



CÂMARA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS
ESTADO DE MINAS GERAIS

LEI N. 8.841

Regulamenta a política educativa em saúde nas unidades da rede municipal de ensino, em atenção ao Plano Decenal Municipal de Educação e dá outras providências.

O Presidente da Câmara Municipal, no uso de suas atribuições que lhe foram conferidas pelo Art. 81, § 8º, da Lei Orgânica do Município, promulga a seguinte lei:

Art. 1º. Considerando o disposto no Plano Decenal Municipal de Educação - PDME, instituído pela Lei n. 8229, de 29 de dezembro de 2005, fica instituído o "Manual de Primeiros Socorros das unidades da Rede Municipal de Ensino" (Anexo I), bem como o "Manual de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar" (Anexo II), para aplicação por equipes especialmente treinadas, nos termos desta lei.

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

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

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

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

Art. 5º. Esta lei entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2013.

Poços de Caldas, 30 de abril de 2012.


WALDEMAR ANTÔNIO LEMES FILHO
Presidente

Processado n. 135/2011

Publicada no Jornal de Poços em 01 / 05 / 2012



CÂMARA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS
ESTADO DE MINAS GERAIS

FLS. 2

ANEXO I

MANUAL DE PRIMEIROS SOCORROS NAS ESCOLAS

Instituído pela Lei n. 8.841/2012.



ÍNDICE

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



01 - INTRODUÇÃO

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

A finalidade dos primeiros socorros é:

- Preservar a Vida;
- Evitar o agravamento do estado da vítima;
- Promover o seu restabelecimento.

É da responsabilidade do socorrista:

- Avaliar a situação;
- Identificar a doença;
- Prestar socorro;
- Providenciar transporte.

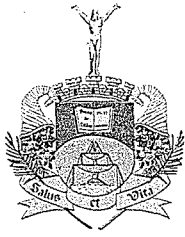
02 - ALGUMAS NOÇÕES DE SOCORRISMO

02.01 – Avaliação do Pulso Periférico

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



Fig. 1



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

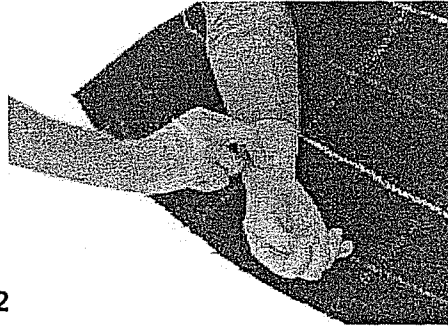


Fig. 2

02.02 – Avaliação da CAIXA TORÁCICA

Ver os movimentos da caixa torácica e ouvir os sons.

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

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

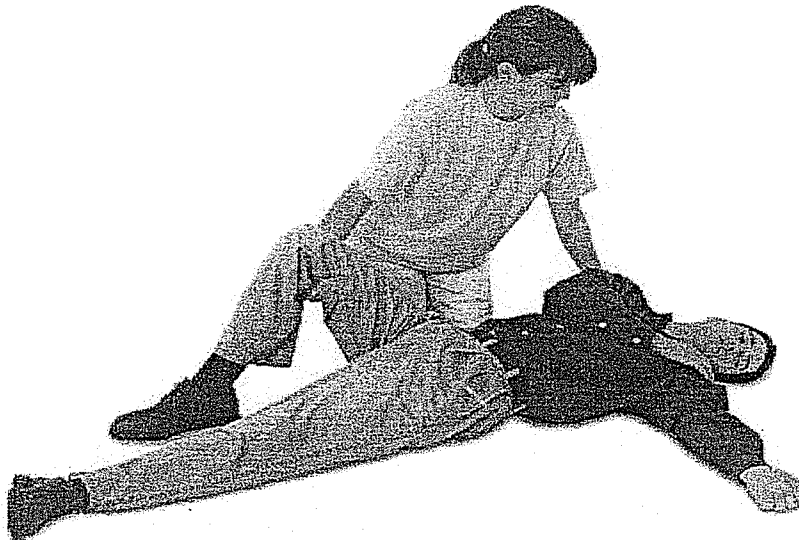


Fig. 3



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



Fig. 4

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

PILEPSIA, PEQUENO E GRANDE MAL EPILÉPTICO

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

GRANDE MAL EPILÉPTICO

Características:

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

Socorro:

- Proteger a vítima;
- Não restringir os movimentos à força;
- Afastar todos os objetos em redor (fig.5);
- Não deslocar a vítima;
- Não dar nada de beber à vítima;
- Evitar a queda da língua colocando uma caneta atravessada na boca;
- Colocar em PLS quando as convulsões pararem;



