

MAQUEIRO

SUMÁRIO

3-Primeiros Socorros em Acidentes

7-Respiração Boca a Boca

10-Segurança do Uso do DEA

15-Suporte Básico de Vida

21-Anatomia do Coração

24-Acidentes

27-Serviço de Atendimento Móvel

31-Atendimento pré hospitalar (APH)

34-Primeiros Socorros

50-Referências Bibliográficas

PRIMEIROS SOCORROS EM ACIDENTES

Não importa a natureza da necessidade. Um acidente de trânsito, um mal súbito no ambiente de trabalho ou um pequeno incidente em casa. O que vale aqui é estar apto a manter os sinais vitais das vítimas, evitando mais complicações, até que o socorro especializado seja acionado e chegue ao local.

—————▶ Para cada tipo de acidente, há uma determinada ação a ser realizada.

É importante analisar o ambiente em que a vítima se encontra para evitar riscos de novos incidentes. Por exemplo, caso seja um socorro em uma via pública é indicado desviar ou mesmo parar o trânsito.

Remover a vítima é uma atitude perigosa, por isso é aconselhável mantê-la calma e sempre que possível conversar com a mesma.

Quando a vítima não consegue se comunicar, verifique se há algo comprometendo a respiração. Pode ser alguma secreção ou até mesmo o bloqueio por uma prótese dentária.

- Desmaio: deixe a vítima deitada e acomodada;
- Vômito: coloque a cabeça dela na posição lateral para que ela não engasgue;
- Fraturas: evite qualquer tipo de movimento, mantendo a vítima imobilizada;
- Choques elétricos: tocar a vítima pode ser perigoso. É indicado pegar um objeto de borracha ou madeira para afastá-la do objeto que confere o choque. Caso haja parada respiratória, retire óculos, prótese dentária, etc. Exponha o tórax para o procedimento de reanimação, iniciando massagem cardíaca e respiração boca a boca;
- Queimaduras: caso seja superficial, lave com água gelada e seque com um pano macio. Para curativo, utilize gaze;
- Hemorragia nasal: coloque a vítima sentada e com a cabeça levemente inclinada para a frente . Faça respirar pela boca para que o sangue que está na garganta não seja engolido. Pressione o nariz por 10 minutos e coloque compressas sobre o nariz.

Obs.: Os Primeiro Socorros são as providências imediatas tomadas no local do acidente.

Sequência das ações a serem realizadas será sempre a mesma:

1. Manter a calma;
2. Garantir a segurança;
3. Pedir socorro;
4. Controlar a situação;
5. Verificar a situação das vítimas;
6. Realizar ações de socorro as vítimas.

As estradas com administração privada costumam ter telefones de apoio espalhados no acostamento, onde você pode acionar rapidamente o socorro da concessionária. Caso não esteja numa estrada deste tipo, ou numa rua de um centro urbano, o ideal é ligar para estes números:

193 – Corpo de Bombeiros

192 – Serviço Público de remoção de doentes (também conhecido como SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)

190 – Polícia Militar (Sempre que ocorrer uma emergência em locais sem serviços próprios de socorro. Acidentes nas localidades que não possuem um sistema de emergência podem contar com apoio da Polícia Militar local.)

Ao chamar o socorro, tenha respostas para as seguintes perguntas:

- Tipo do acidente (carro, motocicleta, colisão, atropelamento etc.);
- Gravidade aparente do acidente;
- Nome da rua/estrada e número próximo;
- Número aproximado de vítimas envolvidas;
- Pessoas presas nas ferragens;
- Vazamento de combustível ou produtos químicos;
- Numero de veículos envolvidos.

Lembre-se de manter a calma.

Coloque a sinalização de acordo com a velocidade da via na qual houve o acidente. Exemplo: 80 km/h = 80 metros. Essa ação rápida evita que outro acidente aconteça enquanto você atende a vítima.

Pegue o seu telefone celular e ligue para a emergência de sua cidade antes de qualquer outra atitude. Dê informações como o tipo de acidente, condições da vítima e possíveis riscos de explosão. A equipe, composta por médicos e enfermeiros, será responsável pela identificação das lesões causadas pelo acidente.

Faça perguntas ou ouça o que a pessoa deseja falar. Mantê-la consciente pode facilitar o socorro feito pelos profissionais.

Mantenha-se afastado caso exista risco de incêndio ou explosões. Lembre-se de ressaltar essa informação para os telefonistas da emergência.

Olhe para o acidentado e identifique se ele está respirando. Caso esteja preso pelo cinto de segurança e ele estiver dificultando o movimento da respiração, retire-o sem movimentar o corpo. A cabeça pode ser mantida para cima, caso ela esteja pendendo para os lados - jamais faça pressão.

- Não encoste na vítima. Ela deve ser mantida da mesma maneira que estava quando sofreu o acidente. O toque pode dificultar ou agravar a situação.

- Não retire o capacete de motociclistas. Isso pode afetar o estado de saúde do acidentado.

- Não faça torniquetes para diminuir a perda de sangue nem lhe dê comida ou bebida.

- ✓ Sinalização do local do acidente;
- ✓ Acionamento de recursos: bombeiros, polícia, ambulância, concessionária da via, etc;
- ✓ Verificação das condições gerais da vítima;
- ✓ Cuidados com a vítima.

Respiração artificial é processo mecânico empregado para restabelecer a respiração, e deve ser ministrado imediatamente, em todos os casos de asfixia. Estes começam com uma parada respiratória e podem evoluir para uma parada cardíaca. Garantindo-se a oxigenação pulmonar, há grande probabilidade de reativação do coração e da respiração.

A respiração artificial só obterá êxito se a pessoa for atendida o mais cedo possível. Se o paciente for atendido nos primeiros 2 minutos, a probabilidade de salvamento será de 90%. Portanto, o atendimento deve ser feito de imediato, no próprio local do acidente e por qualquer pessoa presente.

Como o nome indica, trata-se de uma técnica simples em que o socorrista procura apenas encher os pulmões do acidentado, soprando fortemente em sua boca. Para garantir a livre entrada de ar nas vias respiratórias a cabeça do acidentado tem que está na posição adequada. Importante: o pescoço deve ser erguido e flexionado para trás. Em seguida, com ajuda dos polegares, deve-se abrir a boca da vítima. Feito isso, inicie o contato boca-a-boca, descrito a seguir:

Aperte as narinas para evitar que o ar escape.

Coloque sua boca sobre a do paciente e sopre com força.

Afastete a boca para permitir o esvaziamento do pulmão do acidentado.

Repita a manobra quantas vezes forem necessárias.

Em casos de ferimento nos lábios, pratique o método boca-a-nariz. Esse método é quase igual ao método boca-a-boca, com a diferença de exigir o cuidado de fechar a boca do acidentado enquanto se sopra por suas narinas.

A asfixia pode ser acompanhada de parada cardíaca. Nesses casos graves deve-se tentar reanimar os batimentos cardíacos por meio de um estímulo exterior, de natureza mecânica, fácil de ser aplicado por qualquer pessoa. A parada cardíaca é de fácil reconhecimento, graças a alguns sinais clínicos:

- inconsciência
- ausência de batimentos cardíacos
- parada respiratória
- extremidades arroxeadas
- palidez intensa
- dilatação das pupilas

A primeira providência antes da chegada do médico, é a massagem cardíaca. Trata-se da compressão ritmada do tórax da vítima, na altura do coração, por efeito de pressão mecânica. Em casos de asfixia, o exercício pode - e deve ser realizado continuamente até a chegada do médico ou no caso de morte comprovada do acidentado.

RESPIRAÇÃO BOCA A BOCA

O que se deve fazer quando a respiração para é uma respiração boca a boca porque se o indivíduo ficar sem respirar mais de 4 minutos, pode morrer. Para fazer a respiração boca a boca deve-se:

Deitar o indivíduo de barriga para cima;

Afrouxar as roupas apertadas da vítima, como mostra a figura 1;

Esticar o pescoço do indivíduo para trás, deixando o queixo para cima, como mostra a imagem 2;

Abrir a boca do indivíduo e observar se há algum objeto na sua garganta, retirando-o;

Tapar o nariz da vítima com os dedos, como mostra a figura 3;

Encostar a boca na boca do indivíduo e jogar ar para fora, fazendo o peito elevar;

Repetir o passo 5 e 6 durante 20 minutos, ou até que a vítima volte a respirar sozinha.

A vítima pode levar mais de meia hora para voltar a respirar sozinha e fazer a respiração boca a boca durante todo este tempo pode ser cansativo e, por isso, deve-se revezar com outra pessoa.



Imagem: Katarzyna BiaÅ,asiewicz (br.123rf.com)

A respiração boca a boca é uma técnica aplicada quando a vítima de um acidente ou de um desmaio não respira. É preciso saber como fazer respiração boca a boca para uni-la à massagem cardíaca em busca de reanimar uma pessoa desmaiada.

1. A vítima precisa estar na posição deitada de barriga para cima. Coloque-a nessa posição sobre uma superfície dura e remover tudo o que possa dificultar sua respiração.
2. Ajoelhe-se ao lado da vítima, com dois dedos cobertos por um lenço limpo, coloque os dedos dentro da boca dela tentando retirar qualquer corpo estranho que possa estar impedindo a passagem de ar.
3. Delicadamente, incline a cabeça da vítima para trás, o que facilita a passagem do ar. Aperte seu nariz com uma mão. Com a outra, segure o pescoço dela por baixo, de modo a erguer o queixo e a desobstruir a laringe.



Imagem: Katarzyna BiaÅ,asiewicz (br.123rf.com)

4. A vítima estará com a boca aberta. Inspire profundamente. Ponha a boca sobre a boca da vítima, sobre e veja o peito dela se encher.
5. Erga a cabeça para inspirar novamente e verifique que o peito da vítima desincha.
6. Realize 10-12 respirações por minuto (1 ventilação a cada 5-6 segundos), até que a vítima recupere sua respiração natural.
7. Recomenda-se a verificação do pulso na base do pescoço (área de circulação da artéria carótida) a cada 2 minutos e não dedicar mais do que 10 segundos para isso. Se o pulso da vítima não estiver perceptível, faça também a massagem cardíaca até que a vítima recupere a respiração espontaneamente.

A técnica correta de como fazer respiração boca a boca em crianças menores de 8 anos é semelhante, mas sofre pequenas adaptações. A boca do socorrista cobre a boca e o nariz da

criança (boca a boca-nariz), a entrada de ar deve ser mais suave, com pequeno sopros e em um ritmo mais rápido. Terá que fazer 12-20 respirações por minuto (1 ventilação a cada 3-5 segundos).

A respiração é um fator fundamental para a manutenção da vida, e garanti-la num processo de assistência a uma vítima é vital para a mesma. O cérebro humano começa a ter necroses de caráter irreversível a partir de 6 minutos sem receber oxigênio do organismo e, após 10 minutos, a possibilidade de morte cerebral é quase certa. Diante disso, esclareceremos agora, de uma maneira bem mais simples e objetiva possível a técnica de respiração artificial ou popularmente conhecida como respiração boca a boca, utilizada em casos de parada respiratória ou cardiorespiratória:

Primeiramente, é necessário verificar se a atividade respiratória do organismo da vítima ainda está em funcionamento. Para isso, incline a cabeça do indivíduo para trás, de forma que abra a boca do mesmo e, aproximando seu ouvido da boca, você irá constatar se os sons próprios da respiração estão sendo emitidos.

Ao mesmo tempo, irá observar a região do tórax da vítima, se há algum tipo de movimento ali, ainda que mínimo, pois esse movimento indicia a atividade pulmonar em funcionamento.

Deite a vítima sobre uma superfície firme, de barriga para cima e afrouxe as roupas dela, agora você irá fazer a abertura das vias respiratórias, deixando o queixo da vítima levemente erguido para que a respiração flua de maneira mais fácil. Em seguida, com os dedos remova possíveis resíduos ou objetos que possam estar dentro da boca o que dificultaria e obstruiria as vias aéreas, tais como: próteses, dentaduras, restos de alimentos, saliva em excesso, sangue, etc.

Verifique ainda se a língua da vítima não enrolou, e ocorrendo isso, procure cuidadosamente desenrolá-la. Todos esses movimentos realizados por ela devem ser feitos com o máximo de cuidado, uma vez que abordam a área do pescoço, onde se encontra a medula espinhal, e lesões nesse órgão são quase sempre irreversíveis; logo, limite os movimentos no pescoço da vítima;

Coloque uma das suas mãos pressionando para cima a testa da vítima, abra a boca da mesma e, com a outra mão, tape o nariz da mesma. Inspire ar até que seus pulmões se encham de maneira significativa;

Com os seus pulmões cheios, você irá comprimir a sua boca com a boca da vítima assoprando com força todo o ar inspirado até notar que o tórax do indivíduo teve um movimento de elevação, (existem máscaras especialmente desenvolvidas para a respiração artificial, as quais impedem e evitam o contágio de doenças infecciosas eventuais do socorrista para vítima ou vice-versa decorrentes do contato direto e, se possível, é necessário sempre ter uma dessas máscaras no auxílio ao acidentado); porém, na falta dela, o atendimento não deve deixar de ser feito em hipótese alguma.

