estiver falando normalmente, provavelmente não apresenta obstrução por corpo estranho. Se a vítima não responder, verifique se as vias aéreas estão obstruídas, aproximando-se dela para checar sua respiração e procurar corpo estranho na cavidade oral e, em caso positivo, retirá-lo com

cuidado; Caso haja algo bloqueando a passagem de ar e a maleta de primeiros socorros não esteja a disposição, envolva a sua mão num saco plástico ou pano limpo e tente retirar da boca da vítima o que quer que seja. É comum que pessoas nessa situação tenham vomitado, por exemplo, também pode haver uma prótese dentária ou mesmo a própria língua, tudo isto deverá ser rápido e cuidadosamente removido.

OBS - Maiores detalhes são apresentados na hipótese acidental "Asfixia Ou Obstruções Das Vias Aéreas".

- Verifique o batimento cardíaco através das pulsações procurando senti-las nas artérias principais que passam pelo pescoço (as carótidas). A ausência de pulsação nessas artérias é o sinal mais evidente de parada cardíaca, deve-se então partir imediatamente para Reanimação Cardiopulmonar (RCP) descrita na hipótese específica;
- Caso tenha dúvida, é preciso observar se a vítima tosse ou se movimenta. Se não sentir o pulso, se estiver em dúvida e observar que a vítima não se movimenta e não tosse, o Socorrista deverá considerá-la sem pulso, e iniciar a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) descrita na hipótese específica;
- Caso sinta o pulso, o passo seguinte é a verificação da qualidade e frequência do pulso, avaliar se o pulso está rápido ou fraco, qualidade da irrigação sanguínea na pele das extremidades (perfusão tecidual) avaliar a cor da pele (se pálida, branca ou coroadada, rósea) e a temperatura (se quente ou fria). Se durante a avaliação do estado circulatório da vítima for detectado sangramento arterial, este deverá ser imediatamente comprimido.
- Avaliada a circulação, o passo seguinte é a avaliação segmentar da vítima. Este exame é realizado em ordem seqüencial da cabeça aos pés procurando apenas as lesões de risco de morte imediato ou potencial a saber:
 - Cabeça - afundamento de crânio, sangramento ou perda de líquido claro pelo nariz ou ouvido, fraturas de face que podem comprometer a respiração;
 - Tórax – hematomas, contusões, queimaduras ou feridas abertas;

- Abdome – hematomas, contusões, ferida aberta ou eviscerações (exposição dos órgãos internos);
- Pelve- deformidades evidentes, hematoma, queimadura e escoriações;
- Membros inferiores – deformidades ou fraturas, hematoma, escoriações e queimadura. Pesquisar a movimentação das pernas: se a vítima estiver respondendo, pedir que movimente cuidadosamente as pernas: se ela não conseguir movê-las ou senti-las, deve ter havido lesão de medula;
- Membros superiores – deformidades ou fraturas, hematoma, escoriações e queimadura;
- Dorso- fazer uma rotação de 90 graus e examinar o dorso à procura de ferida aberta, hematoma, queimaduras, deformidades etc.
- Se detectada alguma hemorragia, o Socorrista deve fazer compressão direta sobre a ferida com um pano limpo e a mão protegida; Se houver sangramento, estanque-o com a mão envolvida num saco plástico ou num pano (camiseta, toalha ou faixa de gaze), de preferência limpo; Tente elevar a parte do corpo que está sangrando acima da linha do coração (mais cuide para não movimentar a vítima com suspeita de lesão na coluna); Se a pessoa tiver sido perfurada por ferragem, nunca tente retirá-lo. Isso aumentaria a hemorragia, sem contar o risco de ferir tecidos que até então estavam intactos;
- Nunca de nada de comer ou beber a uma vítima, nem mesmo a água, ainda que ela esteja com sede. Se a pessoa precisar ser operada, terá que estar em jejum. Além disso, o líquido pode fazê-la vomitar ou, ainda, ser aspirado para o pulmão;
- Prepare a vítima para remoção segura, não se deve movimentar o acidentado, sem os equipamentos necessários, se houver suspeita de lesão de coluna. Tenha sempre em mente essa possibilidade em vítimas inconscientes, quando houver trauma craniano ou acima da clavícula. Ou, ainda, quando a vítima sentir dor no pescoço e se queixar de paralisia ou formigamento nas pernas ou braços;

Conclusão do Exame Primário

Ao término do exame, o Socorrista deve ter noção da gravidade da vítima. Problemas que indicam gravidade do quadro e risco de vida imediato são:

- Mecanismos de lesão potencial grave;
- Diminuição do nível de consciência;
- Obstrução de vias aéreas;
- Dificuldade respiratória;
- Comprometimento da circulação: pulso rápido ao nível do antebraço, associado a palidez e extremidades frias e sudoréicas; ausência de pulso radial; presença de sangramento externo de difícil controle;
- Ferida aberta de tórax ou abdome, lesão de medula;

Se o mecanismo de lesão não liberou energia intensa, se a vítima está consciente, falando, respirando bem, sem alteração de sua circulação e sem lesões graves, no final do exame primário o Socorrista pode cuidar dos ferimentos, fraturas de extremidades que porventura houver. O importante é reconhecer as lesões de risco de vida e realizar as manobras conforme indicado para cada hipótese acidental melhor detalhada a seguir.

Lembretes importantes:

Uma vítima que se encontra aparentemente bem pode piorar rapidamente;

Se não houver situação de emergência, isto é, risco de morte imediato ou situação de insegurança, não remova a vítima por conta própria. Aguarde o equipamento de transporte.

2 HIPÓTESE ACIDENTAL “ASFIXIA OU OBSTRUÇÕES DAS VIAS AÉREAS”.

O ar é fundamental para o ser humano; sem ele, o homem não consegue sobreviver. Quando, por qualquer razão, uma pessoa pára de respirar, diz-se que ela está sofrendo uma parada respiratória (ou asfixia) SILVEIRA (2002).

Durante a respiração o ar entra pelo nariz ou pela boca e atravessa uma série de dutos até chegar aos alvéolos pulmonares, onde ocorrem as trocas gasosas com o sangue. O corpo é formado por milhões de células que precisam de oxigênio para respirar. O sistema circulatório (que será melhor trabalhado na “Hipótese acidental parada cardio-respiratória”) é o responsável pela chegada de oxigênio às células.

O organismo é formado por células diferentes e que reagem distintamente à falta de oxigênio. Alguns órgãos, como cérebro, coração, pulmão, rins e fígado, são bem mais sensíveis que outros CRUZ (1995)..

A obstrução das vias aéreas (nariz e boca) é uma importante causa de morte em pessoas inconscientes. Existem muitas situações e que uma pessoa pode sofrer uma parada respiratória: afogamento, estrangulamento ou sufocação, aspiração excessiva de gases venenosos ou vapores químicos, soterramento, presença de corpos estranhos na garganta, choque elétrico, parada cardíaca etc., mas a principal causa de obstrução das vias aéreas é a “queda da língua” COPASS (1996).

Quando a vítima está inconsciente, o relaxamento da musculatura do maxilar faz com que a língua caia para trás, impedindo a passagem do ar.

2.1 Diagnóstico da asfixia ou obstruções das vias aéreas.

Para descobrir se a vítima está respirando, o Socorrista deve ver, ouvir e sentir essa respiração. E esse procedimento precisa ser feito o mais rápido possível, para evitar danos irreversíveis à vítima. Caso ela esteja respirando, o próximo passo é avaliar a circulação. O tempo máximo em que o Socorrista deve analisar a respiração é de 10 segundos. Se após esse tempo, o Socorrista estiver em dúvida se há ou não uma respiração normal, deve considerar como uma vítima sem ventilação e iniciar as ventilações artificiais PETROLEO (2007).

O rápido restabelecimento da respiração pode evitar que a vítima venha a ter lesão cerebral. O tempo, então, é fundamental.

Um modo simples de perceber os movimentos respiratórios é chegar bem próximo da boca e do nariz da vítima e:

- ver se o tórax se expande.
- ouvir se há algum ruído de respiração
- sentir na sua própria face se há saída de ar.

Os sinais de parada respiratória são :

- inconsciência
- tórax imóvel
- ausência de saída de ar pelas vias aéreas (nariz e boca)

2.2 Resposta para asfixia ou parada respiratória

Obs - Quando acontece a parada respiratória, é preciso estar atento para outra situação que pode ocorrer simultaneamente: a parada cardíaca, ou seja, a parada dos batimentos do coração, conforme será descrito no item referente à hipótese parada cardio-respiratória.

Se for constatado que a vítima não respira, o Socorrista deve verificar se há obstrução das vias aéreas e, se for esse o caso, tentar a desobstrução, observando antes o estado da pessoa, para escolher a manobra mais adequada. Para corrigir a obstrução por “queda da língua”, coloque uma das mãos na testa da vítima e, com a outra, eleve o queixo; essa manobra reposicionará corretamente a língua HOSPITAL (2007).

No caso de suspeita de a vítima ter sofrido algum tipo de traumatismo (por queda, acidente de trânsito, agressão, afogamento, entre outros fatores), é necessário proteger a coluna cervical (pescoço). A manobra a ser aplicada é a de “elevação modificada da mandíbula”.

Na obstrução por presença de sangue ou secreções, deve-se limpar a boca e o nariz da vítima com um pano limpo e virar sua cabeça para o lado para facilitar a saída do líquido. Mas, atenção: havendo suspeita de traumatismo, se a pessoa estiver inconsciente, deve ter a cabeça virada junto com todo o corpo (e para isso são necessários três Socorristas), mantendo o alinhamento da coluna cervical. É importante saber que virar a cabeça da vítima não corrige a queda da língua, mas é uma tentativa de evitar que ela aspire para os pulmões as secreções que estão na cavidade oral HOSPITAL (2007)..

Depois desses procedimentos, o Socorrista deve abrir a boca da vítima e verificar se há algum corpo estranho. Caso a vítima esteja inconsciente e o corpo estranho visível, aí então este deve ser retirado com o dedo indicador (usar sempre um dispositivo de proteção) HOSPITAL (2007)..

Após a desobstrução, a respiração pode voltar espontaneamente.

Se o motivo da parada respiratória não foi obstrução, ou se a desobstrução não resultar no retorno da respiração, será preciso fornecer ar (oxigênio) à vítima, através de duas ventilações artificiais – a chamada respiração boca-boca. Para essa manobra é necessário o uso de um dispositivo de proteção entre o Socorrista e a vítima.

A técnica da respiração boca-boca consiste em fechar as narinas da vítima, cobrir toda a boca da vítima com a sua boca e soprar duas vezes com um intervalo entre as ventilações, quando então as narinas devem ser liberadas para que saia o ar que foi insuflado. Durante essa manobra, o Socorrista deve observar se o tórax da vítima se expande (sobe) enquanto está recebendo ventilação. Esta técnica será mais detalhada no item referente à hipótese parada cardio-respiratória.

Na falta de qualquer dispositivo de proteção, o procedimento a adotar deve ser o de compressões no tórax.

3 HIPÓTESE ACIDENTAL PARADA CARDIO-RESPIRATÓRIA

De acordo com o PETROLEO (2007) as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no mundo. Estima-se que 50% dessas mortes poderiam ter sido evitadas se as vítimas tivessem sido socorridas corretamente e a tempo. Por conseguinte, o atendimento feito pelo Socorrista é crítico para determinar a sobrevivência da vítima.

O coração é um órgão constituído por fibras musculares que se contraem entre 60 a 100 vezes por minuto, bombeando sangue para dentro dos vasos sanguíneos denominados artérias, com a finalidade de levar oxigênio e nutrientes aos tecidos. A contração muscular ocorre em decorrência da passagem de uma corrente elétrica pelo músculo cardíaco. Esta corrente elétrica se origina em um tecido cardíaco

especializado localizado na parte superior do coração e, uma vez iniciado, percorre todo o coração de forma seqüencial, de cima para baixo. À medida que a corrente elétrica avança pelo músculo cardíaco, este vai se contraindo de forma organizada e expulsando o sangue para as artérias HOSPITAL (2007).

A Parada Cardio-Respiratória súbita (PCR) é definida como a interrupção abrupta do bombeamento do sangue pelo coração com consequência suspensão da oxigenação da célula. A permanência desse quadro leva a morte dos tecidos. Os órgãos vitais são rapidamente afetados pela falta de oxigênio. O tempo máximo que o cérebro permanece sem oxigênio é de 4 minutos. Se houver uma demora na oxigenação cerebral, mesmo que haja uma reversão da PCR, lesões neurológicas graves podem ocorrer culminando com a morte cerebral. Neste caso a vítima passa a ter vida vegetativa. Até a parada definitiva do coração PETROLEO (2007).

Na PCR súbita, ocorre um problema com a corrente elétrica e as células musculares do coração param de contrair. Duas podem ser as causas desse problema PETROLEO (2007).:

- Interrupção da corrente elétrica, o músculo deixa de contrair por falta de estímulo.
- Desorganização da corrente elétrica, que representa a grande maioria dos casos em pessoas adultas, neste caso a passagem da corrente é tão desordenada que a célula muscular não consegue contrair. Ela existe, mas não funciona direito, e se não for interrompida, ocorre dano definitivo do aparelho circulatório.

3.1 Diagnóstico de parada cardio-respiratória.

O primeiro procedimento é verificar a segurança da cena. Em seguida, o Socorrista deve falar com a vítima para determinar se ela está consciente ou não. Confirmado o estado de inconsciência, a prioridade é pedir auxílio qualificado (médico, ambulância etc). Para avaliar as condições da vítima, o Socorrista deve usar os dispositivos de proteção possíveis ou improvisados (luvas, panos ou sacos plásticos) PETROLEO (2001).

As pulsações (batimentos ritmados nas artérias) indicam a frequência e a força com que o coração está enviando o sangue para o corpo. Em situação normal, elas mantêm sempre o mesmo ritmo e a mesma força. Quando isso não acontece, pode estar havendo algum problema com a circulação do sangue SILVEIRA (2002).

