



SUORTE BÁSICO DE VIDA – PRIMEIROS SOCORROS

SUMÁRIO

- 3- Noções de Primeiros Socorros
- 10-Parada Cardíaca
- 14-Como Agir em Casos de Acidente
- 25-Evento Traumático
- 27-Aspectos legais e éticos nos atendimentos de emergência
- 29-Noções sobre Anatomia
- 34-Traumatismo Craniano
- 36-Socorrista
- 39-ABCDE observando a cinemática do trauma
- 50-Referências Bibliográficas

NOÇÕES DE PRIMEIROS SOCORROS

Antes de se aprender os procedimentos, existem algumas regras para o atendimento que precisam ser seguidas:

- 1) **Demonstre confiança:** quando falar com a vítima, procure passar segurança para demonstrar que tem conhecimento dos primeiros socorros e que irá ajuda-la; conte com a ajuda de outras pessoas para auxiliar tarefas básicas e evitar o pânico, seja simples e direto em suas ordens.
- 2) **Chame a ambulância ou incuba alguém de fazê-lo:** logo após o acidente, é preciso chamar uma ambulância para que a vítima possa receber atendimento adequado. Caso seja necessário incumbir alguém de fazê-lo, aponte diretamente para essa pessoa pois, em situações de pânico, é comum que as pessoas fiquem confusas se você não for direto e extremamente específico.
- 3) **Afaste os curiosos:** para evitar confusão e possibilitar um maior espaço de trabalho, procure afastar pessoas em volta; aglomerações em acidentes são comuns mas é preciso que as pessoas entendam o perigo em que a vítima se encontra e deem espaço para que ela possa respirar e ser atendida.
- 4) **Não fale além do necessário:** evite dar diagnósticos precipitados ou exagerar na descrição do problema, isso só deixará a vítima mais nervosa.
- 5) **Mantenha-se atento ao estado de consciência da vítima:** pergunte seguidamente o nome da vítima, dia em que se encontra, endereço e telefone para contato; é importante repetir as perguntas com um pequeno intervalo de tempo para averiguar a gravidade da situação.
- 6) **Evite alimentos, líquidos ou produtos de cheiro forte:** caso a vítima tenha sede ou fome, não ofereça alimentos ou bebidas, umidifique a boca da vítima com um pano úmido. Em caso de desmaios ou perda da consciência, não se deve tentar reanimar a vítima com o auxílio de comidas, bebidas ou um odor forte.

De acordo com a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, define-se os primeiros socorros como a prestação e assistência médica imediata a uma pessoa ou uma ferida até à chegada de ajuda profissional. Centra-se não só no dano físico ou de doença, mas também no atendimento inicial, incluindo o apoio psicológico para pessoas que sofrem emocionalmente devido a vivência ou testemunho de um evento traumático.

Diversas situações podem precisar de primeiros socorros. As situações mais comuns são atendimento de vítimas de acidentes automobilísticos, atropelamentos, incêndios, tumultos, afogamentos, catástrofes naturais, acidentes industriais, tiroteios ou atendimento de pessoas que passem mal: traição, apoplexia (ataque cardíaco), ataques epiléticos, convulsões, etc. Tão importante quanto os próprios primeiros socorros é providenciar o atendimento especializado. Ao

informar as autoridades, deve-se ser direto e preciso sobre as condições da(s) vítima(s) e o local da ocorrência; no caso dos países subdesenvolvidos da África deve-se também informar o número telefônico do socorrista, devido a alguns déficits no sector da informática de localizações.

Os primeiros socorros referem-se ao atendimento temporário e imediato de uma pessoa que está ferida ou adoeceu repentinamente. Também podem envolver o atendimento em casa quando não se pode ter acesso a uma equipe de resgate ou quando técnicos em emergência médica (TEM) não chegam. Trata-se de procedimentos de urgência, os quais devem ser aplicados a vítimas de acidentes, mal súbito ou em perigo de vida, com o intuito de manter sinais vitais. Os procedimentos não substituem o médico, o enfermeiro ou a equipe técnica. Na verdade, um dos principais fundamentos dos primeiros socorros é a obtenção de assistência médica em todos os casos de lesão grave. O socorro tende a ser prestado sempre que a vítima não tem condições de cuidar de si própria, recebendo um primeiro atendimento e logo acionando-se o atendimento especializado.

Como transportar a vítima em casos de extrema urgência:

Não se recomenda o transporte da vítima mas existem situações de risco em que é preciso movimentá-la para um local seguro e, para isso, existem maneiras adequadas de fazê-lo sem agravar seu estado.

Antes de mais nada, avalie o estado da vítima: em caso de hemorragia não se deve fazer a remoção da vítima pois isso só aceleraria o estado de choque; vítimas que estejam apresentando fratura vertebral também não devem ser movimentadas para evitar uma tetraplegia.

Para movimentar a vítima para um local seguro, serão necessárias até três pessoas para apoiar todo o corpo e colocá-la em uma tábua, criando assim uma maca improvisada no intuito de deixar a coluna ereta.

No caso de não ser possível encontrar uma superfície firme para transporte, a vítima deve ser movimentada com o auxílio de casacos ou cobertores, sempre com a cabeça erguida e mantendo o corpo reto.

Se necessário a remoção da vítima do local, o transporte deve ser feito em baixa velocidade para segurança e conforto do acidentado; mesmo nesses casos, a respiração artificial ou massagem cardíaca, se necessários, não devem ser interrompidos.

Sem perder tempo, deve-se iniciar a massagem cardíaca para manter os sinais vitais da vítima até que a ajuda chegue. O procedimento deve ser feito da seguinte maneira:

- 1) Deite a vítima no chão com a barriga para cima;
- 2) Levante o queixo da vítima para facilitar sua respiração;

- 3) Apoie as mãos sobre o peito da vítima, na altura dos mamilos (dois dedos acima da junção das costelas)e acima do coração;
- 4) Seus braços devem permanecer esticados e é o peso do corpo que faz a força;
- 5) Faça duas compressões por segundo até que o coração da vítima volte a bater ou até a chegada de socorro apropriado;

Todo procedimento de primeiros socorros deve começar com a avaliação das condições da vítima. Sua avaliação é particularmente vital para fornecer a ajuda correta à vítima: em casos de regiões selvagens, talvez o equipamento necessário para o socorro tenha que ser carregado por quilômetros em terreno irregular.

Atitudes de coragem ou medo são reações bastante compreensíveis. Algumas pessoas não se manifestam pois não sabem o que fazer, enquanto outras, sabendo ou não, podem se apresentar paralisadas pelo pânico ou pelo medo, ficando incapazes de tomar qualquer atitude.

O desmaio é provocado por falta de oxigênio ou 'açúcar' (glicose) no cérebro, a que o organismo reage de forma automática, com perda de consciência e queda do corpo. Tem diversas causas: excesso de calor, fadiga, falta de alimentos, etc., e é caracterizada por palidez, suores frios, falta de forças e pulso fraco. Recomenda-se deixar a vítima em estado de repouso, deitada, sempre acomodando-a.

De acordo com a Cruz Vermelha, primeiros socorro são ações iniciais aplicadas às vítimas em situação de emergência (acidentes, mal súbito), no local em que ocorreu ou se manifestou a situação. Tais ações têm por objetivo manter a vida, sem provocar novas lesões ou agravar as já existentes, até a chegada do socorro qualificado ou ao recurso hospitalar adequado.

Neste aspecto, o Artigo 135 do Código Penal Brasileiro aborda o Crime de Omissão de Socorro, que consiste em: “deixar de prestar assistência, quando possível de fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e eminente perigo; ou não pedir nesses casos, o socorro da autoridade pública”. A omissão de socorro incorre em detenção de um ano e seis meses ou multa.

Apesar da gravidade da situação devemos agir com calma, evitando o pânico.

Transmita confiança, tranquilidade, alívio e segurança aos acidentados que estiverem conscientes, informando que o auxílio já está a caminho.

Aja rapidamente, porém dentro dos seus limites.

Use os conhecimentos básicos de primeiros socorros.

Às vezes, é preciso saber improvisar.

Contato com a Vítima

Se a vítima estiver consciente você deve:

1. Apresentar-se, dizendo seu nome e que está para ajudar a socorrer;
2. Indagar se pode ajudá-la (obtenha o consentimento);
3. Questionar sobre o ocorrido;
4. Questionar a sua queixa principal.

Transporte de vítimas

Se houver suspeita de fraturas no pescoço e nas costas, evite mover a pessoa.

Para puxá-la para um local mais seguro, mova-a de costas, no sentido do comprimento com o auxílio de um casaco ou cobertor.

Para erguê-la, você e mais duas ou três pessoas devem apoiar todo o corpo e colocá-la numa tábua ou maca. Se precisar, improvise com pedaços de madeira, amarrando cobertores ou paletós.

Apoie sempre a cabeça, impedindo-a de cair para trás.

O torniquete deve ser aplicado apenas em casos extremos e como último recurso quando não há a parada do sangramento.

- Amarre um pano limpo ligeiramente acima do ferimento, enrolando-o firmemente duas vezes. Amarre-o com um nó simples.
- Em seguida, amarre um bastão sobre o nó do tecido. Torça o bastão até estancar o sangramento. Firme o bastão com as pontas livres da tira de tecido.
- Marque o horário em que foi aplicado o torniquete.
- Procure socorro médico imediato.
- Desaperte-o gradualmente a cada 10 ou 15 minutos, para manter a circulação do membro afetado.

Obs.: O choque é uma situação em que algumas alterações no corpo podem levar à morte.

Kit de Primeiros Socorros

- gaze
- esparadrapo grande
- micropore grande
- bolsa de gelo
- bolsa de água quente
- água oxigenada
- tesoura
- band-aid de formatos variados
- termômetro clínico
- cotonetes
- álcool para antisepsia à 70%
- caixa para primeiros socorros
- algodão
- sabonete líquido
- saco de lixo

O transporte de vítimas é um procedimento arriscado que muitas vezes, na tentativa de ajudar, a pessoa acaba agravando um quadro estável, recomenda-se que em casos de vítima grave, com possível lesão na medula, movimenta-se a vítima o menos possível. Em caso de vítima de mal-estar, desmaio ou intoxicação leve-se a vítima "no colo colocando um braço por baixo dos joelhos e o outro em torno das costas dela." Recomendações posteriores incluem para que pessoas não se impressionem com a gravidade, a avaliação é que as lesões possam ser "cuidadas rapidamente". A Triagem é o procedimento pelo qual doentes e feridos são classificados de acordo com o tipo de ocorrência e suas condições.

Primeiros socorros são procedimentos de assistência médica urgente que devem ser prestados a qualquer pessoa que esteja sofrendo de doenças, ferimentos e lesões súbitas.

Os primeiros socorros podem ser executados por qualquer pessoa com o objetivo de preservar a vida, prevenir o agravamento da condição ou possibilitar a recuperação. As medidas devem ser

tomadas de forma imediata enquanto ajuda profissional não está disponível. Nesse sentimento, comunicar o atendimento especializado também é uma medida de primeiros socorros.

Os principais objetivos dos primeiros socorros podem ser resumidos em três:

Preservar a vida: o objetivo maior de qualquer assistência médica. Através de medidas simples e preliminares, busca-se salvar vidas e minimizar as chances de óbito.

Prevenir o agravamento: envolve medidas de prevenção para que a condição não piore ou que novas causas ocorram. Por esse motivo, os primeiros socorros também abrangem fatores externos como, por exemplo, afastar o paciente de um incêndio.

Possibilitar a recuperação: os primeiros socorros também visam iniciar a recuperação da doença, lesão ou ferimento o mais rápido possível.

As situações que podem exigir a prestação de primeiros socorros são inúmeras, cada uma necessitando de um conjunto de cuidados específicos. Entre elas, as mais comuns são:

Parada cardiorrespiratória

Hemorragias

Fraturas

Queimaduras

Desmaio

Respiração boca a boca

A ventilação artificial consiste na respiração boca a boca e deve ser feita na seguinte sequência:

Deitar o paciente de costas

Desobstruir as vias respiratórias

Inclinar a cabeça do paciente de forma que o queixo fique em um nível acima do nariz

Fechar as narinas do paciente com os dedos, vedando totalmente a passagem de ar pelo nariz

Colocar a boca sobre a boca do paciente de forma a vedar totalmente a passagem de ar pela boca e soprar com força

Pressionar levemente o estômago do paciente para expelir o ar

Repetir o processo até que ajuda especializada chegue ao local

Massagem cardíaca

O suporte circulatório consiste na massagem cardíaca e deve ser feito da seguinte maneira:

Deitar o paciente de costas

Posicionar-se ao lado ou sobre o paciente de forma que você toque seu peito com os braços estendidos

Apoiar uma mão sobre a outra e aplicar pressão na parte inferior do esterno de forma repetitiva, sem apoiar-se na parede torácica. Deve-se utilizar o peso do próprio corpo para aumentar a pressão

Durante a aplicação da pressão, de forma intercalada, o procedimento deve ser interrompido subitamente, pois isso também ajuda no restabelecimento do fluxo sanguíneo

Repetir o processo até que ajuda especializada chegue ao local.

Hemorragias

Em casos de hemorragias, a primeira medida a ser tomada é aplicar pressão, através de compressas, na ferida. O objetivo é comprimir a artéria contra o osso mais próximo, então a pressão aplicada precisa ser forte.

Em seguida, é necessário elevar a região ferida para um nível acima do coração a fim de diminuir o fluxo de sangue na área. A elevação não deve ser feita caso exista fratura.

As fraturas são quebras ósseas que podem resultar na perda da função do membro. Elas podem ser tanto internas quanto externas e geralmente apresentam deformidades no local afetado.

Primeiramente é necessário imobilizar o membro afetado e posicioná-lo da forma menos dolorosa para o paciente. A imobilização deverá ser feita com talas e com tecidos acolchoados.

Obs.: Nunca se deve tentar colocar o osso fraturado no lugar. Em casos de fratura exposta, nunca se deve tocar no osso.