SEGURANÇA DO USO DO DEA

Ter um ambiente preparado para atender essas emergências, incluindo a presença de um Desfibrilador Externo Automático (DEA), é uma atitude essencial para salvar uma vida em casos emergenciais. Saiba mais sobre a importância de investir na saúde e segurança no trabalho e por que ter um DEA na sua empresa:

Se for socorrida no 1º minuto, a vítima de parada cardíaca tem 90% de chances de sobreviver. Mas como o resgate médico demora em média de 18 minutos, nos centros urbanos, essa chance pode ser menor que 2%. Cada minuto de parada cardiorrespiratória diminui em 10% a chance de sobrevivência, e a presença de um Desfibrilador no local onde ocorre a emergência, é a garantia de um socorro rápido que pode ser a diferença entre vida e morte do paciente. Por isso ter um DEA acessível pode literalmente salvar vidas.

O DEA é um aparelho de alta tecnologia, seguro e de fácil uso, e qualquer pessoa treinada consegue manuseá-la. O próprio equipamento decide a carga aplicada e o operador precisa, basicamente, somente posicionar os eletrodos no tórax da vítima a ser atendida e apertar o botão de tratamento, quando orientado pelo equipamento, que emite comandos de voz e de texto com indicações gráficas no display.

O algoritmo foi modificado para que o socorrista ative o Serviço Médico de Emergência sem sair do lado da vítima (usando celular). Essa deve ser a primeira atitude em uma PCR presenciada, para só depois iniciar a RCP. Se a PCR não tiver sido presenciada, deve-se aplicar 2 minutos de RCP, para só depois pedir ajuda e providenciar um DEA;

Foi confirmada a sequência de atendimento C – A – B (circulation – airway – breathing) para RCP em pediatria para dar ênfase na massagem cardíaca inicialmente (Classe IIb, Nível C-EO);

Houve modificação nas compressões torácicas, que agora devem ser feitas em uma frequência de 100 a 120 /min (assim como em adultos) (Classe IIa, Nível C-EO);

Recomenda-se que profundidade da compressão torácica em uma criança seja de 5cm e em bebês (exceto recém-nascidos) seja de 4cm. Para adolescentes seguir a mesma recomendação de RCP em adultos (Classe IIa, Nível C-LD);

Para crianças a RCP deve ser feita com massagem cardíaca e ventilações, diferentemente nos adultos, onde não há essa ênfase. A proporção é de 30:2 (compressões: ventilação) se houver apenas 1 socorrista. Caso haja dois ou mais socorristas, a proporção passa a ser de 15:2 (massagem: ventilação);

A nova recomendação é para utilizar o DEA assim que ele estiver disponível, o que significa interromper as compressões torácicas para que o DEA verifique o ritmo e dê o choque se necessário.

Ao tratar crianças com doenças febris em ambientes limitados para recursos de cuidados intensivos, o uso de cristaloides isotônicos de forma restritiva melhora a sobrevivência (Classe IIb, Nível B-R). Mas é aconselhável administrar 20 mL/kg de volume em casos de sepse grave e choque séptico;

A rotina de se usar atropina como pré-medicação para intubação orotraqueal para prevenir arritmias é controversa (Classe IIb, Nível C-LD). Além disso, não há evidências do que seria a dose mínima a ser usada;

Se a PCR ocorrer em uma criança usando medida invasiva de pressão arterial, utilizar este monitoramento durante a RCP para verificar a adequação da mesma (Classe IIb, Nível C-EO);

Se houver disponibilidade, use ETCO₂ para monitorar a qualidade da RCP, mas não há valores alvo estabelecidos em pediatria (Classe IIb, Nível C-LD);

A desfibrilação em crianças deve ser feita com dose inicial de 2-4 J/kg (energia monofásica ou bifásica) (Classe IIa, Nível C-LD), mas para facilitar o aprendizado a dose ensinada pode ser de 2 J/kg (Classe IIb, Nível C-LD). Se houver refratariedade ao primeiro choque, aumentar a energia para 4 J/kg (Classe IIa, Nível C-LD), e em doses subsequentes manter 4 J/kg ou subir até um máximo de 10 J/kg (Classe IIb, Nível C-LD);

É aceitável usar amiodarona ou lidocaína para PCR em FV/TVSP em crianças que forem refratárias à desfibrilação (Classe IIb, Nível C-LD);

A epinefrina continua sendo recomendada como vasopressor a ser utilizado durante a RCP (Classe IIa, Nível C-LD);

RCP extracorpórea pode ser considerada em PCR intra-hospitalar de crianças cardiopatas (Classe IIb, Nível C-LD);

Após retorno à circulação espontânea, deve ser feito controle de temperatura, evitando febre na criança ou bebê (Classe I, Nível B-NR). Para crianças comatosas manter a temperatura entre 36°C e 37,5°C por 5 dias, ou dois dias de hipotermia (32°C a 34°C), seguidos de três dias de normotermia (Classe IIa, Nível B-R);

Após retorno à circulação espontânea, devem ser usados vasopressores em infusão contínua para manter a pressão arterial da criança acima do 5º percentil para a idade (Classe I, Nível C-LD);

Após retorno à circulação espontânea, o objetivo de saturação de oxigênio é de 94 a 99%, evitando-se fortemente que ocorra hipoxemia (Classe IIb, Nível B-NR), e limitando a ocorrência de hipercapnia (Classe IIb, Nível C-LD).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado para contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em

todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura.

Um desfibrilador externo automático (automated external defibrillator, AED) é um dispositivo que verifica os batimentos cardíacos de uma pessoa e aplica um choque elétrico se ele parar de bater normalmente.

Se uma pessoa cair ou desmaiar de repente, ela pode estar sofrendo uma parada cardíaca súbita (PCS). A PCS é grave. Isso significa que o coração dela parou de bombear sangue, e ela precisa de ajuda imediatamente.

O elemento mais importante no tratamento da PCS é a aplicação de um choque rápido no coração, chamado desfibrilação. Um desfibrilador externo automático (AED) disponibiliza desfibrilação rapidamente às pessoas.

Embora recomendemos que todas as pessoas recebam treinamento em ressuscitação cardiopulmonar, ou RCP, e sobre como usar um AED, os AEDs são feitos para guiar o usuário ao longo do processo mesmo sem treinamento. O dispositivo determina se um choque é necessário e, se for, uma voz calma e clara explica exatamente o que fazer. Ele adapta as instruções ativamente para que você saiba sempre o que deve fazer.

Sensores inteligentes avaliam e aplicam o choque certo na hora certa automaticamente, de forma personalizada para cada homem, mulher ou criança.

Configurar o AED é fácil. O desfibrilador externo automático orienta você no processo de configuração. O procedimento é concluído em poucos minutos e o dispositivo fica pronto para usar.

A maior parte da manutenção do AED é automática. Por exemplo, os AEDs da Philips realizam dezenas de testes automáticos a cada dia, semana e mês. No caso de haver um problema, o que é muito raro, o sistema emite um som de alerta instruindo você a pressionar o botão de informações e ver mais detalhes.

1. O uso de desfibrilador externo automático (DEA) é considerado ato médico, portanto de competência exclusiva de profissional devidamente habilitado, nos termos da Resolução nº 1.627/01, do CFM?
2. O uso do DEA é considerado procedimento de atendimento pré-hospitalar, nos termos da Resolução nº 1.671/03, do CFM? Do ponto de vista legal, quem está habilitado a realizá-lo (procedimento de desfibrilação)?
3. Consideradas as questões 1 e 2 supra: podem leigos ser treinados a realizar o procedimento de desfibrilação, por meio do uso de DEA, observada a vedação prevista na Resolução nº 1.718/04 do CFM? O curso de suporte básico de vida habilita leigos para a utilização segura e eficiente do DEA?

4. Caso um leigo tenha recebido treinamento em curso de suporte básico de vida, estará obrigado a realizar o procedimento de desfibrilação, com o uso do DEA, em caso de situação de risco de vida? Pode uma lei municipal, e agora também uma lei estadual, obrigá-lo a realizar tal procedimento?

a. Todos os profissionais a seguir relacionados – policiais, profissionais de enfermagem, enfermeiros, bombeiros, socorristas, agentes de defesa civil, etc.– estão obrigados (múnus público) e/ou autorizados a realizar o procedimento de desfibrilação (com uso do DEA)? Nos casos negativos, em quais hipóteses?

b. Pessoas comuns, cujas atividades profissionais não se relacionam à segurança e saúde públicas e que, portanto, podem não apresentar equilíbrio emocional, autocontrole e/ou discernimento adequado para situações de emergência com risco de vida, tais como funcionários de supermercados, hipermercados, hotéis, lojistas, bancários, atendentes de clubes e academias, etc., podem ser obrigados por lei a realizar procedimentos de desfibrilação, com uso do DEA, mesmo aquelas capacitadas em curso de suporte básico de vida?

5. Por outro lado, um leigo que tenha realizado o treinamento em curso de suporte básico de vida está habilitado e/ou obrigado a atender um caso de fibrilação, utilizando-se do DEA?

a. Caso não se veja em condições de realizar tal procedimento, por motivos pessoais e momentâneos, poderá o leigo ser responsabilizado por omissão? (obs: no caso em que o leigo procede à tomada de outras medidas, tais como a imediata informação aos órgãos competentes – resgate, bombeiros ou polícia – sobre a ocorrência);

b. Em caso de eventual falecimento da “vítima/paciente”, pode o leigo, treinado em curso de suporte básico de vida e que realizou os procedimentos para os quais recebeu treinamento, ser responsabilizado por negligência, caso se verifique a inobservância e/ou descuido na execução do ato? Pode ele ser responsabilizado por imprudência, ou seja, pela inobservância das precauções necessárias à realização do procedimento de desfibrilação?

Pode o empregador, obrigado legalmente a promover o treinamento dos seus funcionários e a manter o DEA, nos termos das legislações supramencionadas, ser responsabilizado civil e/ou penalmente pelos atos do seu empregado que, devidamente treinado em curso de suporte básico de vida, realize os procedimentos de desfibrilação sem, no entanto, obter resultado almejado, a sobrevida da “vítima/paciente”?

c. Em caso de uso do DEA mantido em seu estabelecimento por terceiro que alegue ter treinamento em suporte básico de vida, qual a responsabilidade do empresário caso se comprove que o terceiro não estava devidamente treinado ou que realizou o procedimento de maneira incorreta, não evitando o óbito da “vítima/paciente”?

6. Qual é, segundo o CFM, o perfil dos locais que devem manter o DEA? Qual o entendimento desse CFM quanto ao treinamento de leigos em cursos de suporte básico de vida, através de definições simplesmente quantitativas (30% do pessoal)?

7. Observado o “Perfil Profissional e Competências” (vide Anexo I da Resolução CFM nº 1.671/03), que indica o treinamento em suporte básico de vida como último requisito para que uma pessoa, sobretudo um leigo, se torne apta a realizar atendimentos emergenciais, dentre eles o procedimento de desfibrilação através da aplicação do DEA, qual a posição desse CFM sobre a obrigatoriedade de treinamento de funcionários de empresas particulares sem qualquer critério qualitativo dos mesmos, tais como: disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas (sobretudo em situações de crise); manutenção do sigilo médico da “vítima/paciente” e capacidade para trabalhar em equipe?

8. Observado o critério custo-efetividade, qual o posicionamento desse CFM quanto à obrigatoriedade de manutenção de DEAs em locais públicos, frente ao investimento em campanhas públicas visando a conscientização do público quanto à disseminação de hábitos preventivos que possam implicar na diminuição dos casos de paradas cardíacas, sobretudo aquelas causadas por fibrilação ventricular?

Art. 2º Os desfibriladores externos automáticos deverão preencher os requisitos gerais de:

I - facilidade de operação, de modo que o equipamento possa ser utilizado pela população em geral, devidamente treinada;

II - segurança, a fim de proteger, tanto o operador quanto a pessoa acometida de problemas cardíacos, devendo os mesmos ter garantia de que a liberação do choque somente ocorrerá em vítimas em fibrilação ventricular, garantia esta que tenha demonstração baseada em evidência científica, realizada com base em testes de sensibilidade e especificidade;

III - portabilidade, permitindo seu acondicionamento em automóveis e kits de primeiros socorros transportados por socorristas em meio a multidões ou através de locais de acesso complicado ou limitado;

IV - durabilidade, para que o equipamento se mantenha em prontas e corretas condições de uso em locais não-protégidos e sujeito a choques ou quedas;

V - manutenção mínima, de sorte que o sistema de baterias dispense recargas freqüentes, dependentes de inspeção constante, contando, para isso, com dispositivos autôcapazes de monitorizar a situação das baterias e dos componentes eletrônicos e, assim, alertar o usuário sobre a necessidade de quaisquer reparos.

Art. 3º O descumprimento ao disposto na presente lei implicará na imposição de multa de R\$ 2.000,00 (dois mil reais), renovada semanalmente até a constatação de que cessou o ato de infração.

SUORTE BÁSICO DE VIDA

Dentre todas as possibilidades de trauma, o afogamento é o de maior impacto familiar, social e econômico, tendo um risco de óbito 200 vezes maior quando comparado aos eventos de trânsito. O afogamento é uma das principais causas de morte em crianças e adultos jovens no mundo, embora estejamos quantificando apenas 6% do problema. Isto ocorre pela forma como os dados sobre o assunto são coletados, classificados e reportados, assim como pela dificuldade em interpretar e ajustar estes dados para nossa realidade.