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

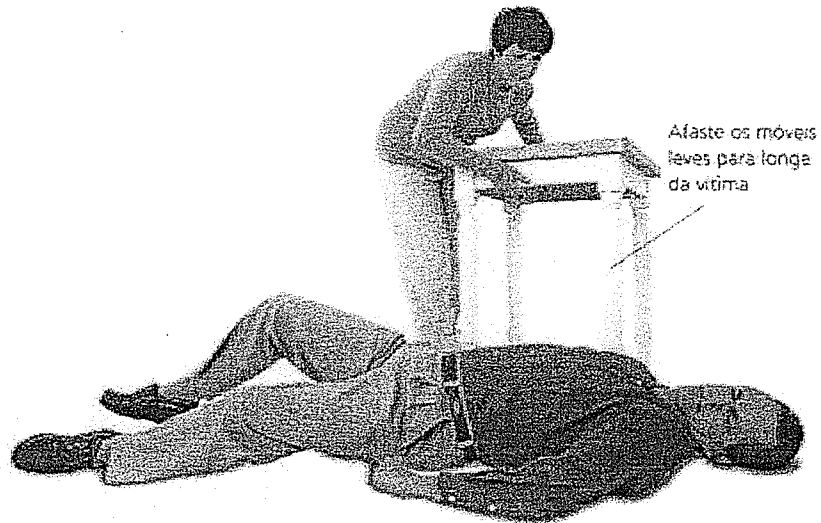


Fig. 5

PEQUENO MAL EPILÉPTICO

Características:

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

Socorro:

- Proteger a vítima de perigos;
- Afastá-la de curiosos;
- Acompanhá-la até estar completamente recuperada (fig. 6);
- Aconselhá-la a procurar um médico.



Fig. 6



SÍNDROME CONVENSIVA OU DISTÚRPIO NEURO-VEGETATIVO

É normalmente causada por reação exagerada a uma contrariedade emocional.

Características:

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

Socorro:

- Acalme a vítima evitando mostrar compaixão e gentilmente mas firmemente acompanhe-a a um lugar mais calmo (fig. 7);
- Fique junto da vítima em observação até à total recuperação;
- Aconselhe a vítima a procurar um médico; não restringir os movimentos da vítima à força nem a esbofeteie, porque pode aumentar a violência da vítima e não acalmá-la;



Fig. 7

SENSAÇÃO DE DESMAIO OU DESMAIO

SENSAÇÃO DE DESMAIO

Características:

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



Socorro:

- Sentar a vítima;
- Colocar a cabeça entre as pernas;
- Molhar a testa com água fria;
- Dar água açucarada ou chá;
- Manter-se próximo da vítima até estar recuperada.

DESMAIO

Socorro, se a vítima estiver desmaiada:

- Deitar a vítima com a cabeça de lado e mais baixa do que as pernas (fig.8);
- Desapertar-lhe as roupas;
- Mantê-la aquecida;
- Logo que esta recupere, dar água açucarada ou chá;
- Encaminhá-la ao médico.

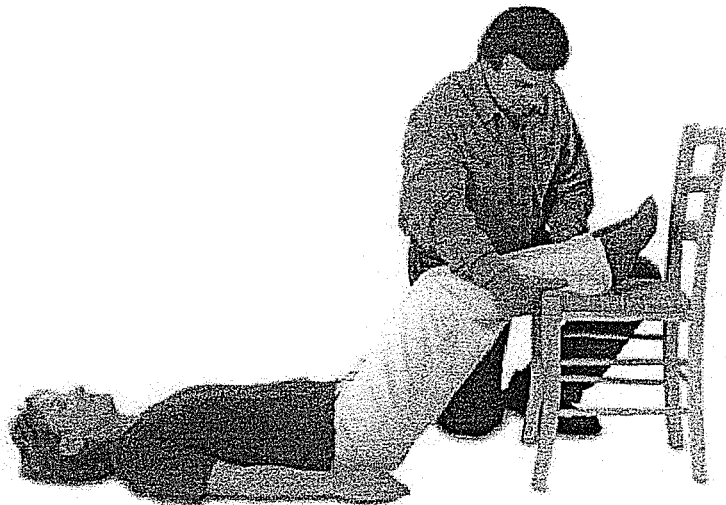


Fig. 8

HEMORRAGIAS

Grande perda de sangue devido a ruptura de vasos sanguíneos.