Sinais de parada cardíaca

- inconsciência
- ausência de pulsação (de batimentos nas artérias carótidas)
- ausência de som de batimentos cardíacos

A forma de se verificar as pulsações é procurar senti-las nas artérias principais que passam pelo pescoço (as carótidas). A ausência de pulsação nessas artérias e o sinal mais evidente de parada cardíaca. Caso tenha dúvida, é preciso observar se a vítima tosse ou se movimenta. Se não sentir o pulso, se estiver em dúvida e observar que a vítima não se movimenta e não tosse, o Socorrista deverá considerá-la sem pulso. É preciso iniciar imediatamente a massagem cardíaca externa, de modo a liberar o sangue para circulação. O ponto da massagem é na terça parte inferior do esterno (o osso que fica no meio do tórax), na linha entre os mamilos (linha intermamilar) SILVEIRA (2002).

3.2 Resposta para parada cardio-respiratória

Para evitar o dano cerebral é necessário que o atendimento seja iniciado imediatamente após o surgimento da parada cardíaca e que o Socorrista tenha em mente dois pontos cruciais PETROLEO (2007).

1. A maioria das PCRs de origem súbita é por desorganização do estímulo elétrico denominada FIBRILAÇÃO VENTRICULAR. E o único tratamento definitivo neste caso é o choque elétrico dado pelo desfibrilador.
2. Desorganização da corrente elétrica, que representa a grande maioria dos casos em pessoas adultas, neste caso a passagem da corrente é tão desordenada que a célula muscular não consegue contrair. Ela existe, mas não funciona direito, e se não for interrompida, ocorre dano definitivo do

aparelho circulatório. É necessário oxigenar rapidamente a vítima para evitar a morte dos órgãos vitais, principalmente o cérebro e o coração, dando tempo para aplicação do equipamento adequado (desfibrilador).

A chamada verificação do ABC da vida consiste em avaliar as vias **A**éreas, a **B**oa respiração e a **C**irculação. Os passos descritos a seguir são de extrema importância, já que determinam se há risco imediato para a vítima, como a Parada Cárdio-Respiratória (PCR) que deverá ser tratada com a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) PETROLEO (2007)..

Obs - A massagem cardíaca só deve ser executadas por pessoas treinadas para isto. E, mesmo assim, se houver fratura no tórax, a pressão no peito pode matar.

A Associação Americana de Cardiologia desenvolveu um protocolo que padroniza a conduta na PCR. Esse protocolo, atualizado em dezembro de 2005, conhecido como CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA, corresponde a uma seqüência lógica e padronizada de condutas executadas passo a passo, conforme abaixo, a partir da identificação da PCR no Exame Primário PETROLEO (2007).:

- Se a vítima não responder ou não der sinais de vida peça imediatamente ajuda e um desfibrilador. Isso é fundamental, pois o choque é o único tratamento definitivo da PCR.
- Se o Socorrista estiver sozinho deve deixar a vítima caída e dirigir-se imediatamente a um telefone e ligar para o serviço médico de emergência pedindo ajuda e socorro para uma pessoa com suspeita de PCR. Logo após a PCR, o organismo ainda possui oxigênio por cerca de 4 minutos. Assim, haverá tempo de pedir ajuda. Caso esteja acompanhado de outra pessoa, peça para que ela telefone para o sistema médico de emergência comunicando tratar-se de uma PCR, e inicie imediatamente as manobras de compressão torácica e ventilação para oxigenar os órgãos vitais, de acordo com as técnicas descritas abaixo.
- Posicione a vítima colocando-a deitada de barriga para cima sob uma superfície dura, de preferência no chão.
- Inicie imediatamente as **Manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP)**.

As manobras de reanimação são conhecidas como ABCD da vida, que correspondem a 4 etapas sequenciais de procedimentos realizados pelo Socorrista.:

A – Abertura das vias aéreas – ABCD da vida

- Realiza-se a abertura das vias aéreas pela manobra de extensão da cabeça – inclina-se a cabeça da vítima para trás com a palma da mão sobre a testa. Com a outra mão, puxa-se o queixo da vítima para cima e, ao mesmo tempo, abre-se a boca da vítima.

OBS: A técnica da extensão da cabeça deve ser usada em qualquer vítima com suspeita de PCR, mesmo na presença de traumatismo com possibilidade de lesão de coluna.

B – Verificação da respiração (breathing**) – ABCD da vida**

O segundo passo na manobra de reanimação é a verificação da ventilação normal. Para isso o Socorrista utiliza a técnica do VER, OUVIR e SENTIR.

- Coloca-se o ouvido acima da boca e nariz da vítima, sempre mantendo as vias aéreas abertas, ouvindo o barulho da expiração, sentindo o fluxo de ar passar em seu rosto e vendo a movimentação do tórax. Detalhes sobre esta avaliação podem ser obtidos na hipótese acidental Asfixia.

A verificação da respiração pode conduzir a três situações distintas: 1) A vítima respira normalmente; 2) a vítima não respira; e 3) A vítima apresenta respiração lenta anormal ou do tipo “peixe fora d’água. Identificando qualquer uma das duas últimas situações o Socorrista deve iniciar imediatamente a ventilação de resgate ou ventilação artificial.

Nota - A respiração do tipo “peixe fora d’água” não corresponde a uma verdadeira respiração. Quando nos primeiros instantes de PCR, o coração para de bombear sangue, ainda existe oxigênio residual nos tecidos. O tecido que “morre” mais rapidamente sem oxigênio é o tecido nervoso. Isso começa a ocorrer após 4 minutos. Quando o centro respiratório “percebe” que não há mais oxigênio ele manda ordens desesperadas para o diafragma que tenta puxar o ar para dentro dos pulmões, originando a respiração do tipo “peixe fora d’água”, também chamada de agônica. Esse tipo de respiração é completamente ineficiente e não corresponde a uma respiração verdadeira, pois o coração está sem bombear. O Socorrista deve

reconhecer a respiração tipo “peixe fora d’água” como correspondente a uma PCR e não confundi-la com uma respiração verdadeira.

Com a cabeça sempre em extensão e com o queixo levantado, o Socorrista deve iniciar **ventilações artificiais**. Estas 2 ventilações de resgate, devem ser realizadas da seguinte forma:

- O ideal é que o Socorrista use um equipamento de bioproteção que o proteja na hora de fazer a ventilação de resgate. O único sistema que protege o Socorrista de forma segura é o que possui uma válvula unidirecional. Esta válvula evita que o ar exalado pela vítima entre cada ventilação seja dirigido ao Socorrista. Diversos estudos médicos mostraram que a respiração boca-boca é segura e não só pode, como deve ser feita. Para realizá-la o Socorrista deve, mantendo a cabeça da vítima em extensão, cobrir a boca da vítima com a sua boca e manter apertadas as partes moles do nariz.
- Devem ser ventilações rápidas com duração de 1 segundo cada uma.
- Cada ventilação de resgate deve ser suficiente para movimentar o tórax. Para realizá-la o Socorrista deve respirar normalmente e insuflar o tórax da vítima o suficiente para movê-lo. Insuflar a fundo os pulmões da vítima é extremamente prejudicial, comprometendo enormemente o sucesso da reanimação. Por isso, o Socorrista deve continuar respirando normalmente, não devendo fazer uma inspiração profunda para fazer a ventilação artificial.
- Durante a ventilação de resgate, o Socorrista deve observar a movimentação torácica. Basta apenas um pequeno enchimento do tórax. Caso não haja movimentação do tórax da vítima durante a primeira ventilação de resgate o Socorrista deve reposicionar a cabeça da vítima, isto é, refazer a inclinação para trás e repetir a ventilação de resgate. Caso o tórax não se mova mesmo assim, o Socorrista deve procurar vazamento de ar durante sua ventilação, isto é, nariz não pinça ou escapamento de ar entre a máscara e o rosto da vítima. Se mesmo com a correção desses erros de técnica o tórax da vítima não expandir durante a ventilação de resgate, o Socorrista deve pensar na possibilidade de corpo estranho nas vias aéreas. Neste o procedimento de resposta está melhor detalhado na hipótese hemorragias (pulmões) diante de obstrução de vias aéreas por corpo estranho.

C – Compressão torácica – ABCD

A compressão torácica é fundamental para a reanimação da vítima. É ela que garante o fluxo de sangue pelas artérias e a chegada de oxigênio ao cérebro, coração e demais órgãos vitais. Por isso, ela deve ser iniciada imediatamente após as 2 ventilações de resgate. Para que seja eficiente, ela deve ser realizada da seguinte forma:

- Localizar o ponto de compressão torácica que fica no centro do tórax sobre o osso central denominado Esterno. Para encontrá-lo o Socorrista deve traçar uma linha imaginária ligando os 2 mamilos. O ponto de compressão torácica encontra-se no cruzamento desta linha com o Esterno.
- Colocar o calcanhar de uma das mãos no ponto de compressão torácica e, em seguida, colocar o calcanhar da outra mão sobre a primeira, mantendo os braços esticados sem dobrar os cotovelos. Os ombros devem ficar na mesma linha dos punhos, perpendicularmente ao tórax da vítima. Assim os braços formam um ângulo de 90º graus com os das mãos.
- Fazer 30 compressões torácicas com uma frequência de 100 por minuto, Durante cada compressão, o tórax deve ser deprimido 4 a 5 cm. Depois de cada compressão, deixar o tórax retornar a posição inicial de repouso, sem retirar as mãos do tórax. O tempo de compressão deve ser igual ao tempo de descompressão.
- Depois das 30 compressões torácicas realizar 2 ventilações de resgate.
- Continue a fazer 30 compressões (bombeando) seguidas de 2 ventilações (soprando).

A sequência de 30 compressões e 2 ventilações deve ser realizada da seguinte forma:

1º Quando apenas um Socorrista estiver presente:

Manter a sequência de 30 para 20 ininterruptamente até a chegada do desfibrilador, sem interromper as compressões-ventilações para examinar a vítima.

2º Quando 2 ou mais Socorristas estiverem presentes:

Após 5 ciclos de 30 compressões/2 ventilações deve haver um rodízio entre as posições de quem comprime com a de quem ventila, no caso de 2 Socorristas. Quando houver mais de 2 Socorristas deve haver a troca da posição de quem comprime o tórax ao final de 5 ciclos de 30 para 2. Todos os Socorristas presentes devem participar do rodízio.

Realizar compressões torácicas é extremamente cansativo e um Socorrista cansado não consegue manter boa técnica de compressão e, sem isso, a compressão realizada de forma incorreta não consegue produzir bombeamento eficaz de sangue pelo coração.

OBS: 1) As compressões torácicas são a única forma de oxigenar o cérebro, o coração e os demais órgãos vitais durante a PCR. Qualquer erro ou retardo nas compressões pode levar a uma situação irreversível. Por isso os Socorristas devem realizar a mudança de posição e o rodízio de compressão com a maior habilidade possível para que a compressão torácica não seja interrompida. Socorristas devem treinar constantemente esses procedimentos e o trabalho em equipe.

2) É importante lembrar que uma reanimação correta só consegue produzir um fluxo de sangue correspondente a 30% do funcionamento normal do coração.

O(s) Socorrista(s) deve continuar as manobras de reanimação até a chegada do desfibrilador ou até a vítima iniciar algum movimento.

D – Desfibrilação Precoce – ABCD

O choque, isto é, a desfibrilação, é o único tratamento definitivo da PCR por desorganização do estímulo elétrico (fibrilação ventricular). Atualmente a realização do choque pode ser facilmente realizada por qualquer pessoa com treinamento de poucas horas, devido às características e simplicidade de uso dos desfibriladores semi-automáticos, chamados de DEA.

O DEA é um aparelho computadorizado que analisa automaticamente e reconhece a existência de ritmo cardíaco que necessita de choque. Ele comunica o resultado de sua análise ao Socorrista por um sistema de voz. Por sua simplicidade e rapidez de operação, aumenta consideravelmente as chances de sobrevivência das vítimas. Além disso, reduz significativamente o tempo de treinamento do Socorrista.

No momento da chegada do DEA, os Socorristas não devem interromper a sequência de 30 compressões e 02 ventilações para a colocação do desfibrilador. Este deve ser instalado durante as manobras de reanimação. As manobras somente serão interrompidas depois do aparelho, ligado instalado e após ele começar a fazer a leitura do batimento da vítima.

Existem vários modelos de DEA. O ideal é que o Socorrista conheça o aparelho existente no seu local de trabalho e que esteja familiarizado com ele a fim de usá-lo sem perda de tempo.

O Socorrista, que chega com o DEA, pode encontrar dois cenários:

1º Vítima em PCR recebendo reanimação cardio-pulmonar, isto é, compressões torácicas e ventilação tecnicamente corretas.

- Neste caso o Socorrista ao chegar, deve instalar o DEA e proceder como exposto acima.

2º Vítima em PCR não recebendo reanimação cardio-pulmonar ou recebendo reanimação cardio-pulmonar, mas tecnicamente incorreta.

- Neste segundo caso, tanto faz ele estar recebendo RCP errada ou não estar recebendo, pois o importante é que não está havendo produção de fluxo de sangue do coração para as células dos órgãos vitais, principalmente para o próprio coração. Como visto anteriormente, as células cerebrais e o coração começam a sofrer com a falta de oxigênio após 4 minutos de PCR. Este dado determina a conduta do Socorrista que chega com o DEA
 - se no local tem uma testemunha que garanta que a PCR se deu em menos de 4 minutos até a chegada do DEA, este pode ser instalado e processado imediatamente.
 - caso não se tenha certeza do tempo em que a vítima se encontra em PCR, ou se saiba que o tempo foi superior a 4 minutos, o Socorrista deve iniciar RCP imediatamente e realizar 5 ciclos de 30 compressões e 2 ventilações antes de aplicar o DEA.

Caso a vítima se movimente ou volte a respirar, ele deverá ser colocado em **posição lateral de segurança** (PLS), enquanto aguarda para ser removido. A PLS garante a

passagem livre de ar pelas vias aéreas, seja por queda de língua (que não ocorre nesta posição), seja decorrente de líquidos caso a vítima vier a apresentar vômitos.