O afogamento envolve principalmente a assistência pré-hospitalar prestada por leigos, guarda-vidas, socorristas e profissionais de saúde. Portanto, é essencial que profissionais de saúde tenham conhecimento da cadeia de sobrevivência no afogamento que inclui desde a preparação, assistência pró-ativa de prevenção praticada em ambientes de saúde, a identificação de comportamentos e situações de risco iminente no ambiente aquático, passando pela assistência pré-hospitalar de atender uma ocorrência em seu ambiente familiar, até finalmente a internação hospitalar se necessária.

No afogamento o resgate é um dos componentes vitais para salvar o paciente e a avaliação e os primeiros cuidados são fornecidos em um ambiente altamente hostil, a água. Aos profissionais de saúde, o conhecimento da assistência reativa prestada ao afogado para ajudá-lo sem, contudo tornar-se uma segunda vítima é fundamental. Saber como e quando realizar o suporte básico de vida ainda dentro da água e acionar o suporte avançado pode fazer a diferença entre a vida e a morte do paciente.

Afogamento é a aspiração de líquido não corporal por submersão ou imersão.

O afogamento ocorre em situações em que o líquido entra em contato com as vias aéreas da pessoa em imersão (água na face) ou por submersão (abaixo da superfície do líquido). Se a pessoa é resgatada, o processo de afogamento é interrompido, o que é denominado um afogamento não fatal.

Se a pessoa morre como resultado de afogamento, isto é denominado um afogamento fatal. Qualquer incidente de submersão ou imersão sem evidência de aspiração deve ser considerado

um resgate na água e não um afogamento. Termos como "quase afogamento" (near-drowning), "afogamento seco ou molhado", "afogamento ativo e passivo" e "afogamento secundário (re-afogamento horas após o evento)" ou apenas —submersão são obsoletos e devem ser evitados.

O transporte da vítima para fora da água deve ser realizado de acordo com o nível de consciência, mas preferencialmente na posição vertical para evitar vômitos e demais complicações de vias aéreas. Em caso de vítima exausta, confusa ou inconsciente, transporte em posição mais próxima possível da vertical mantendo-se a cabeça acima do nível do corpo sem, contudo obstruir as vias aéreas que devem permanecer sempre que possível abertas. O posicionamento da vítima para o primeiro atendimento em área seca deve ser paralela à do espelho d'água, o mais horizontal possível, deitada em decúbito dorsal, distante o suficiente da água a fim de evitar as ondas. Se estiver consciente, coloque o afogado em decúbito dorsal a 30°.

Ao chegar na areia, ou na borda da piscina coloque o afogado em posição paralela a água, de forma que o socorrista fique com suas costas voltada para o mar, e a vítima com a cabeça do seu lado esquerdo. A cabeça e o tronco devem ficar na mesma linha horizontal.

A água que foi aspirada durante o afogamento não deve ser retirada, pois esta tentativa prejudica e retarda o início da ventilação e oxigenação do paciente, além de facilitar a ocorrência de vômitos. Cheque a resposta da vítima perguntando: —Você está me ouvindo?

Ao contrário de opiniões passadas, levar o equipamento médico à vítima, ao invés de levá-la ao hospital, poupa um tempo precioso aos casos de afogamento. O tratamento médico avançado é instituído de acordo com a classificação do afogamento e de preferência no local do incidente onde todo atendimento inicial básico e avançado será realizado. Desta forma em situações críticas de atendimento avançado a casos de afogamento, prepare-se para ficar ao menos por 15 a 30 minutos no local do incidente.

Como ajudar a vítima:

1-Em primeiro lugar, lembre-se sempre de acionar o serviço de resgate especializado, Bombeiros (Emergência - 193).

2-Se a vítima estiver consciente, tente mantê-la calma, para não dificultar ainda mais a respiração.

3-Fora da água, deite a pessoa de bruços ou de lado para drenar a água do pulmão ou do estômago e, em seguida, verifique sua respiração e pulsação

4-Caso a vítima esteja em parada respiratória, inicie a respiração boca a boca, massageando seu peito.

5-Se a pessoa ainda estiver na água, imobilize seus braços, para que ela não se debata, e mantenha sua cabeça fora da água até saírem do local.

O afogamento é um dos acidentes mais comuns e caracteriza-se pela inundação das vias aéreas ou pelo fechamento da glote, resultando na falta de oxigênio nas células.

Como as células nervosas são as primeiras a sofrer com essa ausência, variadas lesões acometem o cérebro, que pode entrar em falência. No momento do afogamento, normalmente a vítima fica agitada, perde o controle dos movimentos e, por fim, a consciência.

Um afogamento ocorre devido à irrupção brutal de água nos pulmões, o que impede a entrada de ar e provoca asfixia. O afogamento pode levar à morte. Na verdade, uma em cada quatro pessoas que sofre um afogamento morre. Infelizmente, a proporção de mortes por afogamento é ainda maior em crianças.

A respiração boca a boca consiste em passar para os pulmões da vítima ar fresco através das vias aéreas do socorrista. Primeiro, incline a cabeça da vítima para trás e levante o queixo. Em seguida, coloque uma mão à frente e aperte o nariz com o polegar e o indicador. Com a outra mão, abra a boca.

Em seguida, inspire normalmente, se incline sobre a vítima e cubra completamente a boca dela com a sua. Lenta e regularmente sopre ar para dentro da boca da vítima até que o peito infle. Certifique-se que cada insuflação dure cerca de um segundo. Comece com duas respirações boca a boca.

Se a vítima reagir, tossir ou se mover, continue a respiração boca a boca. Enquanto isso, mantenha a cabeça da vítima inclinada para trás e o queixo levantado. O próximo passo é verificar se o tórax da vítima diminui de tamanho quando expirar. Se ocorrer desta forma, inspire normalmente novamente e faça outra respiração boca a boca.

Se a vítima não responder, realize dois ciclos de massagem cardíaca e respiração boca a boca durante um minuto e peça ajuda. Se possível, peça a alguém para chamar a equipe de resgate enquanto continua fazendo técnicas de primeiros socorros até a chegada do resgate.

Utilizada culminantemente com a respiração artificial, a massagem cardíaca é uma técnica de reanimação do coração da vítima. Quando nota-se a perda dos batimentos cardíacos, é aplicada a técnica para tentar a reanimação do acidentado e deve ser feita após a parada do coração ter sido identificada.

Para constatar um estado de parada cardíaca, é necessário verificar a pulsação do indivíduo, colocando-se o dedo indicador e o médio na artéria radial que está no pulso da vítima, De preferência, verifique pelo pulso esquerdo ou, ainda, na artéria carótida que está na lateral do pescoço, rente à garganta, ao lado do músculo. Verifica-se, também, em casos de parada do coração, uma palidez extrema da vítima. Não havendo nenhum tipo de pulsação aliada a essa palidez, é um indicador de parada cardíaca.

Procedimento passo a passo da técnica de ressuscitação ou massagem cardíaca:

- 1- Colocar a pessoa de barriga para cima em uma superfície firme e posicionar-se ao lado dela na altura da caixa torácica de joelhos. É importante afrouxar as roupas da vítima;
- 2- Identificará o osso esterno da vítima. localizado entre as primeiras costelas, na parte superior da caixa torácica, e medirá de três a cinco dedos abaixo do esterno, dependendo do tamanho da pessoa;
- 3- Posicione a parte inferior da palma da sua mão predominante (aquela com que tem mais força e habilidade) na posição marcada abaixo do esterno (item 2) e coloque a outra mão sobre a mão predominante;
- 4- Pressione a região onde estão posicionadas as suas mãos de forma vigorosa, utilizando o peso do corpo como apoio, de forma que cada movimento gere um afundamento de 2 a 5 cm. do tórax, de maneira que o coração seja direcionado e estimulado. Repita o movimento 30 vezes ininterruptas, intercaladas com duas respirações boca a boca;
- 5- Se possível, a técnica tem melhor eficácia sendo feita com duas pessoas, sendo que uma realiza a massagem cardíaca e, no intervalo desta a outra realiza a respiração boca a boca. Porém se não houver alguém com o conhecimento da técnica por perto, deve ser feita por uma só pessoa;
- 6- O intervalo entre os movimentos de massagem cardíaca e a respiração artificial se dão da seguinte forma: para cada 30 movimentos de massagem, fazer 2 sopros de respiração boca a boca, e manter o processo sem parar até que a vítima se reanime. Já no caso de estar realizando o procedimento com duas pessoas, para cada 5 massagens é feita uma respiração, também continuamente até a vítima se restabelecer.
- 7- Deve-se administrar a técnica de acordo com a idade e o porte físico da vítima. Em jovens a massagem cardíaca deve ser feita com a pressão sendo exercida com apenas uma das mãos; já em crianças com menos de 6 anos e bebês, essa pressão deve ser feita com apenas um ou dois dedos, sendo estes o indicador e o dedo médio.

A pessoa que sofre uma paragem cardiorrespiratória cai no chão inconsciente, não respira e não tem pulso.

O coração pode parar por duas circunstâncias fundamentalmente:

- 1) Por ausência de oxigênio. No caso de paragem respiratória, se a respiração artificial não for iniciada rapidamente, ou se não for eficaz, após alguns minutos pode ocorrer uma paragem cardíaca.

2) Por lesão cardíaca. O coração pode parar primariamente, isto é, não secundário a uma paragem respiratória. Por exemplo, um enfarte.

Ressuscitação Cardiopulmonar. R.C.P. Básica

- 1) Peça ajuda sanitária de emergência.
- 2) Coloque a vítima na posição de R.C.P., isto é, deitada de costas e sobre um plano rígido.
- 3) Abra a via aérea. Revise e limpe a boca. Dê duas insuflações de ar profundas na boca da vítima.
- 4) Comece a massagem cardíaca. Abra as roupas da vítima na altura do peito, apalpe o esterno e proteja o apêndice xifóide com dois dedos.

Obs.: Coloque a parte posterior da sua mão direita um pouco acima dos dois dedos, sobre o esterno.

Coloque a outra mão em cima, estique os cotovelos e incline-se em direção à vítima apoiando o peso do seu corpo sobre o esterno. Foi calculado que a pressão adequada a ser exercida sobre o tórax da vítima é a que pode exercer um adulto de aproximadamente 70 Kg. de peso, conseguindo que o esterno desça entre 3 e 4 cm. Se o seu peso for superior ao citado, deverá apoiar-se mais ligeiramente sobre o tórax da vítima. No caso das crianças, o tórax deve ser comprimido com menos força, e em crianças menores de 7 anos, a compressão deve ser realizada com uma mão só.

A cada 4 ciclos completos de 2 sopros e 15 compressões, verifique o pulso de novo. Se o pulso voltar, suspenda a ressuscitação. Em caso negativo, continue até a assistência sanitária chegar.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), cerca de 200 mil paradas cardiorrespiratórias ocorrem no Brasil anualmente – metade dos casos são registrados fora dos hospitais. Dados da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (Sobrac) mostram que cada minuto sem socorro diminui de 7% a 10% a chance de sobrevivência das pessoas.

A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) consiste em uma série de manobras realizadas por profissionais de saúde, ou por leigos, para reverter a parada cardiorrespiratória (PCR) e manter a oxigenação e perfusão tecidual adequadas.

A RCP pode ser aplicada em ambientes hospitalares ou mesmo fora deles, sendo dividida em suporte avançado de vida (SAV) e suporte básico de vida (SBV), respectivamente. A ênfase em RCP de boa qualidade pode salvar vidas.

Existem sinais de alerta que podem preceder a parada, tais como cianose, taquipneia, taquicardia, bradicardia, má perfusão periférica, entre outros.

A falta de percepção desses sinais pode levar à deterioração clínica do paciente, com ausência de resposta a estímulos, ausência de pulso central e apneia – quadro clínico característico da PCR.

Ressuscitação Cardio Pulmonar é um conjunto de manobras realizadas na tentativa de reanimar uma pessoa vítima de parada cardíaca e/ou respiratória. Ela consiste na respiração artificial e na massagem cardíaca. Este “e/ou” deve-se ao fato de que é possível encontrar uma vítima com parada respiratória por obstrução mecânica (objeto obstruindo a passagem do ar), que ainda mantêm batimentos cardíacos. Nesse caso será necessário apenas a respiração artificial.

A primeira providência a ser tomada numa RCP é a verificação das vias aéreas superiores – ou seja, abrir a boca da vítima e retirar qualquer objeto que possa obstruir a passagem do ar (dentaduras, chicletes, balas, alimentos e etc.). Em seguida, parta para a execução das manobras seguintes, iniciando com a massagem cardíaca.

O coração está sob o final do osso esterno. É aí que deve-se apoiar as mão para realizar a massagem. Para que a massagem seja mais efetiva, posicione-se de preferência à esquerda da vítima.

Apoie uma mão sobre a outra no ponto indicado (ao final do osso “esterno”, mantenha os braços esticados, comprima e solte o tórax ritmicamente. A força deve ser exercida utilizando os punhos, não as palmas das mãos.

Socorristas leigos devem executar apenas massagem cardíaca, a um ritmo de 100 a 120 compressões por minuto, até a chegada de ajuda com treinamento ou um desfibrilador externo (DEA).

Socorristas leigos com treinamento podem realizar a R.C.P. com respiração artificial, na proporção de 30 compressões por 2 ventilações.

Abra a boca da vítima. Retire qualquer objeto que possa estar obstruindo a passagem do ar.

Com crianças pequenas e pessoas com lesão na boca, devemos utilizar a respiração boca-nariz, ao invés da boca-boca.

