



CURSO DE FORMAÇÃO DE ÁRBITRO DE FUTEBOL

NOÇÕES DE PRIMEIROS SOCORROS CLÍNICOS PRÁTICO E TEÓRICO

PROFESSORA MONIQUE NASCIMENTO

2023

Sumário

CAPÍTULO I

Introdução aos Primeiros Socorros	05
---	----

CAPÍTULO II

A Cena	06
1 - INTRODUÇÃO.....	06
2 - RISCOS DA CENA.....	06
2.1 – Risco Biológico.....	06
2.2 – Risco Químico.....	06
2.3 – Risco Físico.....	06
2.4 – Risco Mecânico.....	07
2.5 – Risco Geológico e Climático.....	07
2.6 – Risco de Violência.....	07
3 - PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA CENA.....	07
4 - BIOPROTEÇÃO.....	08

CAPÍTULO III

Suporte Básico à Vida – SBV	08
1 - INTRODUÇÃO.....	08
2 - EMERGÊNCIA CARDIORRESPIRATÓRIA.....	09
3 - ATENDIMENTO CARDIOVASCULAR DE EMERGÊNCIA – ACE.....	09
3.1 - Avaliação Preliminar.....	10

3.2 - Abordagem à Vítima.....	10
3.3 – Manobras de Reanimação Cardiopulmonar- RCP.....	10
CAPÍTULO IV	
Emergências Diversas	17
I - INTRODUÇÃO	17
2 - DISPNEIA.....	17
3 - OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO.....	17
3.1 – Paciente Consciente com Obstrução Incompleta.....	17
3.2 – Paciente Consciente com Obstrução Completa.....	18
4 - CONVULSÕES.....	18
4.1 – Causas de Crises Convulsivas.....	19
4.2 - Condutas.....	19
4.3 – Epilepsia Não Convulsiva.....	19
5 - SÍNCOPE.....	19
6 - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	20
6.1 - Definição.....	20
6.2 - Causa.....	20
6.3 - Manifestações.....	20
6.4 - Complicações.....	20
6.5 - Condutas.....	20
7 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC).....	20
7.1 - Conceito.....	20

7.2 - Causa.....	21
7.3 - Manifestação.....	21
7.4 - Condutas.....	22
9 - QUEIMADURA.....	22
9.1 – Profundidade da Queimadura.....	22
9.2 - Extensão.....	22
9.3 - Localização.....	23
9.4 – Tempo de Contato.....	22
9.5 - Idade.....	23
9.6 - Tratamento.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	25

CAP. I - INTRODUÇÃO

Introdução aos Primeiros Socorros.

O Socorro é a atividade de ajudar, de forma simples, mas tecnicamente correta, às vítimas de trauma, de alterações de saúde, com impossibilidade de locomoção ou em qualquer situação emergencial que necessite de ajuda externa. Primeiros Socorros, por sua vez, são os cuidados imediatos a uma pessoa cuja vida está em perigo, para mantê-la viva e evitar o agravamento de sua situação até receber assistência qualificada, no intuito de melhorar sua qualidade e chance de sobrevivência. Para tal, o socorrista deve estar apto à realização das técnicas de socorro, segundo a demanda de cada vítima.

O socorrista, apesar de muitas vezes não ser um profissional da área de saúde, por força de sua área de atuação, tem que lidar com situações de risco de morte nas quais será necessário tomar atitudes salvadoras de vida até que chegue ao local um socorro mais categorizado.

Os agravos cardíacos são a principal causa de morte no mundo. Em uma parada cardiorrespiratória (PCR) a chance de sobrevivência do paciente, dentre outros fatores, está relacionada ao tempo entre o momento de início da PCR e o início das ações de socorro, denominado suporte básico à vida (SBV). A ação de socorrer, apesar de geralmente ser composta por procedimentos simples, exige do socorrista preparo técnico, físico e emocional diferenciado.

