

Primeiros Socorros

Maria Carolina Gobbi dos Santos Lolli

Informações dos Autores

Maria Carolina Gobbi dos Santos Lolli

Graduada em Farmácia Bioquímica

Graduada em Pedagogia

Especialista em Análises Clínicas

Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional

Mestre em Ciências da Saúde

Mestre em Educação

A professora Maria Carolina Gobbi dos Santos Lolli tem vasta experiência e formação nas áreas da saúde e da educação, nas quais é autora de artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais, de capítulos de livros e materiais didáticos para cursos de graduação e pós-graduação do Brasil e do Exterior. Atualmente atua como docente de cursos de pós-graduação, como psicopedagoga clínica e é consultora educacional dos níveis fundamental, médio e superior de ensino. Já lecionou nos cursos de graduação em Odontologia, Farmácia, Biomedicina, Psicologia e Enfermagem. Foi coordenadora do curso de Graduação em Enfermagem.

Introdução

Prezado(a) aluno(a),

Quando pensamos em Primeiros Socorros, logo nos vem à mente situações de acidentes, não é mesmo? Mas você é seguro para ajudar prestando os primeiros socorros a um acidentado? Inúmeras situações como desmaios, convulsões, queimaduras, ferimentos podem acontecer ao nosso lado e nem sempre estamos preparados para ajudar sem proporcionar mais problemas.

No intuito, de garantir que você tenha conhecimentos básicos sobre o atendimento dos primeiros socorros, que este material foi elaborado. Ele é composto por quatro Unidades, com temas específicos:

A primeira unidade, por exemplo, tratará das noções básicas sobre os primeiros socorros, como: os primeiros cuidados no local de um acidente, as funções e sinais vitais e de apoio e ainda, generalidades da remoção de um acidentado do local do acidente.

A segunda unidade ensinará você a diferenciar as situações de urgência e emergência, avaliar situações graves, descrever as características principais do suporte básico de vida e também relatará como deve ser o atendimento às paradas respiratórias e cardíacas.

A unidade III se referirá a diferentes tipos de resgates e manobras de RCP. A quarta e última unidade trará tópicos importantes relacionados às situações de urgência e emergência clínicas, como o que fazer diante de queimaduras, fraturas, infartos, desmaios, convulsões e até mesmo em situações de acidente vascular cerebral.

Te convido para fazer a leitura deste material e participar resolvendo as questões e os estudos propostos durante sua leitura. Bom trabalho!

UNIDADE I

Noções básicas de primeiros socorros

Maria Carolina Gobbi dos Santos Lolli

Como o próprio nome sugere, **primeiros socorros** são cuidados imediatos que devem ser garantidos rapidamente às vítimas de acidentes ou mal súbito que se encontram em situações de risco e/ou perigo. Este atendimento tem a função de manter funções vitais e evitar o agravamento das condições até a chegada de assistência médica qualificada.

Qualquer pessoa devidamente **treinada** poderá prestar os Primeiros Socorros. Esta, denominada Socorrista, deve agir imediatamente, transmitindo segurança e confiança. Para que isto seja possível, é necessário que o socorrista atue com calma e lógica utilizando conhecimentos concretos, que seja objetivo mantendo o controle de si e da situação.

Considerando todos estes pontos, nesta unidade, trataremos dos conhecimentos básicos que você deve ter a respeito dos Primeiros Socorros.

Primeiros cuidados

Acidentes acontecem inevitavelmente e, infelizmente, muitas vezes e por inúmeras razões, não podem ser evitados. As pessoas se acidentam nas ruas, em estradas ou até mesmo em suas próprias residências e exemplos comuns de acidentes são as queimaduras, os choques elétricos, os cortes, as quedas, as batidas, os envenenamentos, entre outras situações que exigem socorro e cuidado imediato.

Pense um pouco: você já sofreu uma queimadura e não soube o que fazer? Ou presenciou uma situação de emergência e ficou paralisado diante da gravidade do caso? Por estas razões, é importante que saibamos o que fazer em situações como estas, já que a qualidade dos primeiros socorros é decisiva para o futuro e até mesmo para a sobrevivência de uma vítima.

Ao considerar este tipo de atendimento, não podemos nos esquecer de três princípios básicos:

1. Rapidez no atendimento;
2. Reconhecimento de possíveis lesões;
3. Reparação das lesões.

O socorrista que está prestando atendimento para vítimas de acidentes deve ainda seguir um plano de ação baseando-se no sentido de prevenir perigos, contatar o serviço de atendimento especializado, informando as principais características do acidente e ainda socorrer, caso seja necessário depois das devidas avaliações do estado de saúde da(s) vítima(s) (FIGUEIREDO et al., 2012).

Avaliar o local em que o acidente ocorreu é uma etapa básica na realização dos primeiros socorros e deve ser feita o mais rápido possível. Ao chegar ao local do acidente, ou onde se encontra uma vítima, um socorrista tem o dever de assumir o controle da situação e proceder a uma rápida e segura avaliação da

ocorrência e sinalizar que existe algo errado naquele local (VIEIRA, 2012).