PARADA CARDÍACA

Parada cardíaca é a perda repentina de circulação sanguínea em resultado da incapacidade do coração em bombear sangue. Os sintomas incluem perda de consciência e respiração ausente ou anormal. Algumas pessoas podem sentir dor no peito, falta de ar ou náuseas antes da parada cardíaca. Quando não é tratada no prazo de minutos, geralmente leva à morte.

A causa mais comum de parada cardíaca é a doença arterial coronária. Entre as causas menos comuns estão hemorragias abundantes, falta de oxigênio, níveis muito baixos de potássio, insuficiência cardíaca e exercício físico intenso. Existem também uma série de distúrbios hereditários que podem aumentar o risco, entre os quais síndrome do QT longo. O ritmo cardíaco inicial mais comum é fibrilhação ventricular. O diagnóstico é confirmado pela ausência de pulsação. Embora uma parada cardíaca possa ser causada por um enfarte do miocárdio ou insuficiência cardíaca, trata-se de condições distintas.

A prevenção passa por não fumar, praticar exercício físico e manter peso saudável. O tratamento para a parada cardíaca é a realização imediata de reanimação cardiopulmonar e, se estiver presente ritmo chocável, desfibrilhação. Entre os sobreviventes, a hipotermia terapêutica pode melhorar o prognóstico. A colocação de um cardioversor desfibrilhador implantável pode diminuir a possibilidade de morte por recorrência.

Nós temos, por exemplo, o AVC, a síndrome coronariana aguda, que a gente já falou no episódio passado, asma/DPOC descompensada pelo mecanismo de hipóxia, lesão cerebral pós-anóxica pelo fato da falta de oxigenação junto com mediadores inflamatórios que estão liberando aí na nossa circulação e também a gente tem o edema cerebral por causa dessas lesões, TEP, pela perda de oxigenação também, a gente vai ter um infarto pulmonar, a sepse, que eu já falei para vocês, a síndrome de isquemia e reperfusão, os distúrbios hidroeletrólíticos ácido-básicos-perdão, ácidos-básicos graves, como, por exemplo, os distúrbios principalmente de potássio e as intoxicações, como, por exemplo, o uso de cocaína e opióides.

Fatores de risco, depende da causa da parada, mas a gente sabe que vai ser um paciente que descompensou, pode ter sido em casa, no hospital, geralmente é um idoso por causa de várias comorbidades que fazem com que o estado geral do paciente não seja o melhor de todos.

Muitas vezes, a PCR pode levar o paciente a ter uma lesão neurológica grave, podendo ser até irreversível, sendo que a mesma pode ocorrer após 6 e, no máximo, 11 minutos sem ventilação e compressões torácicas.

Este é um caso de emergência médica que precisa de reanimação cardiopulmonar o mais rápido possível, sendo necessário, em algumas ocasiões, o uso do Desfibrilhador Externo Automático (DEA) nos ritmos chocáveis que são: Taquicardia Ventricular e Fibrilhação Ventricular, vale ressaltar que o DEA vai detectar a frequência elétrica do coração e, se necessário, ele vai sugerir a aplicação do choque, que vai ser apenas nos dois ritmos citados anteriormente.

O diagnóstico pode ser obtido através da observação dos seguintes sinais e sintomas: ausência de pulso, perda súbita da consciência, dor no peito, desmaio, ou baixos níveis de oxigenação no corpo e também o paciente estar sentindo falta de ar. Para ser mais precisa a análise da patologia, faz-se necessário a realização de um eletrocardiograma (ECG), pois o ECG vai mostrar qualquer tipo de alteração na atividade elétrica do coração.

Os principais motivos da parada cardiorrespiratória extra-hospitalar são por problemas coronarianos, infarto seguido de fibrilação, miocardiopatia hipertrófica, afogamento, dentre outros problemas.

Quem sofre uma parada cardiorrespiratória e recebe reanimação cardíaca imediata pode dobrar e até triplicar a chance de sobrevivência.

Quem vê alguém sofrendo uma parada cardíaca pode ficar muito assustado e demorar para tomar uma atitude, mas, nesses casos, é essencial agir rápido. Segundo a American Heart Association (Associação Americana do Coração), a chance de sobrevivência cai 10% a cada minuto sem socorro. Em contrapartida, o início imediato das manobras de ressuscitação pode dobrar ou até triplicar essa chance.

Durante a parada, a pessoa fica inconsciente, deixa de responder a estímulos e para de respirar. Ao reconhecer esse momento, é preciso agir. Para acionar o Samu, ligue 192. Caso a sua cidade não tenha Samu, chame os Bombeiros ou o sistema de atendimento de emergência que for oferecido na região. Depois, inicie o procedimento de reanimação, conforme o passo a passo indicado pelo Corpo de Bombeiros de São Paulo:

Verifique os sinais de respiração por meio de sons ou movimentos do tórax. Se a pessoa não respira ou sofre para respirar, deite-a de barriga para cima em uma superfície rígida;

Ajoelhe-se ao lado da vítima, na altura dos ombros dela, e localize o centro do tórax, entre os mamilos;

Posicione os braços estendidos com os dedos entrelaçados, colocando uma mão sobre a outra, apoiando-se no centro do peito;

Mantenha os braços esticados e use o peso do corpo para fazer compressões rápidas e fortes;

Inicie compressões com a frequência de 100 por minuto (ou seja, 5 compressões a cada 3 segundos), comprimindo o tórax na profundidade de, no mínimo, 5 cm para adultos e crianças e 4 cm para bebês.

De acordo com a American Heart Association, órgão responsável pela publicação científica das Diretrizes para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE), que servem de base para os procedimentos de salvamento nos Estados Unidos e no mundo, o socorrista leigo não precisa fazer a respiração boca a boca em adolescentes e adultos nos primeiros minutos de parada, pois quando essas vítimas entram em colapso de repente, ainda há oxigênio suficiente no sangue para manter os órgãos vitais saudáveis. Portanto, o mais importante é fazer as compressões, que ajudam na circulação do sangue para o coração e para o cérebro, até a chegada do atendimento profissional.

Em bebês, crianças e vítimas de parada cardíaca prolongada, afogamento, overdose de drogas e colapso causado por problemas respiratórios, ainda é necessário realizar a respiração boca a boca. Nesses casos, é recomendado fazer 2 respirações a cada 30 compressões.

Se estiver em um local público, como aeroportos, shoppings, rodoviárias ou supermercados, pergunte se há um DEA (Desfibrilador Externo Automático) disponível. Esse aparelho não é exatamente como aqueles que vemos em filmes, com placas em que o médico passa gel, esfrega uma na outra e dá choques na vítima. Poderá manusear os modelos DEA. Ligue o aparelho, escute atentamente as instruções sonoras e posicione as placas no tórax da vítima, conforme indicação no próprio desfibrilador.

O aparelho faz uma análise da condição do paciente e dá as orientações necessárias. Quando há necessidade de choque, ele “pede” que os socorristas se afastem, e segue dando orientações para que o suporte seja realizado. “O que pode tirar a pessoa da parada cardiorrespiratória é o choque, mas se você não tiver um DEA, mantenha as compressões constantemente até o socorro chegar”.

Parada cardiorrespiratória é a interrupção da circulação sanguínea que ocorre em consequência da interrupção súbita e inesperada dos batimentos cardíaco.

Como reconhecer:

Vítima inconsciente (desmaiada);

Não respira;

Não possui pulso palpável.

Procedimentos:

Iniciar as compressões (utilizando somente as mãos) de maneira rápida e forte no centro do tórax até a chegada do serviço de emergência.

Adulto ou criança - As compressões devem ser feitas utilizando as duas mãos com os punhos cerrados no centro do tórax.

Bebê - As compressões devem ser realizadas com dois dedos no centro do tórax.

O nosso coração bate em média de 60 até 100 vezes por minuto, em atividades normais. Dessa forma, qualquer frequência acima de 100 batimentos por minuto recebe a denominação de taquicardia.

A parada cardiorrespiratória se mostra quando o coração não consegue desenvolver sua função de bombear o sangue e invadir os tecidos, mantendo a vida. Tal situação é extremamente grave e deve ser tratada imediatamente.

Então, se esses termos são tão diferentes e distintos, por que há tanta confusão quando são usados? A resposta é simples. Por muitas vezes estes eventos se correlacionam. Por exemplo, as arritmias de alta frequência, são taquicárdicas, portanto muitos preferem usar o termo taquiarritmias.

E na parada cardiorrespiratória, apesar de usarmos o termo “parada”, o coração necessariamente não está parado, mas pode sim estar em algum ritmo caótico, que não permite bombear o sangue para o corpo e invadir os tecidos.

Dentro desses ritmos se destacam a taquicardia ventricular sem pulso e a fibrilação ventricular, presentes em mais ou menos 70% a 80% dos casos de parada cardiorrespiratória. Esses ritmos, por sua vez, são arritmias e têm frequência alta, portanto taquicárdicas.

A frequência cardíaca normal, em repouso, varia entre 60 e 100 batimentos por minuto (bpm). Quando os batimentos cardíacos estão acelerados, acima de 100 bpm, a pessoa está com taquicardia. Uma frequência cardíaca baixa, inferior a 60 bpm, é considerada bradicardia.

Para saber se os seus batimentos cardíacos estão normais, basta medir a sua pulsação. Para isso, você deve permanecer em repouso, de preferência deitado, durante pelo menos 5 minutos. Depois, ainda deitado, coloque as pontas dos dedos indicador, médio e anelar logo abaixo do pulso, na base do polegar.

Pressione ou movimente os dedos para os lados, até sentir a pulsação. Use um relógio ou cronômetro para marcar o tempo e observe quantas vezes o seu coração bate durante 1 minuto.

COMO AGIR EM CASOS DE ACIDENTE

Os primeiros socorros são as providências iniciais que devem ser tomadas no local do acidente. É um atendimento inicial e temporário até a chegada do socorro profissional. Embora cada acidente tenha uma característica diferente, a sequência de ações a serem realizadas vai ser sempre a mesma.

Manter a calma é o primeiro passo. Cada pessoa reage de uma forma diferente e é difícil esperar atitudes racionais em situações desconfortáveis. Mas ações desesperadas normalmente acabam agravando a situação. Por isso, antes de agir, é fundamental recobrar rapidamente a lucidez, reorganizar o pensamento e se manter calmo. O ideal é parar, respirar profundamente, verificar se você ou alguém do veículo sofreu ferimentos e avaliar a gravidade geral do acidente.

Depois de avaliada a situação, é hora de tomar a iniciativa. Mostrar decisão e firmeza nas ações é fundamental. Não se pode perder tempo discutindo o que será feito ou apenas dando ordens. Se houver mais pessoas para ajudar, distribua as tarefas e mantenha todos motivados, elogiando e agradecendo cada ação realizada.

Se perceber que o cinto de segurança está dificultando a respiração da vítima, e somente nesse caso, solte-o sem movimentar o corpo da pessoa. Segure a cabeça da vítima, impedindo a movimentação até que o socorro profissional chegue ao local. Verifique se a vítima está consciente ou não. Se não estiver, é importante avisar para o serviço de socorro. Para vítimas que conseguiram sair do carro, é importante encontrar um local seguro para que elas esperem o atendimento.

Jamais movimente uma vítima (a remoção deve ser feita somente por um socorro profissional), retire o capacete de motociclistas, aplique torniquetes para estancar hemorragias e dê algo para beber a quem sofreu um acidente.

Ao dominar alguns procedimentos de primeiros socorros, poderá fazer a diferença para salvar uma vítima.

Ao se deparar diante de uma cena de colisão com feridos, estará em vantagem inclusive sobre a equipe médica.

Primeiros socorros no trânsito são uma sequência de ações com o objetivo de estabilizar a vítima até a chegada do suporte à vida especializado, oferecido por equipes médicas.

Como, em muitos casos, o fator tempo é decisivo para salvar uma vida, nem sempre é possível aguardar pela chegada das equipes de resgate, como o Corpo de Bombeiros e o SAMU, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Dessa forma, ou o condutor age rapidamente, ou a vítima pode não sobreviver.

De fato, a responsabilidade é enorme, o que pode levar muitas pessoas a travar diante da necessidade de agir.

Pelo artigo 176:

“Art. 176. Deixar o condutor envolvido em acidente com vítima:

I – de prestar ou providenciar socorro à vítima, podendo fazê-lo;

II – de adotar providências, podendo fazê-lo, no sentido de evitar perigo para o trânsito no local;

III – de preservar o local, de forma a facilitar os trabalhos da polícia e da perícia;

IV – de adotar providências para remover o veículo do local, quando determinadas por policial ou agente da autoridade de trânsito;

V – de identificar-se ao policial e de lhe prestar informações necessárias à confecção do boletim de ocorrência:

Infração – gravíssima;

Penalidade – multa (cinco vezes) e suspensão do direito de dirigir;

Medida administrativa – recolhimento do documento de habilitação.”

Pelo artigo 177 do CTB:

“Art. 177. Deixar o condutor de prestar socorro à vítima de acidente de trânsito quando solicitado pela autoridade e seus agentes:

Infração – grave;

Penalidade – multa.”

No artigo 177, se encaixa todo aquele condutor que está na cena do acidente e é solicitado por um agente de trânsito ou membro da equipe médica a ajudar.

Pelo artigo 178 do CTB:

“Art. 178. Deixar o condutor, envolvido em acidente sem vítima, de adotar providências para remover o veículo do local, quando necessária tal medida para assegurar a segurança e a fluidez do trânsito:

Infração – média;

Penalidade – multa.”

Art. 301. Ao condutor de veículo, nos casos de acidentes de trânsito de que resulte vítima, não se imporá a prisão em flagrante, nem se exigirá fiança, se prestar pronto e integral socorro àquela.”

“Art. 302. Praticar homicídio culposo na direção de veículo automotor:

Penas – detenção, de dois a quatro anos, e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor.

§1º No homicídio culposo cometido na direção de veículo automotor, a pena é aumentada de 1/3 (um terço) à metade, se o agente:

(...)