Quanto ao preparo técnico, existem protocolos internacionais de consenso, criados para promover melhor resposta às emergências e padronização de procedimentos, no intuito de aumentar a eficácia e a eficiência do socorro.

Em uma emergência, o socorrista deverá estar atualizado quanto às técnicas de socorro. Sendo assim, o conhecimento e a capacidade de implementar as técnicas de SBV na PCR, na emergência traumática e em emergências diversas caracterizam o socorrista tecnicamente preparado. A realização das ações de SBV, ou mesmo, das manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP), do transporte da vítima e/ou de materiais de socorro são geralmente muito cansativos, por isso, o socorrista deve estar fisicamente preparado para atuar, além de manter-se calmo, emocionalmente equilibrado, agindo de forma premeditada para não se expor a riscos ou agravar o quadro da vítima.

Nunca se sabe onde, nem quando ocorrerá uma emergência, portanto, o socorrista deve estar sempre preparado para socorrer. Para isso, ele empregará os conhecimentos aqui ensinados.

CAP.II - A CENA

1 - Introdução

A cena é o ambiente ou cenário observado pelo socorrista quando este visualiza o local onde se encontra a emergência.

Diante de uma emergência, antes da abordagem à vítima, ou mesmo de entrar em um cenário, o socorrista deverá realizar criteriosa avaliação da cena, que consiste em uma sequência de processos cognitivos, de identificação das características do ambiente em que se encontram as vítimas, com o intuito de reconhecer e mapear os riscos presentes.

A identificação dos riscos permite ao socorrista analisar a viabilidade de sua intervenção, impedindo que novos acidentes aconteçam e que o socorrista exponha-se desnecessariamente. A avaliação da cena também permite ao socorrista:

- Verificar a necessidade de apoio operacional;
- Quantificar as vítimas;
- Identificar a necessidade de materiais de bioproteção;
- Acionar corretamente os órgãos competentes segundo a demanda encontrada.

2 - Riscos da cena

A cena pode apresentar riscos biológicos, químicos, físicos, mecânicos, climáticos e sociais, dentre outros, ou a combinação destes.

2.1 Risco Biológico

O risco biológico está associado à probabilidade de contaminação por micro-organismos (ex. bactérias e vírus) patogênicos (causadores de doenças). Geralmente associado ao risco de contato com secreções corpóreas (saliva, sangue, etc.), os acidentes biológicos não são incomuns em situações de emergência.

2.2 Risco Químico

O risco químico está associado à probabilidade de contaminação ou exposição a produtos químicos nocivos (ex. monóxido de carbono e ácido sulfúrico). Cenas com risco químico geralmente estão associadas a ambientes industriais e a acidentes de trânsito.

2.3 Risco Físico

O risco físico está associado à exposição do socorrista a pressão, calor, luz, radiação, etc. Geralmente presente em cenas de explosão, espaços confinados e ambientes industriais. A percepção deste tipo de risco demanda do socorrista uma análise crítica do

cenário, pois alguns destes agentes agressores não são facilmente percebidos, por não serem visualmente identificáveis (ex. radiação).

2.4 Risco Mecânico

É o risco de lesão por queda, colisão, atropelamento, esmagamento, tracionamento, desabamento, etc., muito comum em cenas relacionadas ao trânsito, altura e trabalhos industriais.

2.5 Risco Geológico e Climático

Estão relacionados aos eventos naturais. A chuva, tempestades de raios, vento, enchentes, deslizamentos e outros fatores naturais podem conferir riscos à cena.

2.6 Risco de Violência

O socorrista em algumas emergências se confrontará com cenas que oferecem risco devido ao comportamento violento de terceiros que nela se encontrem ou sobre ela exerçam influência. Cenas com vítimas baleadas, agredidas, esfaqueadas ou que tenham sofrido algum tipo de violência, deverão ser abordadas com cautela mesmo que aparentemente seguras.