- Ajoelhe-se ao lado da vítima e endireite suas pernas.
- Coloque o braço da vítima mais próximo de você em ângulo reto com o cotovelo dobrado e a palma da mão voltada para cima.
- Coloque o outro braço da vítima cruzado sobre seu tórax, de modo que o dorso de sua mão fique em contato com a bochecha.
- Segure firmemente a coxa mais afastada de você acima do joelho, puxando-a para cima em direção ao trono, rolando a vítima em sua direção.
- Ajuste a parte superior da perna cujo joelho você está segurando, até que tanto a articulação coxo-femural quanto a do joelho estejam dobrados em ângulos retos.
- Incline a cabeça da vítima para trás, para manter as vias aéreas abertas.
- Continue checando a vítima, verificando regularmente a respiração. Se a vítima parar de respirar, vire-a de barriga para baixo e assegure a ventilação.

4 OUTRAS HIPÓTESES CO-RELACIONADAS À CIRCULAÇÃO E A RESPIRAÇÃO

4.1 O Estado de choque

O estado de choque se caracteriza pela falta de circulação e oxigenação dos tecidos do corpo, provocada pela diminuição do volume de sangue ou pela deficiência do sistema vascular. O estado de choque põe a vida do indivíduo em risco. As principais causas do estado de choque são: hemorragias e queimaduras graves, choque cardíaco, dor intensa de qualquer origem, infecção grave e envenenamento por produtos químicos SILVEIRA(2002).

O estado de choque manifesta-se de diferentes formas. A vítima pode apresentar diversos sinais e sintomas ou apenas alguns deles, dependendo da intensidade em

cada caso. O quadro clínico, portanto, é praticamente o mesmo, não importando a causa que desencadeou o estado de choque SILVEIRA(2002)..

Sinais e sintomas de estado de choque:

- Pulso rápido e fraco, por vezes difícil de palpar;
- Pele fria e úmida;
- Suor abundante;
- Palidez intensa;
- Lábios e extremidades descorados;
- Sede;
- Extremidades frias;
- Ansiedade e agitação;
- Náusea e vômitos;
- Tremores e calafrios;
- Respiração curta, rápida e irregular;
- Tontura;
- Queda da pressão arterial.

Ao prestar os primeiros socorros, pede-se eliminar a causa do estado de choque.

Em seguida, o Socorrista deve tomar as seguintes medidas:

- Acalmar a vítima se estiver consciente;
- Deitá-la de costas, com as pernas elevadas;
- Manter a cabeça da vítima virada para o lado evita em caso de vômito que ela aspire, podendo provocar pneumonia. OBS: a cabeça não deve ser virada para o lado se houver suspeita de lesão da coluna cervical;
- Afrouxar as roupas da vítima (gravata, cinto, colarinho etc.) para facilitar a respiração e a circulação.
- Eliminar alimentos, secreções, próteses dentárias da cavidade bucal;

- Procurar aquecer a vítima com cobertores, toalhas, roupas e até jornais. Entretanto, é preciso tomar cuidado para não abafá-la.

4.2 Angina

A Angina é uma dor que aparece quando o músculo do coração recebe menos sangue do que precisa para funcionar. Isso costuma acontecer pelo estreitamento das artérias coronárias, as responsáveis por conduzir o sangue pelo músculo cardíaco HOSPITAL (2007).

Os Sintomas são dor intermitente ou enorme desconforto no peito – em geral a sensação se torna mais intensa durante a atividade física e parece atenuar, até mesmo desaparecer, quando a pessoa descansa. Em casos mais graves, porém a angina surge inclusive durante o repouso ou durante o sono. Essa dor pode irradiar para a mandíbula e para os ombros ou braços – normalmente do lado esquerdo do corpo. Estresse emocional, exercícios exagerados, exposição a baixas temperaturas podem agravar a situação. O importante é acalmar a vítima, deixá-la descansar e procurar um médico imediatamente. HOSPITAL (2007).

4.3 Infarto no miocárdio

Infarto no miocárdio é a morte de uma parte do músculo cardíaco que deixou de receber sangue com oxigênio por um período de tempo prolongado. A causa é a obstrução das artérias coronárias que irrigam a região. O sintoma é uma dor muito forte no peito que persiste por mais de 20 min. Ela é o alerta: o músculo cardíaco parou de receber oxigênio as vezes essa sensação se alastra para o tórax e pelo braço esquerdo. Falta de ar e formigamento também são comuns. Podem aparecer ainda as sensações de opressão e desconforto no peito HOSPITAL (2007).

Ao perceber os sintomas o Socorrista deve levar a vítima imediatamente ao posto médico mais próximo. Metade das pessoas que sofrem de infarto morrem por não conhecer ou menosprezar o sintoma. HOSPITAL (2007).

4.4 Crise de hipertensão

Crise de hipertensão é a elevação repentina da pressão arterial, que causa uma série de complicações e sim podem levar a morte. A crise pode ocorrer tanto em uma pessoa que já era hipertensa como alguém que nunca teve a doença. Os sintomas são dor no peito dor de cabeça, mal estar falta de ar e tontura. A visão costuma ficar embaçada e pode haver o sangramento nasal. HOSPITAL (2007).

O Socorrista deve conduzir a pessoa imediatamente ao hospital. Somente lá ela poderá receber medicamentos intravenosos para dilatar os vasos, reduzindo a pressão com segurança. HOSPITAL (2007).

4.5 Queda de pressão

Queda de pressão é o nome dado a diminuição repentina dos níveis da pressão sanguínea o que reduz bruscamente o fluxo de sangue para o cérebro. O problema pode ser causado por vários fatores. Entre eles, estão os distúrbios do reflexo vasovagal, a falta de açúcar na circulação ou hipoglicemia, a perda excessiva de sangue, extremos de temperatura, doença cardíaca desidratação e choque anafilático provocado por uma alergia. HOSPITAL (2007).

O Socorrista deve providenciar resgate para conduzir a vítima ao posto médico imediatamente. Enquanto isso deve manter a vítima deitada para favorecer o fluxo de sangue adequado ao cérebro. Se houver suspeita de hipoglicemia e a pessoa estiver acordada, de a ela algum suco não dietético. HOSPITAL (2007).

4.5.1 Formigamento

Formigamento é uma sensação bastante comum e as causas variam de estresse emocional e interrupção passageira na circulação sanguínea a problemas vasculares mais graves e distúrbios nervosos. Na maioria das vezes, não há razão

para alarme. De qualquer maneira, é bom consultar o médico para que ele investigue o que está provocando o problema. HOSPITAL (2007).

O Socorrista deve orientar a vítima para movimentar com delicadeza o corpo, especialmente a área dormente para melhorar o fluxo de sangue no local. Leves massagens nessa área também poderão ajudar. HOSPITAL (2007).

5 HIPÓTESE ACIDENTAL TRAUMA

O **Trauma** (ou traumatismo) é todo ferimento ou lesão interna ou externa e o **Politraumatismo** refere-se a ocorrência de múltiplos traumas em uma vítima. É a principal causa de morte entre adolescentes e adultos jovens, e quando não mata deixa graves seqüelas para o resto da vida. O trauma reduz a expectativa de vida mais do que o câncer ou as doenças cardíacas. PETROLEO (2001)

O tempo é um fator crítico no atendimento a vítimas traumatizadas, de acordo COPASS (1996), das vítimas com trauma que estão com morte iminente 50 a 60% morrem antes de chegar ao hospital. Dos que morrem no hospital, cerca de 60% falecem nas primeiras quatro horas.

O corpo humano é formado de tecidos diferentes, tais como ossos músculos, tecidos gordurosos, líquidos entre outros. Quando um agente agressor atinge o organismo, todas as estruturas daquela região, e mesmo a distância podem ser comprometidas. Dessa forma uma vítima pode apresentar lesões internas sem evidencia de lesões externas COPASS (1996).

5.1 Diagnósticos de traumas

Lesões traumáticas são provocadas por diversos tipos de agentes agressores tais como calor, substâncias tóxicas, corrente elétrica e radiações, mas a grande maioria dos traumas é ocasionada por energia mecânica ou por movimento. Conhecer o mecanismo da lesão é uma obrigação do Socorrista, antes de começar a tratar a vítima. As lesões por movimento são as mais freqüentes e por isso receberão

atenção especial. Dentre elas destacamos as contusões, as quedas, as escoriações e as feridas por objetos penetrantes.

As lesões por movimento podem produzir lesões fechadas e penetrantes.

Se a ação do objeto atingir as camadas superficiais da pele, provocando o seu rompimento, ocorre a **escoriação**. Esse tipo de ferimento acontece geralmente em consequência de quedas, quando a pele de certas partes do corpo (joelhos, cotovelos, palmas das mãos e etc..) em contato com as asperezas do chão, sofre arranhões a escoriação mais freqüente.

Os ferimentos por **objetos penetrantes**, por serem de baixa energia, têm a lesão geralmente definida pelo trajeto do objeto. A gravidade depende da região anatômica atingida, do comprimento do objeto, do ângulo e da força de penetração. Ferimentos penetrantes no abdome superior podem atingir o tórax e ferimentos abaixo da 4ª costela podem penetrar no abdome.

Os ferimentos por objetos penetrantes são normalmente causados por instrumentos cortantes (facas e lâminas), por instrumentos perfurantes (pregos, garfos, arames, projéteis de arma de fogo) ou por queimaduras e mordidas de animais.

Contusões – são traumas fechados, mas que podem produzir, dependendo da cinemática do trauma, lesões internas graves e mortais.

Uma das grandes causadoras das contusões são as quedas. As lesões decorrentes das quedas dependem de três fatores:

- Altura da queda, a velocidade da queda aumenta em função da altura. Considera-se como queda grave àquela que ocorre de uma altura três vezes à altura da vítima;
- Local do corpo que sofreu o primeiro impacto;
- Superfície onde ocorreu o impacto.

Quedas, pancadas e encontrões podem lesionar nossos ossos e articulações. E provocar entorses, luxação ou fraturas. Como nem sempre é fácil identificar uma fratura, o mais recomendável é que na dúvida as situações de entorse e luxação sejam atendidas como possíveis fraturas.

Quando o corpo recebe uma **pancada** forte, os vasos sanguíneos mais superficiais rompem. O sangue vaza, mas, como não há corte, não tem por onde escapar. As células da região também se desmantelam, deixando escapar líquido do seu interior. Isso provoca inchaço. Já que o sangue que ficou mal parado bem ali coagula e isso é a causa daquela cor arroxeada. Com o tempo, o hematoma irá mudar de tom, sinal de que está sendo reabsorvido pelo organismo.

Quando a **pancada atinge a cabeça**, o couro cabeludo escorrega sobre os ossos (o crânio) rompendo alguns vasinhos da região. As células esmagadas deixam vazar o líquido do seu interior. As lesões neurológicas costumam ser silenciosas. Por mais leve que tenha sido a pancada, nunca se sabe a extensão do problema, procure um médico para avaliar.

Os ossos do esqueleto humano estão unidos uns aos outros pelos músculos e as superfícies de contato são mantidas por meio dos ligamentos. Quando há um movimento brusco, podem ocorrer estiramentos e até ruptura dos ligamentos (distensões), o que chamamos de **entorse**.

A vítima de entorse sente dor intensa na articulação afetada, que depois apresenta edema (inchaço); se houver rompimento de vasos sanguíneos, a pele da região pode imediatamente apresentar manchas arroxeadas.

Mesmo que aparentemente não haja fratura as vítimas de entorse deverão ser conduzidas ao setor médico da organização.

Na **luxação**, as superfícies articulares deixam de se tocar de forma permanente. É comum ocorrer junto com a fratura.

Os principais sintomas são:

- Dor;
- Deformação no nível da articulação;
- Impossibilidade de movimentos;
- Aparecimento de hematomas.

Na **fratura** ocorre o rompimento total ou incompleto do tecido ósseo. A fratura também pode ser fechada ou exposta. Numa fratura exposta o osso chega a rasgar

a pele ficando a mostra. Seja qual for a fratura precisa atendimento médico o mais breve possível.

Os primeiros sinais de uma fratura são inchaço, dor e dificuldade para mover. A pele logo se torna avermelhada, quente e com manchas roxas.

Os sintomas da fratura são:

- Dor intensa
- Deformação do local afetado, se comparado com a parte normal do corpo;
- Incapacidade ou limitação de movimento
- Edema (inchaço) no local afetado
- Cor arroxeadada no edema se ocorrer rompimento de vasos e acúmulo de sangue a pele (hematoma)
- Crepitação, ou seja, sensação de um ruído provocado pelo atrito entre as partes fraturadas do osso, quando se toca o local afetado.

Há casos que exigem cuidados especiais. São as fraturas das colunas, costela, bacia e fêmur. A seguir indicamos os sinais e sintomas de fraturas especiais.

- Fratura de coluna – dor no local, perda de sensibilidade, formigamento e perda de movimento dos membros (braços ou pernas).
- Fratura das costelas – respiração difícil, dor a cada movimento respiratório.
- Fratura da bacia ou do fêmur – dor local, dificuldade para movimentar-se para ficar em pé.

Decepações são um tipo especial de fratura onde não só os ossos se rompem, mas também todos os tecidos que mantêm o membro decepado ligado ao organismo. Como na decepação ocorre também a hemorragia está será melhor detalhada, juntamente com as respectivas ações de resposta na Hipótese Acidental Hemorragias.

Explosões são hipóteses acidentais comuns na indústria e a energia contida ao ser liberada na forma de luz, calor ou pressão, pode provocar direta ou indiretamente politraumatismo em indivíduos que estejam no raio de sua influência. O mecanismo de lesão das explosões pode ser didaticamente dividido em:

- A Onda de Choque é resultante do deslocamento de ar causado pela explosão, sua gravidade é diretamente proporcional a proximidade da vítima da explosão, acometem geralmente os órgãos internos como pulmão (mais grave), tímpano e os órgãos do trato intestinal.
- O Trauma decorrente de explosão ocorre de duas formas: 1) objetos e estilhaços são lançados contra a vítima; 2) quando a vítima é acelerada pelo deslocamento de ar e lançada contra uma superfície ou objeto.
- A energia térmica liberada durante a explosão pode provocar queimaduras, conforme tratado em hipóteses específicas.

