

Estado do Rio de Janeiro
Câmara Municipal de Vassouras

Projeto de Lei nº

Institui o Manual de Primeiros Socorros nas Unidades da Rede Municipal de Ensino e dá outras providências.

LEI:

Art. 1º. Fica instituído o "Manual de Primeiros Socorros das unidades da Rede Municipal de Ensino" (Anexo I), bem como o "Manual de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar" (Anexo II), para aplicação por equipes especialmente treinadas, nos termos desta lei.

Parágrafo único. Considera-se cumprida a exigência do caput deste artigo pela presença, durante todo o período de atividades da unidade escolar, de um único servidor ou empregado com a qualificação exigida.

Art. 2º. A designação das equipes a serem treinadas em primeiros socorros far-se-á por critério exclusivo da direção de cada escola, respeitada a obrigatoriedade de cobertura integral do horário de atividades escolares.

Art. 3º. Os procedimentos administrativos e de fiscalização decorrentes da aplicação desta lei serão estabelecidos em regulamento.

Art. 4º. Para a consecução dos objetivos desta lei, fica autorizada a formalização de parcerias entre o Município e entidades governamentais e não governamentais, voltadas exclusivamente ao treinamento e capacitação de pessoal.

Art. 5º. Esta lei entra em vigor a partir de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JUSTIFICATIVA

O Poder Executivo oferecer capacitação de curso de primeiros socorros significa dar maior segurança ao corpo docente e discente em casos de necessidades de eventuais acidentes que possam ocorrer no âmbito escolar.


Sandro Alex de Medeiros Motta
Vereador



Estado do Rio de Janeiro
Câmara Municipal de Vassouras

ANEXO I

***MANUAL DE PRIMEIROS
SOCORROS NAS ESCOLAS***

ÍNDICE

- 01 – Introdução**
- 02 – Algumas noções de socorristismo**
- 03 – Algumas situações que requerem socorro:**
 - 03.01 – Epilepsia, pequeno e grande mal**
 - 03.02 - Transtorno delirante**
 - 03.03 – Desmaio**
 - 03.04 – Hemorragias**
 - 03.05 – Feridas**
 - 03.06 – Entorse**
 - 03.07 – Corpos Estranhos**
 - 03.08 – Fraturas**
 - 03.09 – Suporte Básico e Vida**

01 - INTRODUÇÃO

Os primeiros socorros são a primeira ajuda ou assistência dada a uma vítima de acidente ou doença súbita antes da chegada de uma ambulância ou médico.

A finalidade dos primeiros socorros é:

Preservar a Vida;

Evitar o agravamento do estado da vítima;

Promover o seu restabelecimento.

É da responsabilidade do socorrista:

Avaliar a situação;

Identificar a doença;

Prestar socorro;

Providenciar transporte.

02 - ALGUMAS NOÇÕES DE SOCORRISMO

02.01 – Avaliação do Pulso Periférico

PULSO CAROTIDEO – Com dois dedos (indicador e médio) sobre a artéria situada no pescoço entre a traquéia e o músculo esternocleidomastóideo (fig.1):

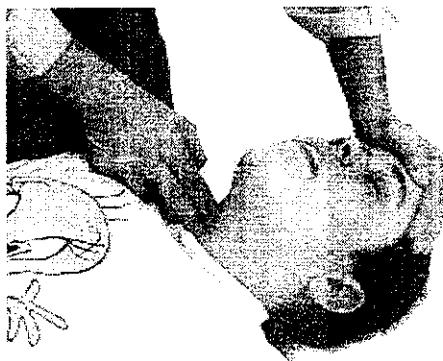


Fig. 1

PULSO RADIAL – Com dois dedos (indicar e médio) sobre a artéria radial situada na face interna do antebraço entre o rádio e os primeiros tendões (fig.2):

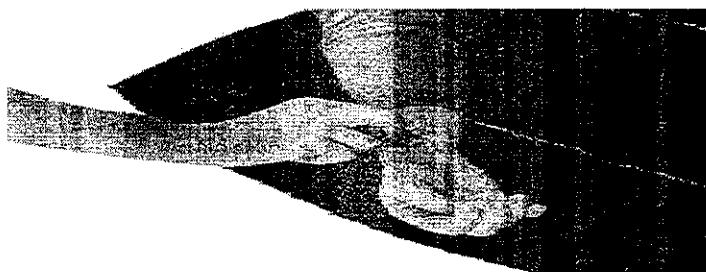


Fig. 2

02.02 – Avaliação da CAIXA TORÁCICA

Ver os movimentos da caixa torácica e ouvir os sons.

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

- 1 – Com a pessoa deitada, colocar a cabeça para trás e de lado, para impedir a queda da língua e a sufocação por sangue, vômitos ou secreções;
- 2 – Por o braço de lado para onde virou a cabeça ao longo do corpo;
- 3 – Fletir a coxa do outro lado; (fig. 3)



- 4 – Rodar lentamente o bloco cabeça, pescoço e tronco (fig. 4)



Fig. 4

- 5 – Manter a posição da cabeça para trás e para o lado, mantendo a boca aberta.

EPILEPSIA, PEQUENO E GRANDE MAL EPILEPTICO

Epilepsia é a situação que resulta de uma tendência para breves interrupções na atividade elétrica do cérebro, que provocam desde a perda momentânea da atenção (pequeno mal epiléptico) a espasmos musculares e convulsões (grande mal epiléptico).

GRANDE MAL EPILEPTICO

Características:

A vítima perde a consciência e cai; fica rígida podendo parar de respirar por segundos; fica cionasada; os músculos relaxam de depois começam as convulsões; a respiração torna-se ruidosa e difícil e pode surgir espuma na boca; os músculos volta a relaxar e o ataque passe embora a vítima possa manter-se inconsciente por alguns minutos.