3 - Promoção da Segurança da Cena

Antes de abordar uma vítima em cena com risco, o socorrista deverá empenhar-se na promoção da segurança da cena. Para isto, ele deverá identificar o agente causador de risco e intervir para bloqueá-lo. Por exemplo: em uma cena com vítima de choque elétrico ainda presa à fonte emissora de corrente, antes de abordar a cena, o socorrista, se seguro for, deverá desligar a fonte emissora de corrente em um disjuntor. Caso, mesmo com tais procedimentos, a cena ainda confira risco ao socorrista, este não deverá entrar na cena.

NUNCA ENTRE EM CENA INSEGURA!

Ações a serem tomadas em cena com risco:

- Acionar socorro especializado;
- Promover isolamento e sinalização da área;
- Manter curiosos afastados;
- Posicionar-se em local seguro e a favor do vento (olhando para a cena com o vento incidindo nas costas do socorrista);
- Identificar se possível, o tipo de risco e agente causador.

4 - Bioproteção

O socorrista, antes de intervir em uma emergência, deverá munir-se de equipamentos de proteção individual (EPI) adequados, segundo a demanda de cada cena, para evitar contato com agentes lesivos e secreções corpóreas da vítima. Recomenda-se o uso de luvas, e em algumas situações, óculos especiais, aventais impermeáveis e máscaras.

O socorrista deve conduzir-se de modo a evitar, em si mesmo e nas outras pessoas, a contaminação por germes, substâncias tóxicas ou radioativas, sangue ou secreções, presentes na cena ou na superfície do corpo da vítima. Também deverá evitar lesões de seu sistema muscular e esquelético que o tornariam imediatamente inútil para o socorro no qual é necessário. Isto significa que não deve, em hipótese alguma, levantar peso maior do que é capaz de sustentar, e sempre com a técnica correta, privilegiando os músculos da coxa, e poupando a coluna vertebral. Visto que, ao agir sem tais cuidados, o socorrista se tornará uma nova vítima, agregando mais complexidade para a equipe que continuará o socorro.

É absolutamente contraindicado manipular secreções corporais, principalmente sangue, sem proteção.

CAP.III - SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV – BLS)

1 - Introdução ao SBV

Constitui uma sequência padronizada de ações, a serem adotadas em situações de emergência, que norteiam e padronizam o processo de assistência às vítimas. Esta padronização tem como objetivo aumentar a eficiência das ações de socorro garantindo que ações importantes não fiquem despercebidas, ao passo que permite que vários socorristas trabalhem em equipe de forma coordenada. Esta padronização também previne que ações desnecessárias sejam realizadas, que o socorrista exponha-se a riscos, e para manter a viabilidade dos órgãos vitais, até a chegada da assistência especializada, otimizando o tempo de resposta à emergência. Por isso, deve ser seguida em toda situação de emergência.

2 - Emergência Cardiorrespiratória

A parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como interrupção súbita da função de bombeamento cardíaco com consequente suspensão da oxigenação das células. Quanto mais tempo em PCR mais neurônios são lesados, podendo a vítima evoluir para a morte, logo, quanto mais rápida e eficiente for a atuação do socorrista, maiores serão as chances de recuperação do paciente.

A maioria das paradas cardiorrespiratórias em adultos (85%) é decorrente de uma alteração da atividade elétrica do coração chamada fibrilação ventricular. O único tratamento para essa alteração é a desfibrilação, que consiste em uma descarga elétrica aplicada no tórax na tentativa de fazer o coração retornar ao seu ritmo normal.

3 - Atendimento Cardiovascular de Emergência – ACE

Grupos internacionais de consenso, dos quais participam entidades de nosso País, desenvolveram um protocolo que padroniza a conduta na PCR. Este protocolo é conhecido como cadeia da sobrevivência e corresponde a uma sequência lógica de condutas a serem executadas passo a passo quando por um socorrista e, simultaneamente quando por uma equipe de socorro.