Nesta avaliação, é importante obter o máximo de informações possíveis sobre o fato ocorrido e dependendo das características de cada acidente, também é necessário evitar o pânico e procurar a colaboração de outras pessoas, dando ordens breves, claras e objetivas, e ainda, manter afastados os curiosos para evitar confusão e para ter espaço de trabalho. Lembre-se que a proteção do acidentado deve ser feita com o mesmo cuidado e sensibilidade da avaliação da ocorrência e do afastamento de pessoas curiosas ou que possam prejudicar a prestação do atendimento. Além disso, o socorrista deve observar se existem perigos para o acidentado e para quem estiver prestando o socorro nas proximidades da ocorrência, como: existência de fios elétricos soltos e desencapados; tráfego de veículos; andaimes; vazamento de gás; máquinas funcionando etc. (VIEIRA, 2012).

A avaliação de um acidentado deve ser realizada na posição em que ele se encontra e sua mobilização só deve ser feita com segurança. Afinal, não queremos ser responsáveis por aumentar traumas e riscos, não é? Para tanto, sempre que possível, o acidentado deve ser mantido deitado de costas até que seja examinado, e até que se tenha certeza dos danos sofridos. Não devemos alterar a posição em que encontramos uma vítima, sem antes refletir cuidadosamente sobre o que aconteceu e qual será a conduta mais adequada a ser tomada naquela ocorrência (VIEIRA, 2012).

Toda vez que houver necessidade de realizar um atendimento, devemos considerar dois fatores: a vítima está consciente ou não? É um evento clínico ou traumático? Depois de analisar estas questões, partimos então para a abordagem da vítima, verificando se existe responsividade e, posteriormente, avaliando os sinais vitais (VIEIRA, 2012).

Lembramos que se a abordagem da vítima for realizada com ela em maca, colocamos ambas as mãos nos ombros da vítima e falamos com ela. Se o

atendimento for no chão, apoiamos um joelho e colocamos ambas as mãos nos ombros da vítima (FIGUEIREDO et al., 2012).

Ao prestar socorro, cuide também de você e jamais se exponha a riscos. Para isto, não se esqueça de utilizar luvas descartáveis e evitar o contato direto com sangue, secreções, excreções ou outros líquidos. Você bem sabe que existem várias doenças que são transmitidas através deste contato!

Refleta

É importante que você tenha sempre em mãos os números dos telefones e endereços de hospitais e de centros de atendimento de emergência úteis. É importante saber para onde ligar no caso de um acidente para agilidade e melhor atendimento. No caso de um acidente com vítima, deve ser requerido o SAMU (192). Em se tratando de vítimas presas às ferragens, o número a ser chamado é o 193 (Corpo de Bombeiros) (VIEIRA, 2012).

.....

Fique por dentro

Suprimentos de primeiros socorros

Alguns itens que podem ser de extrema utilidade em situações diversas devem constar em sua caixa de primeiros socorros. Esta caixa deve ser mantida sempre em lugar de fácil acesso, tanto em casa quanto no carro e deve conter: esparadrapo, água oxigenada, álcool; gazes esterilizadas, lanterna, luvas de látex, algodão, pinça, talas, bandagens, soro fisiológico, ataduras, sabão líquido, sacos plásticos, termômetro, tesoura e vaselina esterilizada (FIGUEIREDO et al., 2012).

.....

Atividades

Avaliar o local em que um acidente ocorreu é muito importante e se faz necessário

ao considerarmos os primeiros socorros. Sobre os cuidados no local do acidente, assinale a alternativa correta:

Não é necessário obter muitas informações sobre o acidente, o importante é socorrer a(s) vítima(s).

É importante obter o máximo de informações possíveis sobre o acidente.

Não é tarefa do socorrista observar se existem perigos nas proximidades do acidente.

É tarefa do socorrista observar se existem perigos para todos os envolvidos, inclusive para ele.

O socorrista deve assumir o controle da situação e agir rapidamente.

Assumir o controle da situação e proceder a uma rápida e segura avaliação da ocorrência, é função do socorrista.

O socorrista não precisa contatar o atendimento emergencial para prestar informações sobre o ocorrido.

Contatar o atendimento emergencial informando o tipo de acidente, o local, o número de vítimas e o estado delas, é função do socorrista.

A presença de curiosos no local do acidente é necessária, já que estas pessoas ajudarão no socorro e manuseio das vítimas.

Para garantir a proteção do acidentado, os curiosos ou quem possa prejudicar o atendimento, devem ser afastados do local.

Sobre a avaliação de um acidentado, assinale a alternativa correta:

Deve ser realizada na posição em que ele se encontra.

A primeira avaliação deve ser na posição em que a vítima se encontra.

É necessário em primeiro lugar mobilizar o acidentado para melhor avaliar suas condições.

A mobilização de um acidentado só deve ser realizada com segurança.

O socorrista tem autonomia para mudar a vítima de posição ou caso necessário, tirá-la dos escombros ou ferragens.

O socorrista deve avaliar o acidentado na posição em que ele se encontra e jamais movê-la sem ter certeza do seu estado físico.

Ao encontrar um acidentado inconsciente, não se deve tocar em seu corpo antes de avaliar de longe o ocorrido.

Ao encontrar um acidentado inconsciente, primeiramente devemos colocar sua cabeça em posição lateral antes de proceder a avaliação de seu estado.

Não é necessário utilizar luvas descartáveis ao prestar os primeiros socorros.

O socorrista deve sempre usar luvas e evitar o contato com sangue e outros líquidos corpóreos.

Verificação de funções e sinais vitais

Antes de seguirmos com nossos estudos, precisamos admitir que a prestação dos primeiros socorros, implica primeiramente no conhecimento dos sinais que o corpo humano emite e que servem também como parâmetros fundamentais para a determinação do seu estado normal.