III – deixar de prestar socorro, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à vítima do acidente; (Incluído pela Lei nº 12.971, de 2014) (Vigência)”

“Art. 304. Deixar o condutor do veículo, na ocasião do acidente, de prestar imediato socorro à vítima, ou, não podendo fazê-lo diretamente, por justa causa, deixar de solicitar auxílio da autoridade pública:

Penas – detenção, de seis meses a um ano, ou multa, se o fato não constituir elemento de crime mais grave.

Parágrafo único. Incide nas penas previstas neste artigo o condutor do veículo, ainda que a sua omissão seja suprida por terceiros ou que se trate de vítima com morte instantânea ou com ferimentos leves.”

Art. 305. Afastar-se o condutor do veículo do local do acidente, para fugir à responsabilidade penal ou civil que lhe possa ser atribuída:

Penas – detenção, de seis meses a um ano, ou multa.”

Primeiros socorros são procedimentos imediatos e imprescindíveis, prestados a vítimas de acidentes ou de males súbitos antes da chegada do atendimento médico. Prestar socorro é fundamental para afastar o risco de morte e estabilizar o estado da pessoa. Negar-se a fazê-lo é crime. O Código de Trânsito Brasileiro confere ao condutor a responsabilidade pelo socorro às vítimas de acidente de trânsito. Qualquer pessoa pode prestar os primeiros socorros. O mais importante, no entanto, é acionar o atendimento especializado: Corpo de Bombeiros, Samu ou a autoridade policial local. As ligações para os serviços de emergência são gratuitas e não precisam de cartões telefônicos.

Omissão de socorro é um dos crimes previstos no Código Penal brasileiro, em seu art. 135. O tipo penal é o exemplo clássico do crime omissivo, e descreve o ato de "Deixar de prestar socorro a quem não tenha condições de socorrer a si próprio ou comunicar o evento a autoridade pública que o possa fazê-lo, quando possível" é crime.

Os bens jurídicos protegido por este tipo penal são a vida e a saúde da pessoa humana, podendo ser sujeito ativo deste crime qualquer pessoa desde que não tenha provocado dolosamente ou culposamente a situação de perigo. O dever de agir como ocorre no art. 133 e 134 do CP não decorrem de um vínculo especial entre os sujeitos ativo e passivo e sim do próprio ordenamento jurídico diante do caso concreto.

Se o agente, ou seja, a pessoa que praticou a omissão, foi também a mesma que provocou o perigo, esta responderá por lesão corporal ou homicídio, restando a eventual omissão absorvida pelo delito mais grave. Em sendo lesão ou o homicídio culposo a eventual omissão funcionará como causa especial de aumento de pena, conforme o art. 121, §4º e 129, §7º do CP.

Segundo a maioria dos doutrinadores é inadmissível o concurso de pessoas, pois o dever de agir é individual, pessoal e, portanto, não comporta divisão. Cada um que transgredir no seu particular dever responderá pelo crime individualmente. Assim, se duas ou mais pessoas se negam a prestar auxílio cada um responderá pelo delito.

Se um deles prestar o socorro exime da responsabilidade os demais. Se o socorro for prestado posteriormente, aquele que se omitiu não estará isento da pena. Passivo, a criança abandonada ou extraviada, a pessoa inválida ou ferida ao desamparo de qualquer pessoa em grave e iminente perigo. Criança de acordo com o ECA é pessoa menor de 12 anos, art. 2º da Lei 8.069/90. Abandonada, privada de assistência de seus responsáveis ou entregue a própria sorte. Extraviada, perdida, desordenada ou privada da vigilância de quem poderia protegê-la. Inválida é aquela pessoa que em razões de suas condições físicas, biológicas ou psíquicas precisa de assistência de outrem como, por exemplo: doenças, deficiências física ou mental, idade avançada, pessoa ferida e aquela que apresenta alguma ofensa a sua integridade física (corporal). Ao desamparo, a pessoa privada do socorro e incapaz de afastar a situação de perigo grave e iminente, aquele de grandes proporções e prestes a acontecer.

Tipo Objetivo: A conduta típica consiste em deixar de prestar assistência sem risco pessoal quando possível faze-la ou não pedir socorro à autoridade pública competente ao se deparar com o sujeito passivo (essas pessoas elencadas no artigo). Trata-se de crime omissivo próprio onde

se pune a não realização de uma ação que o autor poderá realizar diante da situação concreta em que se encontrava. O autor transgrediu um dever de atuar. Quando o agente encontra o sujeito passivo fica com o dever de assistência direta, que seria acionar a autoridade pública competente. Essa opção não fica a belprazer do agente. Somente o caso concreto poderá determinar a medida correta de socorro, pois a assistência pessoal pode vir a agravar a situação e assim como o acionamento da autoridade competente poderá ser ato ineficaz. Assim, podemos afirmar que a assistência indireta, supletiva ou subsidiária da assistência direta. Devemos ressaltar que assistência somente será exigível nas hipóteses de não haver risco pessoal, pois a lei não exige de ninguém atos de heroísmo. A presença de risco pessoal (está) afasta a tipicidade da conduta. Em havendo risco para terceiros, embora a conduta possa ser típica, não haverá crime face a excludente do estado de necessidade.

Tipo Subjetivo: Dolo direto ou eventual. É a decisão do agente na inação como a consciência do agente que poderia agir e com meios necessários para agir.

Consumação/Tentativa: A omissão de socorro consuma-se quando o agente não presta o socorro devido ainda que outro o tenha feito posteriormente. E com consequência tenha efetiva lesão da vítima. O crime de omissão de socorro é um crime de perigo sendo que na primeira parte “que a criança... desamparo” (Art. 135). Na segunda parte “grave e iminente perigo” é crime de perigo concreto.

Causas de Aumento de Pena: Prevista no § único que a pena será aumentada, se da omissão resultar lesão de natureza grave, a pena será aumentada na metade. Na hipótese de resultar morte, a pena será triplicada. Essas causas de aumento de pena somente incidirão se ficar demonstrado que a execução da conduta devida ou da conduta omitiva teria evitado o resultado. Obs.: A crítica que se faz ao § único do art. 135 CP, é que sua redação é equivocada, pois não há a relação de causalidade alguma na omissão sendo-lhe assim mesmo imputado o resultado, desde que seja possível demonstrar que a ação devida teria evitado o resultado.

Pena/Ação Penal: Pena na forma simples, detenção de 1 a 6 meses ou multa. Se resulta lesão grave, reclusão de 1 a 4 anos. Se resultar morte, reclusão de 4 a 12 anos. Ação penal pública incondicionada.

Classificação: Comum (suj. ativo) e próprio (suj. passivo), perigo abstrato (1ª parte) e concreto (2ª parte), doloso, instantâneo, unisubjetivo, unisubsistente ou plurisubsistente. Em regra não admite tentativa.

Socorro pode referir-se a:

Atendimento pré-hospitalar

Salvamento - operações de extração de pessoa (eventualmente animal ou bem) de local em que sua vida ou saúde estejam real ou potencialmente ameaçadas e do qual não consiga evacuar-se por seus próprios meios.

Vários estudos apontam que a chance de reanimar um paciente com parada cardiorrespiratória diminui de 7 a 10% por minuto, portanto, sem o devido atendimento, a vítima pode falecer em poucos minutos. As responsabilidades com os alunos e beneficiários das atividades físicas perpassam os direitos constitucionais, civis, penais e, sobretudo, a ética profissional. Sendo assim, é de suma importância que os Profissionais de Educação Física estejam treinados, atualizados e preparados para os acidentes e fatalidades que venham a acontecer em seu trabalho e criem uma rotina de atendimento de socorros de urgência que envolva toda a equipe de trabalho.

O Desfibrilador Externo Automático (DEA) é muito eficiente em certos tipos de paradas cardiorrespiratórias (PCR). Algumas academias e centros de reabilitação cardíaca já possuem o DEA o que garante um atendimento mais seguro. Contudo, o custo do DEA, ainda é muito alto, em média dez mil reais. A Válvula para ressuscitação cardiopulmonar (RCP) tem um custo reduzido de quinze reais e pode ser utilizada pelos Profissionais de Educação Física em todos os casos de paradas cardiorrespiratórias, pois a RCP (Respiração boca-máscara associada a compressões cardíacas externas) preconiza o uso do desfibrilador, garantindo um suporte vital de circulação sanguínea ao cérebro e órgãos vitais, até a chegada do socorro especializado.

Entre as lesões mais típicas relacionadas à prática esportiva, diferenciamos as traumáticas e clínicas, sendo as fraturas, ferimentos, hemorragias, traumas de crânio, tórax e coluna, bem como os afogamentos, as principais lesões traumáticas. Já entre os clínicos, destacam-se o mau súbito, o desmaio, a crise convulsiva, o infarto e a parada cardiorrespiratória. Entre os locais onde mais ocorrem acidentes esportivos temos as quadras poliesportivas, campos de futebol, academias de lutas, clubes, ambientes competitivos e piscinas.

Ao atender uma vítima, o Profissional de Educação Física deve estar preparado para prestar o atendimento chamado suporte básico de vida. Basicamente, o profissional pode empregar seu conhecimento para ajudar uma vítima em situações de fraturas, hemorragias, queimaduras, traumatismos de crânio, tórax, coluna e quadril, além de desmaio, crise convulsiva, infarto, acidente vascular encefálico, afogamento e parada cardiorrespiratória. O instrutor, formado pela Emergency First Response (EFR), destacou que mesmo que se tenha adquirido bastante conhecimento sobre Primeiros Socorros, nunca deve se tentar realizar tarefas que cabem aos profissionais médicos, enfermeiros (medicar, diagnosticar ou fazer microcirurgias) ou que estejam acima de seu nível de treinamento, pois será punido por estes procedimentos. “Reconheça suas limitações”.

Todo profissional que tenha obrigatoriedade de prestar socorro, como, por exemplo, médicos, enfermeiros, dentistas, bombeiros, policiais, educadores físicos e comissários de voo, estão sujeitos aos estatutos legais que regem a prestação de socorro. Se omitirem socorro, tais profissionais estarão sujeitos a processos penais e responderão sempre pela consequência de sua omissão. A vida e a saúde são os maiores bens jurídicos. O dever de agir significa que existe obrigação legal de prestar socorro ou proporcionar atendimento de emergência, sendo que estes profissionais têm a po sição de garantir a integridade da vida e não devem omitir o socorro, a partir do momento que aceitaram voluntariamente ou de forma contratual o dever de atuar. Assim,

diante do exercício profissional, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado danoso e por este responderá.

A hemorragia é considerada a perda aguda de volume sanguíneo, proveniente de lesões de compartimentos vasculares. As hemorragias são classificadas em externas e internas, sendo a hemorragia externa a mais comum em acidentes durante práticas esportivas. Ocorre extravasamento de sangue ao meio externo, por ferimentos abertos como cortes.

As hemorragias externas são classificadas em três tipos: arterial, venosa e capilar, sendo a arterial a mais séria, pois a perda de sangue é muito rápida. Essas lesões devem ser identificadas e tratadas precocemente de modo que se poupe a perda do volume sanguíneo. Um ponto importante que merece atenção é que em grandes hemorragias existe o risco da vítima entrar em choque hipovolêmico.

O primeiro passo ao atender uma vítima com hemorragia externa é avaliar os sinais e sintomas, como: sangramento visível, pulso fraco e rápido, pele pálida, fria e úmida, sudorese, ansiedade, sede, respiração rápida e profunda.

Os principais procedimentos que podem ser usados por um socorrista no controle da hemorragia externa são:

Compressão direta

A hemorragia externa é tratada por meio de compressão direta sobre o ferimento, utilizando material apropriado como gaze e faixas ou pano limpo, colocados sobre o ferimento e moderadamente pressionados para estancar o sangramento. Caso o curativo encharque, coloque mais compressas sobre a primeira, evitando trocar as compressas. Não lave o local do ferimento nem passe qualquer tipo de substância caseira.

Elevação de membro

Sendo possível, quando o primeiro método não mostrar eficiência, eleve a área afetada acima do nível do coração, empregado somente para os membros superiores, pois quando a extremidade é elevada, a gravidade colabora para a diminuição do fluxo sanguíneo à região ferida.

Compressão de pontos arteriais

Comprima moderadamente a artéria mais próxima ao ferimento, bloqueando parcialmente o fluxo local, diminuindo a hemorragia. Este procedimento é indicado a profissionais que tenham formação básica em anatomia humana. Após estancado o sangramento, proceda ao aquecimento da vítima, caso esteja com frio. Não administre líquidos, alimentos ou qualquer tipo de medicamento, conduta também adotada para as hemorragias internas. Na sequência, priorize o transporte, pelas equipes médicas de emergência, ao hospital.

A fratura pode ser conceituada como a perda da continuidade óssea que resulta em rompimento completo ou incompleto do osso lesionado. Geralmente, a ocorrência de fraturas, durante práticas esportivas, sugere que houve a aplicação significativa de determinada quantidade de energia sobre a região óssea, maior que a resistência necessária para suportá-la, reproduzindo como consequência a fratura. Em geral as fraturas são classificadas como fechadas ou expostas.

Na fratura fechada, o osso é rompido, mas a pele não é perfurada pelas extremidades ósseas, permanecendo intacta. Em contrapartida, na fratura exposta ocorre rompimento da pele com exposição de tecido ósseo, possibilitando risco de contaminação por bactérias existentes no ambiente ou na própria pele.

Além disso, podem ocorrer perdas sanguíneas, através dos ferimentos abertos. Como principais sinais e sintomas de fratura, podemos destacar:

- Dor;
- Deformidade óssea;
- Inchaço;
- Rouidão (marcas de pancadas);
- Crepitação Óssea;
- Sensibilidade;
- Dormência ou Formigamento;
- Incapacidade Motora.