ANATOMIA DO CORAÇÃO

O coração é um órgão muscular presente nos humanos e em outros animais que bombeia o sangue através dos vasos sanguíneos do sistema circulatório. O sangue fornece ao corpo oxigênio e nutrientes e ajuda a eliminar resíduos metabólicos. Nos humanos, o coração situa-se na cavidade torácica entre os pulmões, num espaço denominado mediastino.

O coração humano divide-se em quatro cavidades. Na parte superior situam-se as aurículas direita e esquerda e, na parte inferior, os ventrículos direito e esquerdo. É comum designar o conjunto da aurícula e do ventrículo direitos por "coração direito" e o conjunto equivalente do lado esquerdo por "coração esquerdo". Em um coração saudável, as válvulas cardíacas fazem com que o sangue dentro do coração flua em sentido único, impedindo o seu refluxo. O coração é envolvido pelo pericárdio, uma membrana protetora em forma de saco que contém uma pequena quantidade de líquido. A parede do coração é constituída por três camadas: o epicárdio, o miocárdio e o endocárdio. O coração dos restantes mamíferos e das aves apresenta igualmente quatro cavidades. O coração dos peixes apresenta apenas duas cavidades, uma aurícula e um ventrículo, enquanto o dos répteis apresenta três cavidades.

O coração bombeia sangue ao ritmo determinado por um grupo de células marca-passo situadas no nódulo sinoatrial. Estas células produzem uma corrente elétrica que percorre o nódulo atrioventricular e o sistema de condução elétrica do coração, provocando a sua contração a um ritmo regular. O coração recebe o sangue pobre em oxigênio da circulação sistêmica, que entra na aurícula direita pelas veias cava superior e inferior e daí passa para o ventrículo direito.

Do ventrículo direito o sangue é bombeado para a circulação pulmonar, onde liberta dióxido de carbono e recebe oxigênio. O sangue oxigenado regressa então à aurícula esquerda e daí passa para o ventrículo esquerdo, onde é bombeado para a artéria aorta, entrando novamente na circulação sistêmica. Em repouso, o coração bate a um ritmo de aproximadamente 72 batimentos por minuto. O exercício físico aumenta temporariamente o ritmo cardíaco, embora a longo prazo contribua para diminuir o ritmo em repouso e seja benéfico para a saúde do coração.

As doenças cardiovasculares foram a causa de morte mais comum em todo o mundo em 2008, sendo responsáveis por 30% dos óbitos. Mais de três quartos dessas mortes foram causadas pela doença arterial coronária e por acidentes vasculares cerebrais. Os fatores de risco incluem fumar, ter excesso de peso, falta de exercício físico, colesterol elevado, hipertensão arterial e diabetes descontrolada, entre outros.

As doenças cardiovasculares muitas vezes não apresentam sintomas ou podem causar dor no peito ou falta de ar. O diagnóstico baseia-se geralmente na avaliação do historial médico, na auscultação dos sons cardíacos com um estetoscópio e na realização de exames como o eletrocardiograma ou ecografia. Os especialistas que se focam nas doenças do coração

denominam-se cardiologistas, embora o tratamento possa envolver diversas especialidades médicas.

O coração possui 4 câmaras, duas aurículas (ou átrios) e dois ventrículos. Sangue desoxigenado retorna ao átrio direito do coração, através das duas veias cava (superior e inferior). É bombeado para o ventrículo direito e depois para os pulmões onde o dióxido de carbono é libertado e o oxigênio é absorvido. O sangue oxigenado, em seguida, volta para o átrio esquerdo do coração, em seguida, para o ventrículo esquerdo a partir do qual é bombeado para dentro da aorta e a circulação arterial.

A pressão criada nas artérias pela contração do ventrículo esquerdo é a pressão arterial sistólica (PAS). Durante a diástole, a pressão nas artérias cai até os ventrículos estarem totalmente cheios. A pressão arterial no final da diástole é chamada pressão arterial diastólica (PAD).

A contractilidade cardíaca se deve a existência de um sistema próprio responsável por gerar e conduzir estímulo elétrico até ao miocárdio (músculo cardíaco), fazendo com que este contraia. Este sistema é formado pelos seguintes elementos:

Nodo sinusal ou sino-atrial (SA)

Nodo átrio-ventricular (AV)

Feixe de His

Ramos direito e esquerdo

Fibras de Purkinje

O sistema cardiovascular, ou sistema circulatório, é constituído pelo coração e pelos vasos sanguíneos. O coração, embora seja um órgão único, pode ser descrito como um conjunto de duas bombas que fazem circular o sangue de forma contínua em dois circuitos: a circulação sistêmica e a circulação pulmonar.

Os vasos sanguíneos transportam o sangue rico em oxigênio e nutrientes para todas as células do corpo.

O coração atua de forma semelhante a uma bomba hidráulica, fazendo com que o sangue circule no sistema cardiovascular de forma contínua. O sistema cardiovascular divide-se em dois circuitos distintos: a circulação pulmonar, que transporta o sangue para os pulmões onde se dão as trocas gasosas, e a circulação sistêmica, que fornece sangue a todos os órgãos do corpo, incluindo aos pulmões e ao próprio coração.

O coração esquerdo irriga a circulação sistêmica, bombeando sangue arterial rico em oxigênio para a maior artéria do corpo, a artéria aorta. A aorta ramifica-se em inúmeras artérias que levam o sangue a todas as células do corpo. Nas células, o sangue liberta oxigênio e

nutrientes e recolhe dióxido de carbono e outros resíduos metabólicos. O sangue venoso, pobre em oxigênio, regressa ao coração pelas veias.

O coração direito irriga a circulação pulmonar. A aurícula direita recebe o sangue venoso da circulação sistêmica, pobre em oxigênio. Daí passa para o ventrículo direito, onde é bombeado para a artéria pulmonar e entra na circulação pulmonar. Nos pulmões, o sangue liberta o dióxido de carbono e recebe o oxigênio inalado pelo sistema respiratório. O sangue rico em oxigênio regressa então ao coração esquerdo pelas veias pulmonares. Entra pela aurícula esquerda e daí passa para o ventrículo esquerdo, onde é novamente bombeado para a circulação sistêmica, repetindo-se o ciclo. As válvulas cardíacas fazem com que o sangue flua em sentido único e ajudam a manter a pressão necessária.

O coração humano situa-se na caixa torácica, no espaço do mediastino médio à altura das vértebras dorsais T5 a T8. É envolvido por um saco com duas membranas denominado pericárdio, que o une ao mediastino. A superfície posterior do coração encontra-se adjacente à coluna vertebral e a superfície anterior encontra-se adjacente ao osso esterno e às costelas.

A parte superior do coração é o nó de ligação de vários vasos sanguíneos de grande dimensão: a veia cava, a artéria aorta e a artéria pulmonar. A parte superior do coração situa-se à altura da terceira cartilagem costal. O vértice inferior do coração, o ápice cardíaco, situa-se à esquerda do esterno, a aproximadamente 8–9 cm da linha médio-esternal, entre a união das quarta e quinta vértebras, perto da articulação com as respectivas cartilagens costais.

O coração tem forma cônica, estando a base orientada para a parte superior do corpo e o ápice para a parte inferior. A massa de um coração adulto é de 250 a 350 gramas. O coração é geralmente do tamanho de um punho cerrado, medindo em média 12 cm de comprimento, 8 cm de largura e 6 cm de espessura. No entanto, os atletas de competição podem apresentar corações de tamanho muito maior devido ao efeito do exercício físico no músculo cardíaco, de forma semelhante à resposta no músculo esquelético.

Grande parte do volume do coração está ligeiramente orientado para o lado esquerdo do tórax, embora muito raramente possa estar orientada para o lado direito. A percepção de se encontrar no lado esquerdo é ainda ampliada pelo fato do coração esquerdo ser a parte maior e mais forte, dado que tem a função de bombear o sangue para todo o corpo. Como o coração se situa entre os pulmões, o pulmão esquerdo é ligeiramente menor que o pulmão direito e apresenta uma forma que permite encaixar o coração.

A parede do coração é constituída por três camadas: o endocárdio, o miocárdio e o epicárdio. Estas camadas estão envolvidas por um saco com duas membranas denominado pericárdio. O endocárdio é a camada mais interior do coração. É constituída por um revestimento de tecido epitelial escamoso simples e reveste as cavidades e as válvulas cardíacas. Forma uma camada contínua com o endotélio das veias e das artérias e encontra-se unida ao miocárdio por uma camada fina de tecido conjuntivo. O endocárdio segrega endotelina, que pode ter uma função na regulação da contração do miocárdio.

ACIDENTES

Em quaisquer situações e atividades, pessoas estão expostas a riscos e, portanto, sujeitas a ferimentos e traumatismos causados por acidentes. Acidentes podem ocorrer em qualquer lugar, mas alguns ambientes parecem ser especialmente propícios. Especialista no assunto garantem que a melhor forma de enfrentar este problema é pela prática da prevenção. Deve-se prevenir, afastando todas as condições de risco e assim evitar que acidentes aconteçam.

Um acidente é um evento inesperado e indesejável que causa danos pessoais, materiais (danos ao patrimônio), danos financeiros e que ocorre de modo não intencional. Exemplos físicos incluem colisões e quedas indesejadas, lesões por tocar em algo afiado, quente, elétrico ou ingerir veneno. Exemplos não-físicos são revelar um segredo não intencionalmente, esquecer um compromisso, etc.

Se os resultados dessa negligência eram previsíveis e não foram tomadas as precauções necessárias para evitá-la, a pessoa pode ser responsabilizada por eventuais consequências de tal negligência. Em um "acidente", ninguém pode realmente ser responsabilizado porque o acontecimento é imprevisível ou muito pouco provável, apesar de que o causador, mesmo involuntariamente, pode ter que ressarcir o bem danificado.

Muitas vezes os acidentes são investigados para que seja possível aprender a evitá-los no futuro. Isso é muitas vezes chamado análise das causas, mas geralmente não se aplica aos acidentes que não pode ser previsto com o mínimo de certeza.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), mais de 337 milhões de acidentes acontecem no trabalho a cada ano, resultando, juntamente com doenças profissionais, em mais de 2,3 milhões de mortes por ano.

Um acidente rodoviário ou acidente de trânsito, é um evento inesperado que ocorre em uma via envolvendo veículos ou entre veículos e pedestres (ou animais), ou ainda, entre veículo e qualquer obstáculo presente nas proximidades desta via (poste, construção, árvore etc.).

Um atropelamento é um tipo de acidente, frequentemente provocado por veículos automotores, que afeta um pedestre, animal ou mesmo um usuário em condição ou veículo considerado "menor", como um ciclista ou um motociclista atropelado por um carro ou um pedestre atropelado por um ciclista ou por um motociclista, por exemplo.

São os primeiros procedimentos de emergência que visam manter as funções vitais e evitar o agravamento de uma pessoa às vítimas de acidente, ferida, inconsciente ou em perigo de vida, até que ela receba assistência qualificada.

De acordo com os Arts. 176 e 177 do CTB

Art. 176: Deixar o condutor envolvido em acidente com vítima: De prestar ou providenciar socorro a vítima, quando podendo fazê-lo

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

Verifique quais são e onde estão as vítimas. Elas podem ter sido arremessadas para fora do veículo, estar presas em ferragens, caídas na pista de rolamento, e outros locais. Às vezes, a vítima pode ser encontrada em locais de perigo - perto de cabos eletrificados, de derramamento ou vazamento de combustíveis, entre outros. É preciso afastá-la de um novo acidente.

Para evitar que a situação se agrave é preciso sinalizar o local para não acontecer novos acidentes e atropelamentos, acionar o pisca-alerta de veículos próximos ao local, definir uma distância para melhor colocação do triângulo, espalhar alguns arbustos ou galhos de árvores na via e desligar a chave de ignição e/ou cabos da bateria dos veículos acidentados.

Para verificar o nível de consciência:

Verifique se a vítima se comunica;

Se ela não estiver se comunicando, veja se reage ao toque ou à dor;

Se a vítima estiver inconsciente mas respirando, não devemos deixá-la de costas, para evitar asfixia e afogamento.

A reanimação artificial da vítima de intoxicação por gases venenosos, deverá ser feita somente com auxílio de equipamentos especiais, pois a respiração boca-a-boca acabaria intoxicada quem estiver prestando o atendimento.

Nos casos em que há fratura da mandíbula, ou lesões na boca a ventilação deverá ser bocanariz: pois podem inviabilizar a respiração artificial pelo método boca a boca. Neste caso, o socorrista deve optar pela manobra conhecida como boca-nariz, que consiste em:

- Manter as vias aéreas da vítima abertas, exercendo pressão na testa da vítima com uma das mãos, e, com a outra, pressionando o seu maxilar inferior, de forma a fechar-lhe a boca;
- Cobrir com a boca o nariz da vítima;
- Ventilar durante um a um segundo e meio;
- Abrir a boca da vítima para auxiliar na exalação.

Normas de segurança por todos os socorristas:

Manter sempre a calma;

Pensar sempre na ordem de segurança quando estiver prestando socorro;

- a) Primeiro "EU" (a minha segurança - do socorrista);
- b) Depois a da minha equipe e dos transcendententes;
- c) E por último a vítima;

Ao prestar socorro, deverá ligar ao atendimento Pré - Hospitalar já organizando, pelos números 193.

Antes de agir, verificar se há riscos no local para você e sua equipe.

Manter sempre o bom senso, que é nato do socorrista.

Manter sempre, o espírito de liderança, podendo ajuda e afastando os curiosos, que quase sempre atrapalham.