Algumas funções são vitais para que permaneçamos vivos como aquelas

exercidas pelo cérebro e pelo coração. As funções vitais do corpo humano são controladas pelo Sistema Nervoso Central, que é estruturado por células muito especializadas, organizadas em alto grau de complexidade estrutural e funcional. Você, como estudante da área de saúde, deve concordar que as células são muito sensíveis à falta de oxigênio, cuja ausência provoca alterações funcionais graves. Vale citar que o prolongamento da Hipóxia ou falta de ar no cérebro humano determina a morte do sistema nervoso central e com isto causa a falência de todos os órgãos em aproximadamente 3 minutos (GUYTON; HALL, 2006).

Diferente das funções vitais, os sinais vitais são aqueles que indicam a existência de vida. São definidos como reflexos ou indícios que permitem concluir sobre o estado de uma pessoa. São sinais que podem ser facilmente percebidos. Então, na ausência ou alteração de um ou mais deles, podemos concluir que existe algo errado.

Os sinais sobre o funcionamento do corpo humano, que devem ser compreendidos e conhecidos por você, que está se aprofundando em Primeiros Socorros, são: Temperatura, Pulso, Respiração e Pressão Arterial.

Temperatura

A temperatura resulta do equilíbrio térmico mantido entre o ganho e a perda de calor pelo organismo e está sujeita a variações individuais e a flutuações devido a fatores fisiológicos, como: exercícios, digestão, temperatura ambiente e estado emocional (GUYTON; HALL, 2006).

Nosso corpo tem uma temperatura média normal (normotermia) que varia entre 35,9°C a 37,2°C. Existe uma pequena elevação de temperatura nas mulheres após a ovulação, no período menstrual e no primeiro trimestre da gravidez. A avaliação da temperatura é uma das maneiras mais fáceis de identificar o

estado de uma pessoa, pois em algumas emergências a temperatura muda muito (GUYTON; HALL, 2006).

É classificada como Hipotermia, a temperatura abaixo de 35°C. Este estado apresenta como características pele e extremidades frias, cianose e tremores regulares. Já a Hipertermia, é caracterizada pelo aumento da temperatura corpórea. O paciente nesta situação apresenta pele quente e seca, secura de boca, calafrios, delírios e até mesmo convulsões (VIEIRA, 2012).

Você sabia que a avaliação diária da temperatura de uma pessoa em perfeito estado de saúde nunca é maior que um grau Celsius, sendo mais baixa pela manhã e um pouco elevada no final da tarde?

A temperatura, como ensinam Guyton e Hall (2006), pode ser verificada por meio de um termômetro nas vias oral, axilar ou retal.

4. **Oral ou bucal:** a temperatura média varia entre 36,2 a 37°C. O termômetro deve ficar por cerca de três minutos, sob a língua, com o acidentado sentado, semissentado (reclinado) ou deitado. Não se verifica, pela via oral, a temperatura de vítimas inconscientes, crianças depois de ingerirem líquidos (frios ou quentes) após a extração dentária ou inflamação na cavidade oral.
5. **Axilar:** a temperatura média varia entre 36 a 36,8°C. A via axilar é a mais sujeita a fatores externos. O termômetro deve ser mantido sob a axila seca, por 3 a 5 minutos, com o acidentado na posição sentada, semissentada (reclinada) ou deitada. Não se verifica, pela via axilar, a temperatura em vítimas de queimaduras no tórax, processos inflamatórios na axila ou fratura dos membros superiores.
6. **Retal:** a Temperatura média varia entre 36,4 a 37°C. O termômetro deverá ser lavado, seco e lubrificado com vaselina e mantido dentro do reto por 3 minutos com o acidentado em decúbito lateral, com a flexão

de um membro inferior sobre o outro. Não se verifica, pela via retal, a temperatura em vítimas que tenham tido intervenção cirúrgica no reto, com abscesso retal ou perineorrafia. A verificação da temperatura retal é a mais precisa, pois é a que menos sofre influência de fatores externos.

Pulso

É perceptível pela palpação de uma artéria e se repete com regularidade, de acordo com as batidas do coração dependendo da idade. A alteração na frequência do pulso pode estar relacionada a uma alteração na quantidade de fluxo sanguíneo. As causas fisiológicas que aumentam os batimentos do pulso são: digestão, exercícios físicos, banho frio, estado de excitação emocional e qualquer estado de reatividade do organismo. Em casos de desmaio, por exemplo, as pulsações diminuem (GUYTON; HALL, 2006).

Como você percebeu, é através do pulso ou das pulsações do sangue dentro do corpo, que podemos avaliar se a circulação e o funcionamento do coração estão normais ou não. A avaliação do pulso é feita de maneira muito simples: primeiramente, acomode o braço do acidentado em posição relaxada. Use o dedo indicador e médio sobre a artéria escolhida para sentir o pulso (artéria radial ou artéria femural ou artéria carótida), fazendo uma leve pressão sobre a artéria. Conte no relógio o número de pulsações em um período de 60 segundos (BRUNNER; SUDDARTH, 2010). É indicado medir as pulsações da artéria carotídea em adultos e crianças. No caso de bebês, é recomendada a análise das pulsações da artéria braquial.