Características:

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



Socorro:

- Deitar a vítima;
- Elevar o membro (fig. 9);
- Aplicar sobre a ferida, um pano limpo, seco e sem pelos ou lenço de papel;
- Se o pano ficar ensopado de sangue: colocar um outro por cima, sem retirar o primeiro;
- Fazer compressão até a hemorragia parar;
- Se esta parar, colocar um curativo compressivo sobre a ferida e envolver com compressa (fig. 10);
- Acionar 192 (SAMU)

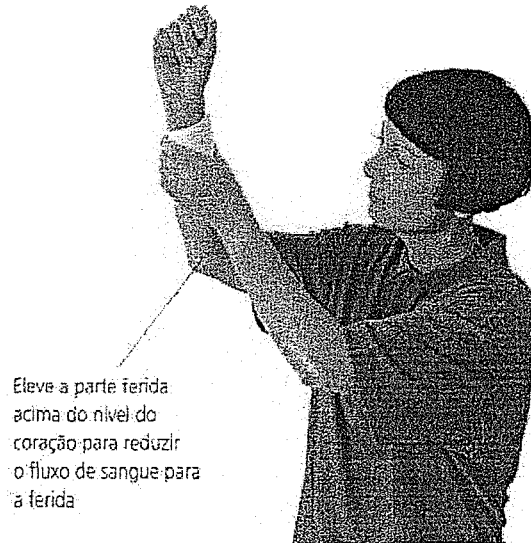


Fig. 9



Fig. 10



EPISTAXE

Perda de sangue pelo nariz.

Socorro:

- Colocar a vítima com a cabeça direita no alinhamento do corpo;
- Fazer compressão com os dedos polegar e indicador, em pinça, até a hemorragia cessar (fig. 11);
- Aplicar gelo no nariz;
- Aplicar algo frio na nuca e trazer para o exterior;
- Caso a hemorragia não pare, acionar o 192 (SAMU) ou encaminhar a vítima para o serviço de urgência e emergência.

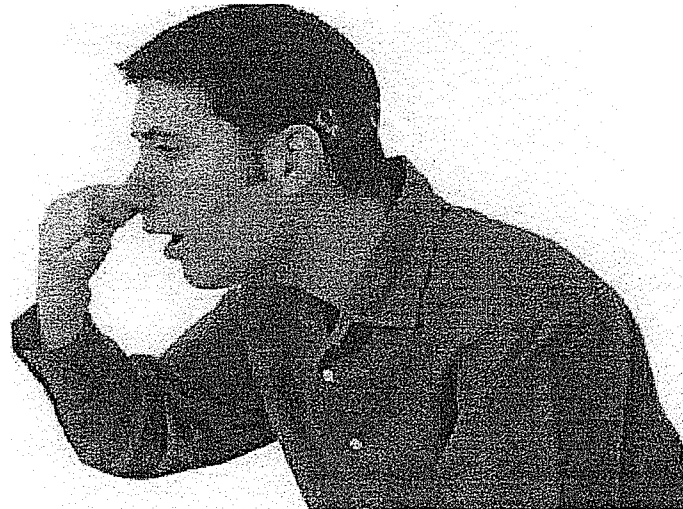


Fig. 11

FERIDAS

Superficiais:

- Acalmar a pessoa falando com ela;
- Expor a zona da ferida para se poder observar cuidadosamente (retirar anéis, fios ou ornamentos);
- Lavar bem as mãos;
- Lavar bem a ferida com água e sabão;
- Desinfetar com solução anti-séptica (fig. 12).

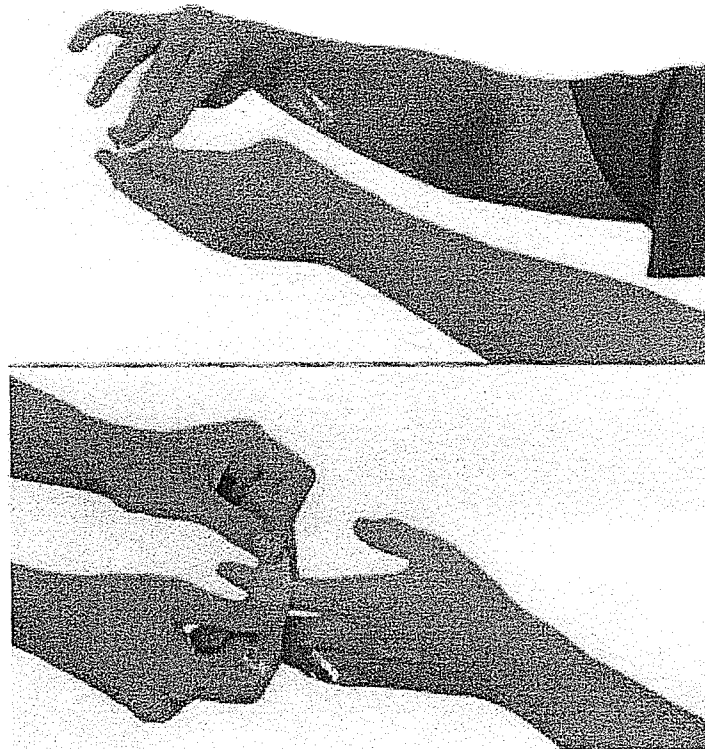


Fig. 12

Profundas:

- Não retirar objetos encravados que se encontrem na ferida;
- Encaminhar para o Pronto Atendimento ou Serviços de Urgência e Emergência

FERIMENTO NOS OLHOS

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

O que não fazer:

- Falar;
- Tossir;
- Espirrar;
- Fumar;
- Soprar no ferimento;
- Mexer diretamente no ferimento.



Fig. 13



ENTORSE

Conceito:

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

Características:

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

Socorro:

- Instalar a pessoa em posição confortável;
- Aplicar gelo/água fria no local (cuidados na aplicação do gelo) – movimentos circulares – (fig. 14)
- Evitar a movimentação da articulação lesionada (imobilizar com faixa se tiver no local);
- Posteriormente, encaminhar a vítima ao Serviço de Urgência e Emergência.



Fig. 14

CORPOS ESTRANHOS

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

Socorro:

Olhos:

- Abrir as pálpebras com muito cuidado;
- Deixar correr água sobre o olho no sentido do nariz para o canto externo (repetir);
- Encaminhar a vítima ao Serviço de Urgência e Emergência



Ouvido:

- Enviar a vítima ao hospital.

Nariz:

- Pedir para assoar com força, comprimindo a narina contrária.

Garganta:

- Tossir;
- Dar uma pancada nas costas;
- Manobra de HEIMLICH (fig. 15 e 16)

VÍTIMA CONSCIENTE:



Fig. 15

VÍTIMA INCONSCIENTE:



Fig. 16



FRATURAS

Características:

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

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

Socorro:

- Deixar que a vítima segure o membro na posição mais confortável (fig.17);
- Ajude-a sentar ou deitar como esta preferir;
- Se membro superior, colocar tipóia (fig. 18).