Distribui tarefas, assim os curiosos, que poderão ajudar sem atrapalhar;

Evitar manobras intempestivas (com pressa), mas certas e urgentes;

Em casos de várias vítimas, dê preferência para aquelas que correm maior risco de vida, após a triagem das mesmas (paradas cardíacas ou sangramento);

Seja socorrista e não herói. Que adianta salvar, se não tiver em mente transcrito o segundo mandamento.



Imagem: Andriy Popov (br.123rf.com)

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os acidentes de trânsito são a nona maior causa de mortes do planeta. O Brasil aparece em quinto lugar entre os países recordistas em óbitos decorrentes desses eventos, que atingem entre 50 e 60 mil pessoas por ano, além de deixar permanentemente inválidas outras 630 mil.

De acordo com o especialista, a primeira medida a ser tomada é acionar um resgate especializado – como é o caso do serviço de atendimento móvel do Corpo de Bombeiros/SAMU – o mais rápido possível. Outra questão importante é tomar precauções para não se tornar uma nova vítima ou comprometer a segurança de outras pessoas. Verifique se o local onde ocorreu o acidente é seguro para transitar, pois é possível que, na tentativa de prestar o socorro, ocorram atropelamentos, principalmente em rodovias e estradas de alta velocidade. Se possível, utilize um triângulo de sinalização (equipamento obrigatório nos automóveis), a fim de deixar claro aos demais motoristas que há carros parados na pista e evitar um novo acidente. Tais situações costumam atrair grande número de curiosos, então estabelecer uma zona de proteção ao redor da vítima é o ideal.

Caso o acidentado diga que está com sede, o médico orienta que oferecer qualquer líquido por via oral, incluindo água, poderá causar problemas. Isso pode provocar vômitos e, caso a vítima tenha queda nos níveis de consciência, há o risco de esse conteúdo seguir para o pulmão. Outra razão é que, caso haja necessidade de uma futura cirurgia, estar com o estômago mais vazio é fundamental. Explique isso para a vítima claramente, indicando que a negativa é para o bem dela. Caso seja possível, molhe os lábios da pessoa para proporcionar a ela uma sensação momentânea de alívio enquanto o socorro não chega.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é um serviço brasileiro de atendimento às urgências pré-hospitalares, utilizado em casos de urgência e emergência. Foi idealizado na França, em 1986 como Service d'Aide Médicale d'Urgence — que faz uso da mesma sigla "SAMU" — e é considerado por especialistas como o melhor do mundo.

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, denominados Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), e acionados por telefonia de discagem rápida (número 192), conhecidos como Samu 192, foram normatizados no Brasil a partir de 2004 pelo decreto presidencial nº 0

5.055, de 27 de abril de 2004. Caracterizam-se por prestar socorro às pessoas em situações de agravos urgentes, nas cenas em que esses agravos ocorrem, garantindo atendimento precoce, adequado ao ambiente pré-hospitalar e ao acesso ao Sistema de Saúde.

O SAMU 192 não se caracteriza apenas por ser um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel mas por ser um serviço complexo, onde uma central de regulação de urgência e emergência composta por médicos reguladores atende toda a demanda do sistema telefônico 192 e define uma hipótese diagnóstica e a complexidade, assim como a prioridade do atendimento, podendo ser fornecida apenas uma orientação médica ou, se necessário, um recurso mais complexo, liberando-se as diferentes viaturas - suporte básico ou suporte avançado.

Após o atendimento do paciente, também será definido o destino do paciente podendo ser uma unidade de pronto atendimento (UPA) ou um hospital terciário. Assim, esse serviço de atendimento móvel foi criado para organizar os diferentes níveis de situações de saúde, encaminhando os quadros de menor complexidade ou fase diagnóstica ou ainda de uma situação de estabilização clínica para UPAs, e os quadros de maior complexidade, que necessitam de especialidades (politraumatizados, infartos, trauma de crânios, acidentes vasculares encefálicos, abdome agudo), para hospitais.

É importante ressaltar que, antes da existência do SAMU 192, muitos pacientes morriam nas residências, nos acidentes de trânsito e em vários locais sem a existência do atendimento pré-hospitalar. Posteriormente, porém, a essa criação, a maioria destes pacientes começou a ter um acesso mais fácil ao serviço de emergência, pois basta uma pessoa ligar para o telefone 192 e, estando dentro dos critérios estabelecidos de urgência e emergência, será atendida em sua residência ou em via pública, sendo, posteriormente, levada aos serviços de melhor atendimento de acordo com sua necessidade e complexidade.

Assim, antes da criação do SAMU, os serviços de urgência, principalmente os serviços terciários, estavam, frequentemente, lotados, com todos os quadros de saúde possíveis em uma mesma unidade, num mesmo pronto-socorro, causando uma superlotação desorganizada. Evoluiu-se então para serviços mais organizados quanto ao perfil da doença e do doente. Entretanto, a superlotação continua progressivamente aumentando.

Com a modificação do perfil epidemiológico da morbimortalidade devido ao crescimento das causas externas, esses atendimentos ganham maior relevância, causando forte impacto ao setor saúde e sua resposta a tal demanda é fundamental para minimizar as sequelas decorrentes desse quadro.

Com a organização das gravidades e complexidades, conseguimos visualizar melhor que, realmente, existe a necessidade de mais leitos hospitalares. Infelizmente, o investimento financeiro não é suficiente para o aumento dos hospitais e seus respectivos leitos, mantendo o atendimento de urgência e emergência caótica em todo o País.

O projeto SAMU 192 foi o primeiro produto do Plano Nacional de Atenção as Urgências criado pelo Governo Federal em 2003 e existe recurso financeiro para a manutenção dos Serviços.

Durante esse processo, foi definido que esse custeio seria tripartite, sendo 50% do Governo Federal, 25% do Governo do Estado e 25% dos municípios. Entretanto, alguns serviços têm 50% do Governo Federal e o Estado assume o restante do custeio. Infelizmente, alguns serviços têm o custeio do Governo Federal e os municípios acabam tendo que arcar com o custeio do restante do serviço, sem nenhum apoio do Governo Estadual, dificultando a regionalização do SAMU 192 e da participação de cidades menores de 50 000 habitantes conseguirem custearem proporcionalmente a sua parte dentro do grupo de cidades regionalizadas.

O primeiro SAMU 192 criado foi em Campinas em junho de 1995, pelo médico José Roberto Hansen (falecido em 14 de novembro de 2017 aos 54 anos) obedecendo claramente as características de Regulação Médica clínica, traumática, obstétrica e psiquiátrica. Somente em 24 de junho de 1999, foi apresentada a primeira Portaria Ministerial nº 824. Em 2 de junho de 2001, ocorre uma atualização e foi transformada em Portaria Ministerial nº 814, que definia a função de cada profissional e suas atribuições mas não definia ainda o número de postos de trabalho ou número de ambulâncias.

Mais uma atualização ocorreu, criando a Portaria 2 048 em 5 de novembro de 2002, que define responsabilidades, atribuições de profissionais e também caracterizando cada serviço de urgência e seus dimensionamentos quanto ao atendimento.

Em 2003, o Governo Federal cria o Plano Nacional de Atenção às Urgências, iniciando um projeto tripartite (Governo Federal, Estadual e Municipal) com custeio financeiro no Sistema de Urgência e Emergência mas iniciando pelo Sistema SAMU 192. A portaria nº 1 864/GM em 29 de setembro de 2003 tenta dimensionar o número de viaturas e equipes, relacionado a população da cidade.

Em 2005, o SAMU-192 funcionava em 784 municípios brasileiros de 25 Estados, com 101 centrais de regulação, atuando com equipes especializadas, em sintonia com centrais de controle de leitos nos hospitais. Seu atendimento pode ser do tipo primário, quando oriundo do cidadão, ou do tipo secundário, também conhecido como remoção, quando a solicitação parte do serviço de saúde onde o paciente já tenha recebido os primeiros cuidados para estabilização do quadro de urgência ou emergência, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Nesse serviço, é recomendado que se utilizem os dados de urgência e emergência na elaboração de uma base descritiva que possibilite a caracterização dos serviços de saúde e dos perfis epidemiológicos. Entretanto, isso é dificultado devido à inexistência de um instrumento oficial de armazenamento das informações das ocorrências atendidas.

Após o levantamento de dados, foi constatado que as solicitações de atendimento pelo SAMU ocorreram, em sua maioria, devido a agravos clínicos. Essa característica foi identificada em cidades brasileiras como: Campinas - São Paulo 65%, Ribeirão Preto – São Paulo, correspondendo a 54,9%, em Olinda – Pernambuco, 57% e em Porto Alegre – Rio Grande do Sul, com 64,8% do total de atendimentos. Os dados têm sintonia com os indicadores de morbidade e mortalidade e fatores de risco nacionais, que evidenciam que os agravos clínicos são os mais prevalentes e responsáveis por altos índices de doença e morte.

As ligações são atendidas por telefonistas que anotam dados do local da demanda, emergência médica ou acidente. Toda ligação é gravada. O caso então é passado ao médico que faz a regulação médica e este presta orientações relativas aos primeiros socorros e decide o tipo de ambulância a ser enviada (USA, USB ou VT).

Nas cidades brasileiras onde o serviço é disponibilizado, o telefone para solicitá-lo é o 192 (ligação gratuita). As ambulâncias do SAMU são divididas em viaturas:

USA – Unidades de Suporte Avançado (UTIs móveis), usadas em casos mais graves

USB – Unidades de Suporte Básico

VT – Veículos de Transporte, são usadas em casos mais simples

VIR - Veículo de intervenção rápida, são viaturas 4x4 (geralmente pickups ou SUV) compostas por equipe médica e material para suporte avançado de vida, mais ágeis e com capacidade de acessar locais de difícil trânsito, onde a ambulância normal poderia demorar a chegar.

Motolância: Veículos de intervenção rápida. Usada para fazer um pré-atendimento.

Ambulancha: Unidade de Socorro Aquático.

Helicóptero: Unidade de Socorro aéreo.

Importante:

O SAMU 192 é um serviço gratuito, que funciona 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

O SAMU 192 realiza os atendimentos em qualquer lugar e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas.

- ✓ residências;
- ✓ locais de trabalho;
- ✓ vias públicas.

ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR (APH)

A atividade do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar (APH) no Brasil desenvolveu-se a partir da década de 1990, com o surgimento das unidades de suporte avançado de vida. Atualmente, o enfermeiro é participante ativo dessa equipe, onde desenvolve importante papel de atendimento assistencial com qualidade, prevenindo complicações, avaliando riscos potenciais e conduzindo o atendimento de forma segura. O objetivo com este estudo foi descrever as ações do enfermeiro em unidade básica e avançada de saúde no APH móvel, por meio de revisão literária.

No Brasil, a ideia do atendimento das vítimas no local da emergência é tão antiga quanto em outros países. O Senado da República, em 1893, aprovou uma lei que pretendia estabelecer socorro médico de urgência na via pública do Rio de Janeiro, que na época era a capital do país. Em 1899, o Corpo de Bombeiros da mesma localidade colocava em ação a primeira ambulância, movida a tração animal, para realizar o referido atendimento.¹

Nos últimos anos, a considerável procura dos serviços públicos hospitalares de emergência decorreu do aumento da violência urbana, dos acidentes de trânsito e da própria precariedade dos serviços de saúde de atenção básica. A consequência imediata é a superlotação nas unidades de emergência, com pacientes que poderiam ser atendidos nas unidades de atenção básica ou em ambulatórios.^{2,3}

Esse aumento na demanda tem grande impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), repercutindo na assistência, nos gastos realizados com internações hospitalares e na alta taxa de permanência hospitalar dos pacientes.⁴

No contexto de atenção às urgências e emergências, faz-se presente a necessidade de adotar medidas que garantam o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar.

O serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) envolve todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar e pode influir positivamente nas taxas de morbidade e mortalidade por trauma ou violências. Nesse sentido, uma assistência qualificada na cena do acidente - o transporte e a chegada precoce ao hospital - é fundamental para que a taxa de sobrevivência aumente.

O APH móvel é realizado por meio de duas modalidades: o suporte básico à vida, que se caracteriza por não realizar manobras invasivas, e o suporte avançado à vida, que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório.

Os procedimentos corretos que o APH realiza em casos de acidentes na estrada (imobilização, técnicas adequadas de socorro, corte ou expansão para desencarcerar a vítima quando presa às ferragens, transporte apropriado e atendimento emergencial ainda em deslocamento em situações mais graves) permitem que a pessoa chegue em uma condição mais adequada ao hospital, facilitando o atendimento médico. Além disso, o tempo de internação e de uso de medicamentos costuma ser menor, o que gera menos sobrecarga e custos para o Sistema único de Saúde (SUS). A importância do atendimento pré-hospitalar é enorme. Primeiro, porque ter uma equipe eficiente em abordar esse paciente no local do acidente faz com que o índice de complicações seja muito menor.



Cumprimento da prescrição médica em serviços de APH via telefone e formas legais de a oficializar nestes casos.

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Brasil, dentro do SUS denominado Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria n. 2048/GM/2002, devido à necessidade de se ordenar o atendimento às urgências e emergências, acolhimento, atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde.

A Portaria n. 2048/2002, supracitada, elenca as atribuições de cada profissional envolvido no APH. Percebe-se que, devido às características do serviço, no qual o médico nem sempre está presente na cena de atendimento ao paciente, foi devidamente incluída como atividade de rotina a execução de prescrição médica via telemedicina.