A frequência de batimentos por minuto varia com a idade, como você pode ver na Tabela 1, de acordo com Guyton e Hall (2006):

Pulso normal (BPM - batimentos por minuto)	Faixa etária
60 - 70 BPM	Homens adultos
70 - 80 BPM	Mulheres adultas
80 - 90 BPM	Crianças acima de 7 anos
80-120 BPM	Crianças de 1 a 7 anos
110 - 130 BPM	Crianças com menos de 1 ano
130 - 160 BPM	Recém-nascidos

Tabela 1: Variação normal de pulso por idade

Fonte: Guyton e Hall (2006)

Respiração

A respiração é uma das funções essenciais à vida, você concorda? É por meio dela que o nosso corpo garante o suprimento de gás oxigênio necessário para a manutenção da vida.

A observação e identificação do estado da respiração de uma vítima é uma conduta básica no atendimento em primeiros socorros. Muitas doenças, problemas clínicos e acidentes de maior ou menor proporção alteram parcialmente ou completamente o processo respiratório. Fatores diversos como secreções, vômito, corpo estranho, edema e até mesmo a própria língua podem ocasionar a obstrução das vias aéreas. A obstrução produz asfixia que, se prolongada, resulta em parada cardiorrespiratória (GUYTON; HALL, 2006).

A frequência respiratória é contada pela quantidade de vezes que uma pessoa realiza os movimentos combinados de inspiração e expiração em um minuto. Para avaliarmos a frequência respiratória, devemos contar o número de vezes que os movimentos respiratórios são realizados (01 inspiração + 01 expiração = 01 movimento respiratório). A contagem pode ser feita observando-se a elevação do tórax em mulheres ou do abdome nos homens ou nas crianças. Esta avaliação pode ainda ser feita contando as saídas de ar quente pelas narinas, utilizando o

dorso da mão para sentir (BRUNNER; SUDDARTH, 2010).

A frequência média por minuto dos movimentos respiratórios varia com a idade se levarmos em consideração uma pessoa em estado normal de saúde. Um adulto possui um valor médio respiratório de 14 - 20 respirações por minuto (homem), 16 - 22 respirações por minuto (mulher), enquanto uma criança nos primeiros meses de vida 40 - 50 respirações por minuto (GUYTON; HALL, 2006).

Devemos dar atenção também ao tipo de respiração que o acidentado apresenta. Se normal ou eupneia, se acelerada ou taquipneia, se com dificuldade ou dispneia, se reduzida ou bradipneia, se ausente ou apneia.

Pressão

É necessário perguntar à vítima sobre as condições habituais de sua pressão arterial e passar essa informação ao profissional que for prestar o socorro especializado. Lembrando que no adulto normal a pressão arterial varia da seguinte forma: pressão arterial máxima ou sistólica entre 110 e 139mmHg (milímetros de mercúrio) e pressão arterial mínima ou diastólica - entre 65 e 75 mmHg (VIEIRA, 2012).

Fique por dentro

Você já ouviu falar de pressão convergente e pressão divergente? A pressão é dita convergente quando a pressão máxima se aproxima da pressão mínima. A pressão é classificada como divergente quando a pressão máxima e a pressão mínima se distanciam (VIEIRA, 2012).

Atividades

São sinais vitais:

Temperatura, pulso, respiração, dilatação da pupila e estado de consciência.

Dilatação da pupila e estado de consciência são sinais de apoio.

Temperatura, pressão, pulso e pressão arterial.

Correta.

Dilatação da pupila, estado de consciência, cor e umidade da pele e sensibilidade do corpo.

Estes são sinais de apoio.

Pressão arterial, temperatura, reatividade da pupila e respiração.

Reatividade da pupila é um sinal de apoio.

Nenhuma das alternativas apresenta sinais vitais.

A alternativa b apresenta todos os sinais vitais.

Considerando os sinais vitais, que são indicativos de vida, assinale a alternativa incorreta:

A temperatura pode ser verificada por diversas vias, como: axilar, retal ou oral.

A afirmação é verdadeira.

A respiração, quando é acelerada, é denominada de bradipneia.

A afirmação é falsa porque a respiração acelerada é denominada taquipneia.

A pressão arterial é um sinal vital sobre o qual a vítima deve ser questionada, já que alterações podem gerar danos importantes.

A afirmação é verdadeira.

A respiração ausente é denominada apneia. Já quando existe dificuldade para respirar, a vítima encontra-se em dispneia.

A afirmação é verdadeira.

O pulso nos fornece informações sobre a circulação e o funcionamento do coração.

Varia em função da idade.

A afirmação é verdadeira.

Verificação dos sinais de apoio

Além dos sinais vitais do funcionamento do corpo humano, existem outros pontos que devem ser observados para obtermos mais informações sobre o estado de saúde de uma pessoa. São os sinais de apoio, que podem ser melhor definidos como aqueles sinais emitidos pelo corpo em função do estado de funcionamento dos órgãos vitais. A avaliação destes sinais não é prioritária, mas fornece dados relevantes (VIEIRA, 2012).

Os sinais de apoio podem ser alterados em casos de hemorragia, parada cardíaca ou uma forte batida na cabeça, por exemplo. Estes sinais tornam-se cada vez mais evidentes com o agravamento do estado do acidentado. Os principais sinais de apoio são: dilatação e reatividade das pupilas, cor e umidade da pele, estado de consciência e a motilidade e sensibilidade do corpo (GUYTON; HALL, 2006).

Dilatação e reatividade das pupilas

A pupila tem como principal função o controle da entrada de luz nos olhos para permitir a formação da imagem que enxergamos. A pupila exposta à luz se

contraí. Quando há pouca ou quase nenhuma luz a pupila se dilata e fica aberta. O quadro de pupilas dilatadas é classificado como midríase e quadros que elas se encontram contraídas, denominamos de miose (VIEIRA, 2012).