Fig. 17

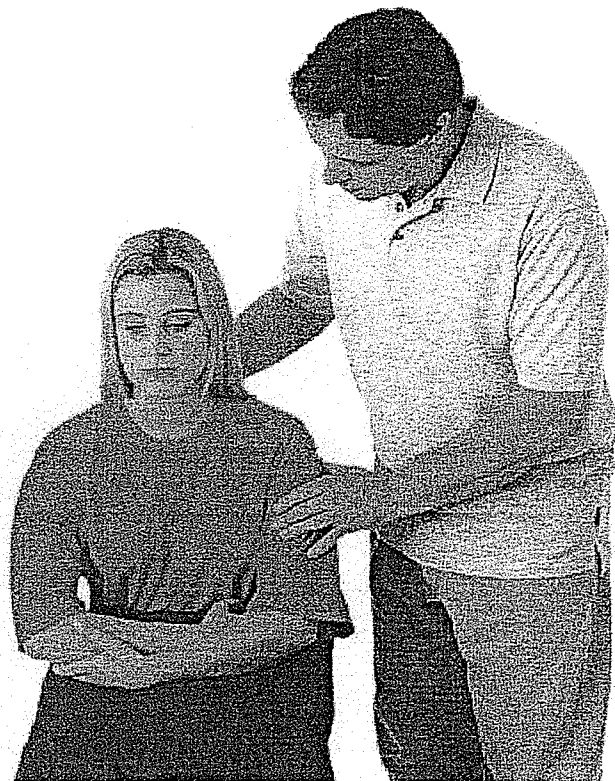


Fig. 18

BACIA

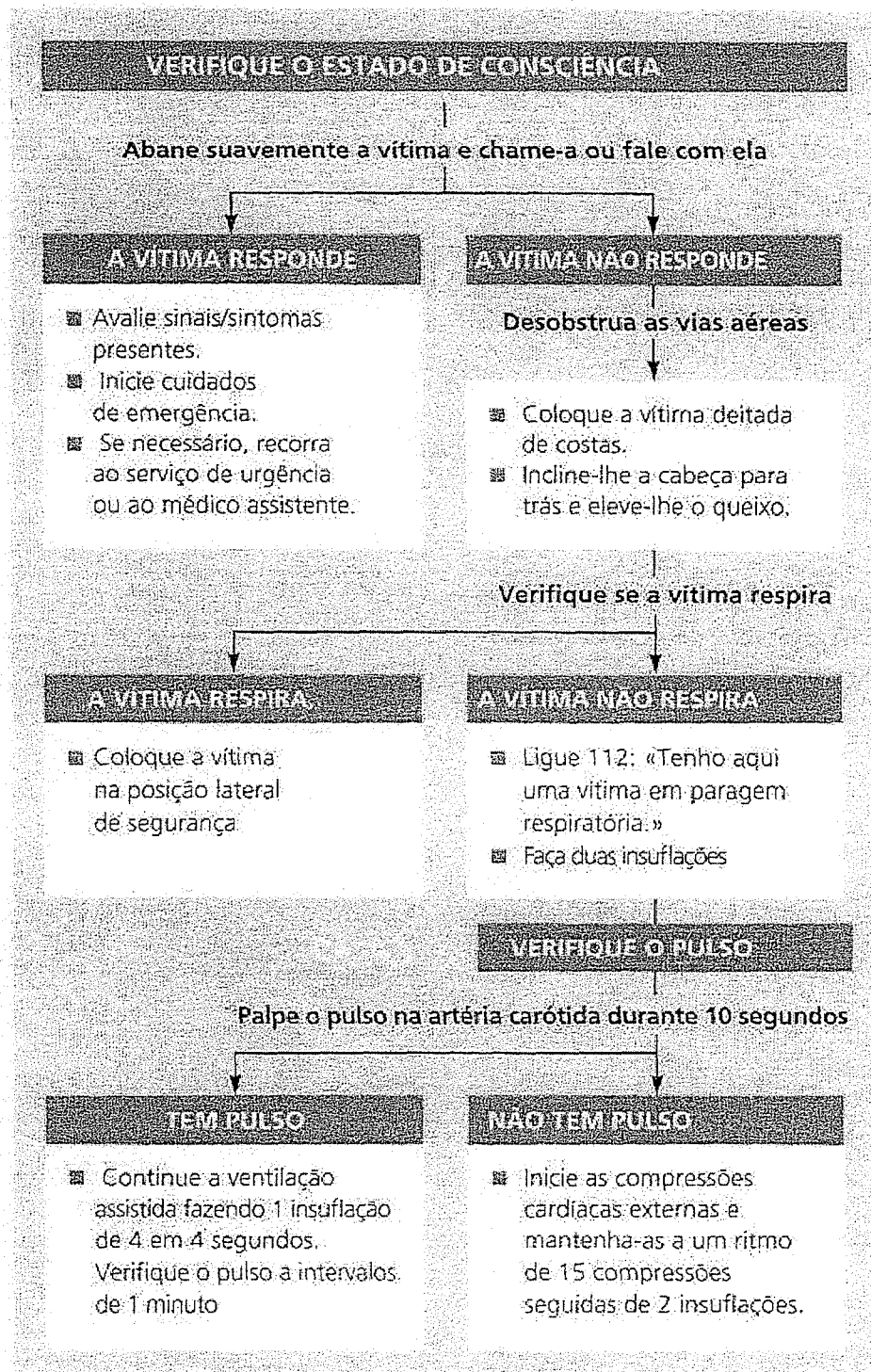
- Colocar peça de roupa debaixo do tronco e membros superiores, sem mover a bacia;
- Não dar de beber ou comer;
- não mover a vítima;
- chamar a ambulância.



SUORTE BÁSICO E VIDA – SBV
(Fig. 19)

CADEIA DA VIDA

VÍTIMA ADULTA ENCONTRADA CAÍDA NO CHÃO





ANEXO II

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Fonte: Site "Cooperativa do Fitness"

Protocolo Internacional de Atendimento Pré-Hospitalar

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

URGÊNCIA – situação onde não há risco à vida.

EMERGÊNCIA – situação onde há risco à vida.

SOCORRO BÁSICO – são os procedimentos não invasivos.

SOCORRO AVANÇADO – são os procedimentos invasivos.

01 - Aspectos Legais de Socorrismo

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

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

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

Telefones de emergência:

Bombeiros: 192

SAMU : 193

PM : 190

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

02 - Etapas Básicas do Socorrismo

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

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



Análise da cena

- Cuidados com a segurança do profissional (prioridade)
- Observação
- Sinalização

Análise da cena – Abordagem da vítima

- Verificação da responsabilidade – pode ser realizada a distância. Procuramos perceber as manifestações da vítima.
- Checagem dos sinais vitais – só pode ser realizada em contato com a vítima.