O registro da assistência de enfermagem é regulamentado também pela Resolução COFEN n. 429/2012, que diz:

Art. 1º É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.

Ressalta-se que, embora a prescrição medicamentosa no APH seja de competência do médico, a supervisão da equipe de enfermagem é privativa do Enfermeiro, conforme regulamentam os dispositivos abaixo:

Art. 13 – As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro. (Decreto n. 94.406/1987)

Art. 15 – As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro. (Lei n. 7.498/1986).

De acordo com o Código de Ética, qualquer tipo de prescrição só deve ser executada pelo profissional de enfermagem quando o mesmo se sente seguro para tal e seja capaz de oferecer segurança ao paciente assistido:

Art. 30 – Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade de riscos.

Art. 32 – Executar prescrições de qualquer natureza, que comprometam a segurança da pessoa.

Ainda no Código de Ética, vê-se que as prescrições apócrifas não devem ser executadas pelo profissional de enfermagem, porém faz-se ressalva às situações de gravidade do paciente:

Art. 37 – Recusar-se a executar prescrição medicamentosa e terapêutica, onde não conste a assinatura e o número de registro do profissional, exceto em situações de urgência e emergência.

As urgências e emergências (clínicas ou traumáticas) representam um fator de risco de vida importante quando não atendidas em tempo hábil e de maneira adequada. Exige-se, portanto, uma intervenção competente, segura e livre de risco¹.

O atendimento pré-hospitalar pode ser definido como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar sequelas ou até mesmo a morte. O serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) engloba todas as ações que antecedem a chegada do paciente ao ambiente hospitalar. Pode influenciar positivamente nas taxas de morbimortalidade por trauma, haja vista que a finalidade da assistência do APH é manter a vítima viva até a chegada ao serviço de saúde, local onde será tratada, obtendo-se a cura ou diminuindo-se as sequelas.

PRIMEIROS SOCORROS

Antes de qualquer coisa, é preciso sempre reconhecer se o problema é este mesmo, então vamos aos sintomas: um dos sinais do ataque cardíaco é a parada cardíaca, descrita no item anterior – é preciso realizar a massagem cardíaca até que um paramédico chegue até você e a vítima.

Em outros casos, porém, os sintomas são mais leves e a vítima pode apenas reclamar de uma azia persistente. Se a pessoa tiver mais de 16 anos e não for alérgica a aspirina, ela deve tomar um desses comprimidos, pois eles podem reduzir os danos causados ao coração.

A pessoa sufocada vai começar a tossir, e você precisa pedir para que ela continue tossindo, pois esse é um ótimo sinal de que o problema não vai ser sério. Por outro lado, se o alimento ou objeto bloquear totalmente a passagem de ar e ficar entalado na garganta, é preciso fazer uma manobra conhecida como Heimlich.

A pessoa com sangramento deverá ficar deitada e, se possível, a área afetada deverá ser elevada. Em seguida, remova a sujeira mais “grossa” da ferida, mas não mexa na parte mais interna do ferimento.

Depois de limpar o ferimento, mesmo que apenas superficialmente, com a ajuda de um pano limpo ou um pedaço de gaze, faça pressão contra o local por no mínimo 20 minutos. A ideia é colocar força mesmo, e não vale parar de fazer a pressão para checar se o sangue parou de vazar.

Se mesmo assim o sangramento não parar, você vai ter que fazer pressão em pontos estratégicos: no braço, na parte interna, aperte um ponto logo em cima do cotovelo e outro abaixo da axila; na perna, pressione a parte de trás do joelho e também a virilha. Mantenha essas regiões pressionadas e continue tampando a ferida. Nunca deixe de chamar ajuda médica.

Imediatamente:

Certifique-se de que a pessoa não está em perigo.

Verifique o pulso da pessoa, respire, e verifique o tamanho da pupila dos olhos em luz e escuridão, pois eles devem se tornar menores quando a luz é leve.

Obs.: Se os sinais de vida estiverem ausentes, realize uma ressuscitação cardiopulmonar imediatamente.

Em caso de sangramento severo:

O erro principal: aplicar um torniquete imediatamente.

A primeira coisa que deverá fazer é parar o sangramento. É por isso que você precisa apertar a artéria mais próxima da ferida. Então, deverá aplicar uma bandagem compressiva usando toalhetes estéreis ou, se a ferida for muito profunda, enchê-la com toalhetes e prenda um tampão ou um curativo.

Um torniquete deve ser aplicado somente em caso de emergência. É aplicado na pele acima da ferida e tão próximo da ferida quanto possível.

Importante: o torniquete deve ser afrouxado por 10-15 minutos a cada hora e não se esqueça de pressionar a artéria. Então, o torniquete deve ser apertado novamente, mas não por mais de 30 minutos.

Em caso de hemorragia nasal:

O erro principal: inclinar a cabeça para trás.

Faça a pessoa sentar-se, incline sua cabeça ligeiramente para a frente para deixar o fluxo de sangue sair e pressione a parte macia do nariz com os dedos por mais de 10 minutos. A pessoa deve cuspir todo o sangue para não causar vômitos.

Importante: não obstrua o nariz com almofadas de algodão ou tampões. Isso só é necessário se o sangramento não parar em 15 minutos. Chame um médico imediatamente neste caso.

Em uma situação de emergência, ao se avaliar a situação do local e o nível de consciência da (s) vítima(s), é necessário aplicar os procedimentos adequados, de acordo com o tipo de acidente ou ocorrido. Esses procedimentos consistem em técnicas de reanimação, respiração artificial, posicionamentos de segurança, métodos de abordagem e locomoção do indivíduo vitimado, utilização de alguns tipos de objetos e/ou instrumentos, etc.

Em situações de emergência, o pronto-atendimento é essencial para aumentar as chances de sobrevivência e reduzir possíveis sequelas dos pacientes. As doenças cardiovasculares são responsáveis por grande parte dos atendimentos emergenciais no país, além de ser a principal causa de óbitos. O Acidente Vascular Cerebral (AVC), quadro em que ocorre a perda de funções neurológicas devido ao entupimento ou rompimento de vasos sanguíneos no cérebro, é a doença

cardiovascular que mais causa mortes no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde, a maior parte das pessoas que sobrevivem a um AVC necessita de reabilitação para as sequelas neurológicas. Aproximadamente 70% não retornam ao seu trabalho e 30% precisam de ajuda para caminhar.

Cortes profundos

Limpe, de preferência, com água corrente não importa se o corte estiver ou não sujo. Na seqüência, estanque com gaze ou um pedaço de pano ou toalha limpa. Nunca coloque nada dentro da ferida e procure um pronto socorro imediatamente.

Dedo preso na porta

Acidentes em casa ou com o carro são mais comuns do que se pensa. Na hora, tente conter o desespero e coloque gelo, evitando ou diminuindo a formação de hematoma (marca que torna o trauma muito mais doloroso). Esqueça a idéia de massagear a região machucada e nunca aperte as laterais do dedo que foi preso, quando houver sangramento.

Queimaduras

O ferimento é dividido em dois tipos e cada um deles exige cuidados específicos:

Térmicas:

Lave a área queimada com bastante água;

Cubra a queimadura com uma faixa esterilizada, para diminuir a dor; Remova imediatamente acessórios como anéis, relógios e pulseiras, porque logo após a queimadura há inchaço;

Nunca tente remover roupas grudadas no corpo da vítima;

Nunca use pomadas, manteiga, pó de café, pasta de dente ou óleo de cozinha, porque eles aumentam as chances de infecção no local.

Químicas:

Enxágüe o local em água corrente por no mínimo 20 minutos;

Remova a roupa contaminada para evitar que o produto químico se espalhe por outras partes do corpo;

Caso os olhos sejam afetados, enxágüe em água corrente até chegar ajuda médica;
Não aplique óleos ou cremes sobre a queimadura;
Observe a respiração da vítima enquanto é providenciada ajuda médica. Cubra a queimadura com uma faixa esterilizada ou pano limpo.

Engasgos

Quando alguém engasgar na sua frente, nunca bata nas costas ou levante os braços da pessoa. Isso só aumenta os riscos de empurrar ainda mais o alimento ou o objeto para as vias respiratórias. Em vez disso, faça a chamada manobra de desengasgo:

- Abraçando a pessoa pelas costas, apoiando bem uma perna entre as pernas da vítima (o que dá mais sustentação a quem presta o socorro);
- Coloque a mão esquerda fechada, com o polegar voltado para dentro, acima da linha do umbigo;
- Ponha a outra mão por cima da mão fechada , pressionando com força para dentro até o objeto sair e a respiração da pessoa voltar ao normal.

Sangramentos no nariz

Não importa se eles acontecem espontaneamente ou após alguma batida, os cuidados são os mesmos: passe gelo no local, mantendo-se sentado ou deitado com a cabeça para trás. Se o sangramento estiver muito intenso, coloque uma gaze dentro da narina. Nunca use algodão hidrófilo em qualquer ferimento.

Desmaios e crises de convulsão

Pessoas com crise convulsiva ou em desmaio devem ser mantidas deitadas, com o pescoço esticado. Mantenha as vias aéreas (boca e narina) livres e desobstruídas para evitar sufocamento. Só se devem imobilizar os membros caso haja risco de lesões ao paciente ou a quem estiver prestando ajuda.

Ferimentos na pele:

Lave a região com água e sabão, preferencialmente de glicerina ou de coco, por dois minutos. Depois cubra-a com uma gaze limpa ou curativo adequado. Evite movimentos bruscos, mantendo a parte ferida em posição normal, sem o apoio de tipóias ou algo semelhante.

Havendo sangramento intenso, comprima o local afetado com outra gaze limpa até que a vítima pare de sangrar.

Quando o objeto que causou o acidente estiver sujo ou enferrujado, caso a carteira de vacinação não esteja em dia, será necessária a vacina antitetânica, que pode ser aplicada em hospitais ou postos de saúde.

Cortes:

Em casos de pequenos cortes, lavar com água e sabão, retirando a sujeira.

Fazer compressão local com pano limpo, até parar o sangramento.

Cobrir com curativo hipoalergênico e semipermeável (várias opções na linha Nexcare 3M).

Em caso de ferimentos maiores, lavar com água e sabão, comprimir com pano limpo, encaminhando a criança para o Pronto-Socorro, levando a carteira de vacinação.

Queimaduras em geral:

Para aliviar a dor, umedeça a região queimada com compressas ou toalhas dobradas embebidas em água fria. Mãos e braços podem ser mergulhados na água, mas não coloque o acidentado sob o chuveiro frio. Sacos de gelo não têm eficácia, podendo até grudar na pele. Após estes procedimentos, deixe a queimadura livre, sem nada por cima. Objetos que ainda estejam na região afetada (anéis, relógios, pulseiras) devem ser removidos antes que o inchaço crie mais problemas. Porém, se a retirada for traumática, deixe que um médico o faça. Não use cremes ou anti-sépticos. Se formarem-se bolhas, não mexa nelas.

Queimaduras químicas (Pele e olhos):

Materiais químicos na pele devem ser lavados com água corrente, sem esfregar, até que todos os resíduos sejam retirados. Se algum produto cair nos olhos, tente manter as pálpebras da vítima abertas e jogue água corrente sobre o globo ocular afetado. Isto pode ser feito com chuveirinho ou sob uma torneira. Esta lavagem do globo ocular deve ser feita por 20 minutos, pois algumas substâncias, como a cal, são extremamente agressivas e demoram para ser removidas. Tome

cuidado para que esta lavagem não atinja o olho são. Água corrente não causa danos e ainda pode salvar da cegueira. Mas, atenção: não use jatos, para evitar o deslocamento da córnea.

Mordidas de animais:

Lavar a área afetada com água corrente e sabão, com vigor.

Manter compressa com pano limpo, comprimindo a ferida. Não matar o animal. Se possível, prendê-lo para observação.

Interrogar sobre vacinação do animal.

Levar a criança ao pronto-socorro.

Corpos estranhos na pele:

Se a região estiver suja, limpe suavemente em volta do ferimento, com um pano macio e sabão. O procedimento correto nesses casos é procurar socorro médico.

Não tente retirar qualquer objeto que esteja preso à pele. Ele pode estar próximo a alguma artéria, veia ou nervo. Esse tipo de ferimento precisa ser bem tratado, para evitar problemas, como infecções no local atingido, gangrena ou hemorragia. Não tendo sido vacinada contra o tétano, a vítima corre o risco de contrair a doença. O mesmo risco existe, se o objeto estiver sujo ou enferrujado, sendo imprescindível a vacina antitetânica.

Obs.: A única situação em que devemos retirar objetos é quando o mesmo perfurou a bochecha e corre o risco de deslocar-se e obstruir as vias respiratórias.

Corpos estranhos no olho:

Não permita que a vítima mexa ou esfregue o olho. Coloque-a sentada em uma cadeira, sob boa iluminação, e incline a sua cabeça para trás. Dessa maneira, você terá condições de observar onde está o objeto. Depois, pegue uma haste flexível com algodão nas pontas, umedecido em água limpa e tente, com muita delicadeza, retirar o corpo estranho, tocando delicadamente apenas nas laterais do globo ocular e na pálpebra inferior com movimento suave, sem oferecer pressão. Faça este procedimento apenas se a criança colaborar.