Quando a pupila está totalmente dilatada, é sinal de que o cérebro não está recebendo oxigênio, com exceção nos casos de uso de colírios midriáticos ou em envenenamentos (GUYTON; HALL, 2006).

A dilatação e reatividade das pupilas são sinais de apoio importantes. Devemos observar as pupilas de uma pessoa contra a luz de uma fonte lateral, de preferência com o ambiente escurecido. Se não for possível devemos olhar as pupilas contra a luz ambiente (BRUNNER; SUDDARTH, 2010).

Cor e umidade da pele

Por incrível que pareça, a cor e a umidade da pele são sinais de apoio muito úteis no reconhecimento do estado geral de um acidentado. Estas características da pele devem ser observadas na face e nas extremidades dos membros, locais onde as alterações se manifestam primeiro. Uma pessoa pode apresentar a pele pálida, cianosada (pele azulada), amarelada ou hiperemiada (avermelhada e quente) (VIEIRA, 2012).

A pele azulada ou cianótica pode ser consequência de exposição ao frio, parada cardiorrespiratória ou morte. Já a hiperemia ou pele vermelhada, pode ser resposta à febre, queimaduras e traumatismos. A palidez pode ser resultado de hemorragia, parada cardiorrespiratória, tensão emocional (BRUNNER; SUDDARTH, 2010).

A pele pode também ficar úmida, fria e pegajosa em consequência de estado de choque, por exemplo. Podemos observar estas alterações melhor no antebraço e na barriga (BRUNNER; SUDDARTH, 2010).

Estado de consciência

Podemos afirmar que uma pessoa que mantém o nível de lucidez percebendo normalmente o ambiente que a cerca, com todos os sentidos saudáveis respondendo aos estímulos sensoriais, encontra-se em estado de consciência plena.

Quando um acidentado é capaz de informar com clareza seu estado físico, pode-se dizer que esta pessoa está perfeitamente consciente. Existe, no entanto, situações em que uma pessoa pode apresentar sinais de apreensão excessiva, olhar assustado, face contraída e medo. Esta pessoa certamente não estará em seu pleno estado de consciência (BRUNNER; SUDDARTH, 2010).

Uma pessoa pode estar inconsciente por desmaio, estado de choque, estado de coma, convulsão, parada cardíaca, parada respiratória, alcoolismo, intoxicação por drogas e uma série de outras circunstâncias de saúde e lesão. Na síncope e no desmaio há uma súbita e breve perda de consciência e diminuição do tônus muscular. Já o estado de coma é caracterizado por uma perda de consciência mais prolongada e profunda, podendo o acidentado deixar de apresentar gradativamente reação aos estímulos dolorosos e perda dos reflexos (BRUNNER; SUDDARTH, 2010).

Motilidade e sensibilidade do corpo

Você deve concordar que a capacidade de se mover e de sentir as partes do seu corpo são indícios que podem oferecer muitas informações, não é? Assim, quando existe incapacidade de uma pessoa consciente realizar certos movimentos, podemos suspeitar de uma paralisia da área que deveria ser movimentada.

A incapacidade de mover o membro superior depois de um acidente pode indicar lesão do nervo do membro, por exemplo. Já a incapacidade de movimento

nos membros inferiores pode indicar uma lesão da medula espinhal (BRUNNER; SUDDARTH, 2010).

É importante que você entenda que quando um acidentado perde o movimento voluntário de alguma parte do corpo, geralmente esta parte também perde a sensibilidade no local. Muitas vezes, porém, o movimento existe, mas o acidentado reclama de dormência e formigamento nas extremidades. Então, caro(a) aluno(a), é fundamental o reconhecimento destas duas situações, como indicativo de que existe lesão na medula espinhal (VIEIRA, 2012).

Nestes casos de alteração de sensibilidade e motilidade, devemos tomar muito cuidado com o manuseio e transporte do acidentado para evitar o agravamento da lesão. Convém ainda lembrar que o acidentado de histeria, alcoolismo agudo ou intoxicação por drogas, mesmo que sofra acidente traumático, pode não sentir dor por várias horas (VIEIRA, 2012).

ATIVIDADES

Sobre sinais de apoio, assinale a alternativa correta:

Os sinais de apoio como temperatura, consciência, pressão e cor da pele, nem sempre são alterados, por isto, podem ser despercebidos.

Os sinais de apoio como dilatação e reatividade da pupila, cor e umidade da pele, consciência, motilidade e sensibilidade do corpo, conforme a gravidade do acidente, tornam-se muito mais evidentes.

A respiração, um sinal de apoio, quando é acelerada é denominada de bradipneia.

A respiração é um sinal vital e quando acelerada é denominada taquipneia.

Quando ocorre dilatação da pupila, é sinal de que o cérebro não está recebendo oxigênio.

A dilatação da pupila representa falta de oxigenação, por isso deve sempre ser avaliada.

Hiperemia ou pele azulada, pode ser um sinal de apoio correspondente à parada cardiorrespiratória.

Hiperemia ou pele avermelhada, pode ser sinal de apoio correspondente a queimaduras, febre ou traumatismos.

Alterações de cor e umidade da pele devem ser observadas nas pernas, rosto e costas da vítima.

Alterações de cor e umidade da pele devem ser observadas na face, nas extremidades dos membros, no antebraço e na barriga da vítima.