Abordagem da vítima

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

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

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

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

- Respiração – geralmente usa-se o dorso da mão para sentir.
- Pulso – carotídeo (em adultos e crianças) / braquial (em bebês).
- Pressão arterial – precisa-se de instrumento específico
- Temperatura – precisa-se de instrumento específico

Checando respiração: Em lactentes não fazemos hiperextensão cervical

04 - Sinais de Apoio

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

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



- Motilidade – avaliamos lesões musculares e déficit neurológico. Avaliamos pela observação e solicitando ações à vítima. Só pode ser avaliada nas pessoas conscientes.
- Sensibilidade – idem ao anterior e mais a hipotermia.
- Fotorreatividade pupilar (pupilas dilatadas chamam-se midríase e contraídas chamam-se miose) – o problema não é a posição final da pupila e sim a ausência de sua reatividade. Midríase paralítica pode ser indicativo de hipóxia cerebral, edema intracraniano, hipovolemia, TCE. Miose pode indicar envenenamento, intoxicação. A presença de midríase e miose juntas, geralmente indica edema intracraniano por TCE, sendo que o edema nesses casos localiza-se do lado da midríase. Utiliza-se uma lanterna clínica para avaliação e independe do estado de consciência da vítima.

Observação:

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

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

Comprimindo a unha e Observando o enchimento.

Observação

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

05 - ROTEIRO DE PRIORIDADES NO ATENDIMENTO

A - ABERTURA DAS VIAS AÉREAS COM CONTROLE CERVICAL

B - BOA VENTILAÇÃO

C - CONTROLE HEMODINÂMICO (CIRCULAÇÃO / CONTROLE DAS HEMORRAGIAS)

D - DÉFICIT NEUROLÓGICO

E - EXPOSIÇÃO COMPLETA DA VÍTIMA E CONTROLE TÉRMICO

- TODA VÍTIMA DE TRAUMA POSSUI LESÃO CERVICAL ATÉ PROVAR O CONTRÁRIO!
- ESTADO DE UMA VÍTIMA É INVERSAMENTE PROPORCIONAL AO NÚMERO DE INFORMAÇÕES OBTIDAS PELO SOCORRISTA!
- NÃO SE ADMINISTRA NADA VIA ORAL PARA VÍTIMAS INCONSCIENTES!



“A” - (Hiperextensão cervical)

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

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

- Cabeça na posição retificada (Mostrando a queda da língua)
- Cabeça em hiperextensão (Mostrando a língua elevada)
- Empuxo mandibular (Repare na posição do polegar e indicador)
- Lateralização da vítima (Serve para liberar as vias aéreas e exame físico)

Manobra de Heimlich

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

Estabilização cervical

O colar cervical não dispensa a estabilização manual.

“B”

- Ventilação boca-a-boca (Pode ser boca-nariz, em lactentes é boca-a-boca/nariz.)
- Ventilação boca-máscara (Duas mãos fixando a máscara)
- Ventilação ambú-máscara (Duas mãos fixando a máscara)
- Ventilação ambú-tubo (Em lactente)

“C” Massagem cardíaca externa

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

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



Controle das hemorragias

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

Pode ser Compressivo apropriado e Compressivo improvisado

“D”

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

“E” - Exame físico da vítima

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

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

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

Controle térmico

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

PRIORIDADE ABSOLUTA (CHAMADO DE A B C DA VIDA)

A - ABERTURA DAS VIAS AÉREAS COM CONTROLE CERVICAL

B - BOA VENTILAÇÃO

C - CIRCULAÇÃO E CONTROLE DAS HEMORRAGIAS

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

- Avaliação Primária
- Responsividade
- Sinais Vitais
- A / B / C



Atenção!

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

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

Avaliação Secundária

Sinais de Apoio

Exame físico

06 - REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)

- PARADA RESPIRATÓRIA (P.R.) - INTERRUPÇÃO BRUSCA DA FUNÇÃO PULMONAR
- PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (P.C.R.) - SUSPENSÃO IMEDIATA DAS FUNÇÕES PULMONAR E CARDÍACA

IMPORTANTE

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

Em adultos (de 8 anos em diante)

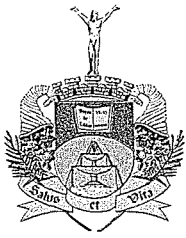
- 1 ou 2 executantes – preferencialmente com 1.
- 2 ventilações X 30 massagens cardíacas

Em crianças (de 1 até 8 anos)

- 1 executante 2 ventilações X 30 massagens cardíacas
- 2 executantes 2 ventilações X 15 massagens cardíacas
- CHECAGEM DA RESPIRAÇÃO (QUALQUER VÍTIMA) - VIAS AÉREAS
- CHECAGEM DO PULSO (VÍTIMA INFANTIL E ADULTA) - NO CAROTÍDEO
- INICIA-SE A MANOBRA DE RCP SEMPRE PELA INSUFLAÇÃO!!