5.2 Resposta emergências com traumas

Traumas graves visíveis dificilmente levam a vítima ao óbito, uma vez que são logo tratados e resolvidos. Entretanto os que não foram identificados podem ser os responsáveis por uma evolução fatal ou deixar seqüelas irreparáveis. Portanto o Socorrista precisa estar atento á cena e saber colher informações:

- Que lesão à vítima eu não estou vendo? Ela pode matar?
- O que aconteceu?
- (**perfuração**) Qual o tipo de objeto perfurante? Que região do corpo atingiu? Qual o ângulo da entrada?
- (**queda**) A lesão foi decorrente da queda? Qual a altura da queda? Com que parte do corpo tocou primeiro à superfície?
- (**Explosão**) Qual a distância da vítima até a explosão?
- Neste tipo de mecanismo de lesão, que órgãos podem ter sido lesados?

No atendimento a vítimas com **escoriação** o Socorrista deve:

- Lavar as mãos com água e sabão protegê-las para não se contaminar;
- Lavar a ferida com água e sabão para não infeccionar Não use sabonetes abrasivos, muito menos detergentes ou sabão em pó. Prefira sabão neutro, se possível, até porque é o que provoca menor ardor;

- Secar a região machucada com um pano limpo;
- Verificar se existe algum vaso com sangramento. Se houver comprimir o local até cessar o sangramento. As feridas devem ser cobertas para estancar a hemorragia e para evitar novo traumatismo e contaminação;
- Procurar manter a calma. Se a lesão atingiu apenas o couro cabeludo e a vítima estiver consciente, pegue um pano limpo e pressione a região afetada. Lembre-se de que essa é uma área bastante vascularizada e por isso os sangramentos costumam ser volumosos;
- Proteger o ferimento com uma compressa de gaze ou um curativo pronto. Caso isso não seja possível, usar um lenço ou qualquer pano limpo;
- Prender o pano ou o curativo com cuidado, sem apertar nem deixar que algum nó fique sobre o ferimento;
- Manter o curativo limpo e seco.
- Água oxigenada piora a lesão, já que também afeta o tecido que está saudável, aumentando a área comprometida, a saliva também transmite doenças, portanto não assoprar nem respirar em cima da ferida;
- Pesquisas científicas mostram que aqueles velhos remédios para machucados não funcionam. Prefira a dupla água e sabão. Nunca use pomadas, pastas, óleos e nenhum tipo de pó em feridas abertas;
- A vítima deve ser conduzida a um posto médico para avaliar a necessidade de vacina e outros cuidados;
- Hemofílicos e pessoas com dificuldade de coagulação devem procurar atendimento médico rapidamente mesmo que o corte seja pequeno;

Quando houver **perfurações (ferimentos por objetos penetrantes)** causadas por faca, canivete, lasca de madeira, vidro etc. e algum objeto ficar encravado, em princípio ele não deve ser retirado, pois isso pode provocar hemorragia grave ou lesão de nervos e músculos próximos à região afetada.

Um objeto encravado só deve ser retirado se estiver:

- Nas bochechas, atrapalhando as vias aéreas;

- No tórax, impedindo o Socorrista de realizar as compressões para atender uma parada cardíaca;
- Impedindo o Socorrista de controlar a hemorragia naquele local.

No atendimento a vítimas com **perfurações** o Socorrista deve:

- Lembrar-se que objetos empalados ao corpo só devem ser retirados nos casos citados a cima ou no hospital e nunca no local do acidente.
- Imobilizá-lo para evitar que se movimente durante o transporte. Quando o objeto encravado for muito longo, até poderá ser cortado.
- Encaminhar vítima para posto médico.

No atendimento a vítimas que receberam uma **pancadas** o Socorrista deve:

- Falar com a vítima para verificar se ela está consciente;
- Procurar manter a calma.
- Procurar manter acordada e chamar uma ambulância se achar necessário.
- Colocar gelo ou compressas frias no local, antes protegendo a parte afetada com um pano limpo ou uma gaze, para evitar queimadura na pele;
- Procurar por outros traumatismos que não estão visíveis;
- Colocar vítima em observação.

No atendimento de qualquer **entorse, luxações ou distensões** o Socorrista deve:

- Colocar gelo ou compressas frias no local, antes protegendo a parte afetada com um pano limpo ou uma gaze, para evitar queimadura na pele.
- Imobilizar a articulação afetada por meio de enfaixamento, usando ataduras ou lenços. A imobilização também pode ser a mesma que se faz no caso de fratura fechada, não se deve tentar colocá-la no lugar.
- No caso de rompimento de tendões e ligamentos: deve-se fazer uma tala pois ela serve para imobilizar o local para permitir o transporte ou até o socorro médico chegar.
- Conduzir ao setor médico.

Obs: As entorses mais comuns são de punho, de joelho e de pé.

Ao identificar uma fratura o Socorrista deve:

- Se for fratura exposta limpe o ferimento com gaze ou pano limpo.(antes de qualquer outro procedimento para impedir o contato com impurezas que favoreçam a infecção).
- Faça uma tala para imobilizar (procedimento para imobilizar)**
- Procure um médico.

Procedimento para imobilizar:

- Não tente colocar o osso “no lugar”. Movimente-o menos possível e mantenha-o na posição natural, sem causar desconforto a vítima.
- Se encontrar resistência no membro fraturado, imobilize-o na posição em que se encontra.
- Use talas para imobilizar o membro. As organizações devem manter em locais estratégicos juntos macas e talas para emergências. O comprimento das talas deve ultrapassar as articulações acima e abaixo do local da fratura e sustentar o membro atingido.
- Envolve as talas com panos ou qualquer material macio a fim de não ferir a pele.
- Amarre as talas com tiras de pano em torno do membro fraturado. Não amarre no local da fratura.
- Para imobilizar uma perna, é necessário utilizar duas talas longas, que devem atingir o joelho e o tornozelo, de modo a impedir qualquer movimento dessas articulações.
- Uma vítima com a perna fraturada não deve caminhar. Se for necessário transportá-la, solicite maca e apoio de outros Brigadistas para carregá-la.
- Ao imobilizar braços e pernas, deixe os dedos visíveis, de modo a verificar qualquer alteração. Se estiverem inchados, roxos ou dormentes, as tiras que amarram devem ser afrouxadas.

- Em alguns casos, como na fratura de antebraço, por exemplo, deve-se providenciar uma tipóia. Para fazer a tipóia dobre um lenço em triângulo e envolva-o no antebraço da vítima pretendo as postas no pescoço.

As fraturas de clavículas, omoplata ou braço, bem como lesões nas articulações do ombro ou do cotovelo, exigem outro tipo de imobilização. Para imobilização:

- Coloque o braço da vítima na frente do peito.
- Sustente o braço com um pano triangular uma fralda dobrada, presa atrás da nuca. (lembrar de colocar na caixa de primeiros socorros uma fralda de pano).
- Em torno do tórax, amarre duas ataduras (pode ser também uma fralda), para dar maior firmeza. Essa manobra pode ser improvisada com roupas da própria vítima e uma atadura circular.

Há casos que exigem cuidados especiais. São as fraturas das colunas, costela, bacia e fêmur. A seguir indicamos os sinais e sintomas de fraturas especiais.

- Fratura de coluna – dor no local, perda de sensibilidade, formigamento e perda de movimento dos membros (braços ou pernas).
- Fratura das costelas – respiração difícil, dor a cada movimento respiratório.
- Fratura da bacia ou do fêmur – dor local, dificuldade para movimentar-se para ficar em pé.

Se houver suspeita de fraturas das colunas, costela, bacia e fêmur, o Socorrista deve:

- Manter a vítima imóvel e agasalhada;
- Observar a respiração e verificar o pulso ou os sinais de circulação.
- Evitar mexer na posição da vítima e providenciar o rápido transporte para um hospital ou pronto-socorro, tomando cuidado com freadas bruscas ou buracos, pois isso pode agravar o estado dela.
- Antes e depois de imobilizar, verifique sempre se há pulsos na artéria (essa verificação deve ser feita na extremidade da parte atingida do corpo).
- Se houver suspeita de lesão na coluna cervical, é importante que a vítima seja removida deitada e com o pescoço imobilizado.

Nem sempre é fácil identificar uma fratura. Quando ocorrer um acidente, após prestar os primeiros socorros, o Socorrista deve encaminhar a vítima ao médico, que pode pedir uma radiografia para confirmar o diagnóstico.

Quando há sangramentos internos uma compressa quente aumenta o problema, a compressa quente só deve ser usada, quando se pretende favorecer o relaxamento muscular e a drenagem de feridas e abscessos, por exemplo, dois dias depois de uma pancada, uma compressa quente irá favorecer a reabsorção do coágulo. Este tipo de compressa também vale para aliviar dores nas costas afastar a fadiga muscular e tratar torcicolos.

A compressa fria deve ser empregada quando você acabou de levar uma pancada ou acabou de fazer um ferimento, torção ou fratura. O frio promove a contração dos vasos sanguíneos diminuindo as manchas roxas e reduzindo o inchaço.

Não coloque gelo em contato com a pele ou com compressas muito quentes.

Nesta monografia a conduta no caso de decepções foi detalhada em conjunto com a hemorragia.

6 HIPÓTESE HEMORRAGIAS

Hemorragia é a perda de sangue que acontece quando há rompimento de veias ou artérias, provocado por cortes, decepções, esmagamentos, fraturas, úlceras, tumores etc. Uma hemorragia forte pode por a vida em perigo. O sangue de uma hemorragia pode sair como fluxo contínuo e não muito intenso (sangramento venoso) ou pode esguichar em ondas que correspondem aos batimentos cardíacos. A segunda situação é a característica de um ferimento arterial e precisa de maior atenção CERIBELLI (2008).

Como já foi visto anteriormente os tecidos que compõe o organismo reagem distintamente a ausência de bombeamento de sangue arterial. Alguns órgãos, como o cérebro, coração, pulmão rins e fígado são bem mais sensíveis a falta de oxigênio.

Quando por algum motivo, ocorre a diminuição da circulação de sangue oxigenado nos tecidos, como nas hemorragias, o organismo lança mão de um mecanismo

regulador de proteção aumentando o fluxo sanguíneo dos órgãos mais sensíveis em detrimento dos que resistem mais tempo a falta de oxigênio.

O primeiro mecanismo é o aumento da frequência cardíaca, como geralmente no caso da hemorragia o acionamento desse mecanismo não consegue compensar a diminuição da oxigenação tecidual. O organismo lança mão do segundo mecanismo tentando manter um nível de pressão que permita oxigenar os tecidos nobres. Este segundo mecanismo corresponde à redução progressiva de sangue das áreas onde ele é menos essencial, pele por exemplo, tecidos resistem melhor a falta, redirecionando para os órgãos mais nobres PETROLEO (2007). Por isso a pele apresenta como bom indicador de hemorragia revelando sinais do segundo mecanismo de compensação (palidez, perda de calor e etc.).

Se a hemorragia não for interrompida, o sistema regulador não conseguirá mais manter a pressão dentro do sistema vascular, ocorrendo então desaparecimento do pulso nas extremidades e diminuição do nível de consciência em decorrência da importante redução da oxigenação cerebral.

6.1 Sinais e sintomas

As hemorragias podem ser externas ou internas. As externas são aquelas em que ocorre o derramamento de sangue para fora do corpo; é o caso dos cortes e sangramentos. Nas hemorragias internas, o sangue se acumula dentro das cavidades do corpo. Este segundo tipo de hemorragia é provocado por ferimentos no fígado, baço, cérebro etc. São casos de difícil diagnóstico, mas podem manifestar-se pelo estado de choque. Algumas hemorragias acontecem no interior do corpo, mas o sangue sai através de orifícios naturais (como nariz, boca, ânus, vagina), sendo mais fáceis de identificar e atendidas como qualquer hemorragia interna.

A hemorragia externa é facilmente diagnosticada pela visualização do derramamento de sangue para fora do corpo. Na hemorragia interna, pode não se ver o sangue. A vítima corre sério risco de entrar em estado de choque.

Sinais e sintomas de hemorragia interna:

- Pulso rápido e fraco;
- Pele fria;
- Suor abundante;
- Palidez intensa;
- Mucosas (lábios e parte interna da pálpebra inferior) descoradas;
- Sede;
- Ansiedade e agitação;
- Náuseas e vômitos;
- Sensação de frio e presença de tremores;
- Respiração curta rápida e irregular;
- Tontura ou inconsciência.

6.2 Resposta para hemorragias

As **hemorragias externas** que ocorreram por feridas localizadas na superfície do corpo devem ser estancadas. Não é recomendável mexer na ferida nem aplicar qualquer medicação.

O Socorrista deve SILVEIRA (2002):

- Comprimir o ferimento com firmeza, usando um pano limpo (lenço, gaze, compressa, pedaço de toalha, roupa etc.) Depois com uma tira de pano, uma gravata larga ou um cinto, amarrar a compressa para mantê-la no lugar;
- As compressas empapadas de sangue devem ser mantidas, pois a sua remoção dificulta o estancamento de hemorragia. Sobre elas, devem ser colocadas tantas compressas secas quantas forem necessárias;
- Se o ferimento for nos braços ou pernas, sem fraturas, a hemorragia será controlada mais facilmente elevando-se a parte da ferida;
- A compressão e a elevação simultâneas dos membros feridos são o melhor método para conter uma hemorragia;

- Se essas medidas não forem suficientes, então se faz necessário comprimir a artéria afetada um pouco acima da lesão;
- As hemorragias abundantes, que ocorrem quando a vítima teve alguma parte do corpo decepada, podem ser controladas com uso de torniquete.