Socorro:

Proteger a vítima;

Não restringir os movimentos à força;

Afastar todos os objetos em redor (fig.5);

Não deslocar a vítima;

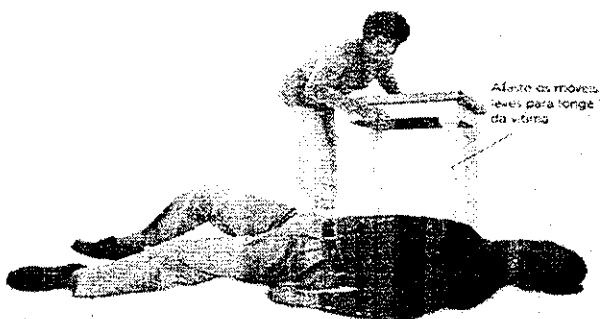
Não dar nada de beber à vítima;

Evitar a queda da língua colocando uma caneta atravessada na boca;

Colocar em PLS quando as convulsões pararem;

Manter acompanhamento até a recuperação completa; Encaminhar a vítima ao hospital

Fig 5



PEQUENO MAL EPILÉPTICO

Características:

A vítima pode ter um olhar alheado ou sonhador; poderão surgir comportamentos estranhos como: mastigar ou apertar os lábios ou dizer frases sem sentido; a vítima poderá ter falhas de memória.

Socorro:

Proteger a vítima de perigos;

Afastá-la de curiosos;

Acompanhá-la até estar completamente recuperada (fig. 6);

Aconselhá-la a procurar um médico

Fig. 6



SÍNDROME CONVENSIVA OU DISTÚRBIO NEURO-VEGETATIVO

É normalmente causada por reação exagerada a uma contrariedade emocional.

Características:

Perda de controle momentâneo do comportamento acompanhada de gritos, berros, choro e movimentos violentos dos membros; pode surgir respiração ofegante.

Socorro:

Acalme a vítima evitando mostrar compaixão e gentilmente mas firmemente acompanhe-a a um lugar mais calmo (fig. 7);

Fique junto da vítima em observação até à total recuperação;

Aconselhe a vítima a procurar um médico; não restringir os movimentos da vítima à força nem a esbofeteie, porque pode aumentar a violência da vítima e não acalmá-la;



Fig. 7

SENSAÇÃO DE DESMAIO OU DESMAIO

SENSAÇÃO DE DESMAIO

Características:

Palidez; suores frios; falta de forças; pulso fraco.

Socorro:

Sentar a vítima;

Colocar a cabeça entre as pernas;

Molhar a testa com água fria;

Dar água açucarada ou chá;

Manter-se próximo da vítima até estar recuperada.

DESMAIO

Socorro, se a vítima estiver desmaiada:

Deitar a vítima com a cabeça de lado e mais baixa do que as pernas (fig.8);

Desapertar-lhe as roupas;

Mantê-la aquecida;

Logo que esta recupere, dar água açucarada ou chá;

Encaminhá-la ao médico.



HEMORRAGIAS

Grande perda de sangue devido a ruptura de vasos sanguíneos.

Características:

Extravasamento de sangue visível; dor localizada; sensação de edema.

Socorro:

Deitar a vítima;

Elevar o membro (fig. 9);

Aplicar sobre a ferida, um pano limpo, seco e sem pelos ou lenço de papel;

Se o pano ficar ensopado de sangue: colocar um outro por cima, sem retirar o primeiro;

Fazer compressão até a hemorragia parar;

Se esta parar, colocar um curativo compressivo sobre a ferida e envolver com compressa (fig. 10);

Acionar 192 (SAMU)



Fig. 9



Fig. 10

EPISTAXE

Perda de sangue pelo nariz.

Socorro:

Colocar a vítima com a cabeça direita no alinhamento do corpo;

Fazer compressão com os dedos polegar e indicador, em pinça, até a hemorragia cessar (fig. 11);

Aplicar gelo no nariz;

Aplicar algo frio na nuca e trazer para o exterior;

Caso a hemorragia não pare, acionar o 192 (SAMU) ou encaminhar a vítima para o serviço de urgência e emergência.



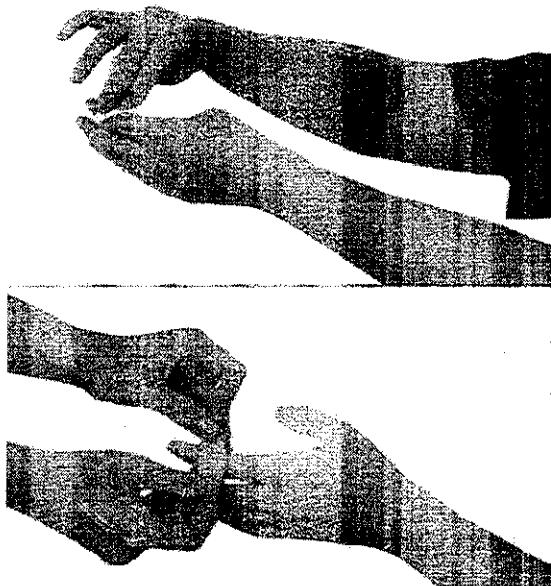
Fig. 11

FERIDAS

Superficiais:

- Acalmar a pessoa falando com ela;
- Expor a zona da ferida para se poder observar cuidadosamente (retirar anéis, fios ou ornamentos);
- Lavar bem as mãos;
- Lavar bem a ferida com água e sabão;
- Desinfetar com solução anti-séptica (fig. 12).
- Não retirar objetos encravados que se encontrem na ferida;
- Encaminhar para o Pronto Atendimento ou Serviços de Urgência e Emergência

Fig. 12



FERIMENTO NOS OLHOS

Tapar os dois olhos ou um só com compressas e encaminhar para o Serviço de Urgência e Emergência. (fig. 13)

O que não fazer:

Falar;

Tossir;

Espirrar;

Fumar;

Soprar no ferimento;

Mexer diretamente no ferimento.

Fig.