Se a primeira tentativa falhar, não insista. O objeto pode estar encravado e só um profissional poderá retirá-lo em segurança. Também não faça nada se ele estiver na íris, a parte colorida do olho, ou na parte superior da pálpebra. Estas regiões são muito sensíveis e importantes. Uma

pessoa inexperiente pode causar danos irreversíveis à visão da criança, como lesões e embranquecimento da córnea, o que leva a infecções e cegueira. Nesses casos, a única atitude correta é levá-la rapidamente a um hospital que tenha oftalmologista. Os olhos devem ficar fechados, pode-se ocluí-los com um tampão, o que diminui a dor e o incômodo.

Traumatismos por queda:

Observar o local traumatizado. Em caso grave, levar imediatamente ao pronto-socorro.

Na cabeça: apenas em casos brandos, colocar gelo no local ou a Almofada para Terapia Frio/Calor, manter a criança em observação, evitar que durma, observar sinais de prostração, convulsão, febre, irritabilidade excessiva. Na presença de alguns destes sinais, procure um pronto atendimento imediatamente.

Em tórax e abdome: levar ao pronto-socorro por possíveis lesões internas.

Nos membros: colocar gelo no local ou a Almofada para Terapia Frio/Calor nas primeiras 24 horas. Em seguida, colocar compressas mornas ou a Almofada para Terapia Frio/Calor. Manter vigilância constante, ao menor sinal de piora, procurar pronto atendimento médico.

Corpos estranhos no ouvido:

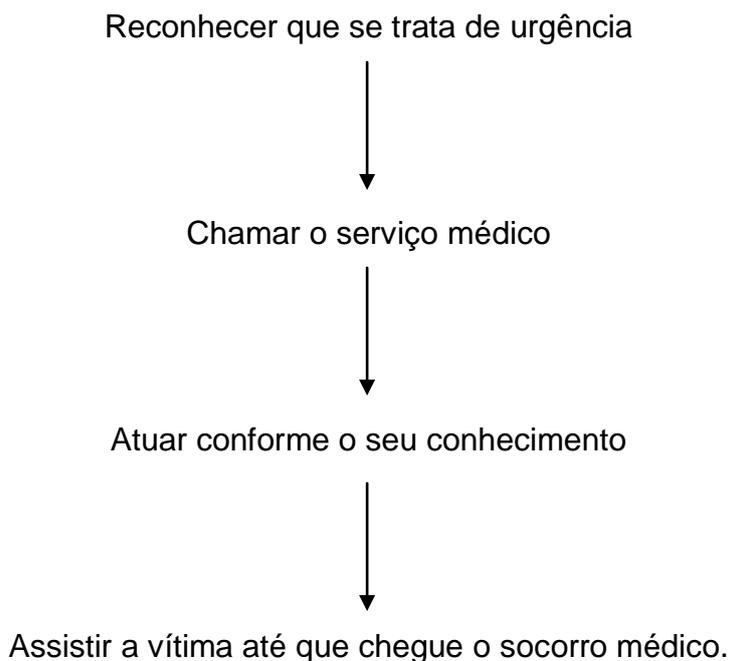
É muito comum a criança aparecer com corpos estranhos no ouvido: desde bolinhas e caroços até pequenos insetos (mosquitos e moscas). Em ambos os casos, somente o médico pode resolver o problema.

Corpos estranhos no nariz:

A tentativa de remover corpos estranhos (milho, feijão, sementes e caroços de pequeno tamanho, alfinetes, grampos, palitos) do nariz pode empurrá-los para a parte mais profunda. Isto só irá agravar o problema. Leve a criança ao médico que, em certos casos, poderá retirar o objeto com uma rápida manobra.

Fraturas em geral:

Enquanto você espera pelo atendimento especializado, mantenha a vítima o mais confortável possível. Não movimente a vítima nem permita que o façam, especialmente em lesões no pescoço e na coluna, pois são áreas muito sensíveis. Nunca tente colocar talas, o fêmur e o ombro, imobilizados erradamente, podem ocasionar graves lesões de vasos e nervos. Chame profissionais que possam transportar o acidentado com segurança até o hospital.



As queimaduras são lesões causadas por calor, substâncias corrosivas, líquidos e vapores. Podem ocorrer também pelo frio intenso e por radiação, inclusive solar e elétrica.

Considerando a profundidade, as queimaduras são classificadas em:

Primeiro grau: quando a lesão é superficial. Aparecerão vermelhidão, inchaço e dor.

Segundo grau: quando a ação do calor é mais intensa. Além da vermelhidão, aparecem bolhas ou umidade na região afetada. A dor é mais intensa também.

Terceiro grau: há destruição da pele. Atingem gordura, músculo e até ossos. Pela destruição das terminações nervosas, ocorre pouca ou nenhuma dor. A pele apresenta-se esbranquiçada ou carbonizada.

As queimaduras na boca e na garganta são muito perigosas porque causam rapidamente inchaço e inflamação das vias respiratórias, que podem bloquear a passagem de ar, com sério risco de asfixia. Há necessidade de cuidados médicos urgentes.

A insolação é um acidente grave provocado por calor excessivo ou exposição direta e prolongada ao sol. É causada por um distúrbio no mecanismo de controle da temperatura do corpo, e pode provocar febre alta, acima de 39 graus, pulsação acelerada, enjôo e vômitos, tonturas e até desmaio.

Dê um banho frio de chuveiro ou banheira, ou cubra o corpo da pessoa com toalhas molhadas em água fria;

Deite-a em lugar fresco, arejado e à sombra;

Molhe seus lábios, para aliviar a secura.

Dê pequenos goles de água com sal (1 colher de sal para cada litro de água);

Depois, dê bastante água ou refrigerante para hidratar; Jamais dê bebida alcoólica.

As queimaduras por eletricidade geralmente são causadas por raio ou correntes de baixa ou alta voltagem. Um choque elétrico pode causar parada cardíaca e respiratória. Nesse caso, a queimadura em si passa a não ser tão importante. Para salvar a vida da vítima, faça reanimação com a máxima urgência.

O esqueleto é a estrutura de sustentação do corpo. Nele se apóiam todos os outros tecidos. É articulado e os músculos fazem com que se mova. Estes movimentos são controlados pela vontade e coordenados por nervos específicos. Os acidentes são muito comuns e, na sua grande maioria, de pequena gravidade. Os entorses, luxações e fraturas são muito dolorosos, e quase sempre exigem cuidados de um médico ortopedista.

A fratura é a ruptura do tecido ósseo, enquanto a entorse ou distensão é uma lesão da articulação na qual os ligamentos são torcidos ou distendidos.

A luxação é uma entorse mais grave. Aqui se rompem não só os ligamentos, como também se descolam os ossos da articulação. É sempre difícil o diagnóstico sem a ajuda de uma radiografia.

O corpo humano é formado por mais de 200 ossos que protegem muitos órgãos internos. Existem, também, mais de 600 músculos que, juntamente com os ossos, são os responsáveis pelos movimentos do corpo. Os ossos são duros e resistentes. Mesmo assim, podem quebrar, e, quando isso acontece, tendem a machucar nervos, músculos ou outros órgãos. As articulações são o encontro de dois ossos. Eles se mantêm unidos por ligamentos que se parecem com cordões.

Como proceder nas fraturas? Se houver fraturas expostas, cubra-as com um pano limpo e faça a imobilização do membro afetado; Mantenha o paciente aquecido, sem exageros; Procure manter o paciente tranquilo e faça-o descansar; Evite movimentos desnecessários. Não se esqueça de que a fratura pode provocar hemorragia interna, que se agrava com o movimento; Procure um ortopedista.

As lesões mais comuns no rosto incluem fraturas no nariz, molar e maxilar. O maior perigo é a obstrução das vias aéreas, que ocorrem por tecidos inchados, deslocados ou lacerados, por dentes soltos ou por sangue e saliva. É possível haver danos para o cérebro, crânio ou pescoço.

O perigo de qualquer lesão na coluna está na possibilidade de afetar a medula. Se isso ocorrer, a vítima pode perder a força e/ou a sensibilidade da região equivalente à lesão da medula. Se for na coluna lombar, os sintomas serão daí para baixo, comprometendo as pernas. Se cervical, haverá comprometimento, inclusive, dos braços. Suspeite sempre de lesão na coluna quando as costas ou o pescoço tiverem sido afetados por pressões anormais.

Causas possíveis de lesões na coluna:

Quedas de altura;

Quedas de mau jeito em ginástica ou saltos acrobáticos;

Quedas de cavalo ou moto;

Desaceleração repentina do veículo por batida de frente, por exemplo;

Mergulho em piscinas rasas;

Lesões na cabeça ou rosto.

Quando apenas a coluna vertebral for lesada, pode haver dor nas costas ou no pescoço, e também a dor pode ser mascarada por ferimentos mais dolorosos. É possível encontrar degrau ou desvio na coluna. A vítima queixa-se de muita sensibilidade a qualquer toque. Se a medula também for lesada, há perda do controle dos membros, perda de sensibilidade e sensações anormais, como pernas “duras”, “pesadas” ou “desajeitadas”. Pode ocorrer dificuldade de respiração.

Além do uso de drogas injetáveis, as picadas de insetos, cobras e outros animais podem causar envenenamento. As picadas por animais peçonhentos serão tratadas em capítulo próprio. É importante destacar uma intoxicação comum que é a intoxicação por álcool. O reconhecimento é fácil, pois, geralmente, há cheiro forte, perda de consciência ou a vítima pode estar muito excitada, mas logo em seguida cai em estado de apatia, com rosto vermelho e úmido e pulso rápido e forte. Em estágio mais avançado, encontramos respiração curta, rosto seco e pupilas dilatadas.

A vítima inconsciente corre risco de vomitar e inalar o próprio vômito.

Picadas de animais peçonhentos:

É sempre melhor prevenir. Mas ao ser picado por animais peçonhentos (venenosos), aja com cautela e sem desespero. É importante não perder tempo. Algumas orientações básicas são extremamente importantes e podem salvar vidas:

Não amarre;

Não corte nem fure;

Não dê nada para beber ou comer;

Mantenha a vítima deitada para evitar que o veneno seja absorvido rapidamente;

Se a picada for na perna ou no braço, estes deverão ficar em posição elevada;

A vítima deve ser levada imediatamente, deitada, para um serviço de saúde mais próximo;

Sempre que possível, leve o animal para ser identificado.

O soro específico é gratuito e distribuído pelo Ministério da Saúde.

As picadas de insetos como abelhas, vespas e marimbondos provocam muita dor e assustam, mas os riscos são pequenos, mesmo que as picadas sejam numerosas. Após a picada, há inchaço. Pessoas alérgicas podem, com apenas uma única picada, ter choque anafilático, que pode ser fatal. É importante ao socorrer uma picada desses insetos, remover o ferrão com pinças. Vespas e marimbondos não deixam ferrão. Abelhas morrem depois de picar, deixando o ferrão. Aplique uma compressa fria para aliviar a dor e reduzir o inchaço. Quando a picada ocorrer na boca, dê gelo para a vítima chupar.

Em caso de picadas de carrapatos, esses devem ser removidos o mais depressa possível e colocados em um vidro, para serem examinados em um serviço médico. Os carrapatos podem ser vetores de doenças e devem ser retirados com uma pinça, puxando-o pela cabeça em movimentos de vaivém. Não tente retirá-los de uma vez só, pois a cabeça ficará presa na pele.

Os escorpiões são pouco agressivos e têm hábitos noturnos. Encontram-se geralmente em pilhas de madeiras, cercas, sob pedras e adaptam-se bem ao ambiente doméstico. Os sintomas mais comuns são: náuseas, vômitos, salivação, tremores e até convulsão. Podem ocorrer alterações cardíacas, de pressão arterial, respiratórias e choque.

As picadas de cobras geralmente são reconhecidas pela marca dos dentes na pele, dor no local atingido, inchaço e bolas que surgem no local. Toda picada de cobra, mesmo sem qualquer sintoma, merece atendimento médico. Se possível, capture a cobra para identificação no serviço especializado. Apenas 1% das picadas de cobras venenosas é fatal, quando a vítima não é socorrida a tempo.

Sangramento é a perda de sangue dos vasos sanguíneos. O sangue é bombeado pelo coração, caminha pelas artérias e se espalha pelo resto do corpo.

O caminho de volta do sangue é feito através de vasos chamados de veias, que levam, portanto, o sangue do corpo para o coração. Entre os dois sistemas, existe uma rede de minúsculos vasos que são os capilares.

O sangramento pode ser externo e/ou interno.

O sangramento externo é visível na superfície do corpo, e é decorrente de corte, raspão ou perfuração, produzidos, por exemplo, por um pedaço de vidro, um prego, uma faca, ou outro objeto cortante. Qualquer ruptura anormal da pele ou da superfície do corpo é chamada de ferimento. Dessa maneira, ocorre o sangramento ou a hemorragia.

O sangramento interno é aquele que surge em decorrência de um ferimento interno, que faz com que o sangue saia do sistema circulatório, mas permaneça no corpo, sendo, portanto, uma hemorragia interna. Os mais comuns ocorrem no tórax e no abdome.

A incisão é um corte bem definido feito por um material cortante. Quando nos membros, pode danificar estruturas como tendões.

A laceração é uma ruptura irregular causada por esmagamento ou dilaceração. Geralmente, sangra menos, mas lesa muito mais.

A abrasão ou escoriação é um ferimento leve em que as camadas mais superficiais da pele são raspadas, deixando a região em carne viva. Ocorre geralmente em quedas.

A contusão ou equimose ocorre quando o sangue escapa para os tecidos, após um golpe brusco. Pode geralmente ocultar danos mais profundos.