Como fazer um torniquete:

- Para fazer um torniquete, é necessário um pano com no mínimo 10 cm de largura. Qualquer material mais estreito pode rasgar a pele ou causar outros danos à vítima.
- Enrolar o pano acima do local machucado;
- Depois, dê um meio nó nas duas pontas do pano;
- Sobre o meio nó, coloque um pedaço de pau, lápis ou uma caneta;
- Termine de dar o nó e gire o pedaço de pau até que a hemorragia estanque;

Cuidados no uso do torniquete SILVEIRA (2002):;

- O torniquete é feito acima da área com hemorragia.
- Anote com caneta, em qualquer parte visível do corpo da vítima, as letras TQ e a hora em que foi colocado. Isto ajuda o Socorrista a se lembrar de soltar o torniquete a intervalos regulares.
- Não use o torniquete próximo de articulações.
- Em caso de esmagamento, afrouxe o torniquete a cada 10 e 15 minutos ou a qualquer momento em que a vítima apresentar as extremidades frias e arroxeadas.
- Aguarde o restabelecimento da circulação e volte a apertar o torniquete caso a hemorragia prossiga. Esse procedimento evita dano ao membro ferido e o risco de decepção.
- Enquanto estiver tentando controlar a hemorragia, o Socorrista deve manter a vítima deitada, agasalhada, evitando o contato da área lesada com o chão. Se possível, coloque algo os pés da vítima, de modo que fiquem mais elevados do que a cabeça.

- Cubra a vítima, porém não cubra o torniquete; observe-o cuidadosamente, inclusive durante o transporte.

OBS: O torniquete só deve ser feito se a técnica de compressão direta e elevação do membro ferido não surtir efeito.

Procedimentos que o Socorrista deve adotar nos casos de **hemorragia interna** SILVEIRA (2002)::

- Manter a vítima deitada voltada para o lado, se não houver suspeita de trauma na coluna.
- Afrouxar roupa apertada (no pescoço, peito e cintura).
- Retirar da boca prótese dentária, goma de mascar ou qualquer alimento.
- Manter vítima agasalhada;
- Observar a respiração e os batimentos cardíacos e, se for necessário, providenciar a reanimação ou respiração artificial.
- Procurar imediatamente um médico.

De todas as **hemorragias, a nasal** (epistaxe) é a mais comum, tanto em crianças quanto em adultos. Esse tipo de hemorragia é causado pelo rompimento dos vasos sanguíneos do nariz SILVEIRA (2002):As hemorragias nasais, em geral, não apresentam maior gravidade. Mas, de qualquer forma, exigem atendimento imediato para que não se tornem mais sérias.

Em primeiro lugar, o Socorrista deve:

- procurar acalmar a vítima;
- Sentar a vítima com o tronco ereto e a cabeça levemente inclinada para trás;
- Apertar a narina que sangra durante mais de cinco minutos, sem retirar a mão.
- Se mesmo assim a hemorragia não ceder, procure socorro médico.

Na hemorragia se esôfago, estômago ou duodeno, a vítima geralmente apresenta náuseas, mal estar e vômito de sangue (Hematêmese) vermelho vivo ou escuro, como borra de café. Podem ocorrer ainda evacuações escuras fétidas (melena) SILVEIRA (2002):.

Como Socorrista deve proceder:

- Colocar a vítima deitada, sem travesseiro.
- Elevar as pernas da vítima para evitar o estado de choque.
- Providenciar atendimento médico com urgência.

OBS- Hemorragias de esôfago, estômago ou duodeno, o Socorrista deve impedir a vítima de ingerir líquidos.

Quando há **hemorragia dos pulmões** (hemoptise), o sangue, vermelho vivo e de aspecto espumoso, sai pela boca e pelo nariz, e ocorre também a tosse. Esse quadro exige atendimento médico urgente SILVEIRA (2002):.

Quando o pulmão é atingido de forma a ter um orifício de tamanho considerável na parede do tórax, o Socorrista pode ouvir o ar saindo ou ver o sangue que sai borbulhando por esse mesmo orifício.

- Nesses casos, o Socorrista deve fazer um curativo de três pontas (o curativo tem três lados fechados e um lado aberto) com um pedaço de plástico limpo ou gaze, o que impedirá a entrada de ar na inspiração e permitirá a saída de ar expiração. Caso não consiga fazer o curativo, cubra o ferimento todo com uma compressa ou pano limpo e leve a vítima imediatamente para o hospital.

OBS: O ferimento só deve ser totalmente coberto no momento exato que terminou uma expiração, ou seja, após a saída do ar.

A **hemorragia pela vagina** (metrorragia) consiste na perda anormal de sangue pela vagina, fora dos períodos menstruais. Causas da hemorragia vaginal: Abortamento; Gravidez nas trompas; Estupro; Acidentes; Tumores; Retenção de membranas placentárias no parto; Ruptura uterina no parto; Traumatismo vaginal no parto SILVEIRA (2002):.

Nessa situação, o Socorrista deve SILVEIRA (2002)::

- Manter a vítima deitada, em repouso.
- Providenciar socorro imediato.

Decepção é uma lesão onde parte do organismo é decepada do principal promovendo uma série de hemorragias que precisam ser contidas até a chegada a um hospital. CRUZ (1995)

No caso de deapção, a hemorragia deve ser estancada o mais rápido possível, aplicando inclusive, caso se faça necessário, a técnica de torniquete. A parte decepada precisa ser quando possível encaminhada para o hospital junto com a vítima. CRUZ (1995)

- Enrolar a parte decepada em gaze ou pano limpo;
- Colocar em um saco plástico, que deve ser colocado em um recipiente cheio de gelo e levado ao hospital junto com a vítima, a demora nesta operação pode comprometer o reimplante;

É sempre bom lembrar que a vítima deve ser vista como um todo, mesmos nos casos de ferimentos que pareçam sem importância. Uma pequena contusão pode indicar a presença de lesões internas graves, com rompimento de tecidos, hemorragia interna estado de choque.

7 HIPÓTESE ACIDENTAL QUEIMADURAS E DISTÚRBIOS CAUSADOS POR TEMPERATURA

A temperatura normal do corpo é a que fica entre 36,2º C e 37º C. Quando a temperatura de uma pessoa ultrapassa os 37º C, diz-se que está com **febre**. Esse fato, por si só, não constitui uma moléstia, mas pode ser sinal de alguma doença CERIBELLI (2008).

O contato com chamas e substâncias superaquecidas, a exposição excessiva ao sol e mesmo à temperatura ambiente muito elevada provocam reações no organismo humano que podem se limitar à pele ou afetar funções orgânicas vitais.

A **insolação** é uma enfermidade provocada pela exposição excessiva ao sol, podendo se manifestar subitamente, quando a pessoa cai desacordada, mantendo presentes, porém, a pulsação e a respiração CRUZ (1995).

A **Intermação** é uma enfermidade provocada pela ação do calor em ambientes com temperatura muito alta, locais onde estejam em funcionamento fornos, fogões, caldeiras, forjas, fundições etc CRUZ (1995)..

Denomina-se queimadura toda e qualquer lesão ocasionada no corpo humano pela ação curta, ou prolongada, de temperaturas extremas. Vítimas com lesões extensas de pele podem desenvolver quadro de desidratação e choque pela perda de calor, com isso tornam-se predispostos a processos infecciosos SILVEIRA (2002).

A pele é um órgão que impede a perda de água e calor, exercendo função fundamental na proteção contra infecções. Por isso, sua integridade é essencial para a manutenção do equilíbrio do organismo.

7.1 Diagnóstico dos distúrbios por temperatura.

São sinais e sintomas de **febre** são: Sensação de frio; Mal-estar geral; Respiração rápida; Rubor facial; Sede; Olhos brilhantes e lacrimejantes; Pele quente CERIBELLI (2008)..

Os sinais mais comuns de **insolação** além do desmaio (mantendo presente a pulsação) são Tontura; Enjôo; Dor de cabeça; Pele seca e quente; Rosto avermelhado; Febre alta; Pulso rápido e respiração difícil. Não é comum o aparecimento dos sinais ao mesmo tempo CRUZ (1995)..

A **intermação** acarreta uma série de alterações no organismo, com graves consequências para a saúde da vítima. Os sinais e sintomas de intermação; Cansaço; Náuseas; Calafrios; Respiração superficial; Palidez ou tonalidade azulada no rosto; Temperatura corporal elevada; Pele úmida e fria; Diminuição da pressão arterial CRUZ (1995)..

Podemos classificar as queimaduras, de acordo com a profundidade, de acordo com extensão da área lesada e de acordo com a origem da queimadura COPASS (1996).

De acordo com a profundidade dos tecidos atingidos, as queimaduras podem ser classificadas em três graus COPASS (1996):

- Primeiro grau: atinge apenas a epiderme (camada mais superficial da pele), a epiderme normalmente nestes casos inflama ficando vermelha, descamando dias depois. É a mais comum causada normalmente por contato breve com superfícies, vapores ou líquidos quentes.

- Segundo grau: mais grave que a primeira atinge a derme que se descola da epiderme promovendo a formação de bolha entre elas.
- Terceiro grau: é a mais grave neste caso as camadas da pele com todas as suas estruturas são destruídas, como as terminações nervosas, também são destruídas a dor é pouco menos intensa. Essas queimaduras apresentam-se secas, esbranquiçadas ou de aspecto carbonizado, fazendo com que a pele se assemelhe ao couro.

De acordo com origem da queimadura esta se classifica como COPASS (1996):

- Térmicas: queimaduras pelo contato com chamas, gases aquecidos ou objetos quentes;
- Elétricas: queimaduras devidas a passagem de corrente elétrica através do corpo;
- Químicas: provocadas por substâncias químicas que fizeram contato direto com a pele;
- Radiação: por exposição dos organismos às radiações.

A gravidade da queimadura, no entanto, depende de outros fatores como extensão e localização (por exemplo: se a queimadura for no rosto, pescoço, mãos pés, genitais), será preciso tomar medidas específicas, são consideradas grandes queimaduras as que atingem 15% do corpo de um adulto. Outro fator é o ambiente onde ocorreu, por exemplo, queimaduras por inalações de gases quentes em ambientes fechados são mais críticas, pois deterioram as vias aéreas COPASS (1996)..

Toda vítima queimada deve ser tratada como politraumatizada. As queimaduras de pele não levam a óbito em minutos e sim horas ou dias, quando a vítima já foi removida para o Hospital.

Durante o exame primário é preciso suspeitar de queimaduras de vias aéreas quando a vítima apresentar: queimadura de face; queimadura de pelos do nariz; queimaduras das sobrancelhas; Rouquidão ou estridor durante a respiração revelando dificuldade de passagem do ar; lábios inchados; fuligem na cavidade oral; escarro negro PETROLEO (2007).

Pode-se também suspeitar da existência de queimadura de vias aéreas se a vítima queimada tiver sido encontrada em ambiente confinado.

O surgimento de rouquidão sugere edema (inchaço) das cordas vocais e revela uma redução importante da passagem do ar. Estridor, som rude emitido quando a vítima respira, significa que praticamente toda a passagem de ar está fechada. É uma emergência absoluta com risco de vida imediato PETROLEO (2007).

No ambiente pré-hospitalar a perda de líquido decorrente da queimadura, não é suficiente para desencadear um quadro de choque nos primeiros momentos do socorro. A presença de choque na abordagem inicial do queimado, deve fazer suspeitar de hemorragia interna associada PETROLEO (2007).

A inalação de ar quente e fumaça é a principal causa de morte em incêndios, isto se deve não só devido a inalação da massa de ar quente mais também a presença de gases tóxicos como o monóxido de carbono PETROLEO (2007).

A **queimadura elétrica** causa lesão grave ao penetrar no organismo. No ponto de entrada há queimadura da pele. A corrente progride através dos nervos e vasos sanguíneos causando lesão devido ao calor. Produz também importantes lesões químicas ao nível dos nervos, músculos, vasos sanguíneos e coração, deixando um rastro de tecido morto. No ponto de saída ela "explode" ao nível do tecido subcutâneo e da pele PETROLEO (2007).

7.2 Resposta para queimaduras e distúrbios causados por temperatura.

Ao lidar com uma pessoa com **febre** o Socorrista deve CERIBELLI (2008):

Retirar qualquer tipo de agasalho, deixando apenas uma roupa leve, até que a temperatura volte ao normal.

- Dar-lhe bastante líquido para beber.
- Pôr panos molhados com água gelada sobre a testa, nas axilas e nas virilhas, e manter as compressas frias até que a febre ceda.

- Havendo condições, dar um banho prolongado, de banheira, chuveiro ou mesmo de bacia, com água na temperatura ambiente, abaixo da temperatura da vítima com febre.

A febre muito alta e persistente, se não for controlada, torna-se perigosa, podendo provocar delírios e convulsões. Para prestar informações mais detalhadas ao médico, é importante saber quando a febre começou, quanto tempo durou e como cedeu.

Como lidar com casos de insolação, enquanto se aguarda atendimento médico SILVEIRA (2002):

- Colocar a vítima na sombra.
- Aplicar compressas frias sobre sua cabeça
- Envolver seu corpo em toalhas molhadas com água fria, para baixar a temperatura
- Dar-lhe água para beber, caso esteja consciente.
- Encaminhar vítima para posto médico.

O ideal é deixar que a temperatura vá diminuindo bem lentamente, para não ocorrer um colapso, próprio de quedas bruscas de temperatura.

Nos casos de intimação, o Socorrista deve SILVEIRA (2002):

- Retirar a vítima do ambiente fechado e levá-la para um local mais fresco e arejado.
- Deitar a vítima com a cabeça mais baixa que o resto do corpo.
- Retirar-lhe as roupas e envolver o corpo em lenço úmido.
- Encaminhá-la imediatamente para atendimento médico.

A primeira impressão ao atender uma vítima de queimadura é decorrente da visualização das lesões da pele. O Socorrista se vê compelido a cuidar dessas lesões. Entretanto, o tratamento específico das lesões cutâneas será feito em ambiente hospitalar. Por isso o Socorrista deve abordar esse tipo vítima como faria com qualquer outra politraumatizada PETROLEO (2007):

- Garantia da segurança da cena;

- Análise de mecanismos da lesão, que pode revelar a possibilidade de lesões ocultas como: queimadura de vias aéreas ou intoxicações por fumaça, em casos de incêndios ou de inalação de produtos tóxicos voláteis, em casos de acidentes químicos; Lesões internas graves, em traumatismos por movimento, associados a queimadura; Arritmia grave se a vítima sofreu choque elétrico; Lesões por onda de choque, se a vítima for de explosão.
- Realização de exame primário completo, para avaliação de risco de vida imediato e necessidade de gestos de reanimação.
- Só após o exame completo e os gestos de manutenção da vida é que o Socorrista deve iniciar os cuidados locais na área queimada.