ENTORSE

Conceito:

Torção dos ligamentos que reforçam o sistema osteo, provocado por um repuxamento violento ou movimento forçado a esse nível.

Características:

Dor forte no momento do acidente, que aumenta com o movimento; edema (inchaço) na região articular; hematoma em alguns casos.

Socorro:

Instalar a pessoa em posição confortável;

Aplicar gelo/água fria no local (cuidados na aplicação do gelo) – movimentos circulares – (fig. 14)

Evitar a movimentação da articulação lesionada (imobilizar com faixa se tiver no local);

Posteriormente, encaminhar a vítima ao Serviço de Urgência e Emergência.



Fig. 14

CORPOS ESTRANHOS

São corpos que penetram no organismo através de um qualquer orifício ou após uma lesão de causa variável.

Socorro:

Olhos:

Abrir as pálpebras com muito cuidado;

Deixar correr água sobre o olho no sentido do nariz para o canto externo (repetir);

Encaminhar a vítima ao Serviço de Urgência e Emergência

Ouvido:

Enviar a vítima ao hospital.

Nariz:

Pedir para assoar com força, comprimindo a narina contrária.

Garganta:

Tossir;

Dar uma pancada nas costas;

Manobra de HEIMLICH (fig. 15 e 16)

VÍTIMA CONSCIENTE:



Fig. 15

VÍTIMA INCONSCIENTE:



Fig. 16

FRATURAS

Características:

Palidez; pele fria e úmida; dor local; dormência do membro lesado; perda de força e incapacidade de mexer o membro lesado.

Estar atendo a: inchaço; equimoses; desalinhamento da extremidade do membro afetado.

Socorro:

Deixar que a vítima segure o membro na posição mais confortável (fig.17);

Ajude-a sentar ou deitar como esta preferir;

Se membro superior, colocar tipóia (fig. 18).



Fig. 17



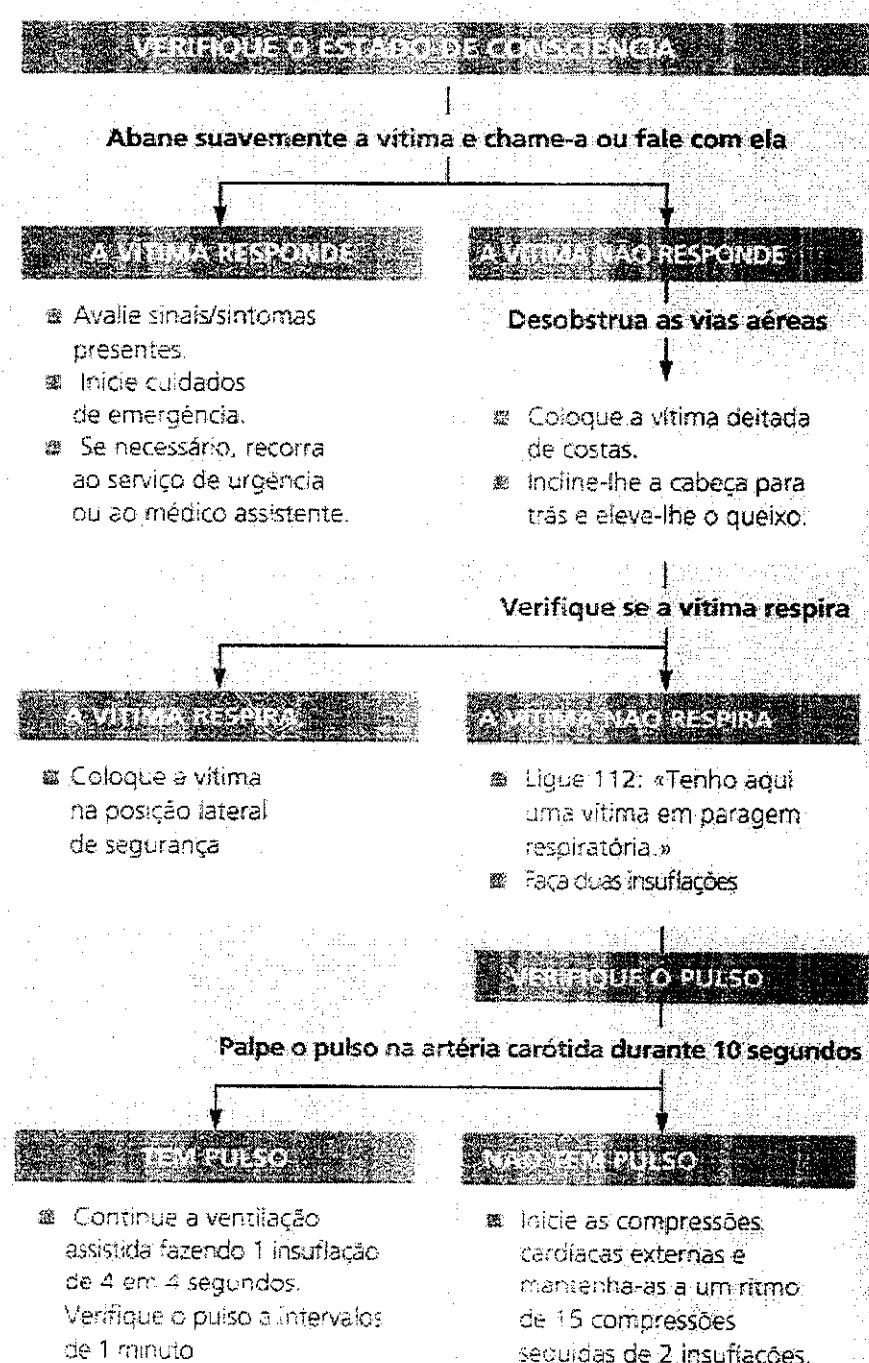
Fig. 18

BACIA

Colocar peça de roupa debaixo do tronco e membros superiores, sem mover a bacia;
Não dar de beber ou comer;
não mover a vítima;
chamar a ambulância

SUPORTE BÁSICO E VIDA – SBV
(Fig. 19)

CADEIA DA VIDA
VÍTIMA ADULTA ENCONTRADA CAÍDA NO CHÃO



ANEXO II

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Fonte: Site "Cooperativa do Fitness"

Protocolo Internacional de Atendimento Pré-Hospitalar

Para qualquer assunto que você queira estudar, sempre haverá um livro, artigo ou apostila. Em primeiros socorros também há, só que não dá tempo para recorrer a eles !