Primeiros socorros

- Tome cuidado com movimentações excessivas, bruscas ou desnecessárias da região fraturada, seja cauteloso;
- No tratamento das fraturas expostas, deve ser priorizado o controle da hemorragia com o uso de curativos limpos e esterilizados sobre o ferimento;
- A imobilização deve ocorrer sem reposicionar o osso de forma intencional, pois fragmentos ósseos podem comprometer estruturas internas (vasos sanguíneos, músculo, nervos, tendões e ligamentos), lembrando que manipulações incorretas dessas regiões podem repercutir em complicações adicionais; portanto, assim que possível, depois de eliminar todas as situações de riscos, priorize a imobilização adequada da fratura;
- É importante imobilizar a região fraturada sempre atingindo uma articulação acima e outra abaixo da fratura, para que se impeça qualquer movimentação, lembrando que as fraturas geralmente são imobilizadas na posição em que são encontradas. Inicie o enfaixamento sempre da extremidade para o centro do corpo. Como regra geral, utilize talas específicas que são moldáveis à fratura ou improvise com meios de fortuna (Exemplos: madeiras, jornais, revistas, entre outros). As talas devem ser ajustadas e não apertadas, de maneira a não interromper a circulação sanguínea do local;
- Continue monitorando as funções vitais e a perfusão capilar do membro fraturado até a equipe de emergência médica chegar para realizar o transporte. Caso tenha dúvidas se há ou não fratura, luxações ou entorses, faça sempre a opção por imobilizar;
- É ainda importante ter em mente que a imobilização inadequada ou o manuseio grosseiro da região fraturada pode transformar uma fratura fechada em exposta. O atendimento correto evita o agravamento da lesão, reduzindo a dor e o sangramento e possibilita uma recuperação adequada e precoce.

O APH, no Brasil se desenvolveu por muito tempo sem normas regulamentadoras ou que implementassem um sistema bem definido. Apenas em 1998 o Conselho Federal de Medicina qualifica o atendimento pré-hospitalar como serviço médico, tanto na coordenação quanto na supervisão (Resolução CFM n. 1.529/98). No ano seguinte o Ministério da Saúde aprova a normatização do atendimento pré-hospitalar com a Portaria n. 824, revogada posteriormente pela Portaria n. 814/2001, mais abrangente. Ainda no mesmo ano o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, com o intuito de reduzir a mortalidade no Brasil.

Em 2002 o Ministério da Saúde aprova a regulamentação técnica dos sistemas estaduais de urgência e emergência (Portaria n. 2048/GM), um avanço para a época. Nesta portaria fica claro a opção pelo modelo franco-alemão de atendimento pré-hospitalar, sendo que o treinamento preconizado no Brasil é baseado no modelo anglo-americano, ficando nítida a carência de um

modelo nacional, próprio. Em 2003 é instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria n. 1863/GM) em todas as unidades federadas. Assim finalmente o Brasil conseguiu implantar uma legislação na área de urgência e emergência. Após duas décadas de evolução legislativa na área de urgência e emergência, principalmente quanto à fase pré-hospitalar dos atendimentos, o Brasil tem uma legislação ampla, contudo longe de ser completa.

A Portaria GM/MS n. 1.863, de 29 de setembro de 2003, trata da “Política Nacional de Atenção às Urgências” trazendo novos elementos conceituais, como o princípio da humanização.

Humanizar o atendimento não é apenas chamar a vítima pelo nome, nem ter um sorriso nos lábios constantemente, mas também compreender seus medos, angústias e incertezas, dando-lhe apoio e atenção permanente.

O profissional humanizado deve apresentar algumas características que tornam o atendimento a um traumatizado mais digno:

Focalizar não somente o objeto traumático, mas também os aspectos globais que envolvem o paciente, não se limitando apenas às questões físicas, mas também aos aspectos emocionais;

Manter sempre contato com a vítima, demonstrando empatia;

Dar atenção às queixas do paciente, buscando confortá-lo na tentativa de amenizar a dor;

Sempre que possível, manter a vítima informada quanto aos procedimentos a serem adotados;

Respeitar o modo e a qualidade de vida do traumatizado; e

Respeitar a privacidade e dignidade do paciente, evitando expor o mesmo sem necessidade.



Humanizar o Atendimento

Os profissionais não oriundos da área da saúde, como é o caso dos bombeiros militares, por sua formação dedicam-se ao atendimento humanitário.

Além do atendimento fraterno, humanizar também é procurar aperfeiçoar os conhecimentos continuamente, valorizando todos os elementos implicados no evento assistencial, no sentido antropológico e emocional.

Importante:

Humanista é o homem que define atitudes concretas diante da vida, fruto da sua reflexão e como consequência de uma filosofia que norteia sua existência. Se este homem humanista é médico, essas atitudes que envolvem a sua própria vida atingirão as outras vidas, aquelas que ele tem que cuidar, e, portanto implicarão uma postura concreta diante da vida humana, da vida doente, do sofrimento e da dor, da vida que se acaba.

O conhecimento é importante para a formação da chamada disciplina consciente, onde o militar adere às práticas e às rotinas de biossegurança, independentemente de qualquer tipo de fiscalização. O conhecimento é fundamental para o seu bem estar, de sua equipe e das possíveis vítimas que serão atendidas.

Biossegurança: conjunto de práticas, condutas e ações técnicas que devem ser incorporadas ao profissional por meio do conhecimento sobre riscos ocupacionais, formas e necessidade de prevenção desses, a fim de prevenir, eliminar ou ao menos minimizar os riscos inerentes às atividades de resgate.

Higienização com utilização de preparações alcoólicas: higienização das mãos com composição alcoólica (sob a forma gel ou líquida com 1-3% glicerina) quando estas não estiverem visivelmente sujas e é indicada: o antes e após contato com a vítima; o após risco de exposição a fluidos corporais; o após contato com pertences de vítimas; e o após a retirada de luvas. O uso de preparações alcoólicas não substituem a lavagem das mãos.

É contraindicado o uso de substâncias estritamente alcoólicas (álcool gel e álcool líquido) em qualquer concentração por promoverem o ressecamento da pele, podendo assim prejudicar sua integridade e favorecer o aparecimento de portas de entrada para microrganismos.

A técnica de limpeza é a mesma para a limpeza concorrente e terminal, sendo a última diferenciada por ser programada e mais minuciosa, quando ocorre a limpeza de todas as superfícies, materiais e equipamentos da viatura. Deve ser feita da parte com menor sujidade (contaminação) para a de maior sujidade, sempre em movimentos unidirecionais, do mais distante para o mais próximo, e não em movimentos circulares, pois este apenas espalha a sujidade, dificultando sua retirada.

Obs.: Os desinfetantes mais indicados para desinfecção no serviço de APH são o hipoclorito de sódio a 1% e álcool a 70%

EVENTO TRAUMÁTICO

Cinemática do trauma pode ser entendida como o processo de avaliação da cena do acidente, antes mesmo de serem realizadas as primeiras avaliações das vítimas. Tal assunto visa prever e até mesmo determinar as forças que estiveram envolvidas e os possíveis movimentos durante o acontecimento do incidente, e assim estimar as prováveis lesões associadas ao trauma. Uma avaliação bem feita da cena do acidente permite ao socorrista identificar lesões e potenciais lesões que podem ser tratadas tanto no primeiro atendimento quanto reportadas ao corpo médico na chegada à unidade hospitalar.

Podemos dividir um evento traumático em três momentos:

- ✓ Pré-colisão;
- ✓ Colisão; e
- ✓ Pós-colisão.

A pré-colisão são os eventos que antecedem o acidente, como as condições da via num acidente de trânsito, o uso do cinto de segurança ou o histórico de doenças da vítima. Esta fase está associada à prevenção e à adoção de medidas que podem evitar ou minimizar os danos causados pelo acidente.

A colisão é a fase do impacto entre um objeto em movimento e um segundo objeto, por exemplo, carro contra carro, corpo humano contra o solo ou fragmentos de artefato explosivo contra o corpo humano.

A pós-colisão caracteriza-se pelo atendimento ao paciente. Nesse estágio são importantes todas as informações coletadas nas fases da pré-colisão e colisão. Uma boa avaliação da cinemática do trauma permitirá ao socorrista elevar o nível de suspeição das lesões e/ou prováveis lesões, proporcionando atendimento local de qualidade e permitindo repasse de informações para o ambiente intra-hospitalar.

O vocábulo cinemática pressupõe o estudo dos movimentos dos corpos, portanto, conhecer alguns conceitos de física se faz necessário, como energia, velocidade e massa.

Os atropelamentos podem ser divididos em três fases que apresentam padrão de lesões características. A primeira fase é o impacto da vítima com a frente do veículo. Na segunda há o impacto com o capô e possivelmente com o parabrisa, e a última acontece quando a vítima atinge o solo. As prováveis lesões da primeira fase irão depender da altura da vítima e do tipo de veículo (altura do parachoque). Em crianças, as partes acometidas compreendem as pernas e a pelve (fêmur e cintura pélvica), enquanto nos adultos podemos suspeitar de fraturas na tíbia e na fíbula, não descartando o comprometimento dos joelhos.

Na segunda fase há grande probabilidade de ocorrerem lesões do tronco e da cabeça, devido ao impacto com o capô ou parabrisa. No caso particular de crianças, podemos ainda associar lesões abdominais visto que elas podem não rolar para cima do capô, devido à baixa estatura.

Na terceira e última fase, a colisão com o chão leva à suspeição de fraturas na cabeça, coluna cervical, pescoço e tronco. Se o impacto com o solo for lateral, podemos observar ainda lesões de ombro, membros superiores e quadril. Os atropelamentos causam inúmeros danos à vítima e diversas lesões, pois não há proteção ao corpo.

Desobstrução manual das vias aéreas:

O primeiro movimento para avaliação da via aérea é a inspeção da boca e da orofaringe. A presença de corpos estranhos, secreções, alimentos e sangue indica a necessidade de remoção manual. Se a manobra mostrar-se ineficiente, a aspiração com o posicionamento lateral da cabeça (na ausência de trauma) pode auxiliar na remoção dos líquidos, corpos estranhos e restos alimentares. No indivíduo inconsciente, o relaxamento muscular pode ocasionar queda da língua em direção à faringe e oclusão da via respiratória. A escolha das manobras manuais para afastar a língua da faringe não pode ser feita de forma insegura, pois deve-se considerar a possibilidade de trauma de coluna cervical. Dessa forma, para o paciente sem suspeita de lesão de coluna cervical (emergência clínica), as manobras utilizadas são a extensão da cabeça e a elevação do queixo.

Na presença de suspeita de lesão de coluna cervical (trauma), deve-se realizar a tração anterior da mandíbula com a estabilização de coluna cervical, que pode ser realizada com diferentes técnicas. Em uma das técnicas, o socorrista estabiliza a coluna com a palma das mãos, os dedos indicadores e médios são colocados no ângulo da mandíbula bilateralmente, e os polegares são aplicados como apoio nos arcos zigomáticos. Ao tracionar o ângulo da mandíbula para a direção anterior, a língua também é tracionada no mesmo sentido, dando abertura à via respiratória. A manobra pode ser realizada com um ou dois socorristas.

Em outra técnica, com o auxílio de um segundo socorrista que estabiliza a coluna, a mandíbula e os incisivos inferiores são apreendidos com o polegar e indicador do primeiro socorrista, tracionando a mandíbula para a parte anterior.

O oxigênio é provavelmente o fármaco mais comumente utilizado no tratamento de pacientes que se encontram em emergências médicas.

As equipes de atendimento de emergência são treinadas para oferecer oxigênio suplementar para praticamente todos os pacientes com dispneia e outras condições clínicas, como doença cardíaca isquêmica, septicemia ou trauma.

No entanto não há nenhuma evidência científica sólida a favor ou contra a utilização de rotina de oxigênio como medida de primeiros socorros para atendimento de emergência de indivíduos que experimentam falta de ar ou dor no peito, exceto para mergulhadores com doença descompressiva.

ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS NOS ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA

A enfermagem é uma profissão regulamentada pela Lei Federal 7.498/861, que dispõe sobre o exercício profissional e dá outras providências, e pelo decreto 94.406/872, que regulamenta a referida lei. De acordo com o Artigo 11º da Lei 7.498/861, o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem e são atribuições privativas dessa categoria profissional: [...] consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Ao técnico e auxiliar de Enfermagem cabem as atividades de nível médio, conforme postas, respectivamente, nos artigos 12º e 13º da lei supracitada.

Conforme a alínea C, inciso III do artigo 11º do decreto 94.406/87, é incumbência da Enfermagem fazer curativo. Para tal procedimento, devem-se respeitar os devidos graus de habilitação, segundo o regulamento sobre a competência da equipe de Enfermagem para cuidar de feridas, como determina a Resolução COFEN 0501/20153. Cabe, ainda, pontuar que o curativo é uma parte integrante da atenção às feridas e competência da Enfermagem, por ser previsto em lei e fazer parte de sua estrutura curricular e acadêmica.

Em situações de danos ao paciente, poderá resultar ou não em penalidades, a depender do posicionamento ético e das decisões tomadas pelo Conselho Profissional. A penalidade é determinada pelo tipo de infração, que poderá transcender o Código de Ética e a deontologia do seu conselho e incorrer em penalidades previstas no Código Civil. Como parte da legislação dedicada ao tema “responsabilidade”, destacam-se, como parâmetros para identificar os limites e as consequências da responsabilidade civil do enfermeiro, os artigos 927, 186 e 951 do Código Civil Brasileiro (CCB)19, bem como o artigo 12 do Código de Ética dos profissionais da área de Enfermagem5, elencados abaixo:

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 951. O disposto nos artigos 948, 949 e 950 aplica-se, ainda, no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

Art.12. Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no que tange às infrações e às penalidades, dispõe, no Artigo 121 do capítulo V, que as infrações serão consideradas leves, graves ou gravíssimas, segundo a natureza e a circunstância de cada caso⁵. Relativo aos deveres disciplinares, cita, no artigo 88 (capítulo V), que as infrações são consideradas leves quando ofendem a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade. São consideradas infrações graves, quando provocam perigo de vida, debilidade temporária de membro, sentido ou função em qualquer pessoa, e as gravíssimas são aquelas que provocam morte, deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou dano moral irremediável em qualquer pessoa.