Cuidados locais são PETROLEO (2007)::

- Se a queimadura for de primeiro, segundo ou terceiro grau, deve-se resfriar com água o local atingido e protegê-lo com um pano limpo. Depois se disponível possível cobrir com vaselina estéril. O gelo e o resfriamento por períodos prolongados são contra-indicados, pois a hipotermia pode trazer complicações graves;
- Remover as jóias e vestes apertadas, antes do surgimento do edema (inchaço);
- Cobrir a área queimada com panos / compressas limpas e secas. Nunca use panos / compressas úmidas. Usar cobertores de alumínio próprios para manter a temperatura do corpo e evitar perda de calor;
- Transportar a vítima ao hospital, com a atenção e cuidados dedicados às emergências respiratórias e circulatórias.

No caso de queimaduras, tão importante como saber o que fazer é preciso saber o que não fazer PETROLEO (2007)::

- Não assopre, pois o sopro pode promover infecções nos tecidos abertos.
- Não use pasta de dente, óleo, manteiga, e outras coisas mais, pois podem infeccionar.
- Nunca ofereça bebida alcoólica, para aliviar a dor.

- Não retire roupas que ficaram grudadas, somente os médicos estão preparados para isto.
- Não estoure as bolhas formadas, pois elas deverão se romper sozinhas e quando o rompimento natural ocorrer à única recomendação é a lavagem com água fria e limpa.

Alguns tipos de queimaduras requerem cuidados especiais:

- Queimaduras nos olhos: vide hipóteses acidentais envolvendo os olhos.
- Queimaduras por produtos químicos: vide hipóteses acidentais Intoxicações.
- Queimadura por eletricidade : vide Hipótese Eletrocussão

8 HIPÓTESE ACIDENTAIS INTOXICAÇÃO

A **Intoxicação** consiste em uma série de efeitos sintomáticos produzidos quando uma substância é ingerida ou entra em contato com a pele, olhos ou membranas mucosas, causando algum efeito anormal no organismo. Chamamos de **Envenenamento** a intoxicação que ocorre por substâncias muito tóxicas, capazes de causar danos ou colocar em risco a vida da vítima, por exemplo, enzimas (veneno) de cobras CRUZ (1995). Por outro lado, as substâncias de baixa toxicidade e muitas vezes inofensivas a maioria das pessoas podem provocar reações adversas em determinados organismos, a este fenômeno damos o nome de **Alergia** HOSPITAL (2007).

Praticamente qualquer substância, se ingerida em grandes quantidades, pode ser tóxica. Porém, entre os mais de 12 milhões de produtos químicos conhecidos, menos de 3.000 causam a maior parte das intoxicações PETROLEO (2001).

Os sintomas de intoxicação dependem do produto, da quantidade ingerida e de certas características físicas da pessoa que o ingeriu. Algumas substâncias não são muito potentes e exigem uma exposição contínua para que ocorram problemas. Outros produtos são mais tóxicos e basta uma gota sobre a pele para causar graves problemas.

Hoje em dia é cada vez maior a variedade de substâncias tóxicas à nossa volta. Desde os desinfetantes (principalmente a água sanitária), inseticidas, tintas – tão comuns em casa – até as drogas, como o álcool, a maconha ou a cocaína. A ingestão, inalação ou a simples exposição a essas substâncias pode resultar em intoxicação ou envenenamento, provocando doenças graves ou mesmo levando à morte em poucas horas, caso a vítima não seja socorrida em tempo hábil.

A ingestão alimentos contaminados ou estragados é a forma mais comum de intoxicação. Outra forma comum de intoxicação é causada por animais peçonhentos e domésticos doentes SILVEIRA (2002).

A gravidade do envenenamento depende da idade e da suscetibilidade do indivíduo, bem como da quantidade, do tipo, grau de toxicidade e via de ingestão da substância COPASS (1996).

Em geral, o veneno destrói ou pelo menos prejudica o lugar por onde passa ou se instala. Pode irritar os olhos, pulmões, a pele e também causar danos em todo o organismo, quando vai para o sangue HOSPITAL (2007)..

A substância tóxica pode penetrar por qualquer via. As mais comuns, por ordem de frequência, são a boca, o nariz e a pele SILVEIRA (2002).

O tratamento adequado a ser aplicado depende do tipo de veneno e da reação da vítima, mas nem sempre é possível identificar o que causou o problema. Às vezes, a pessoa ignora sua exposição à substância tóxica, ou fica impossibilitada de se comunicar por já se encontrar inconsciente SILVEIRA (2002)..

Quando a vítima puder se comunicar, é importante que conte o que aconteceu, há quanto tempo e, se souber, a substância causadora da intoxicação. Também se deve perguntar se ela já tomou alguma providência e qual.

Essas informações vão ajudar muito a quem estiver atendendo a vítima, pois o tratamento visa eliminar a substância tóxica, neutralizar sua ação e respostar seus efeitos.

As **Alergias** são reações do nosso organismo, que reconhece uma substância geralmente inofensiva como ameaçadora e dispara todas as armas contra ela. Estima-se que 20% da população mundial sejam alérgicas. A maioria das alergias surge por uma predisposição genética HOSPITAL (2007).

A principal arma do nosso organismo contra as substâncias ameaçadoras é a histamina, uma substância antiinflamatória naturalmente produzida por algumas células do sangue. Quando liberada em quantidades generosas, a histamina provoca coceira, congestão e uma série de outros sintomas reconhecidos como alergias HOSPITAL (2007)..

Intoxicação por alimentos

Mesmo os alimentos que são consumidos diariamente podem provocar intoxicação, se estiverem deteriorados – por terem sido guardados fora da geladeira, por exemplo – ou poluídos por substâncias químicas – é o caso dos frutos do mar e também das verduras e frutas que são cultivadas com muito inseticida SILVEIRA (2002).

A intoxicação por substâncias químicas pode ocorrer por **ingestão** (via oral), **inalação** (via respiratória) e pelo **contato direto com a pele**.

A ingestão pode ser involuntária (quando a pessoa não sabe que esta ingerindo produto tóxico) ou voluntária (quando a pessoa sabe que está ingerindo mais menospreza o risco ou realmente tem a intenção de se prejudicar).

Na intoxicação por inalação normalmente a vítima esta em ambiente com presença de gases tóxicos.

Há substâncias que penetram no nosso organismo através do contato direto com a pele: inseticidas usados na lavoura, tintas e vários outros produtos químicos.

Outro tipo de intoxicação comum é a provocada por mordida de **animais peçonhentos** ou por animais domésticos doentes.

Animais **peçonhentos** ou venenosos são todos aqueles que expõem substâncias tóxicas (venenos) e que têm órgãos específicos para sua inoculação. Entre eles, o mais importantes, pelo número de acidentes que provocam, são as serpentes (cobras), os escorpiões e as aranhas.

As picadas dos animais peçonhentos podem provocar intoxicação ou envenenamento. Mas também os animais que partilham o convívio doméstico às vezes apresentam diversos riscos para o homem.

É muito importante tomar certos cuidados com os animais, sejam eles domésticos (gato, cachorro), ou não. Com os peçonhentos, então, a atenção deve ser redobrada.

A **raiva** (hidrofobia) é o maior risco que a mordida de um animal pode trazer, e os animais domésticos, como gato e cachorro, são os que mais contaminam o homem. A transmissão ocorre através da própria mordida ou por meio de arranhão combinado com lambedura de animal com hidrofobia.

As **serpentes** são classificadas em venenosas e não-venenosas. A picada das não-venenosas não provoca manifestações gerais, mas pode causar alterações locais, como dor moderada. Já a picada de uma cobra venenosa pode levar a vítima à morte, caso não sejam tomadas providências de imediato. Por isso é tão importante que todos aqueles que circulam por locais sujeitos à aparição de cobras tenham informações suficientes que permitam identificá-las.

As cobras venenosas distinguem-se das não-venenosas por vários fatores. Um deles tem a ver com o comportamento: enquanto as venenosas ficam agressivas e toma posição para dar o bote na presença de outro animal (ou pessoa), as não-venenosas tornam-se medrosas e fogem.

Como o veneno se difunde para os tecidos nos primeiros 30 minutos após a picada, a ação do Socorrista precisa ser rápida, seja qual for a cobra que tenha provocado o acidente.

Tanto **os escorpiões** quanto às **aranhas** representam perigo não só para o homem, mas também para suas próprias espécies, pois devoram-se mutuamente. São também seus inimigos naturais: pássaros, galinhas, seriemas, corvos e alguns anfíbios (principalmente sapos), no caso dos escorpiões; e lagartos, camaleões, sapos e pássaros, no caso das aranhas. Ambos têm como característica comum o fato de não serem agressivos e de picarem somente quando molestados ou para se defender. As picadas que provocarem dor intensa podem ser graves.

Segundo o Instituto Butantã, cerca de 4% das vítimas de ferroadas de escorpião morrem. Quanto maior for o número de ferroadas, mais grave será o envenenamento.

Embora não sejam considerados animais peçonhentos, existem **insetos** – como abelha, marimbondo, formiga, mosquito, pulga, piolho, percevejo, borrachudo – cuja

picada pode provocar reações graves e generalizadas, que se desenvolvem rapidamente. Além desses, há o barbeiro, transmissor da doença de chagas.

8.1 Diagnóstico de intoxicação:

Somente o médico pode diagnosticar uma alergia, mas é importante que o Socorrista saiba como reconhecer uma alergia antes do encaminhamento ao médico mais próximo HOSPITAL (2007) .

Pessoas alérgicas a remédios podem apresentar sintomas diversos, sendo que o mais comum é a urticária e o inchaço. Geralmente, o problema é a reação ao mecanismo de ação e não ao medicamento em si, por isso qualquer outro remédio que aja da mesma forma deve ser evitado HOSPITAL (2007).

Alergias da pele são encontradas basicamente em dois tipos: na dermatite atópica a pele fica ressecada, descama e coça. Já quando existem placas vermelhas e coceira, trata-se de uma urticária, a qual é capaz de aparecer em qualquer lugar do corpo, estas normalmente somem em 24hs HOSPITAL (2007).

As alergias oculares são comumente provocadas por ácaros. Neste caso o sintoma é vermelhidão coceira e irritação. Vide Hipóteses Acidentais Envolvendo os Olhos SILVEIRA (2002).

Quando uma pessoa é alérgica a um alimento pode apresentar vomito, regurgitação, cólicas, diarreia ou constipação.

São sinais e sintomas de intoxicação alimentar: enjôo, vômito, diarreia, suor abundante (sudorese), palidez, febre, dor no abdome por irritação gástrica ou por cólica intestinal SILVEIRA (2002).

Sinais e sintomas de intoxicação por ingestão de substâncias químicas diversas SILVEIRA (2002).:

- Respiração ou hálito com cheiro de veneno ou tóxico
- Mudança de cor dos lábios (que podem ficar descorados e, em uma fase mais tardia, apresentar um tom azul-escuro causado por falta de oxigenação).
- Dor ou sensação de ardência na garganta e no estômago.

- Inconsciência, perturbação mental ou mal-estar súbito
- Vômito

A suspeita é reforçada quando existe a possibilidade de a pessoa ter tido acesso a venenos ou quando forem encontrados frascos de veneno no local. O Socorrista deve agir antes que o veneno seja absorvido pelo organismo e o atendimento médico precisa ser providenciado com urgência.

Sinais e sintomas de **inalação**: dor de cabeça, sonolência, enjôo, fraqueza muscular, respiração difícil, inconsciência (nos casos graves), mudança da cor da pele (nos casos graves).

Em **contato com a pele**, algumas dessas substâncias são absorvidas sem provocar lesões aparentes. Outras, no entanto, podem causar queimaduras.

O diagnóstico de **raiva** inicia pela identificação do animal raivoso. Pode-se reconhecer um animal raivoso quando ele Silveira (2002):

- Mostra alteração no comportamento;
- Apresenta boca espumante com baba;
- Fica impossibilitado de comer e de beber;
- Repele a claridade;
- Morre no período de cinco a sete dias após ter contraído a doença;

Caso um animal, com suspeita de raiva, morda uma pessoa, ele não deve ser sacrificado; deve, sim, ser confinado e observado por 10 dias. Se nesse período não manifestar sinais da doença, pode ser solto. E a pessoa mordida por ele pode ficar tranqüila, pois não corre perigo. Mas se o animal apresentar algum sinal indicativo de hidrofobia, fugir ou morrer, a vítima tem que ser tratada o mais rápido possível.

Principais sinais e sintomas da pessoa contaminada com raiva são:

- Dor de cabeça.
- Febre
- Mal-estar geral
- Dor e dificuldade para engolir

- Intolerância ao vento e à luz
- Convulsão e paralisia respiratória (em situações graves)

8.2 Resposta a intoxicação, alergia e envenenamento

Além das **alergias** em pessoas sabidamente alérgicas, podem surgir nos indivíduos que compõe a força de trabalho reações alérgicas novas ou inesperadas HOSPITAL (2007).

O Socorrista deve ficar atento se o individuo apresentar qualquer indicio de restrições a respiração um médico deverá imediatamente ser procurado HOSPITAL (2007).

O Socorrista deve orientar para que o individuo não fique se coçando pois nessa tentação o alívio será passageiro porém quando coçado o corpo libera mais histamina deixando o local mais irritado HOSPITAL (2007).

Principalmente os olhos não devem ser coçados, pois a córnea pode ser aranhada por este ato. Neste caso é recomendada a lavagem com água limpa e soro enquanto procura um oftalmologista SILVEIRA (2002)

Na **intoxicação por ingestão** de alimentos, o Socorrista deve:

Os casos **alergias a alimentos** que requerem a atuação dos Socorristas são os de vômito e as cólicas muito fortes, sendo que a única ação é a de conduzir o indivíduo para o médico. Receitas caseiras ou mesmo provocar vômitos devem ser repelidos SILVEIRA (2002).