3.1 Avaliação Preliminar

A avaliação preliminar, apesar de não fazer parte do grupo de ações de assistência direta, se faz pertinente antes da abordagem à vítima e consiste na avaliação do cenário que envolve a emergência, na identificação de riscos, número de vítimas, dentre outros, e necessidade de medidas de bioproteção adicionais.

3.2 Abordagem a Vítima

Diante de um paciente inerte, com suspeita de parada cardíaca, o socorrista deve proceder da seguinte maneira:

- Aproxime-se lateralmente do paciente;
- Segure-o pelos ombros;
- Fale com ele, identificando-se e perguntando: “Você está bem?”;

Obs. Durante os procedimentos acima citados, o socorrista deverá observar se a vítima respira e como respira. Com estas ações o socorrista está realizando a “avaliação do nível de consciência” da vítima através da avaliação das respostas aos estímulos sonoros e táteis oferecidos.

Se o paciente não responder ou não se movimentar, o socorrista deverá acionar imediatamente o serviço médico de emergência/urgência (SME). Caso o paciente, além de não responder ou não se movimentar, não estiver respirando ou com respiração anormal (apenas com gasping), além de acionar o serviço de emergência e solicitar um desfibrilador, o socorrista deverá iniciar imediatamente as manobras e reanimação cardiopulmonar (RCP). Isso é fundamental, pois esta vítima deve ser considerada em PCR.

Toda vítima com alteração do nível de consciência, mesmo respirando normalmente, deve ser considerada grave e merece ser assistida pelo socorro especializado de urgência.

3.3 Manobras de Reanimação Cardiopulmonar - RCP

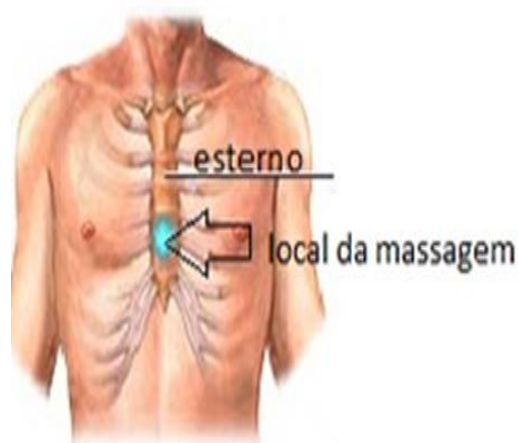
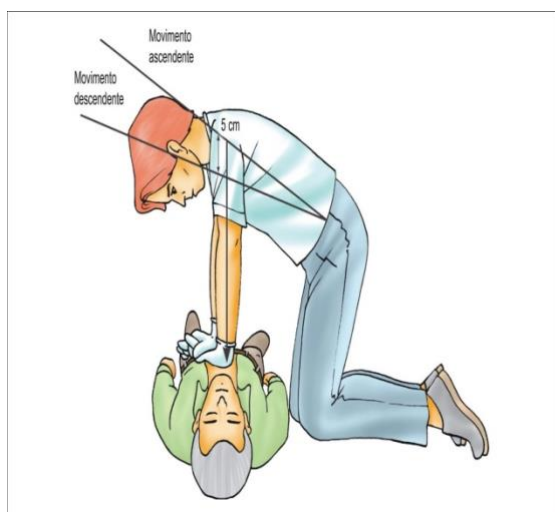
As manobras de RCP durante as últimas décadas, período marcado por múltiplas descobertas, sofreram várias mudanças quanto a sua sequência de ações e ênfase. Nos últimos anos, novas percepções científicas levaram a novas mudanças nesta sequência de ações antes conhecidas como ABC - D da vida, e agora, passando a ser CAB – D com maior ênfase nas compressões.