O ferimento perfurante apresenta uma pequena abertura externa, mas pode provocar grandes lesões internas. É o que ocorre quando pisamos em um prego.

Ferimento por transfixação é quando há perfuração por bala ou qualquer outro projétil com abertura do ferimento pequena e limpa, mas sua saída é irregular e muito maior.

Ferimentos na palma da mão

Como tem muito sangue, a palma da mão sangra muito. Um corte profundo pode romper tendões e nervos e resultar na perda de sensibilidade dos dedos. Ao socorrer, pressione, com pano limpo, a palma da mão e peça à vítima que aperte. Se tiver ataduras, coloque-as sobre os dedos de modo que eles se fechem sobre a gaze ou o pano que estiver na mão. Apóie o braço em uma tábua e leve a vítima para o hospital.

Sangramento do nariz

Ocorre, na maioria das vezes, quando os vasos do interior das narinas se rompem, seja por pancada ou por consequência de espirro, limpeza com dedos ou por assoar o nariz. Pode surgir também como resultado de pressão arterial elevada. As hemorragias nasais são desagradáveis e apenas graves quando há grande perda de sangue.

Hemorragia na boca

Geralmente ocorre pelos dentes da própria vítima ou após queda ou pancada. É importante orientar a vítima a ficar sentada com a cabeça para frente e inclinada para o lado lesado, para permitir que o sangue saia. Com um chumaço de gaze sobre a parte afetada, peça à vítima que o aperte entre os dedos por 10 minutos. Persistindo o sangramento, troque a gaze. Não deixe o sangue escorrer, pois, se engolir, seguramente haverá vômito. Com a situação controlada, evite oferecer bebidas quentes durante 12 horas. Se voltar a sangrar, e se o sangramento persistir além de 30 minutos, procure o médico ou o dentista.

Sangramento interno

Os sinais mais comuns são palidez, suor e pulso rápido. Os lábios ficam azulados e a pele pegajosa. Quando houver suspeita desse tipo de ocorrência, não perca tempo. Chame por socorro médico. Enquanto você aguarda, procure colocar a vítima em uma posição confortável, protegendo-a do frio. Não dê alimentos nem a aqueça demais com cobertores.

O choque elétrico é causado, geralmente, por altas descargas e é sempre grave, podendo provocar distúrbios na circulação sanguínea e até levar à parada cardiorrespiratória.

A parada cardiorrespiratória pode acontecer em decorrência de várias situações, como doenças cardíacas e respiratórias, engasgo, choque, afogamento, alergias e outras. A vítima se apresenta com ausência de respiração e pulsação, inconsciência, pele fria e pálida. Os lábios e as unhas ficam azulados. Para que a vida possa ser preservada, é necessário manter um fluxo de oxigênio para o cérebro. A “bomba” que mantém esse suprimento é o coração. Se ele parar, é a “parada cardíaca”, e ocorrerá a morte, a menos que se tomem medidas urgentes. Existe um aparelho chamado desfibrilador, que faz parte do equipamento de muitas ambulâncias, capaz de reabilitar as funções do coração. A manobra de atendimento da parada cardiorrespiratória é conhecida como reanimação.

Manter as vias aéreas livres – é necessário inclinar a cabeça da vítima para trás e erguer o seu queixo. A posição inclinada faz com que a língua da vítima se erga, deixando livre a passagem do ar.

Manter a respiração – a vítima pode não estar respirando. Você pode respirar por ela e, conseqüentemente, oxigenar o sangue dela por meio da respiração artificial, soprando o ar de seus próprios pulmões diretamente para os da vítima.

Manter a circulação – se o coração está parado, aplique compressões cardíacas para forçar o fluxo do sangue através do coração e pelo resto do corpo. Essas compressões devem ser combinadas com a respiração artificial.

O conhecimento teórico das manobras não é o suficiente para você aprender e poder aplicá-las. Por isso, é importante o treinamento. Cada dia mais empresas e serviços médicos, especialmente médicos de família, têm ensinado as manobras na prática. Mesmo assim, apenas com conhecimento teórico, tentar aplicar pelo menos a respiração boca a boca, ainda que incorreta, é melhor do que não tomar atitude alguma.

É importante saber reconhecer algumas situações que indicam a necessidade do socorrista. Os principais sinais e sintomas são: palidez, perda de consciência ou atordoamento, respiração difícil, contraturas musculares, entre outras.

As convulsões são contrações incontroláveis dos músculos. Elas duram poucos minutos, são contrações fortes, com movimentos desordenados e, em geral, acompanhadas de perda de consciência. É comum a recuperação dos sentidos, não apresentando maiores problemas, até cinco minutos. Se persistir por tempo maior, deve-se pedir ajuda médica. Geralmente, durante a convulsão, além da contratura desordenada da musculatura, há salivação abundante e, às vezes,

eliminação de fezes e urina. A queda da vítima é quase sempre desamparada, podendo ocorrer ferimentos.

O infarto é uma lesão do músculo do coração causada pela obstrução de uma artéria coronária. As coronárias são as responsáveis pela irrigação do músculo cardíaco. Quando a artéria entope, o músculo deixa de receber oxigênio, parando de funcionar por um tempo. Ocorre “morte” dos tecidos no local atingido e, dependendo da extensão afetada, pode levar a pessoa à morte. Uma estimativa da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) mostra que, anualmente, cerca de 35 mil mortes por infarto seriam evitadas se os pacientes tivessem recebido os primeiros socorros. Um movimento internacional, lançado pela Associação Americana do Coração, criou o conceito de “corrente de sobrevivência”, com a intenção de difundir os procedimentos básicos para manter um paciente vivo até que chegue ao hospital. No Brasil, o movimento ainda é pequeno. A idéia é treinar, além dos profissionais de saúde, bombeiros, policiais e funcionários de locais de grande concentração de pessoas, como shopping centers, estádios de futebol, etc.

Obs.: O infarto do coração é também conhecido como ataque cardíaco. A vida do paciente depende da precocidade do atendimento.

É muito comum as pessoas se confundirem imaginando que o derrame cerebral e o infarto sejam a mesma coisa. Você já sabe que o infarto do miocárdio é um evento do coração. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença que acontece no cérebro.

O derrame cerebral (AVC) acontece quando o sangue deixa de chegar ao cérebro, quando os vasos ficam obstruídos ou, então, quando ocorre a ruptura de um deles. No caso de entupimento do vaso, o AVC é chamado de isquêmico. Na ruptura do vaso, é o AVC hemorrágico. Este último é sempre mais grave e com mais seqüelas, levando também à maior incidência de morte.

Como reconhecer o paciente com derrame?

Amortecimento com fraqueza da metade direita ou esquerda do corpo, inclusive metade do rosto;

Alteração da fala, que se torna enrolada, até a incapacidade de falar.

As alterações da fala são mais comuns quando a paralisia ou as alterações dos movimentos ocorrem na metade direita do corpo;

Dor de cabeça repentina e forte, sem uma causa aparente;

Alteração da visão, podendo chegar até mesmo à cegueira;

Dificuldade de andar, com tontura e, muitas vezes, queda ao solo;

Boca entortada para um dos lados e baba;

Pupilas desiguais;

Perda do controle sobre atividade da bexiga e do intestino.

Como proceder?

Não hesite em chamar por ambulância ou socorro médico;

Se a vítima estiver consciente, deite-a com a cabeça e os ombros ligeiramente erguidos e apoiados;

Incline a cabeça para um dos lados.

É importante para que possa dar saída à salivação e evitar vômito com aspiração;

Se a vítima perder a consciência, fique atento para eventual parada cardíaca e/ou respiratória;

Em caso de parada cardíaca e/ou respiratória, proceda à reanimação.

Obs.: Ao atender o paciente com derrame, não lhe ofereça bebida ou alimento.

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: tração, apoplexia (ataque cardíaco), ataques epiléticos, convulsões, etc. Tão importante quanto os próprios primeiros socorros é providenciar o atendimento especializado.

Referências Bibliográficas

bidu.com.br/plano-de-saude/primeiros-socorros-em-acidentes/ > Acesso em: 15/07/2019.

Marcos Dantas. Primeiros Socorros: Como Proceder em Caso de Acidente?.Disponível em: trismag.com.br/primeiros-socorros-como-proceder-em-caso-de-acidente/ > Acesso em: 15/07/2019.

terra.com.br/vida-e-estilo/saude/como-realizar-os-primeiros-socorros-no-transito,d9dfd6249efd7a0d538276e5a54d03c4wu711wmw.html > Acesso em: 15/07/2019.

multcarpo.com.br/primeiros.htm > Acesso em: 15/07/2019.

tuasaude.com/como-fazer-respiracao-boca-a-boca/ > Acesso em: 15/07/2019.

fortissima.com.br/2014/03/26/primeiros-socorros-aprenda-como-fazer-respiracao-boca-a-boca-de-maneira-correta-50710/ > Acesso em: 15/07/2019.

<http://primeiros-socorros.info/tecnicas-de-assistencia-a-vitima/respiracao-boca-a-boca.html> > Acesso em: 15/07/2019.

cmosdrake.com.br/blog/por-que-ter-um-dea-desfibrilador-externo-automatico-na-sua-empresa/ > Acesso em: 15/07/2019.

segurancadopaciente.com.br/central_conteudo/suporte-de-vida-em-pediatria-pals-novas-diretrizes-2015/ > Acesso em: 15/07/2019.

saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp > Acesso em: 15/07/2019.

philips.com.br/healthcare/articles/o-que-e-um-dea > Acesso em: 15/07/2019.

portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2007/8_2007.htm > Acesso em: 15/07/2019.

<http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-13945-de-07-de-janeiro-de-2005> > Acesso em: 15/07/2019.

David Szpilman.Diretriz de Ressuscitação 2017.Disponível em: szpilman.com > Acesso em: 15/07/2019.

Leticia Maciel. Como Socorrer uma Vítima de Afogamento. Disponível em: vivasauade.digisa.com.br/clinica-geral/como-socorrer-uma-vitima-de-afogamento/2154/ > Acesso em: 15/07/2019.

revistaemergencia.com.br/noticiasdetalhe/AAjaAQjg/pagina=14 > Acesso em: 15/07/2019.

saude.ccm.net/faq/5067-como-prestar-primeiros-socorros-em-caso-de-afogamento > Acesso em: 15/07/2019.

isastur.com/external/seguridad/data/pt/1/1_12_5.htm > Acesso em: 15/07/2019.

Maria Tereza Santos. Massagem cardíaca: campanha ensina como fazer direito. Disponível em: saude.abril.com.br/medicina/massagem-cardiaca-campanha-ensina-como-fazer-direito/ > Acesso em: 15/07/2019.

hospitalinfantilsabara.org.br/sintomas-doencas-tratamentos/ressuscitacao-cardiopulmonar/ > Acesso em: 15/07/2019.

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

http://angomed.com/anatomia-e-electrofisiologia-basica/ > Acesso em: 15/07/2019.

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

saudedireta.com.br > Acesso em: 15/07/2019.

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

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

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

Aylson Antonio. Os 10 Mandamentos do Socorrista. Disponível em: aylson.webnode.com.br/products/os-10-mandamentos-do-socorrista/ > Acesso em: 15/07/2019.

http://naboleia.com.br/saiba-o-que-fazer-para-socorrer-uma-vitima-de-acidente/ > Acesso em: 15/07/2019.

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

saude.gov.br/saude-de-a-z/servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192 > Acesso em: 15/07/2019.

Rodrigo de Souza Adão; Maria Regina dos Santos. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. Disponível em: reme.org.br/artigo/detalhes/567 > Acesso em: 15/07/2019.

Bruno Raphael Müller[20/09/2017] [16:07]. Procedimentos de emergência ajudam a salvar vidas na estrada. Disponível em: gazetadopovo.com.br/gpbc/ccr-rodonorte/20-anos/procedimentos-de-emergencia-ajudam-a-salvar-vidas-na-estrada-72jdy6pe984v8qrfmefxp77bc/ > Acesso em: 15/07/2019.

http://se.corens.portalcofen.gov.br/parecer-tecnico-no-212015_5858.html > Acesso em: 15/07/2019.

coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0072016_12862.html > Acesso em: 15/07/2019.

Daiana Geremias. 5 Técnicas de Primeiros Socorros que Todo Mundo Deveria Conhecer. Disponível em: megacurioso.com.br/medicina-e-psicologia/40163-5-tecnicas-de-primeiros-socorros-que-todo-mundo-deveria-conhecer.htm > Acesso em: 15/07/2019.

minilua.com/10-tecnicas-de-primeiros-socorros-que-se-tornam-prejudiciais/ > Acesso em: 15/07/2019.

<http://primeiros-socorros.info/tecnicas-de-assistencia-a-vitima.html> > Acesso em: 15/07/2019.

Juliana Santos. Especialista ensina técnicas de primeiros socorros. Disponível em: veja.abril.com.br/saude/especialista-ensina-tecnicas-de-primeiros-socorros/ > Acesso em: 15/07/2019.

minhavidacom.br/saude/materias/2822-preste-os-primeiros-socorros-em-dez-situacoes-de-emergencia > Acesso em: 15/07/2019.

3M. Guia para Primeiros Socorros. Disponível em: <http://multimedia.3m.com> > Consulta livro digital em: 12/07/2019.

Paulo Frange. Primeiros Socorros. Disponível em: imaginologia.com.br > Consulta livro digital em: 12/07/2019.

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