- Manter a vítima deitada após o vômito.
- Não dar remédio para interromper a diarreia.
- Procurar orientação médica.
- Iniciar o mais rápido possível a reidratação, com o soro caseiro.
- Eliminar da boca da vítima os restos de vômito e de alimentos, retirando também a prótese dentária (se houver), de modo que ela não sufoque.
- Deixar a vítima em repouso e agasalhada até a chegada do socorro médico.

No caso de **ingestão de substâncias tóxicas**, o Socorrista deve SILVEIRA (2002):

- Procurar socorro médico imediatamente;
- Identificar qual a substância ingerida e informar a equipe médica que irá socorrer;
- Monitorar a respiração e os batimentos cardíacos enquanto encaminha vítima para atendimento.
- Não dar nada para a vítima comer ou beber;
- Não force a vítima a vomitar;

O tratamento mais comum para os casos de **ingestão de substâncias tóxicas** consiste em ministrar grandes doses de carvão ativado à vítima, pois esse produto tem a capacidade de absorver os elementos tóxicos que se encontram em suspensão em seu aparelho digestivo.

No caso de **inalação de substâncias tóxicas**, o Socorrista deve:

- Afastar imediatamente a vítima do ambiente contaminado e levá-la para um local arejado.
- Observar o ritmo de seu pulso e respiração, adotando os procedimentos adequados caso haja necessidade.
- Manter a vítima quieta e agasalhada
- Encaminhá-la imediatamente para atendimento médico.
- OBS: Nesse tipo de atendimento, o Socorrista deve tomar cuidado para não se transformar também em vítima, expondo-se ao mesmo veneno.

No caso de **queimaduras, por contato direto com a pele com substâncias** devem levar em consideração que a gravidade das queimaduras dependem do tipo de substância, concentração, duração do contato, as principais ações do Socorrista são CPASS (1996):

- Proteger-se da contaminação e afastar a vítima do produto ou ambiente nocivo;
- Remover a roupa contaminada e isolá-la (colocá-la dentro de um saco plástico, por exemplo);

- Limpar e escovar o agente químico, antes de lavar a área comprometida, principalmente se o produto for em pó. (deve-se tomar cuidado para: não esfregar com força para não provocar lesão e transformar uma contaminação externa em contaminação interna; não contaminar a pele que não teve contato com o produto);
- Verificar na FISPQ quais as medidas em caso de emergência e verificar se a contra-indicação para lavar o local com água corrente. Não se deve tentar neutralizar a substância utilizando agentes neutralizantes porque sua reação química pode danificar ainda mais o tecido.
- Encaminhar a vítima para o posto médico levando a FISPQ, rótulo do produto e a embalagem.

Se o produto atingir os olhos deve-se SILVEIRA (2002):

- Lavar exaustivamente os olhos com água corrente, sob baixa pressão utilizando um copo d'água ou uma seringa pelo menos 20 a 30 minutos; O ideal é fazer a lavagem com água corrente.
- Realizar a lavagem de cada olho separadamente, virando a vítima para evitar que a água contaminada escorra para o outro olho.
- Ocluir os olhos com curativos úmidos, retirar o curativo devagar, lave novamente os olhos, caso a vítima continue ou volte a sentir dor.
- Procure ocluir os dois olhos mesmo que só um tenha sido atingido, pois o outro olho tampado fará com que o atingido se movimente menos.

No caso de identificados os sintomas de vítima **mordida por animais raivosos**, o Socorrista deve:

- Lavar o ferimento com bastante água e sabão.
- Encaminhar a vítima para o posto de saúde mais próximo. Lá serão tomadas as providências para obter e aplicar a vacina e o soro, quando indicados.

Procedimentos que o Socorrista ao identificar **mordida por serpentes** são:

- Procurar o serviço de emergência rapidamente o único tratamento eficaz é o soro antiofídico, que é específico para cada espécie. O efeito do soro depende do tempo para atendimento.

- Manter a vítima calma e em repouso, pois a aceleração do batimento cardíaco só aumenta a velocidade do envenenamento.
- Se a picada for na perna ou no pé procurar manter a parte atingida na posição horizontal evitando que a pessoa ande ou corra.
- Se a vítima tiver dificuldade de respirar executar respiração boca-boca, conforme já detalhado em hipótese específica.
- Ao conduzir a vítima para o médico, se possível leve a cobra para facilitar diagnóstico. Não existe soro universal, para cada espécie existe um soro diferente.
- Jamais faça um torniquete isto só concentra o veneno.
- Não faça cortes na região afetada, Nunca fure, esprema, sugue o local da ferida. A absorção do veneno não é absorvida assim e o risco de infecção e hemorragia só aumenta.
- Retirar anéis se o dedo for atingido, pois o edema pode tornar-se intenso e produzir garroteamento.
- Se houver a oportunidade lavar o local com bastante água corrente
- Manter, sempre que possível, a região atingida pela picada abaixo do nível do coração.
- Remover a vítima rapidamente para o local mais próximo que disponha de soro antiofídico – único tratamento eficiente para combater os males causados por serpentes venenosas.
- Nunca dar bebida alcoólica à vítima.
- Não deixar que a vítima vá caminhando em busca de atendimento médico, pois quanto mais ela se movimenta mais risco há de o veneno se espalhar pelo organismo.

OBS: os primeiros socorros são úteis e importantes até 30 minutos depois da picada, portanto, encaminhar a vítima para atendimento médico, com a maior rapidez, é fundamental.

Em acidentes provocados por escorpiões ou aranhas, o Socorrista deve SILVEIRA (2002):

- Manter a vítima no mais completo repouso, enquanto providencia e aguarda atendimento médico.
- Lavar o local afetado com água corrente.

Ao identificar a Hipótese Acidental picada de inseto o Socorrista deve SILVEIRA (2002):

- Usar uma pinça para tentar retirar o ferrão, tome cuidado pois a compressão do ferrão poderá fazer com que mais veneno penetre pelo ferimento. Se não conseguir retirar com facilidade não insista. Faça uma compressa gelada para diminuir a dor.
- Caso surja uma reação alérgica encaminhar vítima para o médico.
- Jamais fure, esprema, sugue o local da ferida. A absorção do veneno não é absorvida assim e o risco de infecção e hemorragia só aumenta.

8.3 HIPÓTESES ACIDENTAIS ENVOLVENDO OS OUVIDOS E NARIZ.

A presença de um corpo estranho no ouvido, em geral, não caracteriza um problema de urgência. Se o objeto introduzido estiver obstruindo totalmente o ouvido, a vítima sentirá um certo mal-estar por escutar menos. A ida ao médico é necessária, mas pode ser providenciada com calma SILVEIRA (2002).

8.3.1 Sinais e sintomas de hipóteses acidentais envolvendo os ouvidos e nariz.

Quando o corpo estranho no ouvido ou no nariz é um inseto, o ruído que provoca pode gerar um estado de irritabilidade ou inquietação na vítima. Nesse caso, é preciso agir rápido, para aliviá-la dessa sensação ruim SILVEIRA (2002).

8.3.2 Resposta para hipóteses acidentais envolvendo os ouvidos e o nariz.

Para retirar um inseto do ouvido o Socorrista deve SILVEIRA (2002):

- Procurar manter a vítima calma.
- Puxar a orelha da vítima para trás e dirija um fecho de luz (uma lanterna, por exemplo) para o canal auditivo. Isso serve para atrair o inseto quando ele está se movimentando.
- Caso o inseto permaneça no ouvido, pingar em torno de 3 a 5 gotas de álcool ou óleo e observar. Se o inseto não sair espontaneamente, ou facilmente não forçar sua retirada.
- Encaminhar a vítima para atendimento médico, para que possa ser realizadas a lavagem do ouvido e a conseqüente retirada do inseto se necessário.

Para retirar corpos estranhos do ouvido o Socorrista deve SILVEIRA (2002):

- Procurar manter a vítima calma.
- Inclinar a cabeça da vítima para baixo e para o lado do ouvido atingido.
- Com o punho, ou ela ou Socorrista devem dar leves toques na cabeça, no lado do ouvido afetado pelo corpo estranho. Se o corpo estranho não sair espontaneamente, ou facilmente não forçar sua retirada.
- Não tente retirar o corpo estranho do ouvido com cotonete, pinça ou outro instrumento qualquer, pois há o risco de empurrá-lo ainda mais para dentro, o que pode afetar o tímpano e provocar até surdez.

Para retirar corpos estranhos do nariz o Socorrista deve SILVEIRA (2002):

- Fazer com que a vítima mantenha a boca fechada.
- Comprimir a narina que está livre.
- Pedir à vítima que tente expelir o ar pela narina obstruída. Esse movimento não deve ser feito com muita força, para não ferir a cavidade nasal.
- Jamais introduza qualquer instrumento na narina atingida na tentativa de retirar o corpo estranho, pois isso pode empurrá-lo ainda mais para dentro.

- Se o corpo estranho for um inseto algumas gotas de álcool, farão com que ele morra e possa ser retirado.

8.4 HIPÓTESES ACIDENTAIS ENVOLVENDO OS OLHOS

Os olhos são extremamente delicados.

8.4.1 Sinais e sintomas de acidentes envolvendo os olhos.

Qualquer sujeirinha ou até mesmo um pequeno cisco provocam um desconforto gigantesco quando caem no olho SILVEIRA (2002).

Isso porque a sensibilidade da córnea é igualmente imensa-mais que cinco vezes a da palma da mão, porém da mesma forma que a córnea é sensível ela também é delicada e se risca facilmente comprometendo a visão.

Traumas oculares: Como qualquer outra região do corpo, o olho pode ficar roxo quando leva uma pancada.

8.4.2 Resposta Acidentes Envolvendo os Olhos.

O que se deve fazer com corpos estranhos nos olhos SILVEIRA (2002):

- Lavar os olhos com água corrente ou soro fisiológico.
- Procurar um oftalmologista – mesmo que seja um simples cisco. Afinal, só o especialista poderá retirá-lo com segurança, se a sujeira resistiu até a lavagem.
- Até chegar ao médico mantenha os olhos protegidos, cubra-os com gaze ou pano limpo. Mesmo que somente um olho tenha sido atingido cubra o outro também para evitar. Isso evitará a movimentação involuntária do olho em

emergência. Essa manobra não deve ser feita quando a vítima precisa do olho sadio para se salvar.

- Não deixar a vítima esfregar, coçar nem pressionar os olhos. Isso poderá feri-los ainda mais.
- Se corpo estranho feriu o olho não toque na região ferida. Faça um curativo para protegê-la e procure um atendimento especializado.
- No caso de pancada caso não haja nenhuma alteração na visão, coloque uma compressa com água filtrada gelada no local. Depois procure um especialista para que ele avalie se houve alguma ruptura na retina.

Ao identificar **queimaduras por temperatura no olhos** o Socorrista deve SILVEIRA (2002):

- Não abrir as pálpebras se estiverem queimadas;
- Umedecer os olhos com curativos estéreis.

Se a **queimadura for por produto químico nos olhos**, o Socorrista deve SILVEIRA (2002):

- Lavar exaustivamente os olhos com água corrente, sob baixa pressão utilizando um copo d'água ou uma seringa pelo menos 20 a 30 minutos; O ideal é fazer a lavagem com água corrente.
- Realizar a lavagem de cada olho, separadamente, virando a vítima para começar pelo canto inteiro.
- Ocluir os olhos com curativos úmidos, retirar o curativo devagar lave novamente os olhos, caso a vítima continue ou volte a sentir dor.
- Procure ocluir os dois olhos mesmo que só um tenha sido atingido, pois o outro olho tampado fará com que o atingido se movimente menos.

8.5 HIPÓTESE ACIDENTAL TONTURA, DESMAIOS E DISTÚRBIO NEUROLÓGICOS.

A **vertigem ou tontura** é a sensação de desequilíbrio ou a incapacidade de manter uma postura ereta, podendo provocar uma queda. A origem pode ter várias causas como intoxicação, pressão, traumas, mudanças bruscas de posição, tabaco, falta de dormir estresse, excesso de cafeína, diabetes, ambientes abafados, mudanças bruscas de posição, porém a mais comum das causas de tontura está na região do ouvido, mais precisamente no labirinto, um pequeno órgão que controla o equilíbrio HOSPITAL (2001).

A **labirintite** é uma alteração do labirinto, a estrutura responsável pelo equilíbrio. Existem muitos tipos de doença deste órgão, os principais sintomas são as vertigens, em que se tem a impressão que tudo gira ao redor. Elas são acompanhadas às vezes de enjôos e vômitos HOSPITAL (2001).

As causas podem ser cera ou secreção na orelha, medicamentos, alterações na circulação, excesso de cafeína e até mesmo estresse. As duas origens mais comuns, no entanto, são infecções provocadas por vírus é a chamada vertigem posicional.

A duração da crise varia de acordo com a sua origem – ela pode não passar de alguns segundos, como também pode se prolongar por dias.

Ao identificar a Hipótese Acidental **Tontura** o Socorrista deve HOSPITAL (2001):

- Procurar manter a vítima calma;
- Orientá-la para fixar os olhos em algum ponto, Isso ajudará inibir a atividade do labirinto;
- Manter a vítima em repouso e evite que ela mexa a cabeça. Colocar a vítima deitada de barriga para cima, mantendo a cabeça sem travesseiro ou outro apoio qualquer;
- Impedir que a vítima faça movimentos bruscos;
- Afrouxar roupa para que a circulação sanguínea se restabeleça;
- Procurar um posto médico. A intensidade da tontura não esta ligada a gravidade do problema

O **desmaio** é a perda repentina e breve da consciência, causado normalmente pela diminuição de sangue no cérebro. O desmaio pode ser provocado por vários

motivos, entre os quais falta de alimentação, fadiga, emoção forte, grande perda de sangue ou ainda, permanência em ambientes muito abafados. Na maioria dos casos, o problema está em um centro nervoso de controle da pressão arterial HOSPITAL (2001)..