URGÊNCIA – situação onde não há risco à vida.

EMERGÊNCIA – situação onde há risco à vida.

SOCORRO BÁSICO – são os procedimentos não invasivos.

SOCORRO AVANÇADO – são os procedimentos invasivos.

01 - Aspectos Legais de Socorrista

OMISSÃO DE SOCORRO (Art. 135 do Código Penal).

Todo cidadão é obrigado a prestar auxílio a quem esteja necessitando, tendo três formas para fazê-lo: atender, auxiliar quem esteja atendendo ou solicitar auxílio.

Exceções da lei (em relação a atender ou auxiliar) : menores de 16 anos, maiores de 65, gestantes a partir do terceiro mês, deficientes visuais, mentais e físicos (incapacitados).

Telefones de emergência:

Bombeiros: 192

SAMU : 193

PM : 190

“A principal causa-morte Pré-Hospitalar é a falta de atendimento. A segunda é o socorro inadequado.”

02 - Etapas Básicas do Socorrista

Toda vez que um socorrista realizar um atendimento, ele levará em consideração dois fatores iniciais:

1. Está consciente ou não? Vítima consciente já demonstra estar viva.
2. É evento clínico ou traumático? Em princípio, os eventos clínicos nos permitem maior liberdade de manipulação das vítimas.

Análise da cena

Cuidados com a segurança do profissional (prioridade)

Observação

Sinalização

Análise da cena – Abordagem da vítima

Verificação da responsabilidade – pode ser realizada a distância. Procuramos perceber as manifestações da vítima.

Checagem dos sinais vitais – só pode ser realizada em contato com a vítima.

Abordagem da vítima

Se for na maca, colocamos ambas as mãos nos ombros da vítima e falamos com ela. Se for no chão, apoiamos um joelho e colocamos ambas as mãos nos ombros da vítima.

Sinais – são os indicativos que obtemos sem auxílio da vítima.

Sintomas – são os indicativos que obtemos com auxílio da vítima.

03 - Sinais Vitais – Formas e Checagem: “VER / OUVIR / SENTIR”

Respiração – geralmente usa-se o dorso da mão para sentir.

Pulso – carotídeo (em adultos e crianças) / braquial (em bebês).

Pressão arterial – precisa-se de instrumento específico

Temperatura – precisa-se de instrumento específico

Checando respiração: Em lactentes não fazemos hiperextensão cervical

04 - Sinais de Apoio

São os que fornecem mais informações sobre o estado da vítima. Não são prioritários, mas são válidos para mais informações:

Cor e umidade da pele – pode indicar problemas circulatórios e hipotermia. São avaliados pela observação e toque na vítima. Independem do estado de consciência.

Motilidade – avaliamos lesões musculares e déficit neurológico. Avaliamos pela observação e solicitando ações à vítima. Só pode ser avaliada nas pessoas conscientes.

Sensibilidade – idem ao anterior e mais a hipotermia.

Fotorreatividade pupilar (pupilas dilatadas chamam-se midríase e contraídas chamam-se miose) – o problema não é a posição final da pupila e sim a ausência de sua reatividade. Midríase paralítica pode ser indicativo de hipóxia cerebral, edema intracraniano, hipovolemia, TCE. Miose pode indicar envenenamento, intoxicação. A presença de midríase e miose juntas, geralmente indica edema intracraniano por TCE, sendo que o edema nesses casos localiza-se do lado da midríase. Utiliza-se uma lanterna clínica para avaliação e independe do estado de consciência da vítima.

Observação:

Se a vítima apresentar duas midrías ou duas mioses, chamamos de “pupilas isocóricas” ou estando em “isocoria”. Se apresentar midríase e miose ao mesmo tempo, chamamos de “anisocóricas”, ou estando em “anisocoria”.

enchimento capilar – pelo tempo decorrido, estimamos a perfusão sanguínea ou se houve alguma lesão traumática naquele segmento, que retarda a irrigação. Essa lesão também pode ser vascular. A avaliação depende da luminosidade do ambiente, mas independe do estado de consciência da vítima.

Comprimindo a unha e Observando o enchimento.

Observação

O tempo ideal desse teste é o que levamos para dizer “enchimento capilar” após soltarmos a compressão na unha.

05 - ROTEIRO DE PRIORIDADES NO ATENDIMENTO

A - ABERTURA DAS VIAS AÉREAS COM CONTROLE CERVICAL

B - BOA VENTILAÇÃO

C - CONTROLE HEMODINÂMICO (CIRCULAÇÃO / CONTROLE DAS HEMORRAGIAS)

D - DÉFICIT NEUROLÓGICO

E - EXPOSIÇÃO COMPLETA DA VÍTIMA E CONTROLE TÉRMICO

TODA VÍTIMA DE TRAUMA POSSUI LESÃO CERVICAL ATÉ PROVAR O CONTRÁRIO!

ESTADO DE UMA VÍTIMA É INVERSAMENTE PROPORCIONAL AO NÚMERO DE INFORMAÇÕES OBTIDAS PELO SOCORRISTA!

NÃO SE ADMINISTRA NADA VIA ORAL PARA VÍTIMAS INCONSCIENTES!

“A” - (Hiperextensão cervical)

É a manobra mais utilizada, pois a maior causadora de obstrução das vias aéreas superiores é a queda da língua.

Em lactentes não fazemos hiperextensão cervical para abrir as vias aéreas e nem para checar a respiração. A manobra nesses casos chama-se “retificação cervical”.