Os sinais de apoio, emitidos pelo organismo em função do estado de funcionamento dos órgãos vitais, devem ser avaliados ao prestar os primeiros socorros. Sobre estes sinais, assinale a alternativa incorreta:

Sinais de apoio que podem estar alterados em casos de hemorragia e parada cardíaca são cor da pele e estado de consciência.

A afirmação é verdadeira.

A respiração, um sinal de apoio, quando ausente é denominada eupneia.

A afirmação é falsa. O certo seria dizer que a respiração é um sinal vital e quando ausente é denominada apneia.

Quando as pupilas estão contraídas, temos um quadro de miose e quando estão dilatadas, midríase.

A afirmação é verdadeira.

A pele pode adquirir aspecto pegajoso, ficar úmida e fria em consequência do estado de choque.

A afirmação é verdadeira.

O estado de coma é caracterizado pela perda de consciência e redução do tônus muscular.

A afirmação é verdadeira.

Avaliando o estado geral do acidentado

Para o exame do estado pré-hospitalar de um acidentado algumas prioridades devem ser observadas, como vimos anteriormente. Este atendimento visa ser precoce e deve ser rápido e sistemático, logo após o agravo ter ocorrido, seja ele de natureza traumática ou não e ainda psiquiátrica, sendo necessário, portanto, atendimento e transporte adequados (VIEIRA, 2012).

Em todos os casos de prestação de socorro, devemos ter sempre uma ideia bem clara do que vamos fazer, para não expor desnecessariamente o acidentado, verificando se há ferimento com o cuidado de não movimentá-lo excessivamente. Em seguida, devemos proceder a um exame rápido das diversas partes do corpo (CARDOSO, 2003; VIEIRA, 2012).

É o momento então de verificar o estado de consciência da vítima, apalpar, com cuidado, o crânio a procura de fratura, hemorragia ou depressão óssea. Proceder da mesma forma no pescoço, procurando verificar o pulso na artéria carótida, correr os dedos pela coluna cervical, desde a base do crânio até os

ombros, procurando alguma irregularidade. Se o acidentado estiver consciente, perguntar por áreas dolorosas no corpo e incapacidade funcionais de mobilização. Pedir para apontar o local da dor, pedir para movimentar as mãos, braços etc. Localizar o local da dor e procurar deformação, edema e marcas de injeções (CARDOSO, 2003; VIEIRA, 2012).

Pedir que o acidentado movimente lentamente o seu pescoço de um lado para o outro e verificar se existe dor nessa região. Em caso de dor, preste atenção às reações e interrompa qualquer mobilização desnecessária. Prossiga sobre a sensibilidade e a capacidade de movimentação dos membros visando confirmar uma suspeita de fratura na coluna cervical (CARDOSO, 2003; VIEIRA, 2012).

Verificar se existe lesão no tórax, se existe dor enquanto respira ou tem dor quando o tórax é levemente comprimido. Averiguar também se existe dor na região do abdome e procurar por ferimentos de todo tipo, mesmo se eles forem pequenos. Muitas vezes, um ferimento de bala pode ser pequeno e profundo, por exemplo, e ter consequências bastante graves. Jamais permitir que uma vítima de choque elétrico ou traumatismo violento tente se levantar. Ela deve ser mantida imóvel até que se realize um exame para avaliação da existência de lesões. O acidentado deve ficar deitado de costas ou na posição que mais conforto lhe ofereça (CARDOSO, 2003; VIEIRA, 2012).

O acidentado inconsciente é uma grande preocupação, pois além de se termos poucas informações sobre o seu estado podem ainda surgir complicações em decorrência da inconsciência. O primeiro cuidado que devemos ter, frente a um acidentado inconsciente, é manter as vias respiratórias superiores livres fazendo a extensão da cabeça, ou mantendo-a em posição lateral para evitar aspiração de vômito e limpar a cavidade bucal. Você percebeu que o exame do acidentado inconsciente deve ser igual ao do acidentado consciente, mas com cuidados redobrados, já que os de capacidade funcional e respostas a estímulos dolorosos, não

poderão ser verificados (BRUNNER; SUDDARTH, 2010).

A observação de alterações, como falta de respiração, pulso ausente, hemorragia abundante, perda dos sentidos, devem sempre ser prioridade.

Fique por dentro

Omissão de socorro

Segundo o artigo 135 do Código Penal, todo cidadão é obrigado a prestar auxílio a quem esteja necessitando: atendendo, auxiliando quem esteja atendendo ou solicitar auxílio. Exceções da lei: menores de 16 anos, maiores de 65, gestantes a partir do terceiro mês, deficientes visuais, mentais e físicos (incapacitados). A pena prevista para omissão de socorro é de detenção de 1 a 6 meses. Chamar o socorro especializado, quando a pessoa não possui treinamento específico ou não se sente confiante para atuar, descaracteriza a ocorrência de omissão de socorro.

Atividades

Sobre a avaliação do estado geral do acidentado, assinale a alternativa correta:

exame do estado geral deve ser minucioso e não ser feito às pressas. Neste caso, tempo não é critério relevante.

exame do estado geral deve ser realizado rapidamente, já que o tempo pode ser fundamental para o salvamento da vítima.

Ao prestar socorro, fazer o que é possível na hora sem protocolos mantendo a vítima confortável até a chegada ao hospital.

Ao prestar socorro devemos ter sempre uma ideia clara do que fazer sem movimentá-lo excessivamente até a chegada do atendimento especializado.

Se o acidentado estiver inconsciente não devemos, em hipótese alguma, intervir antes da chegada do atendimento especializado.