RCP em crianças e adultos

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



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

Em lactentes (de 0 até 1 ano)

- 1 executante
- 2 ventilações X 30 massagens cardíacas

RCP em lactentes

- 1 – checando a responsividade (Tocando o bebê)
- 2 – checando a respiração (sem hiperextensão)
- 3 – insuflando - boca-a-boca/nariz (sem hiperextensão)
- 4 – checando o pulso(Braquial)
- 5 – massageando (Dois dedos na linha mamilar)
- 6 – ventilando e massageando
 - checagem da respiração (em qualquer vítima) . vias aéreas
 - checagem do pulso (em crianças e adultos) . carotídeo
 - checagem do pulso (em bebês) . braquial
 - Iniciamos a manobra de RCP sempre pelas ventilações!!

OBSERVAÇÃO

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

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

COMPLICAÇÕES NA RCP

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

- FRATURAS DE COSTELAS - EM PRINCÍPIO CONTINUAMOS.
- FRATURAS DE ESTERNO - TORNA-SE CONTRA-INDICAÇÃO.



- LUXAÇÃO COSTO-ESTERNAL - EM PRINCÍPIO CONTINUAMOS.
- PERFURAÇÃO DE VÍSCERAS - (CORAÇÃO / PULMÕES / AORTA / DIAFRAGMA / ETC...) - DEPENDE DE EXAMES COMPLEMENTARES PARA QUE HAJA CONFIRMAÇÃO DA LESÃO.

CONTRA-INDICAÇÕES DA RCP

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

- PCR POR TRAUMA DE TÓRAX
- VÍTIMAS COM DOENÇAS EM ESTÁGIO TERMINAL
- VÍTIMAS COM MAIS DE 75 ANOS
- PCR OCORRIDA A MAIS DE 15 MINUTOS
- SURGIMENTO DE RIGIDEZ CADAVERICA

ATENÇÃO

- NA ABORDAGEM DA VÍTIMA, CHECAMOS PRIMEIRO A RESPIRAÇÃO.
- EM CASO DE AUSÊNCIA, REALIZAMOS DUAS INSUFLAÇÕES.
- SÓ ENTÃO CHECAMOS O PULSO. SE AUSENTE TAMBÉM, COMBINAMOS COM MASSAGENS CARDÍACAS!

POSSIBILIDADES DE RECUPERAÇÃO

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

1' = 98% de chance

5' = 25% de chance

10' = 1% de chance

07 - HEMORRAGIAS

DEFINIÇÃO:

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



CLASSIFICAÇÃO:

H. VENOSAS – sangramento mais escuro, que sai escorrendo.

H. ARTERIAIS – sangramento de cor viva (rutilante), que sai em jatos.

H. EXTERNAS – são aquelas com origem na superfície corporal.

H. INTERNAS – são aquelas que não ocorrem na superfície corporal.

AS HEMORRAGIAS INTERNAS:

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

• INTERNAS EXTERIORIZADAS

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

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

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

Atenção!

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

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



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

OBSERVAÇÃO:

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

HEMOSTASIA: AÇÃO DE CONTENÇÃO DAS HEMORRAGIAS

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

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

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

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

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

CUIDADO:

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

Observação

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

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



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

08 - LESÕES TRAUMÁTICAS

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

CLASSIFICAÇÃO:

FERIMENTOS / ENTORSES / LUXAÇÕES / FRATURAS

1 - FERIMENTOS

- **PERFURANTES**

- mecanismo de ação: ocorre por pressão.
- características: geralmente apresenta orifício pequeno, o que dificulta a antisepsia e a avaliação da extensão da lesão.
- Agentes causadores: a grande maioria é de objetos pontiagudos como pregos, tachinhas, furadores de gelo, etc, que podem ser encontrados fixados no local da lesão, porém, não obrigatoriamente necessitam possuir pontas. No entanto não podem apresentar lâminas.

- **CORTANTE**

- mecanismo de ação: ocorre por deslizamento.
- características: apresenta bordos regulares, o que em princípio facilita a cicatrização e a sutura. Podem possuir profundidade e extensão variáveis.
- agentes causadores: qualquer objeto que apresente lâmina, como faca, navalha, caco de vidro, etc...