Cabeça na posição retificada (Mostrando a queda da língua)

Cabeça em hiperextensão (Mostrando a língua elevada)

Empuxo mandibular (Repare na posição do polegar e indicador)

Lateralização da vítima (Serve para liberar as vias aéreas e exame físico)

Manobra de Heimlich

Também conhecida como “compressões abdominais”. Destinada às obstruções causadas por corpos estranhos sólidos. Em crianças e adultos é realizada no epigástrico. Em gestantes e lactentes, essa manobra é realizada no tórax, sobre o esterno, sendo entre os seios na gestante e na linha mamilar com os dedos indicador e médio nos lactentes.

Estabilização cervical

O colar cervical não dispensa a estabilização manual.

“B”

Ventilação boca-a-boca (Pode ser boca-nariz, em lactentes é boca-a-boca/nariz.)

Ventilação boca-máscara (Duas mãos fixando a máscara)

Ventilação ambú-máscara (Duas mãos fixando a máscara)

Ventilação ambú-tubo (Em lactente)

“C” Massagem cardíaca externa

Em crianças e adultos é realizada sobre o terço inferior do esterno, utilizando-se ambas as mãos apoiando apenas a região tenar e com os cotovelos estendidos. Em lactentes, essa manobra é realizada com os dedos médio e anelar sobre o esterno, abaixo da linha mamilar. Nas gestantes, a execução é como nos adultos, porém é importante a tração do útero gravídico para a esquerda, objetivando a descompressão da veia cava inferior.

Pode ser feito a Massagem cardíaca sobre a maca ou a Massagem cardíaca no chão.

Controle das hemorragias

Geralmente é realizado com a compressão de gaze sobre o local da hemorragia. Mas também pode ser necessária a aplicação de um garrote ou torniquete, dependendo do local da hemorragia e do volume de sangue.

Pode ser Compressivo apropriado e Compressivo improvisado

“D”

Não se administra nada via oral para pessoas inconscientes pelo risco da broncoaspiração.

“E” - Exame físico da vítima

Objetivando procurar lesões e hemorragias. O exame físico será interrompido se for encontrada: PR / PCR / hemorragia significante / fratura bi-lateral de fêmur e/ou de quadril.

- Roteiro do exame físico – vítima em decúbito dorsal. cabeça / pescoço / tórax / abdômen / quadril / genitália / membros inferiores / membros superiores / coluna vertebral / nuca.

Sempre que o profissional desconfiar que há uma lesão, procederá como se houvesse.

Controle térmico

Manter a vítima aquecida é uma das preocupações no atendimento em via pública ou em qualquer lugar onde possa ocorrer queda de temperatura corporal.

PRIORIDADE ABSOLUTA (CHAMADO DE A B C DA VIDA)

A - ABERTURA DAS VIAS AÉREAS COM CONTROLE CERVICAL

B - BOA VENTILAÇÃO

C - CIRCULAÇÃO E CONTROLE DAS HEMORRAGIAS

Em princípio, as letras “D” e “E” não são prioridades no primeiro atendimento.

Avaliação Primária

Responsividade

Sinais Vitais

A / B / C

Atenção!

A Avaliação Primária só será interrompida se ocorrer ou for verificada:

obstrução das vias aéreas / parada respiratória / parada cardio-respiratória / grandes hemorragias / fratura bi-lateral de fêmur.

Avaliação Secundária

Sinais de Apoio

Exame físico

06 - REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)

PARADA RESPIRATÓRIA (P.R.) - INTERRUPÇÃO BRUSCA DA FUNÇÃO PULMONAR

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (P.C.R.) - SUSPENSÃO IMEDIATA DAS FUNÇÕES PULMONAR E CARDÍACA

IMPORTANTE

NÃO HÁ PARADA SOMENTE CARDÍACA, POIS ESSA SITUAÇÃO É IMPOSSÍVEL DE OCORRER. PARANDO O CORAÇÃO, IMEDIATAMENTE OCORRERÁ PARADA DA FUNÇÃO PULMONAR, OU SEJA, PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA.

Em adultos (de 8 anos em diante)

1 ou 2 executantes – preferencialmente com 1.

2 ventilações X 30 massagens cardíacas

Em crianças (de 1 até 8 anos)

1 executante 2 ventilações X 30 massagens cardíacas

2 executantes 2 ventilações X 15 massagens cardíacas

CHECAGEM DA RESPIRAÇÃO (QUALQUER VÍTIMA) - VIAS AÉREAS

CHECAGEM DO PULSO (VÍTIMA INFANTIL E ADULTA) - NO CAROTÍDEO

INICIA-SE A MANOBRA DE RCP SEMPRE PELA INSUFLAÇÃO!!

RCP em crianças e adultos

1. Checando a respiração - Realizando hiperextensão cervical
2. A checagem da respiração inicialmente é realizada sem a hiperextensão. Caso não seja constatado movimento ventilatório, fazemos a hiperextensão da cabeça para verificar se a ausência da respiração é devida à queda da língua no oro-faringe.
3. Ventilando - Preferencialmente boca-a-boca, mas pode ser boca-nariz.

4. checando o pulso - Carotídeo (com os dedos indicador e médio).
5. massageando - No terço inferior do esterno, apoiando a região tenar.

Em lactentes (de 0 até 1 ano)

1 executante

2 ventilações X 30 massagens cardíacas

RCP em lactentes

- 1 – checando a responsividade (Tocando o bebê)
- 2 – checando a respiração (sem hiperextensão)
- 3 – insuflando - boca-a-boca/nariz (sem hiperextensão)
- 4 – checando o pulso(Braquial)
- 5 – massageando (Dois dedos na linha mamilar)
- 6 – ventilando e massageando

checagem da respiração (em qualquer vítima) . vias aéreas

checagem do pulso (em crianças e adultos) . carotídeo

checagem do pulso (em bebês) . braquial

Iniciamos a manobra de RCP sempre pelas ventilações!!