Devemos manter as vias respiratórias livres e manter a cabeça em posição lateral.

Se o acidentado estiver consciente, mantê-lo em silêncio sem falar até o atendimento especializado chegar.

Se a vítima estiver consciente, devemos perguntar sobre áreas dolorosas, incapacidades funcionais etc.

Casos com: falta de respiração, pulso ausente, hemorragia, perda de consciência, são prioridade na prestação dos primeiros socorros.

Estes casos são prioridade já que o atendimento pode representar salvamento da vida.

Analise as afirmativas e assinale a alternativa correta:

O estado de consciência pode ser avaliado por meio dos movimentos corporais do indivíduo.

O exame do estado de consciência é feito diante de respostas lógicas como o nome, idade, local etc.

Em situações de hemorragia, devemos avaliar a quantidade e a qualidade de sangue que perde.

Devemos avaliar a quantidade, o volume, se o sangue é venoso ou arterial, se a vítima perde somente sangue etc.

Se não tivermos um termômetro em mãos, ao prestar os primeiros socorros, é impossível avaliar a temperatura da vítima.

Devemos observar a temperatura corporal de um acidentado pela sensação e tato em sua face e extremidades do corpo.

A respiração não precisa ser avaliada já que é um sinal meramente de apoio.

A respiração deve ser avaliada pelos movimentos torácicos ou saída de ar pelas narinas ou pela boca. Trata-se de um sinal vital.

O fato de chamar socorro especializado, quando não se possui treinamento em primeiros socorros, é caracterizado como omissão de socorro.

Chamar socorro quando não se possui treinamento específico ou não se sente confiante para atuar, descaracteriza omissão de socorro.

Remoção do acidentado

Para aumentar as chances de recuperação depois de um acidente, o ideal é que a vítima seja atendida no local em que o agravo ocorreu. Caso isto não seja possível, por exemplo, por falta de segurança, tanto para a vítima como para o socorrista, devemos transportá-la para um local mais seguro, porém respeitando alguns cuidados específicos.

Antes de retirar a vítima do local do acidente é necessário prestar muita atenção ao movimentá-la para não agravar as lesões já existentes, como você já está cansado de ler neste material. Além disso, examine o estado geral do acidentado, tente calcular o peso da pessoa que será carregada e para isto, também considere o número de socorristas para ajudar. Retenha a hemorragia, mantenha a vítima respirando e imobilize as áreas com suspeita de fraturas (VIEIRA, 2012).

Se considerarmos a necessidade de imobilizar uma vítima de acidente, a

estabilização cervical será sempre prioridade. É claro que se temos uma vítima com lesão traumática apenas em membros e o mecanismo não sugere trauma cervical, não haverá essa prioridade, porém, estabilizar a região cervical será sempre uma preocupação, mesmo que seja por precaução (VIEIRA, 2012).

Um cuidado que devemos ter, ao imobilizar uma parte do corpo, é de também abranger as articulações próximas porque estas podem criar instabilidade. Nas imobilizações de membros, não podemos nos esquecer de checar a sensibilidade. Lembre-se que uma imobilização é considerada bem feita quando permite a livre circulação sanguínea e não diminui a sensibilidade no segmento estabilizado (VIEIRA, 2012).

○ transporte de uma vítima só passa a ser prioridade quando: não é possível fazer mais nada no local do acidente, ou quando dele depender a vida da vítima, ou quando o local oferecer risco a vítima ou ao socorrista. A escolha do método de transporte dependerá: da gravidade da lesão, do número de pessoas disponíveis para ajudar e do local do evento. ○ transporte da vítima pode ser feito por maca, que é a melhor forma. Se por acaso não houver uma disponível no local do acidente, ela pode ser improvisada com duas camisas ou um paletó e dois bastões resistentes, ou até mesmo enrolando-se um cobertor várias vezes em uma tábua larga (VIEIRA, 2012).

Refleta

Quando a causa de lesão for um choque violento, você deve desconfiar da existência de lesões internas. As vítimas de trauma necessitam receber imediatamente técnicas específicas de manipulação, pois qualquer movimento errado pode piorar o seu estado (CARDOSO, 2003).

.....

Atividades

Quanto aos cuidados relativos à remoção de um acidentado do local de um acidente, assinale a alternativa incorreta:

O ideal é que os primeiros socorros aconteçam no local em que o agravo aconteceu.

A afirmação é verdadeira.

Ao transportar um acidentado, é importante reter hemorragias.

A afirmação é verdadeira.

Antes de retirar uma vítima do local de um acidente, é fundamental avaliar a existência de fraturas para imobilizá-las.

A afirmação é verdadeira.

Antes de retirar uma vítima do local de um acidente, é preciso mantê-la respirando, calcular seu peso e considerar quantos socorristas poderão ajudar.

A afirmação é verdadeira.

O transporte de uma vítima só poderá ser feito por meio de macas. Jamais poderemos improvisar este recurso.

A afirmação é falsa porque se não houver uma maca disponível no local, ela poderá ser improvisada de diferentes formas.

Analise as afirmações e assinale a(s) alternativa(s) correta(s):

Se for necessário imobilização, o procedimento deve começar pela estabilização cervical.

Correta: Isto será sempre uma prioridade.

Estabilizar a região cervical sempre será uma preocupação, mesmo que por

precaução.

Correta.

Ao imobilizar uma parte do corpo, devemos deter apenas o local da fratura.

Devemos abranger também as articulações próximas à fratura.