- **CONTUSÃO**

- podem apresentar-se como: "hematomas" / "equimoses" ou "escoriações"
- mecanismo de ação: ocorrem por trauma.
- características: nos casos dos "hematomas" e das "equimoses", são os ferimentos que não rompem a integridade da pele. Quando ocorre a ruptura da pele são chamadas de "escoriações". Os hematomas e as equimoses são identificados por manchas arroxeadas, sendo que as "equimoses" são mais difusas e os "hematomas" mais.



Observações:

- Considera-se que todas as manchas azuladas ou arroxeadas no corpo são denominadas equimoses, mas onde puder haver coleta de sangue, será classificado como "hematoma".
- As "escoriações" são superficiais, sangram pouco, porém apresentam-se extremamente dolorosas.

- **ENTORSES**

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

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

- **LUXAÇÕES**

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

- **FRATURAS - SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE ÓSSEA -**

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

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

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

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

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

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

- Pulsos distais nos membros superiores: radial e ulnar
- Pulsos distais nos membros inferiores: pedioso e tibial posterior



Cuidados básicos com os ferimentos abertos

- antes de qualquer atitude, proteja-se. Se a ferida apresenta sangramento, pare a hemorragia.
- agora, lave o ferimento com água e sabão neutro ou preferencialmente, soro fisiológico.
- cubra a ferida com gaze esterilizada.
- não use pomadas, nem qualquer outro produto que possa causar reação alérgica

APLICAÇÃO DE GELO

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

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

09 - ALTERAÇÕES PSICO-MOTORAS

São distúrbios da consciência e do comportamento.

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

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

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

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

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



CAUSAS DE ALTERAÇÕES DA CONSCIÊNCIA

- **HIPOGLICEMIA** - Diminuição do percentual de glicose circulante (ocorre em qualquer pessoa)
 - a administração de açúcar por via oral e o procedimento clássico, contanto que a vítima esteja consciente. Nos casos de inconsciência, o açúcar poderá ser posto na mucosa sublingual, sem haver deglutição.
- **HIPERGLICEMIA** - O aumento do %de glicose circulante (ocorre somente em diabéticos)
 - a conduta e a administração de insulina. Nos casos de inconsciência onde não temos diagnóstico de hipo ou hiperglicemia, é colocado açúcar sublingual. Se a vítima reagir satisfatoriamente, temos a confirmação de hipoglicemia. Em caso contrário, confirmamos hiperglicemia. Portanto, se houver dúvida quanto ao diagnóstico, no caso de diabéticos e inconscientes, a administração de açúcar sublingual é o procedimento indicado.
- **CONVULSÃO** - na crise convulsiva pode ocorrer diminuição de aporte sanguíneo cerebral com todos os resultados já conhecidos.

ATENÇÃO

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

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

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

Observações

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



- Curvatura da Aorta (Facilita o escoamento sanguíneo pelo aórtico)
- Fundo do estômago (Mantém o conteúdo gástrico no fundo do estômago)
- Veia cava inferior (Evita compressão da veia cava inferior)

10 - TÉCNICAS DE IMOBILIZAÇÕES

- A estabilização cervical é sempre prioridade. É claro que se temos uma vítima com lesão traumática apenas em membros e o mecanismo não sugere trauma cervical, não haverá essa prioridade, porém, estabilizar a região cervical será sempre uma preocupação, mesmo que seja por precaução.
- As imobilizações de um segmento devem abranger as articulações adjacentes . Quando fazemos imobilização em segmentos, temos que estabilizar as articulações adjacentes pelo fato das mesmas criarem segmentos instáveis.
- Pessoas inconscientes necessitam de vigilância mais próxima – e o socorrista estiver distante da vítima, a checagem dos sinais vitais será impossível de ser realizada.
- Em casos de lesões em um dos membros inferiores, utiliza-se o lado íntegro como amparo ao lado lesado – esse procedimento só é possível nos membros inferiores, e, normalmente utilizamos algum material, como colcha / cobertor / etc..., na intenção de aumentar a congruência entre os dois membros.
- Nas imobilizações de membros, não esquecer da checagem da sensibilidade, enchimento capilar e pulsos distais – uma imobilização é considerada bem feita quando permite a livre circulação sanguínea e não diminui a sensibilidade no segmento estabilizado.

11 - TÉCNICAS DE TRANSPORTES

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

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

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



- A escolha do método de transporte dependerá:
 1. da gravidade da lesão.
 2. do número de pessoas disponíveis.
 3. do local do evento

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

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

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

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