OBSERVAÇÃO

1 - A Associação Americana do Coração preconiza que a RCP seja realizada por apenas uma pessoa, até a exaustão, para somente então ser realizada a troca do executante, por motivo de sincronia! Exceção para os casos onde os executantes estejam acostumados a fazerem juntos.

2 - O centro respiratório, localizado no bulbo raquídeo é constituído por duas partes: o apnêustico, estimulado pelo CO₂ e o pneumotáxico, estimulado pelo O₂. Portanto, o alto percentual de CO₂ insuflado nas ventilações da RCP, no ato do socorro básico é essencial.

COMPLICAÇÕES NA RCP

(PODEM OCORRER MAS NÃO SÃO INDICATIVOS OBRIGATÓRIOS DE INTERRUPÇÃO DA RCP)

FRATURAS DE COSTELAS - EM PRINCÍPIO CONTINUAMOS.

FRATURAS DE ESTERNO - TORNA-SE CONTRA-INDICAÇÃO.

LUXAÇÃO COSTO-ESTERNAL - EM PRINCÍPIO CONTINUAMOS.

PERFURAÇÃO DE VÍSCERAS - (CORAÇÃO / PULMÕES / AORTA / DIAFRAGMA / ETC...) - DEPENDE DE EXAMES COMPLEMENTARES PARA QUE HAJA CONFIRMAÇÃO DA LESÃO.

CONTRA-INDICAÇÕES DA RCP

São as situações que, quando encontradas, já são indicativos para a não realização do procedimento de RCP. Porém, em certos casos, a decisão de continuar ou não ficará a critério do socorrista.

PCR POR TRAUMA DE TÓRAX

VÍTIMAS COM DOENÇAS EM ESTÁGIO TERMINAL

VÍTIMAS COM MAIS DE 75 ANOS

PCR OCORRIDA A MAIS DE 15 MINUTOS

SURGIMENTO DE RIGIDEZ CADAVÉRICA

ATENÇÃO

NA ABORDAGEM DA VÍTIMA, CHECAMOS PRIMEIRO A RESPIRAÇÃO.

EM CASO DE AUSÊNCIA, REALIZAMOS DUAS INSUFLAÇÕES.

SÓ ENTÃO CHECAMOS O PULSO. SE AUSENTE TAMBÉM, COMBINAMOS COM MASSAGENS CARDÍACAS!

POSSIBILIDADES DE RECUPERAÇÃO

Quanto mais rápido a vítima for atendida é aumentada a sua chance de recuperação e sobrevida.

1' = 98% de chance 5' = 25% de chance 10' = 1% de chance

07 - HEMORRAGIAS

DEFINIÇÃO:

Perda aguda de sangue. /em geral, todas as hemorragias devem ser contidas.

CLASSIFICAÇÃO:

- H. VENOSAS – sangramento mais escuro, que sai escorrendo.
- H. ARTERIAIS – sangramento de cor viva (rutilante), que sai em jatos.
- H. EXTERNAS – são aquelas com origem na superfície corporal.
- H. INTERNAS – são aquelas que não ocorrem na superfície corporal.

AS HEMORRAGIAS INTERNAS:

Podem ser divididas em EXTERIORIZADAS ou NÃO EXTERIORIZADAS. São EXTERIORIZADAS quando o sangramento apresenta-se para o meio externo.

INTERNAS EXTERIORIZADAS

OTORRAGIA - sangramento pelo conduto da orelha externa. Não fazemos tamponamento. Se a vítima está consciente, posicionamos em decúbito dorsal. Se estiver inconsciente ou com suspeita de trauma cervical, lateralizamos com a orelha que esteja sangrando para baixo.

EPISTAXE - sangramento pelas narinas. Fazemos compressão manual com a cabeça posicionada à frente 45º. Podemos utilizar gelo juntamente com a compressão, principalmente nos casos de trauma. Em último caso, fazemos tamponamento utilizando roletes de gaze com vaselina.

ESTOMATORRAGIA - sangramento proveniente da cavidade oral, podendo ser originada por ferimentos na bochecha, língua e extrações dentárias. Seja qual for o caso usamos gaze sobre a lesão, fazendo compressão, similar ao procedimento utilizado pelos dentistas. O gelo pode ser aplicado, na parte externa, nos casos de hemorragias dentárias.

Atenção!

As otorragias e epistaxes podem apresentar saída de líquor (líquido cefalorraquidiano / LCR), sendo isso um indício de TCE (Traumatismo Crânio Encefálico), e, portanto, todos os cuidados com a estabilização cervical devem ser tomados prioritariamente!

HEMOPTISE – sangramento de origem do aparelho respiratório, em geral dos pulmões ou árvore brônquica. Não utilizamos gelo nesse tipo de hemorragia. Na vítima consciente, o posicionamento é recostado e tentamos mantê-lo calmo. Esse sangramento tem características de coloração vermelha rutilante, espumante e é expelido por tosse. Em caso de vítima inconsciente ou com trauma associado, adotamos a lateralização. Se houver tosse no momento da posição recostada, colocamos sua cabeça para o lado a fim de facilitar o escoamento das secreções.

HEMATÊMESE – sangramento originário do sistema digestório alto (esôfago, estômago e duodeno), que normalmente é expelido por vômito, juntamente com restos alimentares. Costuma ter coloração escura como borra de café. Em vítimas conscientes, utilizamos saco de gelo sobre o epigástrico em decúbito dorsal e, em casos de vômito ou inconsciência, lateralizamos. Nos casos de hematêmese por trauma, se o vômito ocorrer muito rápido, sua coloração poderá ser vermelha normal, mas haverá presença de restos alimentares.

OBSERVAÇÃO:

Nunca utiliza-se gelo diretamente sobre a pele, nem sobre a genitália e mucosas!