Os sintomas do desmaio são: fraqueza, tontura, escurecimento da vista, suor frio, palidez, falta de controle muscular.

Ao identificar a Hipótese Acidental desmaio o Socorrista deve HOSPITAL (2001):

- Realizar avaliação “Exame Primário” conforme já tratado anteriormente.
- Colocar a vítima deitada de barriga para cima, com os pés ligeiramente elevados, isso irá aumentar o fluxo do sangue para o cérebro, caso não seja possível visualizar a respiração da vítima virar ela de lado;
- Manter a vítima em repouso em ambiente arejado evitando a aglomeração de pessoas;
- Tentar acordá-la conversando e tocando-a levemente, com delicadeza. Evitar movimentos bruscos;
- Nunca jogar água numa pessoa desmaiada;
- Pedir a vítima que respire profundamente por vários minutos, quando recobrar a consciência;
- Procurar manter a vítima calma Chame resgate, procure um posto médico, mesmo que ela tenha recobrado a consciência;
- Nunca deixe uma pessoa que acabou de se recuperar de um desmaio levantar-se ou andar de súbito, pois o esforço despendido nessas tentativas poderá causar novo desmaio.

Quando uma artéria do cérebro se rompe ou fica bloqueada, aquela região cerebral deixa de receber oxigênio e os neurônios que ficam ali morrem, este quadro é conhecido como Acidente Vascular Cerebral (AVC). As consequências variam conforme a área do sistema nervoso afetado. Felizmente em alguns casos é possível reverter o quadro sem seqüelas PETROLEO (2007).

Os sinais comuns são a perda ou diminuição da consciência formigamento ou fraqueza de um lado do corpo, desequilíbrio, falta de coordenação motora, dificuldade na fala visão dupla e dor de cabeça intensa súbita.

Corra imediatamente para o pronto socorro. Quanto antes a pessoa for atendida maiores as chances de reverter o quadro.

Ataque epilético é uma desorganização na atividade elétrica do cérebro. Os neurônios passam a transmitir informações desordenadas uns para os outros provocando uma espécie de curto-circuito. Pode durar de apenas alguns segundos até horas. Qualquer um pode sofrer um ataque epilético mesmo que não sofra de epilepsia. Nos sintomas comuns há uma crise a pessoa cai no chão e se debate com movimentos desordenados, podendo inclusive urinar e defecar. O corpo fica rígido e os músculos tremem, geralmente ocorre também perda de consciência HOSPITAL (2007).

O que Socorrista deve fazer HOSPITAL (2007):

- procurar deixar a pessoa deitada de lado, isso evitará o sufocamento. Se não for possível, apenas deixe-a deitada;
- Retirar todos os objetos de perto para que ela não se machuque ao se debater;
- Afrouxar fivelas de cinto, botões e gravatas;
- não colocar objetos na boca da vítima nem tentar puxar a língua para fora, a vítima poderá morder a própria língua, mas não irá engoli-la;

Deixar a vítima se debater livremente até passar a crise. Se a crise demorar mais que cinco minutos chame uma ambulância de resgate.

- Deixar vítima descansar após passada a convulsão;
- Procurar posto médico.

8.6 HIPÓTESES ACIDENTAIS POR ELETROCUSSÃO.

O choque elétrico é um estímulo rápido no corpo humano, ocasionado pela passagem da corrente elétrica. Essa corrente circulará pelo corpo onde ele tornar-se parte do circuito elétrico, onde há uma diferença de potencial suficiente para vencer a resistência elétrica oferecida pelo corpo PETROLEO (2007).

Embora tenhamos dito, no parágrafo acima, que o circuito elétrico deva apresentar uma diferença de potencial capaz de vencer a resistência elétrica oferecida pelo corpo humano, o que determina a gravidade do choque elétrico é a intensidade da corrente circulante pelo corpo.

O movimento natural dos músculos é controlado por impulsos elétricos emitidos pelo cérebro. Num choque, a corrente elétrica faz o papel de cérebro, enviando um comando de contração para a musculatura. Os músculos se contraem fazendo com que a mão feche, ficando grudada na fonte do choque PETROLEO (2007).

O caminho percorrido pela corrente elétrica no corpo humano é outro fator que determina a gravidade do choque, sendo os choques elétricos de maior gravidade aqueles em que a corrente elétrica passa pelo coração. Quando uma pessoa entra em contato direto com uma corrente elétrica a respiração e os batimentos cardíacos são afetados. Podem até parar por alguns segundos. A descarga elétrica queima tanto o tecido mais superficial como os mais profundos. E por vezes, a lesão na pele é muito menor que a dos órgãos internos. Correntes alternadas costumam ser mais perigosas porque provocam espasmos musculares, o que faz com que a vítima não consiga soltar o objeto que está energizado PETROLEO (2007).

A gravidade do caso depende ainda de vários fatores, como a frequência, a intensidade e a duração da corrente e a sua trajetória no corpo. Se ela atravessar a coluna ou o coração as lesões serão piores PETROLEO (2007).

O contato com a água no momento do choque também é um fator agravante porque a umidade diminui em muito a resistência da pele à eletricidade PETROLEO (2007).

8.6.1 Sinais e sintomas de eletrocussão

O choque elétrico pode ocasionar contrações violentas dos músculos, a fibrilação ventricular do coração, lesões térmicas e não térmicas, podendo levar a óbito como efeito indireto as quedas e batidas, etc PETROLEO (2007).

A morte por asfixia ocorrerá, se a intensidade da corrente elétrica for de valor elevado, normalmente acima de 30mA e circular por um período de tempo relativamente pequeno, normalmente por alguns minutos. Daí a necessidade de uma ação rápida, no sentido de interromper a passagem da corrente elétrica pelo corpo. A morte por asfixia advém do fato do diafragma da respiração se contrair tetanicamente, cessando assim, a respiração. Se não for aplicada a respiração artificial dentro de um intervalo de tempo inferior a três minutos, ocorrerão sérias lesões cerebrais e possível morte PETROLEO (2007).

A fibrilação ventricular do coração ocorrerá se houver intensidades de corrente da ordem de 15mA que circulem por períodos de tempo superiores a um quarto de segundo. A fibrilação ventricular é a contração disritimada do coração que, não possibilitando desta forma a circulação do sangue pelo corpo, resulta na falta de oxigênio nos tecidos do corpo e no cérebro. O coração raramente se recupera por si só da fibrilação ventricular. No entanto, se aplicarmos um desfibrilador, a fibrilação pode ser interrompida e o ritmo normal do coração pode ser restabelecido. Não possuindo tal aparelho, a aplicação da massagem cardíaca permitirá que o sangue circule pelo corpo, dando tempo para que se providencie o desfibrilador, na ausência do desfibrilador deve ser aplicada a técnica de massagem cardíaca até que a vítima receba socorro especializado PETROLEO (2007).

Além da ocorrência destes efeitos, podemos ter queimaduras tanto superficiais, na pele, como profundas, inclusive nos órgãos internos.

Por último, o choque elétrico poderá causar simples contrações musculares que, muito embora não acarretem de uma forma direta lesões fatais ou não, como vimos nos parágrafos anteriores, poderão originá-las, contudo, de uma maneira indireta: a contração do músculo poderá levar a pessoa a, involuntariamente, chocar-se com alguma superfície, sofrendo, assim, contusões, ou mesmo, uma queda, quando a vítima estiver em local elevado, Uma grande parcela dos acidentes por choque elétrico conduz a lesões provenientes de batidas e quedas.

A cada dia que passa, são mais máquinas, aparelhos e equipamentos elétricos a nos cercar. Por isso as ocorrências de choques elétricos se tornam mais frequentes. Em casos de alta voltagem, os choques podem ser fortes e provocar queimaduras graves, às vezes levando até à morte. Aqueles causados por correntes elétricas residenciais, apesar de apresentarem riscos menores, também merecem atenção e cuidado PETROLEO (2001)..

Em um acidente que envolva eletricidade, a rapidez no atendimento é fundamental. A vítima de choque elétrico às vezes apresenta no corpo queimaduras nos lugares percorridos pela corrente elétrica. Além disso, pode sofrer arritmias cardíacas se a corrente elétrica passar pelo coração PETROLEO (2001).

Muitas vezes a pessoa que leva um choque fica presa à corrente elétrica e isso pode ser fatal. Se o Socorrista tocar na pessoa, a corrente irá atingi-lo também. Por isso, antes de tudo, é necessário desligar o aparelho, tirando o fio da tomada, ou mesmo desligar a chave geral PETROLEO (2001)..

Agitação ou perda de consciência, amnésia, cefaléia, problemas motores ou sensoriais e convulsões. Arritmias cardíacas, infarto, fraturas, distensões musculares, trombozes, hemorragia e insuficiência pulmonar. Nos cinco dias após o acidente podem surgir outros sintomas, como dores musculares e infecções PETROLEO (2001).

8.6.2 Ação de resposta eletrocussão

A vítima com parada cardíaca na verdade é uma politraumatizada e deve ter seu atendimento conforme os procedimentos descritos anteriormente a iniciar pelo “Exame Primário” a única diferença é no cuidado que se deve ter de desligar a fonte de energia antes de iniciar a resposta PETROLEO (2007):

- Não deixar que ninguém se aproxime da vítima, nem tente ajudá-la antes de a corrente elétrica ser desligada (a distância mínima a ser mantida é de quatro metros); só depois disso é que deverá prestar socorro. As correntes de alta tensão se localizam, por exemplo, nos cabos elétricos que vemos nas ruas. E quando esses cabos provocam algum choque, só a central elétrica pode

desliga-los. Nesses casos, procura-se um telefone para chamar a central elétrica, os bombeiros ou a polícia. Neste chamado é importante indicar o local exato onde aconteceu o acidente.

- Só tocar na vítima, quando tiver certeza que a fonte de eletricidade foi cortada. Se isto não for possível afasta-se a vítima com um objeto isolante; esta manobra de preferência deve ser executada sobre uma superfície isolante borracha, por exemplo.
- Fazer Exame Primário como descrito anteriormente.
- Tratar cada um das lesões que encontrar conforme especificado nas hipóteses acidentais específicas já descritas ao longo deste documento.

8.7 HIPÓTESES ACIDENTAL AFOGAMENTO

Afogar-se não é um risco apenas para quem não sabe nadar. Muitas vezes até um bom nadador se vê em apuros por algum imprevisto: uma câimbra, um mau jeito, uma onda mais forte. Também inundações e enchentes provocadas por tempestades podem fazer vítimas de afogamento COPASS (1996).

Ninguém deve se atirar na água ao primeiro grito de socorro que ouvir. O salvamento de pessoas que se afogam deve ser feito por pessoas treinadas. Portanto, se você presenciar uma cena de afogamento, a primeira providência é pedir ajuda aos guarda-vidas ou mesmo ao Corpo de Bombeiros COPASS (1996).

Se você souber nadar bem e julgar que tem condições de socorrer a vítima, aí vão alguns conselhos úteis, anteriores ao salvamento propriamente dito COPASS (1996):

Observe o estado da vítima (ela está imóvel ou se debate?) e da água (está muito agitada, tem correnteza?)

Existem materiais que ajudam a retirar a vítima da água, dependendo do estado em que ela se encontre (aqueles nos quais ela pode se agarrar, como remos e cordas; e os que lhe permitem flutuar até a chegada do salvamento, como bóias e pranchas)

O ideal é que o salvamento seja feito por dois Socorristas: enquanto uma conversa com a vítima, tentando acalmá-la, o outro se aproxima por trás e lhe dá apoio ou a segura, ajudando a retirá-la da água. Esse procedimento evita que o afogado se agarre a um único Socorrista, tornando difícil e perigoso o salvamento.

Após retirar a vítima da água, é necessário COPASS (1996):

- Posicioná-la deitada de costas, paralelamente ao mar, de modo que a cabeça fique alinhada com o tórax.
- Verificar o ABC da vida, ou seja, avaliar as vias Aéreas, a Boa respiração e a Circulação.
- Iniciar a reanimação cardiopulmonar – RCP -, no caso de a vítima estar em parada cardio-respiratória – PCR.
- Não tentar retirar água dos pulmões ou do estômago da vítima, tampouco provocar vômito. Se isso ocorrer de forma natural, colocar a vítima de lado para que ela não aspire o vômito para os pulmões.
- Manter a vítima aquecida e encaminhá-la para avaliação médica.

8.8 TRANSPORTE DE VÍTIMAS ACIDENTADAS

A vítima de um acidente pode ter seu estado agravado se não forem tomados cuidados mínimos e essenciais em seu transporte até o posto médico. Por isso a primeira orientação para o Socorrista é a de não mover a vítima, nem deixá-la se mover a não ser que sua vida esteja ameaçada por um perigo ainda maior. A maca é a melhor maneira de transportar uma vítima. As organizações devem providenciar e manter disponíveis macas em pontos estratégicos para facilitar a remoção das vítimas PETROLEO (2007).

Se houver suspeita de fratura na coluna, a vítima necessariamente deverá ser transportada de maca. Em muitos casos pode ser necessária antes imobilização para proteger a coluna ou outro membro lesado ou com probabilidade de lesão PETROLEO (2007).

8.9 URGÊNCIA COLETIVA

Acidentes em locais onde há aglomeração de pessoas costumam envolver um grande número de vítimas e nesses casos, geralmente, o atendimento é muito confuso. Ao se deparar com uma urgência coletiva, o Socorrista deve tomar as seguintes medidas, antes de chamar o atendimento especializado PETROLEO (2007).:

- providenciar comunicação imediata com os serviços de saúde, defesa civil, bombeiros e polícia.
- isolar o local, para proteger vítimas e demais Socorristas.
- determinar locais diferentes para a chegada dos recursos e saída das vítimas retirar as vítimas que estejam em local instável.
- determinar as prioridades de atendimento, fazendo uma triagem rápida das vítimas para que as mais graves possam ser removidas primeiro.
- providenciar o transporte de forma adequada para não complicar as lesões.