O termo “ferida” é designado para definir a perda da solução de continuidade do tegumento, evidenciada pela ruptura das camadas da pele ou de estruturas mais profundas, como fâscias, músculos, aponeuroses, cartilagens, tendões, ossos, órgãos cavitários ou qualquer outra estrutura corpórea^{1, 2, 3}. Elas podem ser causadas por fatores extrínsecos, como lesões traumáticas provocadas por agentes físicos, químicos ou biológicos, ou por fatores intrínsecos, como feridas crônicas resultantes de neoplasias, distúrbios metabólicos e doenças vasculares³. A presença de comorbidades pode ser responsável pela ocorrência ou pelo agravamento das lesões.

O mecanismo da lesão tecidual inicia-se, primariamente, com alterações moleculares, estruturais e de adaptação das células que estão em equilíbrio homeostático. Diante de estímulos patológicos ou estresse excessivo, essas células podem se adaptar e ocasionar a lesão celular reversível ou exceder o limite de adaptação, o que resulta em uma sequência de eventos que culminarão em lesão celular irreversível (necrose).

Uma vez instalada, a ferida causa um importante impacto físico, psicológico e social à pessoa, aos seus familiares e à sociedade, portanto, precisa de uma abordagem holística e humanizada para ser tratada, que deve envolver a avaliação clínica criteriosa da pessoa com ferida (anamnese e o exame físico geral e específico da ferida). Ao avaliar a pessoa com ferida, devem ser consideradas as percepções de suas condições gerais de saúde e as características específicas da lesão. Nas condições gerais, deverão ser observados o padrão de oxigenação, a perfusão tissular, a mobilidade física, o estado nutricional, as doenças crônicas associadas, o uso de drogas, os medicamentos e as condições emocionais e psicossociais.

Para proceder ao exame específico da ferida, deve-se iniciar com uma avaliação e uma descrição criteriosa do profissional que, além de fazer o julgamento clínico, deve usar instrumentos que permitam uma abordagem estruturada e sistematizada das injúrias na pele.

Para avaliar a ferida, deverão ser abordados os critérios clínicos pertinentes ao processo cicatricial, para que, com o resultado dessa avaliação, sejam direcionadas intervenções mais específicas com vistas a fechar a lesão.

A inspeção periódica e o registro desses critérios clínicos, na primeira avaliação e nas subsequentes, são precípuos para se acompanhar a evolução das lesões e revisar a conduta terapêutica. Assim, é necessário descrevê-los de forma mais detalhada.

NOÇÕES SOBRE ANATOMIA

A anatomia distingue-se da fisiologia e da bioquímica, que estudam respectivamente as funções dessas partes e os processos químicos envolvidos. Está ligada à embriologia, à anatomia comparada, à biologia evolutiva e à filogenia, uma vez que são estes os processos que geram a anatomia. A disciplina da anatomia pode ser dividida em vários ramos, incluindo anatomia macroscópica e microscópica. A anatomia macroscópica é o estudo de estruturas anatômicas suficientemente grandes para poderem ser observadas a olho nu e engloba a anatomia de superfície. A anatomia microscópica é o estudo das estruturas a uma escala microscópica e engloba a histologia (o estudo dos tecidos) e a embriologia (o estudo de um organismo ainda imaturo).

Os seres humanos são animais membros da ordem dos mamíferos, subfilo dos vertebrados e do filo dos cordados. À semelhança de todos os cordados, o corpo humano apresenta em determinado momento do desenvolvimento simetria bilateral, corda dorsal, fendas branquiais e um tubo neural.

Nos seres humanos, as duas primeiras características estão presentes apenas durante a fase embrionária. À medida que o embrião se desenvolve, a corda dorsal dá lugar à coluna vertebral característica dos vertebrados, as fendas branquiais desaparecem completamente e o tubo neural dá lugar à espinal medula. À semelhança dos restantes mamíferos, o corpo humano apresenta como características proeminentes a presença de pelos, glândulas mamárias e sistema sensorial bastante desenvolvido. No entanto, apresenta também algumas diferenças significativas. É o único mamífero com postura bípede, o que modificou o plano corporal, e o cérebro é de longe o mais desenvolvido em todo o reino animal.

O corpo humano adulto possui mais de 75 bilhões de células. Cada célula é capaz de crescer, de metabolizar, de responder a estímulos e de se reproduzir, embora haja algumas exceções. Existem mais de 200 tipos diferentes de células no corpo humano que, em conjunto com a matriz extracelular, formam os quatro principais tipos de tecido: epitelial, muscular, nervoso e conjuntivo. Por sua vez, os tecidos formam órgãos individuais e cada órgão pode apresentar vários tipos de tecido. O tecido epitelial reveste a superfície do corpo, os órgãos internos, cavidades e passagens. Os tecidos musculares são contrácteis e constituem os músculos, enquanto que os tecidos nervosos constituem o sistema nervoso. O tecido conjuntivo liga as várias estruturas anatômicas entre si e é constituído por células bastante espaçadas.

O corpo humano é constituído por nove sistemas orgânicos principais. O sistema tegumentar é constituído pela pele que reveste o corpo e as diversas estruturas a ela associadas, como os pelos, as unhas ou as glândulas sebáceas, e tem a função de proteger os outros órgãos. O sistema locomotor compreende os músculos esqueléticos e os ossos do esqueleto e tem função locomotora e de proteção dos órgãos internos. O sistema respiratório é constituído pelos pulmões, músculos da respiração e respectivas passagens e tem a função de extrair oxigênio do ar, fundamental para o metabolismo, devolvendo dióxido de carbono.

O sistema circulatório ou cardiovascular é constituído pelo coração, vasos sanguíneos e sangue. O coração impulsiona a circulação do sangue, o qual tem a função de transportar oxigênio, nutrientes, células imunitárias, hormonas e resíduos entre as células das diversas partes do corpo. O sistema digestivo é constituído pela boca, esôfago, estômago e intestinos e tem a função de processar os alimentos em nutrientes aproveitáveis pelo corpo, que são depois absorvidos pelo sangue ou pela linfa e os resíduos expulsos na forma de matéria fecal. O sistema excretor é constituído pelos rins, bexiga e respectivos canais e tem a função de remover os compostos de nitrogênio tóxicos da corrente sanguínea. O sistema endócrino é constituído pelos tecidos e glândulas que produzem hormonas, as quais atuam como uma rede de comunicações entre os vários sistemas. O sistema reprodutor, feminino ou masculino dependendo do sexo, é constituído pelos órgãos sexuais e permite a reprodução e a continuidade da espécie.

Os termos anatómicos usados para descrever a localização de determinada estrutura têm por base a posição anatómica de referência. Nos seres humanos, esta posição corresponde a uma pessoa de pé, com os pés ligeiramente afastados, braços esticados e as palmas das mãos abertas e viradas para a frente. Quando os anatomistas mencionam o lado esquerdo ou o lado direito do corpo, referem-se à esquerda e direita do indivíduo, e não do observador. Ao observar um corpo na posição anatómica de referência, o lado esquerdo do corpo é o lado direito do observador e vice-versa. Os termos padronizados evitam confusão. Entre os termos mais usados estão:

Anterior e posterior descrevem a parte da frente (anterior) e de trás (posterior) de um corpo. Por exemplo, os dedos dos pés encontram-se anteriormente em relação ao tornozelo e a coluna vertebral encontra-se posteriormente em relação ao coração.

Superior (ou cranial) e inferior (ou caudal) descrevem uma posição em cima (superior, em direção ao crânio) ou em baixo (inferior, em direção à cauda) relativamente a outra parte do corpo. Por exemplo, o tórax situa-se superiormente ao abdómen, enquanto a pélvis situa-se inferiormente ao abdómen.

Medial e lateral descrevem uma posição que é mais próxima (medial) ou mais afastada (lateral) do plano sagital. Por exemplo, no caso do joelho o ligamento colateral medial está situado medialmente, ou mais próximo do plano sagital, enquanto que o ligamento colateral lateral está localizado lateralmente, ou mais afastado do plano sagital.

Ventral e dorsal descrevem estruturas derivadas da parte da frente (ventral) ou de trás (dorsal) do embrião antes da rotação dos membros.

Proximal e distal descrevem uma posição mais próxima (proximal) ou mais afastada (distal) em relação à raiz do membro. Por exemplo, o braço é considerado proximal quando comparado com o antebraço (distal), uma vez que está mais próximo da raiz.

Superficial e profundo descrevem as estruturas que estão mais próximas (superficiais) ou mais afastadas (profundas) em relação à superfície do corpo. Por exemplo, a pele é mais superficial do que os ossos e o cérebro é mais profundo que o crânio.

Termos de movimento:

Flexão e extensão descrevem os movimentos que modificam o ângulo entre duas partes do corpo. Flexão é o movimento de dobra que diminui o ângulo entre um segmento e o seu segmento proximal. Por exemplo, dobrar o cotovelo ou a apertar a mão são movimentos de flexão e quando uma pessoa está sentada, os joelhos estão flectidos. Quando uma articulação pode rodar para a frente e para trás, como no caso do pescoço ou do tronco, a flexão refere-se ao movimento em direção à parte anterior do corpo. A extensão é o oposto de flexão, descrevendo o movimento que aumenta o ângulo entre duas partes do corpo. Por exemplo, uma pessoa de pé tem os joelhos estendidos. Em articulações que podem rodar para a frente e para trás, a extensão refere-se ao movimento em direção à parte posterior do corpo.

Abdução e adução descrevem os movimentos que afastam ou aproximam uma estrutura do centro do corpo (plano sagital). Abdução é o movimento que afasta a estrutura do plano sagital. Por exemplo, levantar os braços é uma abdução do ombro. No caso dos dedos, refere-se ao afastamento em relação às palmas das mãos ou dos pés. Adução é o movimento que puxa uma estrutura em direção ao plano sagital ou em direção à linha mediana de um membro. Por exemplo, juntar os joelhos ou fechar os dedos da mão.

Elevação e depressão referem-se aos movimentos para cima e para baixo do plano horizontal. Por exemplo, encolher os ombros é uma elevação da omoplata.

Rotação medial (ou interna) e rotação lateral (ou externa) referem-se, respetivamente, à rotação que aproxima ou afasta a estrutura do centro do corpo.

Retroversão e anteroversão referem-se ao movimento do sangue ou de outros fluidos numa direção normal (anteroversão) ou anormal (retroversão).

Dorsiflexão e flexão plantar descrevem a extensão ou flexão do pé a partir do tornozelo. Dorsiflexão é o movimento em que os dedos do pé se aproximam da tíbia, diminuindo o ângulo entre o dorso do pé e o dorso (frente) da perna. Por exemplo, ao caminhar apenas com os calcanhares apoiados, o tornozelo está em dorsiflexão. A flexão plantar é o movimento que diminui o ângulo entre a planta do pé e as costas da perna. Por exemplo, o movimento de carregar num pedal automóvel. No caso da mão, usa-se os termos dorsiflexão e flexão palmar.

Eversão e inversão descrevem os movimentos que inclinam a planta do pé para fora (eversão) ou para dentro (inversão) em relação ao plano sagital, como no caso de uma torção do tornozelo.

Pronação e supinação descrevem a rotação do antebraço ou do pé de forma a que na posição anatômica de referência a palma da mão ou planta do pé fique voltada para a parte anterior (supinação) o posterior (pronação).

A anatomia da cabeça e pescoço foca as estruturas da cabeça e pescoço do corpo humano, incluindo o cérebro, ossos, músculos, vasos sanguíneos, nervos, glândulas, nariz, boca, dentes, língua e garganta. É uma área estudada em profundidade por, cirurgiões, dentistas e fonoaudiólogos, entre outros profissionais. Anatomia de superfície é um ramo da anatomia que trata da descrição visual da estrutura anatômica sem dissecar o organismo. Na anatomia humana observa-se marcos anatômicos que correspondem as estruturas profundas escondidas da vista.

A anatomia é a ciência responsável por estudar a morfologia e a estrutura dos seres vivos. Isto é, encarrega-se de analisar a forma, a localização, a distribuição, a relação e a topografia dos órgãos que compõem os seres vivos.

Do ponto de vista etimológico, a anatomia provém do latim “anatomos” que por sua vez deriva do grego, sendo assim “ana” significa “por meio de” e “tomos” quer dizer “corte”, desta maneira, de forma conjunta pode ser traduzida como “cortar para ver”.

Dentro da anatomia, vários tipos de classificações são estabelecidos em função dos critérios empregados para seu estudo. De modo geral, podem ser divididos em dois grandes ramos: a anatomia macroscópica e a microscópica. Como seu próprio nome diz, este último se refere ao estudo de todos os fenômenos invisíveis à primeira vista e só podem ser observados com a ajuda de um microscópio ou outros aparelhos similares. Pelo contrário, a anatomia macroscópica está focada nos elementos de estrutura orgânica que podem ser observados à primeira vista sem ajuda de um microscópio.

Planos de Inscrição ou Delimitação:

⇒ Eixos ortogonais – utilizados como pontos de referência para verificar a situação, a posição e direção dos órgãos ou partes do corpo;

⇒ Planos de Secção – em que o corpo e suas estruturas sofrem cortes, sendo possível visualizar por dentro do sistema. Imagine o corpo sendo cortado por uma serra. Existem várias direções para o corte: sagital mediano (o corte é feito no meio do corpo), paramediano (o corte é feito lateralmente com relação à linha sagital mediana), frontal (corte lateral); transversal (vários cortes, feitos horizontalmente);

⇒ Termos de Posição – dá proximidade entre os planos de inscrição e de secção, como referência para visualizar os órgãos internos;

⇒ Cavidades do corpo – são os espaços do corpo que contêm os órgãos internos. Elas têm uma extrema importância para os órgãos, pois protegem, isolam e sustentam.