HEMOSTASIA: AÇÃO DE CONTENÇÃO DAS HEMORRAGIAS

MÉTODOS DE HEMOSTASIA: - compressão direta – também chamada de compressão no local. É o método mais utilizado e eficaz.

ELEVAÇÃO DO SEGMENTO – usa-se a gravidade a nosso favor

COMPRESSÃO DIRETA - (também chamada de compressão no local. É o método mais eficaz)

GARROTE – é o recurso empregado quando os dois métodos anteriores não surtiram efeito. Utilizamos um pedaço de tecido, fita de borracha ou qualquer material semelhante para envolver o segmento, apertando firmemente até cessar a hemorragia.

TORNIQUETE – podemos dizer que consiste em um garrote mais firme, pois além do material anterior, usamos um objeto como caneta ou graveto para aumentar a compressão.

CUIDADO:

GARROTE e **TORNIQUETE** são aplicados apenas em membros, e o torniquete é preferencial para amputações traumáticas!

Observação

Não é verdade que garrotes e torniquetes tenham que ser obrigatoriamente afrouxados a cada 15'. Nos procedimentos de emergência, principalmente pré-hospitalares, consideramos que os membros superiores podem suportar isquemia de até 1:30'h, e os membros inferiores de até 2:00h. Portanto, se o garrote ou torniquete foi aplicado e o tempo de chegada com a vítima ao hospital for inferior a essa margem de segurança, não haverá necessidade de liberação do fluxo sanguíneo.

Entretanto, nos casos onde o socorro mais adequado demore muito, podemos liberar por 1' a compressão a cada 15', não esquecendo de que o curativo sobre a lesão deverá ficar firme durante o tempo de circulação para impedir perda volêmica.

Cirurgias em membros só podem ser realizadas na ausência de sangue na região, demorando geralmente mais de 2:00h. E nem por isso a isquemia provocada pelo tempo decorrido provoca malefícios à vítima.

08 - LESÕES TRAUMÁTICAS

TRAUMA é a doença que mais mata entre os 05 e 40 anos!

CLASSIFICAÇÃO:

FERIMENTOS / ENTORSES / LUXAÇÕES / FRATURAS

1 - FERIMENTOS

PERFURANTES

mecanismo de ação: ocorre por pressão.

características: geralmente apresenta orifício pequeno, o que dificulta a antisepsia e a avaliação da extensão da lesão.

Agentes causadores: a grande maioria é de objetos pontiagudos como pregos, tachinhas, furadores de gelo, etc, que podem ser encontrados fixados no local da lesão, porém, não obrigatoriamente necessitam possuir pontas. No entanto não podem apresentar lâminas.

CORTANTE

mecanismo de ação: ocorre por deslizamento.

características: apresenta bordos regulares, o que em princípio facilita a cicatrização e a sutura. Podem possuir profundidade e extensão variáveis.

agentes causadores: qualquer objeto que apresente lâmina, como faca, navalha, caco de vidro, etc...

CONTUSÃO

podem apresentar-se como: "hematomas" / "equimoses" ou "escoriações"

mecanismo de ação: ocorrem por trauma.

características: nos casos dos "hematomas" e das "equimoses", são os ferimentos que não rompem a integridade da pele. Quando ocorre a ruptura da pele são chamadas de "escoriações". Os hematomas e as equimoses são identificados por manchas arroxeadas, sendo que as "equimoses" são mais difusas e os "hematomas" mais.

Observações:

Considera-se que todas as manchas azuladas ou arroxeadas no corpo são denominadas equimoses, mas onde puder haver coleta de sangue, será classificado como "hematoma".

As "escoriações" são superficiais, sangram pouco, porém apresentam-se extremamente dolorosas.

ENTORSES

Entorse é a perda momentânea de contato das superfícies articulares – pode apresentar 3 graus. Ocorre apenas em articulações.

Os graus de classificação das entorses são referentes à extensão da ruptura dos ligamentos, sendo conferido o 1º grau para nível microscópico, 2º grau para nível parcial e 3º grau para ruptura total.

LUXAÇÕES

É a perda definitiva de contato das superfícies articulares. Ocorrem apenas em articulações.

FRATURAS - SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE ÓSSEA -

FECHADAS – ocorre apenas a lesão óssea, sem rompimento da integridade da pele.

Procedimentos nas fraturas fechadas: evitar movimentação / checar pulsos distais (só em membros) / estabilizar / imobilizar.

ABERTAS - (com ou sem exposição óssea) – nesses casos, além da lesão óssea, ocorre também a ruptura da pele. Porém, a espícula óssea pode estar exteriorizada ou simplesmente ter causado a abertura na pele e retornado para o interior.

Sempre que ocorrer uma fratura aberta, seja com exposição ou não, a prioridade será a hemostasia.

Procedimentos nas fraturas abertas sem exposição: evitar movimentação / hemostasia / checar pulsos distais (só em membros) / cobrir o ferimento / estabilizar / imobilizar.

Procedimentos nas fraturas abertas com exposição: evitar movimentação / hemostasia / checar pulsos distais (só em membros) / cobrir o osso exposto / estabilizar / imobilizar.

Pulsos distais nos membros superiores: radial e ulnar

Pulsos distais nos membros inferiores: pedioso e tibial posterior

Cuidados básicos com os ferimentos abertos

antes de qualquer atitude, proteja-se. Se a ferida apresenta sangramento, pare a hemorragia.

agora, lave o ferimento com água e sabão neutro ou preferencialmente, soro fisiológico.

cubra a ferida com gaze esterilizada.

não use pomadas, nem qualquer outro produto que possa causar reação alérgica

APLICAÇÃO DE GELO

Em todos os casos de lesão aberta, a antitetânica é obrigatório! Uso do gelo. Nas lesões fechadas o gelo não pode ser usado diretamente sobre a pele, nem em ferimentos abertos, mucosas, globo ocular e genitália.