Ao imobilizar um membro, devemos deixar a atadura bem apertada.

Devemos garantir boa circulação sanguínea e não reduzir a sensibilidade do local.

O transporte da vítima deve ser feito quando não existe mais nada a se fazer no local do acidente, quando o atendimento oferecer perigo ou quando dele depender o acidentado.

Correta.

Indicações de leitura

Título: Primeiros socorros para estudantes

Editora: Manole

Autores: Keith J. Karren, Brent Q. Hafen, Daniel Linner, Joseph J. Mistovich

ISBN: 85-2041-319-6

A forma como as pessoas reagem em uma situação de emergência antes da chegada do socorro médico costuma determinar como será a recuperação das vítimas e, em casos extremos, pode significar a diferença entre a vida e a morte. Este guia fornecerá informações importantes para tomar decisões pertinentes no que se refere aos primeiros socorros.

Título: Primeiros Socorros: Como Agir em Situações de Emergência

Editora: SENAC

Autores: Mercilda Bartmann, José Márcio da Silva Silveira e Paulo Bruno

ISBN: 9788574582917

Com clareza e objetividade, o livro “Primeiros Socorros: Como Agir em Situações de Emergência” mostra como avaliar a situação da vítima e as primeiras providências a serem tomadas até a chegada de socorro médico. Essa é uma publicação do interesse de todos e que deveria estar sempre acessível em residências, locais de trabalho, escolas, clubes e academias de ginástica.

.....

Considerações finais

Chegamos ao fim dos nossos estudos em primeiros socorros. Com a leitura deste material você percebeu a importância de um socorrista bem informado e capacitado durante o primeiro atendimento de um acidente. Acidentes acontecem e como profissionais da área da saúde, devemos estar preparados para enfrentarmos situações variadas no que diz respeito ao estado de vítimas.

Dentre os cuidados que chamamos sua atenção, merecem destaque a avaliação do estado da vítima, com a observação dos sinais e funções vitais, das condições em que o acidentado se encontra no local do acidente e ainda é necessário que tenhamos cuidado redobrado se for necessário transportar pessoas que sofreram algum tipo de lesão.

Intercorrências como choques elétricos, queimaduras, fraturas, desmaios, dentre outros agravos que estudamos, podem acontecer a qualquer momento e devemos saber o que fazer para não prejudicar ou piorar quem estamos socorrendo.

Espero que você tenha aproveitado!

Referências

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Atualização das Diretrizes de RCP e ACE**, p.4, 2015.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. *In: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

CARDOSO, T. A. O. **Manual de primeiros socorros**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

CEZAR, L. D. **Resgate Básico**. Desbravadores. Botafogo: IASD, 2014.

FIGUEIREDO, N. M. A. O atendimento pré-hospitalar. *In: FIGUEIREDO, N. M. A.; VIEIRA, A. A. B. Emergência*. São Paulo: Yendis, 2012, pp.79-136.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIEIRA, A. A. B. **Emergência**. São Paulo: Yendis, 2012.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E.; GUYTON, A. C. **Tratado de fisiologia médica**. São Paulo: Elsevier Brasil, 2006.

LEITE, J. L.; STIPP, M. A. C. Emergências em cardiologia. *In: FIGUEIREDO, N. M. A.; VIEIRA, A. A. B. Emergência*. São Paulo: Yendis, 2012, pp.265-284.

MELO, M. C. B; ALVIM, C. Reconhecimento e primeiro atendimento à criança e ao adolescente gravemente enfermos. *In: ALVES, C. R. L; VIANA, M. R. A. Saúde da Família: Cuidando de Crianças e Adolescentes*. Belo Horizonte: COOPMED,

2003, pp263-276.

MELO, M. C. B; SILVA, N. L. C. **Urgência e Emergência na atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2011.

SILVA, C. R. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; SILVA, R. C. L.; TONINI. T. Cuidando em acidentes. In: FIGUEIREDO, N. M. A; VIEIRA, A. A. B. **Emergência**. São Paulo: Yendis, 2012, pp.37-78.

SOUSA, L. M. M. **Primeiros Socorros**: condutas técnicas. São Paulo: Iátria, 2010.

SZPILMAN, C. **Manual de Emergências Aquáticas**. São Paulo: Federação Internacional de Salvamento aquático, 2013.

VIERIA, A. A. B. Atendimento pré-hospitalar. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; VIEIRA, A. A. B. **Emergência**. São Paulo: Yendis, 2012, pp.79 -136.

----- Transporte de clientes críticos. In: FIGUEIREDO, N. M. A; VIEIRA, A. A. B. **Emergência**. São Paulo: Yendis, 2012, pp.137-167.

BERGERON, J. D.; BIZJAK, G. **Primeiros socorros**. São Paulo: Atheneu, 1999.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. In: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

CARDOSO, T. A. O. **Manual de primeiros socorros**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

CHAPLEAU, W. **Manual de emergências**: um guia para primeiros socorros. São Paulo: Elsevier, 2008.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E.; GUYTON, A. C. **Tratado de fisiologia médica**. São Paulo: Elsevier Brasil, 2006.

MELO, M. C. B.; SILVA, C. Reconhecimento e primeiro atendimento à criança e ao adolescente gravemente enfermos. In: ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. **Saúde da Família**: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: Coopmed, 2011, pp.263-276.

SOUSA, L. M. M. **Primeiros Socorros**: condutas técnicas. São Paulo: Iátria, 2010.

SOUZA, R. S.; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 4, pp.581-586, 2008.