Anatomia Sistêmica ou descritiva – estudo do corpo e seus sistemas. Ex.: sistema esquelético, sistema muscular, etc.;

Anatomia Regional ou topográfica - estudo das regiões do corpo e suas ligações;

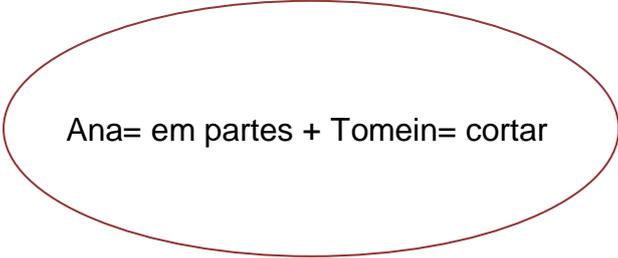
Anatomia Clínica, de superfície ou do vivo – estudo das estruturas e funções do corpo, das áreas importantes à saúde, ou seja, trata dos sintomas e sinais de um paciente e ajuda a interpretá-lo;

Anatomia Aplicada – foca na importância do estudo para os seus diversos campos, como as atividades médicas, cirúrgicas, etc.;

Anatomia Comparada – estuda a anatomia de espécies animais com o foco no seu desenvolvimento e sua história evolutiva (filogenética) dos órgãos;

Anatomia Funcional – estuda o funcionamento das inter-relações;

Anatomia Radiológica – esse ramo da anatomia, juntamente com a clínica, fazem por meio do raio x, o estudo do corpo humano.



Ana= em partes + Tomein= cortar

Os sistemas que, em conjunto, compõem o organismo do indivíduo são:

- a) Sistema Tegumentar;
- b) Sistema Esquelético (ossos, cartilagens e conexões entre ossos);
- c) Sistema Muscular;
- d) Sistema Nervoso
- e) Sistema Circulatório
- f) Sistema Respiratório
- g) Sistema Digestório
- h) Sistema Urinário
- i) Sistema Genital (feminino e masculino);
- j) Sistema Endócrino
- k) Sistema Sensorial.

TRAUMATISMO CRANIANO

O traumatismo craniano é um tipo de contusão ou ainda lesão na cabeça, pode ocorrer imediatamente ou se desenvolver lentamente no decorrer de várias horas, podendo ainda constituir-se num traumatismo cranioencefálico.

A maior parte das lesões cranianas são de menor importância pois o crânio propicia uma considerável proteção ao cérebro contra lesões. A maioria das lesões na cabeça é considerada leve, mas pode ser um problema grave.

As causas mais comuns das lesões na cabeça incluem os acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, quedas, violência física e acidentes em casa.

Se uma criança começa a brincar ou a correr imediatamente após um golpe na cabeça, é provável que não haja uma lesão grave. No entanto, ainda assim, deve-se observar atentamente a criança no dia seguinte, pois algumas vezes os sintomas de uma lesão podem ser retardados.

Mesmo que o crânio não esteja fraturado, o cérebro pode bater contra a parte interna do crânio e ser danificado. Se houver sangramento dentro do crânio, poderão surgir complicações posteriores. Desta forma deve-se sempre procurar um médico.

As consequências podem variar, desde uma recuperação completa até morte.

O traumatismo cranioencefálico é uma constante no mundo de hoje, mundo esse cada vez mais industrializado e motorizado. Os números estatísticos dessa doença são no mínimo desanimadores: 10 milhões de casos somente nos EUA anualmente dos quais 20% são sérios o bastante para causar lesão cerebral.

Em 2010, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) estima que os TCs ocasionaram aproximadamente 2,5 milhões de intervenções (visitas, hospitalizações e mortes) do pronto atendimento (PA) nos Estados Unidos, seja como lesão isolada ou em associação com outras lesões.

Como não bastasse, grande parte dos acidentados estão no ápice de atividade vital, sendo que dentre os homens abaixo de 35 anos, a maior causa de morte é o acidente de trânsito dos quais 70% envolvem traumatismo craniano e medular.

As principais maneiras de diminuição da morbidade e mortalidade dessa doença têm sido conseguidas através de programas nacionais de prevenção aos acidentes de trânsito e pela maior capacitação de pessoal especializado no resgate de acidentados, visando diminuir ao máximo as lesões devidas ao transporte inapropriado o que muitas vezes é o responsável por transformar uma lesão reversível em irreversível.

É estimado que por volta do ano 2020, os acidentes de trânsito serão a terceira causa de perda de anos por incapacidade física em todo mundo.

No que diz respeito ao tratamento das lesões propriamente ditas e aos processos de reabilitação, há, no momento, várias formas e protocolos utilizados pelos diversos serviços ao longo do globo, entretanto, não há um consenso sobre qual deles oferece a melhor terapêutica. Caso se conseguisse uma melhor revisão desses métodos de tratamento, avaliando seus benefícios e malefícios, uma melhor conduta terapêutica poderia ser escolhida e assim, milhares de pessoas em todo mundo poderiam se beneficiar.

O traumatismo craniano é uma lesão na cabeça que pode afetar apenas o crânio, no caso de fraturas, ou provocar danos graves no cérebro, como contusão ou coágulo sanguíneo, passando a ser chamado de traumatismo cranio-encefálico.

Normalmente, o crânio protege o cérebro de pancadas externas moderadas, como dar uma cabeçada, porém, casos de trauma grave, como uma queda de grande altura ou acidentes de carro, podem causar lesões cerebrais que devem ser tratadas o mais rápido possível.

O traumatismo craniano tem cura, dependendo da sua causa e gravidade, no entanto, o indivíduo pode ficar com sequelas, como coma, epilepsia, paraplegia ou cegueira, principalmente quando o cérebro é afetado.

Os sintomas de traumatismo craniano surgem, especialmente, nos casos graves e incluem:

Sangramentos graves na cabeça ou rosto;

Saída de sangue ou líquido transparente pelo nariz e ouvidos;

Dor de cabeça intensa;

Desmaio, perda de consciência ou sonolência excessiva;

Olho roxo ou manchas roxas nas orelhas, como na primeira imagem;

Pupilas com tamanhos diferentes, como mostram as imagens;

Confusão, perda de equilíbrio ou fala alterada;

Perdas de memória ou alterações visuais.

O tratamento para traumatismo craniano deve ser feito por um neurologista no hospital e, geralmente, é iniciado com exames de diagnóstico, como tomografia computadorizada ou ressonância magnética, para detectar se existem danos no cérebro ou fraturas no crânio.

Nos casos de traumatismo craniano grave, em que existem hemorragias internas, fraturas ou lesões cerebrais graves, pode ser necessário utilizar cirurgia e, por isso, o internamento pode ser prolongado por vários dias.

SOCORRISTA

Ser socorrista é, primeiro que tudo, saber intervir no momento de um acidente para salvar uma vida e/ou evitar uma enfermidade. É também praticar a própria prevenção no local do acidente.

Ser socorrista é ter os conhecimentos básicos de como atuar em situações de emergência e saber intervir no momento do acidente. É um papel limitado e temporário porque o socorrista intervém graças aos seus conhecimentos e à sua técnica; a maior parte das vezes dispõe apenas de material improvisado; a sua ação termina quando o especialista intervém. Um socorrista sabe como proporcionar os primeiros socorros eficazmente a quem deles necessite, bem como evitar o agravamento do estado da vítima.

Segurança do socorrista (É obrigatório estar paramentado):

Óculos de proteção;

Máscara cirúrgica;

Luvas de procedimento ou cirúrgica;

Joelheiras;

Capacete.

O socorrista deve ser um bom observador na cena do acidente, extrair as informações que a cena mostra e complementar com a parte subjetiva de perguntas aos que presenciaram o trauma. Podemos definir claramente que há dois tipos de lesões segundo os seus sinais: as visíveis e as não visíveis ou traumas fechados. Para que a equipe de resgate não cometa o erro de deixar de atender uma vítima analisando apenas os sinais é importante a aplicação da cinemática do trauma. É o início do atendimento antes mesmo de realizar o ABCDE. Existem vários casos em que equipes de resgate perderam vítimas ainda no local do acidente por não aplicar a cinemática do trauma. Uma vez ciente da cinemática o socorrista deve levar em conta esta análise e os erros serão drasticamente diminuídos.

A exposição a doenças infecciosas desta natureza ocorre comumente durante transporte de doentes entre hospitais. Habitualmente se há médico regulador ele na regulação da ocorrência define o grau de risco e as condutas que serão tomadas para prevenção. Durante o deslocamento para o atendimento do transporte a guarnição pode entrar em contato com o COB para receber orientações e esclarecimentos quanto aos procedimentos com a vítima e viatura. Para doenças com risco de transmissão por inalação utilizar a máscara N95 e ter cuidado de

circular ar na viatura por 15 minutos com janelas e portas abertas antes de retirar a máscara no final do transporte. Para doenças com risco de transmissão por contato utilizar as luvas de procedimento e descartá-las logo após o contato com paciente para não contaminar outras superfícies. Em caso de doenças de transmissão pelo ar e contato (por exemplo, herpes zoster em HIV positivo) utilizar a máscara N95, proceder à renovação do ar da viatura e utilizar as luvas descartáveis.

A vítima responsiva possui vias aéreas desobstruídas, apresenta função respiratória, circulatória e perfusão cerebral.

Estabilizar a coluna cervical com as mãos, se necessário com os joelhos;

Desobstruir as vias aéreas:

Usar a tração de mandíbula (Jaw Thrust) em vítimas de trauma;

Elevação da mandíbula (Chin Lift);

Hiperextensão do pescoço em casos clínicos;

Usar cânula orofaríngea em vítimas inconscientes;

Executar a manobra de Heimlich em vítimas com Obstrução das Vias

Aéreas por Corpo Estranho (OVACE).

Imobilizar a coluna cervical (pescoço) com o uso de colar cervical adequado em toda a vítima que recebeu descarga de energia (trauma).

Avaliar respiração e frequência ventilatória:

- 1- Verificar a respiração da vítima através do VOS (Ver, Ouvir, Sentir);
- 2- Fornecer suporte ventilatório com oxigênio de 15 l/min;
- 3- Se for preciso iniciar reanimação ventilatória.

Verificar a Circulação:

Checar pulso:

Vítima consciente: Verifica-se pulso radial. Caso o mesmo não esteja presente, avaliar pulso carotídeo;

Vítima inconsciente: Verifica-se pulso carotídeo.

Se for preciso iniciar reanimação cardíaca;

Verificar a perfusão capilar, enchimento normal menor que 2 segundos;

Efetuar o controle de hemorragias;

Prevenir e/ou tratar o Estado de Choque.

Avaliação do diâmetro das pupilas:

ISOCÓRICAS (NORMAIS): São simétricas e reagem à luz.

Diagnóstico-provável: Esta condição é normal, porém deve-se reavaliar constantemente.

MIÓSE: Ambas estão contraídas, sem reação à luz.

Diagnóstico-provável: Lesão no sistema nervoso central ou abuso no uso de drogas (toxinas).

ANISOCÓRICAS: Uma dilatada e outra contraída. (assimétricas)

Diagnóstico-provável: Acidente vascular cerebral - AVC, Traumatismos Cranioencefálico-TCE.

MIDRÍASE: Pupilas dilatadas.

Diagnóstico-provável: Ambiente com pouca luz, anóxia ou hipóxia severa, inconsciência, estado de choque, parada cardíaca, hemorragia, TCE.

Importante:

O Socorrista deverá observar a presença de lentes de contato e próteses. Pupilas opacas, embaçadas, suspeitar de Estado de Choque, Coma ou Morte cerebral (Atenção! Suspeitar, mas não diagnosticar).

ABCDE OBSERVANDO A CINEMÁTICA DO TRAUMA

Como o próprio nome já sugere, o método se divide em 5 etapas: A, B, C, D e E. Cada letra representa uma etapa cuja inicial se refere a um termo em inglês.

A de airway (ou via aérea)

Vias aéreas e controle da coluna cervical. Nessa primeira fase do atendimento, o médico deve checar se o paciente está com as vias aéreas desobstruídas. É importante verificar se não há corpos estranhos impedindo a respiração, fraturas de face ou qualquer lesão na coluna cervical. Todo o processo deve ser tátil, verificando sinais de edemas ou sangramentos e observando se a vítima não emite qualquer som durante a respiração, tosse ou apresenta alguma agitação. Garantida a permeabilização, o colar cervical deve ser colocado.

B de breathing (ou respiração)

Respiração e ventilação. Depois de garantir a permeabilidade das vias respiratórias, é preciso aferir se o cidadão está, de fato, respirando bem. Nesse ponto, é necessário observar os movimentos do tórax, fazer ausculta a fim de eliminar qualquer lesão torácica e, se necessário, utilizar métodos de ventilação mecânica para reestabelecer a função.

C de circulation (ou circulação)

Circulação com controle de hemorragia. Após os primeiros procedimentos, é preciso impedir que a vítima entre em quadros como a hipovolemia (diminuição anormal do volume do sangue de um indivíduo), que podem trazer como consequência o choque hemorrágico. Assim, apalpar, verificar o dorso e identificar de onde surgiu a hemorragia é o primeiro passo para sua contenção. Impedir que o cidadão continue perdendo sangue durante o atendimento pode ser decisivo para que o óbito não aconteça. Nessa etapa também são aferidos o nível de consciência, a coloração da pele, a frequência e a amplitude do pulso, a perfusão periférica, a pressão arterial e do pulso, ainda notando se há sudorese.

D de disability ou (ou incapacidade)

Exame neurológico sumário. Uma avaliação primária do nível de consciência da vítima deve ser determinada no momento do primeiro atendimento para que, depois, seja encaminhada e classificada pela Escala de Glasgow. A primeira verificação deve ser feita pelo método AVDI: Alerta, resposta a estímulo Verbal, resposta a estímulo Doloroso ou inconsciente aos estímulos. Depois da primeira classificação, o paciente deve passar por um novo teste ao chegar na unidade de atendimento.

E de exposure (ou exposição)

Exposição com controle da hipotermia. Para identificar fraturas e hemorragias, a vítima deve ser despida. Para facilitar o trabalho e impedir novos traumas, corta-se a roupa. Nesse procedimento,

é comum que a temperatura do corpo baixe, deixando os cidadãos mais suscetíveis à hipotermia. Com isso, outros problemas podem surgir. Assim, antes da remoção da vítima para o atendimento, é preciso garantir que sua temperatura esteja estável. Por isso, é preciso ter mantas térmicas sempre à mão.