Deve ser aplicado no local da lesão fechada, envolvido em saco plástico, por 20', com intervalos de 20' também, sendo repetida a aplicação por três vezes.

09 - ALTERAÇÕES PSICO-MOTORAS

São distúrbios da consciência e do comportamento.

- **Consciência** – lucidez e orientação no tempo e no espaço.
- **Comportamento** – conduta de acordo com o padrão da sociedade local.
- **Síncope** - inconsciência até 3' ??

é a perda da consciência completa e breve, levando a um estado de morte aparente, porém com a característica da retomada de consciência espontânea.

- **Coma** – inconsciência por mais de 3' ??

Geralmente as vítimas apresentam apenas as funções vegetativas, mas que podem ainda assim estarem reduzidas.

No atendimento de emergência, a classificação da inconsciência como síncope ou coma não é prioridade. O socorrista atende da mesma forma, ou seja, os procedimentos são referentes a uma pessoa inconsciente!

CAUSAS DE ALTERAÇÕES DA CONSCIÊNCIA

. HIPOGLICEMIA - Diminuição do percentual de glicose circulante (ocorre em qualquer pessoa)

a administração de açúcar por via oral e o procedimento clássico, contanto que a vítima esteja consciente. Nos casos de inconsciência, o açúcar poderá ser posto na mucosa sublingual, sem haver deglutição.

HIPERGLICEMIA - O aumento do % de glicose circulante (ocorre somente em diabéticos)

a conduta e a administração de insulina. Nos casos de inconsciência onde não temos diagnóstico de hipo ou hiperglicemia, é colocado açúcar sublingual. Se a vítima reagir satisfatoriamente, temos a confirmação de hipoglicemia. Em caso contrário, confirmamos hiperglicemia. Portanto, se houver dúvida quanto ao diagnóstico, no caso de diabéticos e inconscientes, a administração de açúcar sublingual é o procedimento indicado.

CONVULSÃO - na crise convulsiva pode ocorrer diminuição de aporte sanguíneo cerebral com todos os resultados já conhecidos.

ATENÇÃO

Na convulsão, a vítima não enrola nem engole a língua e a saliva não é contagiosa. A crise convulsiva é dividida em duas fases distintas:

1. Fase tônico-clônica - duração de 40" a 1', onde a principal preocupação é evitarmos outras lesões, principalmente T.C.E., realizando a contenção da cabeça e assim evitando choques com o solo.
2. Fase de relaxamento - não tem duração pré-determinada. É onde a vítima corre risco, pois estando geralmente em decúbito dorsal, sofre a ação da gravidade, ocasionando queda da língua e provocando asfixia. Tomamos cuidados com a permeabilidade das vias aéreas, e a colocamos lateralizada, para escoamento das secreções da boca.

Posição de recuperação (deitado em decúbito lateral do lado esquerdo)

Observações

1. Essa posição é adotada nas emergências clínicas, principalmente nas pessoas inconscientes. Devem ser posicionadas preferencialmente para o lado esquerdo. É a posição ideal para os casos de pessoas que não recuperaram a consciência na fase de relaxamento da convulsão.
2. Três motivos pelos quais o lado esquerdo é preferencial na Posição de recuperação.

Curvatura da Aorta (Facilita o escoamento sanguíneo pelo aórtico)

Fundo do estômago (Mantém o conteúdo gástrico no fundo do estômago)

Veia cava inferior (Evita compressão da veia cava inferior)

10 - TÉCNICAS DE IMOBILIZAÇÕES

A estabilização cervical é sempre prioridade. É claro que se temos uma vítima com lesão traumática apenas em membros e o mecanismo não sugere trauma cervical, não haverá essa prioridade, porém, estabilizar a região cervical será sempre uma preocupação, mesmo que seja por precaução.

As imobilizações de um segmento devem abranger as articulações adjacentes. Quando fazemos imobilização em segmentos, temos que estabilizar as articulações adjacentes pelo fato das mesmas criarem segmentos instáveis.

Pessoas inconscientes necessitam de vigilância mais próxima – e o socorrista estiver distante da vítima, a checagem dos sinais vitais será impossível de ser realizada.

Em casos de lesões em um dos membros inferiores, utiliza-se o lado íntegro como amparo ao lado lesado – esse procedimento só é possível nos membros inferiores, e, normalmente utilizamos algum material, como colcha / cobertor / etc..., na intenção de aumentar a congruência entre os dois membros.

Nas imobilizações de membros, não esquecer da checagem da sensibilidade, enchimento capilar e pulsos distais – uma imobilização é considerada bem feita quando permite a livre circulação sanguínea e não diminui a sensibilidade no segmento estabilizado.

11 - TÉCNICAS DE TRANSPORTES

Transporte só passa a ser prioridade quando:

- 1 . não há mais nada a fazer no local.
- 2 . quando dele depender a vida da vítima.
- 3 . quando o local oferecer risco a vítima ou ao socorrista.

Métodos de transporte poderão ser com: 1, 2, 3 ou mais executantes . Não há técnicas de transporte com mais de 3 pessoas, pois o que ocorrerá será aumento de colaboradores, mas o método continuará sendo o mesmo.

Porém, no ambiente hospitalar, raramente fazemos transporte e sim remoções entre leitos, salas ou setores, e mesmo assim, em cadeiras de rodas ou macas.

A escolha do método de transporte dependerá:

1. da gravidade da lesão.
2. do número de pessoas disponíveis.
3. do local do evento

Antes de iniciarmos o transporte, temos que verificar: peso, posição e lesões da vítima / percurso / local onde se encontra / ajuda disponível.

Essas observações acima são particularmente verdadeiras nas ocorrências pré-Hospitalares.

Toda vítima que apresentar lesão de coluna tem que ser transportado em decúbito dorsal, sobre superfície plana e rígida (prancha), ou em último caso, em bandeja de braços.

Não é admissível pensarmos em transportar pessoas com TRM utilizando material que permita flexibilidade, desestabilizando a coluna.