Socorrista: Usar quatro pontos de apoio com os cotovelos apoiados na coxa;

Estabilizar a cervical. Segurando no capacete utilizando os antebraços e a curvatura da mão. Com os dedos segure a mandíbula da vítima para que a cabeça não oscile muito durante a movimentação e neutralização. Procurar manter os cotovelos apoiados na coxa ou no chão;

Deverá soltar ou cortar o tirante do capacete, enquanto o Socorrista mantém a estabilização;

Fazer a “pegada do colar” e falar “A estabilização é minha” quando estiver pronto a estabilização da cabeça da vítima. A pegada do colar é feita pelas mãos imitando o formato do colar cervical. Deve-se colocar o polegar e o indicador de uma das mãos segurando a mandíbula e com a outra na parte posterior do pescoço, usando também o polegar e o dedo indicador da região do occipital, fixando a coluna cervical;

Retirar o capacete. Abrir o capacete nas laterais com as mãos e em movimentos oscilatórios puxar em direção ao corpo do próprio socorrista até passar pelo nariz, depois retira-lo totalmente;

Assumir a estabilização falando “A estabilização é minha”. Segurando a cabeça por trás, apoiar os cotovelos na coxa e/ou no chão.

Colocar o colar cervical. Abrir o colar com os dedos médio e as duas partes do colar se encaixa de forma única. Se preferir, coloque a parte posterior primeiro em vítimas deitadas ou sentadas;

Trazer a prancha longa e auxiliar nas manobras de rolamento em bloco;

Continuar com as movimentações da vítima na prancha para centralizar a mesma;

Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte.

A retirada do capacete deve ser feita o mais rápido possível.

Retirar o capacete da vítima antes da movimentação na prancha, exceto em vítimas em decúbito ventral que necessita primeiro do rolamento passando-a para decúbito dorsal.

A retirada do capacete só será feita na posição de decúbito dorsal, exceto quando a mesma estiver presa em algum lugar que não dê para colocá-la nesta posição.

Não retirar o capacete se houver objeto transfixado.

Conduta de elevação em monobloco:

Priorizar a segurança;

Realizar o ABCDE observando a cinemática do trauma;

Socorrista 1 : Estabilizar a cervical;

Socorrista 2 : Colocar o colar cervical. (Ver técnica de retirada de capacete);

A prancha deverá ser posicionada em contato com a vítima em sua lateral.

Socorrista 2 : Em pé, posiciona-se sobre a vítima colocando uma perna de cada lado da vítima e segura-a pelas axilas;

Socorrista 3 : Em pé, posiciona-se sobre a vítima colocando uma perna de cada lado da vítima na altura da cintura pélvica;

Socorrista 4 : Posiciona-se nos membros inferiores e os segura na altura dos tornozelos;

Socorrista 1 : Após certificar-se que todos os socorristas estão na posição correta, dá o comando: “elevação da vítima no 3, 1...2...3” e levantam a vítima em monobloco colocando-a sobre a prancha longa;

Continuar com o atendimento e avaliação durante o transporte ou aguarde o Suporte Avançado.

Traumas resultantes de acidentes de trabalho são motivo de preocupação constante em ambientes como construção civil, fábricas e outros. Nessas circunstâncias, a correta observação da cinemática do trauma realizada pelo socorrista é fundamental.

O trauma se caracteriza pela absorção de força excessiva por um corpo físico, causando lesões visíveis ou não.

Essa força, ou energia, pode ser de cinco naturezas distintas: mecânica (ou cinética), térmica, química, elétrica e radiativa.

A velocidade de atuação da força tem correlação com a severidade e também com a forma da lesão. Quando lenta, pode ocasionar contusões e esmagamentos, enquanto impactos rápidos causam avulsões, amputações e lacerações.

A cinemática do trauma, como vimos, é a análise das condições em que ocorreu o acidente. É primordial estudar a cena e considerar, entre outros fatores, a direção do impacto, a velocidade, o tamanho do paciente e os sinais de liberação de energia. Então, a partir do histórico levantado, por observação ou entrevista de testemunhas, o socorrista pode prever as possíveis lesões e seus tratamentos.

O trauma psicológico é um tipo de dano emocional que ocorre como resultado de um algum acontecimento. Pressupõe uma experiência de dor e sofrimento emocional ou físico. Como experiência dolorosa que é, o trauma acarreta uma exacerbação do medo, o que pode conduzir ao estresse, envolvendo mudanças físicas no cérebro e afetando o comportamento e o pensamento da pessoa, que fará de tudo para evitar reviver o evento que lhe traumatizou. Igualmente, pode acarretar depressão, comportamentos obsessivos compulsivos e outras fobias ou transtornos, como o de pânico.

O trauma pode ser causado por vários tipos de eventos, mas há alguns aspectos em comum. Geralmente envolve o sentimento de completo desamparo diante de uma ameaça real ou subjetiva à própria vida, ou à vida de pessoas amadas, ou à integridade do corpo. Um trauma pode, frequentemente, violar as ideias do indivíduo a respeito do mundo, colocando o indivíduo num estado de extrema confusão e insegurança. O trauma também pode acontecer em decorrência da traição de alguma pessoa ou instituição de maneira imprevista, ou ainda, alguma desilusão ou privação sofrida em algum(s) momento(s) da vida, que possa ter ocasionado transtornos no indivíduo.

Um evento traumático que envolve uma experiência ou uma série de experiências diferentes afetam a maneira de o indivíduo responder com as ideias ou reações preestabelecidas, podendo às vezes durar semanas ou perpetuar-se, transferindo-se de pais para filhos, durante séculos .

O trauma psicológico pode vir acompanhado de um trauma físico ou existir de maneira independente. Tipos de causas de traumas psicológicos são: perda de entes queridos, abuso sexual, violência ou ameaças, desafeto/desilusão, mudança repentina, especialmente se ocorrem na infância ou adolescência. Eventos catastróficos como terremotos e erupções vulcânicas, guerra ou outras formas de violência em massa também podem causar traumas psicológicos, assim como exposição à miséria durante longo tempo ou mesmo abuso verbal.

Entretanto, pessoas diferentes reagem de maneiras diferentes em eventos similares. Uma pessoa pode sentir como traumático um evento que outra pessoa pode não sentir, e nem todas as pessoas que passam por experiências traumáticas podem se tornar psicologicamente traumatizadas.

Trauma é uma das principais causas de morte no País. Nas regiões sul e sudeste, onde o número de pessoas com mais idade é maior, ele ocupa o terceiro lugar entre as causas de mortalidade, precedido apenas pelas doenças cardiovasculares e neoplasias malignas. Já nas regiões norte e nordeste, o traumatismo é a segunda causa de morte e atinge, especialmente, os mais jovens.

O mais triste, porém, é que a taxa de mortalidade por traumatismos poderia ser reduzida com a conscientização da sociedade e uma política governamental consistente.

Em nossa vida não vivemos apenas bons momentos e situações agradáveis. Muitas vezes vivenciamos fatos e experiências ruins também, e cada pessoa tem a sua forma de lidar com tudo isso.

A superação dessas experiências pode acontecer de forma natural, em pouco tempo ou num processo gradativo. Porém, nem sempre isso acontece. É nesses casos que essas experiências acabam se transformando em traumas.

Cada evento que se manifesta na vida do ser humano contribui para a formação da sua personalidade. Os traumas são os acontecimentos negativos que podem afetar a forma como uma pessoa lida com determinadas situações.

São definidos como as intercorrências capazes de provocar mudanças e alterações no fluxo natural das ações, decisões e emoções de um indivíduo. Eles podem afetar tanto a saúde física como mental.

Os traumas psicológicos acontecem quando alguém vivencia uma situação ou experiência negativa, como dissemos, mas não consegue esquecer ou trabalhar as emoções despertadas no evento. A lembrança do fato é angustiante para ela.

As sensações e emoções ficam contidas em sua mente e, quando ela recorda o evento, sente-se insegura e desprotegida, incapaz e indefesa. Tudo isso pode ser desencadeado, também, por fatores associativos ao evento, ou seja, algo que faça lembrar o ocorrido ou sentir-se como quando o evento aconteceu.

Os traumas são as situações, eventos e experiências que uma pessoa vivenciou e despertaram nela sensações negativas. Os momentos vividos deixaram registradas emoções que provocam lembranças desconfortáveis, desagradáveis e dolorosas.

Esse conjunto de fatores que a mente registrou é denominado “memória traumática” e envolve elementos como sentimentos, sensações, imagens e também sons que estão relacionados com a experiência.

O trauma, quando revivido, desencadeia diversos sintomas de ordem física e psicológica, como:

- ✓ tremores;
- ✓ alterações do batimento cardíaco;
- ✓ sudorese;
- ✓ queda da pressão arterial;
- ✓ confusão mental;
- ✓ dificuldade de concentração;
- ✓ pensamentos negativos e catastróficos;
- ✓ paranoia; e
- ✓ dificuldade para tomar decisões.

Associados a esses comprometimentos, os traumas também podem provocar aqueles de ordem emocional, despertando sensações diversas no indivíduo, como:

- ✓ ansiedade;

- ✓ pânico;
- ✓ desespero;
- ✓ apreensão;
- ✓ desamparo;
- ✓ culpa;
- ✓ tristeza;
- ✓ raiva; e
- ✓ irritabilidade.

O medo é uma reação desencadeada em nosso organismo e nossa mente quando estamos frente a uma situação que parece desafiadora ou ameaçadora. Ele é capaz de fazer com que melhoremos nossa atenção, aumenta os níveis de adrenalina e também altera nosso tempo de resposta.

Essa reação não é negativa, como já mencionamos, porque ela pode ajudar a mantermos nossa integridade física. Afinal, o medo está relacionado com a precaução, a prevenção e o cuidado, a fim de evitar um evento negativo.

Sentir medo faz parte do mecanismo de autopreservação e está associado com os instintos que ainda se mantêm no ser humano. Por isso, ele é saudável e benéfico, já que inibe ações destrutivas e arriscadas.

As pessoas que não sentem medo podem acabar sendo negligentes com as consequências de suas ações. Vemos bons exemplos disso todos os dias no trânsito, com os motoristas irresponsáveis.

Uma fobia é um medo exagerado e incontrolável, geralmente de algo que é comum ou natural e não oferece perigo para a integridade do ser. Tem medidas desproporcionais e até mesmo quem é portador da fobia reconhece como sendo algo anormal.

A pessoa que sente isso consegue raciocinar e sabe que o seu medo não tem cabimento. Ela reconhece a ausência do perigo, sabe que não está sendo ameaçada, mas, ainda assim, sua reação é incontrolável.

A sensação de quem tem uma fobia costuma ser descrita por ele mesmo como algo maior que ele, ou seja, mesmo que a razão indique que tudo está bem, a emoção domina e faz com que o indivíduo acabe se alterando.

A fobia é considerada patológica quando ela inibe a capacidade de ação e reação da pessoa e, com isso, faz com que ela tenha perdas em sua vida ou até mesmo coloque-se em situações de risco. Nesses casos, precisa ser acompanhada e tratada devidamente para que o indivíduo consiga superar o problema.

O XABCDE é um mnemônico que padroniza o atendimento inicial ao paciente politraumatizado e define prioridades na abordagem ao trauma, no sentido de padronizar o atendimento. Ou seja, é

uma forma rápida e fácil de memorizar todos os passos que devem ser seguidos com o paciente em politrauma.

Ele foi pensado para identificar lesões potencialmente fatais ao indivíduo, e é aplicável a todos as vítimas com quadro crítico, independentemente da idade. O protocolo tem como principal objetivo reduzir índices de mortalidade e morbidade em vítimas de qualquer tipo de trauma.

Antes de iniciar a abordagem XABCDE ao paciente vítima de trauma é necessário atentar-se a itens essenciais para salvaguardar a vida da equipe, como: avaliação da segurança da cena segura, uso de EPI's, sinalização da cena (Exemplo: Dispor cones de isolamento na pista).

(X) – Exsanguinação

Contenção de hemorragia externa grave, a abordagem a esta, deve ser antes mesmo do manejo das vias aérea uma vez que, epidemiologicamente, apesar da obstrução de vias aéreas ser responsável pelos óbitos em um curto período de tempo, o que mais mata no trauma são as hemorragias graves.

O protocolo ABCDE do trauma foi desenvolvido pelo cirurgião ortopédico Jim Styner. A ideia surgiu após um acidente que ele sofreu, em 1976. Styner percebeu que os procedimentos de primeiros socorros a vítimas de traumas não eram adequados. Então, ele criou o protocolo ABCDE do trauma, que foi adotado, a partir de 1978, por serviços médicos de urgência e emergência em vários países.

No Brasil, o curso sobre o protocolo ABCDE do trauma foi introduzido, em todas as regiões do país, a partir da década de 90. Desde então, cerca de 30 mil médicos foram habilitados para seguir esse protocolo.

O protocolo ABCDE do trauma objetiva a estabilização do paciente até a chegada ao pronto-socorro ou hospital e, com isso, reduzir as taxas de mortalidade e morbidade de vítimas de traumas. Esse método é dividido em cinco etapas: Airway (vias aéreas), Breathing (respiração), Circulation (circulação), Disability (incapacidade) e Exposure (exposição).

O número de mortes causadas por acidentes e violência vem aumentando nas últimas décadas. Uma das principais causas de morte, no Brasil, é o trauma.

Nos anos 70, conforme dados da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado, ocorreram 60 mil óbitos decorrentes de causas externas. Dez anos depois, a quantidade de mortes causadas por acidentes e violência aumentou 60%.

A maior parte dos casos acontece, evidentemente, em áreas urbanas, com maior densidade demográfica.

De acordo com dados do relatório “Situação Global sobre Segurança Rodoviária 2015), divulgado pela Organização Mundial da Saúde, o Brasil ocupa a 56ª posição no ranking de mortalidade decorrente de acidentes de trânsito entre os 180 países pesquisados. A taxa de mortalidade no trânsito é de 23,4 para cada 100 mil habitantes. As principais vítimas são motociclistas, pedestres e ciclistas.

Nos estados do Sul e Sudeste do Brasil, o trauma é a terceira causa de óbitos, superado apenas por doenças cardiovasculares e neoplasias malignas. No Norte e Nordeste, a doença é a segunda causa de morte, principalmente entre a população jovem.

Em média, ocorrem, no Brasil, anualmente 130 mil mortes decorrentes de causas externas (acidentes e violência). Cerca de 400 mil vítimas de trauma sobrevivem, mas com sequelas. Isto, além de comprometer a qualidade de vida da pessoa, implica em muitos gastos para o sistema público de saúde com internação, cirurgia e reabilitação.

O Ministério da Saúde criou, em 2002, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS 2.048), destacando a importância do atendimento de urgência e emergência na rede pública de saúde. Foram estabelecidos princípios e diretrizes para a classificação, cadastramento e funcionamento dos serviços de urgência e emergência; atendimento pré-hospitalar fixo e móvel; regulação médica; atendimento hospitalar, classificado conforme a complexidade do caso e a criação de núcleos de educação.

No ano seguinte, o governo federal instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 1863/GM) com a finalidade de organizar o sistema de atendimento a urgências e emergências e desenvolver metodologia e processos para o registro de dados, organização e avaliação de informações estatísticas relativas aos atendimentos em unidades de urgência.

A primeira etapa desta política foi a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em todas as regiões do país. O SAMU foi criado para garantir um atendimento rápido, padronizado e, com isso, reduzir o número de óbitos, internações e sequelas dos pacientes.

Quando a pessoa liga para o SAMU, o técnico, após identificar a emergência, transfere a ligação para o médico, que inicia o atendimento por telefone, dando orientações a quem solicitou o serviço.

Dependendo do caso, uma ambulância do SAMU é encaminhada ao local, com auxiliar de enfermagem e o socorrista ou uma UTI móvel, com médico e enfermeiro. Ao mesmo tempo, o pronto-socorro ou hospital público é acionado para que o paciente traumatizado seja atendido com rapidez.

O ABCDE do Trauma são uma série de cuidados básicos e extremamente importantes para garantir a sobrevivência da vítima ao sofrer um acidente. Através de uma análise simples e cuidados, um médico ou socorrista pode manter uma pessoa a salvo antes de precisar de outros tipos de tratamentos mais específicos.

Ao contrário do que pode parecer, saber o ABCDE do Trauma não é algo exclusivo a profissionais de saúde. Mesmo um leigo no assunto pode, através de um treinamento adequado, identificar e aplicar os padrões necessários para socorro de vítimas em situações de emergência.

O nome, ABCDE, é uma sigla em inglês para cada uma das etapas do processo de socorro. E foi através das técnicas bem apuradas, que o método de Jim Styner se tornou um padrão mundial no que diz respeito à primeiros-socorros.

A sigla é relacionada da seguinte forma:

A – Airway

B – Breathing

C – Circulation

D – Disability

E – Exposure

Quando não se tem o conhecimento necessário para garantir a sobrevivência da vítima, o ideal é manter outras pessoas afastadas, não encostar no enfermo, e chamar ajuda o quanto antes. Sempre se atente a passar todas as informações que o atendente pedir, de forma clara e calma, para que o socorro chegue o quanto antes.

ABCDE do trauma, o protocolo é o método mais utilizado por equipes de pronto atendimento, socorristas e bombeiros.

Em casos de traumas causados por acidentes ou violência os primeiros socorros são cruciais para salvar a vida das vítimas.

Protocolos específicos para não agravar o estado do paciente são seguidos pelos serviços de urgência e emergência, durante o socorro. Conduzi-lo o mais rápido possível à unidade de atendimento (hospital ou centro especializado).

Destacando a importância do atendimento de urgência e emergência na rede pública de saúde, o Ministério da Saúde criou, em 2002, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS 2.048).

Foram estabelecidos princípios e diretrizes para a classificação, cadastramento e funcionamento dos serviços de urgência e emergência; atendimento pré-hospitalar fixo e móvel; regulação

médica; atendimento hospitalar, classificado conforme a complexidade do caso e a criação de núcleos de educação.

No ano seguinte, o governo federal instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 1863/GM) com a finalidade de organizar o sistema de atendimento a urgências e emergências e desenvolver metodologia e processos para o registro de dados, organização e avaliação de informações estatísticas relativas aos atendimentos em unidades de urgência.

O SAMU foi criado para garantir um atendimento rápido, padronizado e, com isso, reduzir o número de óbitos, internações e sequelas dos pacientes. A primeira etapa desta política foi a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em todas as regiões do país.

Após a ligação para o SAMU, o técnico, após identificar a emergência, transfere a ligação para o médico, que inicia o atendimento por telefone, dando orientações a quem solicitou o serviço.

Dependendo do caso, uma ambulância do SAMU é encaminhada ao local, com auxiliar de enfermagem e o socorrista ou uma UTI móvel, com médico e enfermeiro. Ao mesmo tempo, o pronto-socorro ou hospital público é acionado para que o paciente traumatizado seja atendido com rapidez.

O protocolo de trauma, na verdade, é um conjunto de cuidados básicos extremamente importantes em algum evento acidental que visa garantir a sobrevivência dos envolvidos.

Por meio do mnemônico “ABCDE”, o médico, acadêmico ou socorrista, pode manter um indivíduo acidentado a salvo até que chegue ao atendimento hospitalar, com mais recursos.

O mais interessante desse protocolo é justamente que até mesmo uma pessoa completamente leiga no assunto pode, por meio de um treinamento adequado, identificar e aplicar os padrões necessários para ajudar a garantir a sobrevivência em uma situação de emergência.

O protocolo de trauma foi desenvolvido por um médico ortopedista chamado Jim Styner, após um acidente com sua família. Depois de efetivamente vivenciar essa experiência, ele desenvolveu o Advanced Trauma Life Support (ATLS), como um guia para auxiliar e nortear qualquer pessoa que eventualmente esteja fazendo o papel de socorrista.

As autoridades médicas logo perceberam e corroboraram com o método, que tornou mais simples estabilizar os pacientes e deixá-los mais seguros até o transporte adequado ou qualquer outro tipo de intervenção. Como resultado, há uma redução clara dos índices de mortalidade e morbidade dessas vítimas.

1º Checar Responsividade (Observe e pergunte à vítima):

- Ei! Você está me ouvindo? O que aconteceu?

A vítima responsiva possui vias aéreas desobstruídas, apresenta função respiratória, circulatória e perfusão cerebral.

2º Estabilizar a coluna cervical com as mãos, se necessário com os joelhos;

3º Desobstruir as vias aéreas:

- ✓ à Usar a tração de mandíbula (Jaw Thrust) em vítimas de trauma;
- ✓ à Elevação da mandíbula (Chin Lift);
- ✓ à Hiper-extensão do pescoço em casos clínicos;
- ✓ à Usar cânula orofaríngea em vítimas inconscientes;
- ✓ à Executar a manobra de Heimlich em vítimas com Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE).

4º- Imobilizar a coluna cervical (pescoço) com o uso de colar cervical adequado em toda a vítima que recebeu descarga de energia (trauma).

Assim avaliaremos rapidamente três parâmetros:

A – Se o paciente responde, não há nenhuma obstrução grosseira em sua via aérea;

B – Se ele consegue falar sem dificuldades, não há nenhum prejuízo grave às funções ventilatórias;

C/D – Se o paciente consegue formular uma frase meramente coerente, significa que ele tem uma perfusão cerebral no mínimo razoável.

Referências Bibliográficas

admin_livrariaflorence.Primeiros Socorros – Noções básicas. Disponível em: blog.livrariaflorence.com.br/primeiros-socorros-noco-es-basicas/ > Acesso em: 15/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Primeiros_socorros > Acesso em: 15/07/2019.

mobilizadores.org.br/noticias/noco-es-de-primeiros-socorros-em-situacoes-de-emergencia/ > Acesso em: 15/07/2019.

significados.com.br/primeiros-socorros/ > Acesso em: 15/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Parada_cardiaca > Acesso em: 15/07/2019.

Vanessa Thees. Parada cardiorrespiratória: o que fazer? – Decisão Clínica PEBMED. Disponível em: pebmed.com.br/parada-cardiorrespiratoria-o-que-fazer-decisao-clinica-pebmed/ > Acesso em: 15/07/2019.

Júnior R Sousa. O socorro básico ao paciente só é feito quando reconhecido o estado da PCR. Disponível em:

br.blastingnews.com/ciencia-saude/2016/08/entenda-o-que-e-a-parada-cardiorrespiratoria-001067189.html > Acesso em: 15/07/2019.

drauziovarella.uol.com.br/cardiovascular/reanimacao-cardiaca-passo-a-passo/ > Acesso em: 15/07/2019.

cbm.al.gov.br/paginas/view/21/parada-cardiorrespiratoria > Acesso em: 15/07/2019.

sobrac.org/campanha/arritmias-taquicardia-e-parada-cardiorrespiratoria-sao-a-mesma-coisa/ > Acesso em: 15/07/2019.

Dra. Nicole Geovana. Medicina de Família e Comunidade. Como saber se os batimentos cardíacos estão normais? Disponível em:

medicoresponde.com.br/como-saber-se-os-batimentos-cardiacos-estao-normais/ > Acesso em: 15/07/2019.

extra.globo.com/noticias/brasil/transito-seguro/primeiros-socorros-dicas-de-como-agir-em-acidentes-com-vitimas-9590616.html > Acesso em: 15/07/2019.

GUSTAVO. Tudo Sobre Primeiros Socorros no Trânsito: Descubra Como Agir Em Acidentes. Disponível em:

doutormultas.com.br/primeiros-socorros-no-transito/ > Acesso em: 15/07/2019.

senado.gov.br/noticias/jornal/cidadania/PrimeirosSocorros/not001.htm > Acesso em: 15/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Omissão_de_socorro > Acesso em: 15/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Socorro > Acesso em: 15/07/2019.

14 • ano VIII • nº 28 • junho de 2008. Socorros de Urgência em Atividades Físicas. Disponível em: confef.org.br > Acesso em: 15/07/2019.

Publicação Oficial do Conselho Regional de Educação Física da 4ª Região - CREF4/SP Rua Líbero Badaró, 377 - 3º andar Centro - 01009-000 - São Paulo/SP. ANO XIV • Nº 42 • JUNHO/JULHO/AGOSTO • 2014. www.crefsp.org.br. Revista CREF de São Paulo. Disponível em: crefsp.gov.br > Acesso em: 15/07/2019.

Manual operacional de bombeiros: resgate pré-hospitalar /Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás. – Goiânia: - 2016.318 p. : il. Vários colaboradores. Disponível em: bombeiros.go.gov.br > Consulta livro digital em: 12/07/2019.

Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico / Maria Genilde das Chagas Araújo Campos, Alana Tamar Oliveira de Sousa, Josilene de Melo Buriti Vasconcelos, Sumaya Araújo Pereira de Lucena, Sylvania Katiussa de Assis Gomes. - João Pessoa: Ideia, 2016.398 p.: il Disponível em: coren.pb.gov.br > Consulta livro digital em: 12/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Anatomia > Acesso em: 15/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Anatomia_da_cabeça_e_pescoço > Acesso em: 15/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Anatomia_de_superfícieconceitos.com/anatomia/ > Acesso em: 15/07/2019.

<http://anatomia-humana.info/> > Acesso em: 15/07/2019.

jeh pires. Introdução ao Estudo da Anatomia. Disponível em: ebah.com.br/content/ABAAABL1UAG/1-introducao-ao-estudo-anatomia > Acesso em: 15/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Traumatismo_craniano > Acesso em: 15/07/2019.

tuasaude.com/traumatismo-craniano/ > Acesso em: 15/07/2019.

Divino Aparecido de Melo - CEL QOC. Leônidas Eduardo Dias - CEL QOC. Hárison de Abreu Pancieri - CEL QOC. PROTOCOLO PARA O SUPORTE BÁSICO DE VIDA DO CBMGO. 2011. ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR. Disponível em: bombeiros.go.gov.br > Consulta livro digital em: 12/07/2019.

<http://claudiaprimeirosocorros.blogspot.com/2015/06/o-que-e-um-socorrista-e-o-socorrismo.html> > Acesso em: 15/07/2019.

mv.com.br/pt/blog/abcde-do-trauma--tudo-o-que-voce-precisa-saber > Acesso em: 15/07/2019.

wandersonmonteiro.wordpress.com/2017/04/07/□-elevacao-em-monobloco-4-socorristas/ > Acesso em: 15/07/2019.

<http://blog.masstt.com.br/cinematica-do-trauma-qual-a-importancia/> > Acesso em: 15/07/2019.

[pt.wikipedia.org/wiki/Trauma_psicológico](http://pt.wikipedia.org/wiki/Trauma_psicol%C3%B3gico) > Acesso em: 15/07/2019.

Maria Helena Varella Bruna.Traumatismos | Entrevista.Disponível em: drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/traumatismos-entrevista/ > Acesso em: 15/07/2019.

<http://actinstitute.org/blog/conheca-os-tipos-mais-comuns-de-traumas-e-como-trata-los/> > Acesso em: 15/07/2019.

Enfermeira Concurseira. Resumo Prático: XABCDE DO TRAUMA.Disponível em: editorasanar.com.br/blog/resumo-pratico-abcde-trauma-atendimento-primeiros-socorros-paciente-enfermagem-xabcde-atualizacao > Acesso em: 15/07/2019.

dimave.com.br/blog/abcde-do-trauma/ > Acesso em: 15/07/2019.

By Mcj_admin. ABCDE do Trauma: O que é e como funciona. Disponível em: <http://mcj.com.br/abcde-do-trauma/> > Acesso em: 15/07/2019.

<http://fhbmedical.com.br/abcde-do-trauma/> > Acesso em: 15/07/2019.

<http://viverdemedicina.com.br/como-conduzir-um-protocolo-de-trauma-confira-5-passos/> > Acesso em: 15/07/2019.

<http://bombeiroswaldo.blogspot.com/2014/11/avaliacao-primaria-b-c-d-e-primeiros.html> > Acesso em: 15/07/2019.

<http://medicplus.com.br/trauma/> > Acesso em: 15/07/2019.