3.3.1 CIRCULAÇÃO - CAB -D

Após a abordagem do paciente e constatação da inconsciência associada à apneia (ausência de respiração) ou, à respiração anormal (apenas com gasping) e chamada do socorro, o socorrista deverá iniciar prontamente as compressões torácicas.

O ponto de compressão torácica situa-se na altura mamilar ou da linha média do braço, no centro do tórax, sobre o osso central chamado esterno. Para localizar o ponto de compressão, o socorrista deverá traçar uma linha imaginária na altura dos mamilos e apoiar apenas a região hipotenar da mão (o calcanhar da mão) no centro do tórax do paciente, preferencialmente sem encostar os dedos, com as mãos sobrepostas, entrelaçando os dedos e mantendo os braços esticados, usando o peso de seu tronco para comprimir.

A compressão deverá ser feita com a vítima deitada sobre superfície rígida de preferência ao nível do chão. A posição ideal para o socorrista é ficar ajoelhado lateralmente na altura do ombro do paciente. Nessa posição os ombros do socorrista ficam naturalmente sobre o tórax da vítima, permitindo melhor aplicação da força de compressão.



As compressões devem ser deprimindo o tórax **mais de 5 centímetros** e **deixando-o retornar totalmente a posição inicial** após cada compressão. As compressões deverão ser realizadas a um **ritmo de 100 a 120 por minuto**.

Se o socorrista tiver treinamento em RCP, ele poderá realizar as ventilações de resgate (veja neste capítulo o tópico: Boa respiração – CAB-D) em uma relação de 30 compressões para cada 2 ventilações até a chegada do SME.

Após 5 ciclos de 30 compressões/2 ventilações, deve haver um rodízio entre as posições de quem comprime com a de quem ventila, no caso de 2 socorristas.

As compressões torácicas são a única forma de oxigenar o cérebro, o coração e os demais órgãos vitais durante a PCR. Mesmo realizado corretamente, este procedimento só consegue produzir um fluxo de sangue correspondente a aproximadamente 30% do funcionamento normal do coração, não podendo assim ser interrompido desnecessariamente.

Inconsciência com ausência da respiração ou com gasping – iniciar RCP.

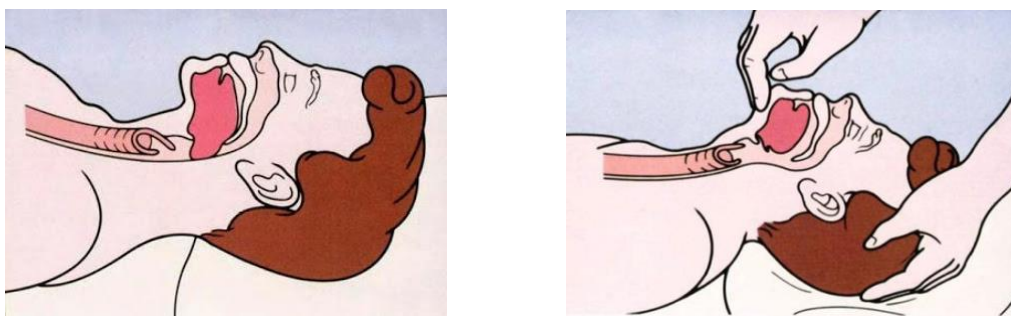
Compressões torácicas com frequência entre 100 a 120 por minuto.

Deprimir de 5 a 6 cm de um tórax adulto, permitindo o retorno total do tórax à posição de repouso.

Socorristas treinados em RCP, quando viável, poderão realizar ventilações em uma relação de 30 compressões para 2 ventilações.

3.3.2 ABERTURA DAS VIAS AÉREAS – CAB-D

Vias aéreas é como chamamos o caminho que o ar percorre até chegar aos pulmões. A principal causa de obstrução das vias aéreas em pacientes inconscientes é a glossoptose, ou seja, a queda da língua. Veja figura a seguir:



Quando a vítima está inconsciente, ocorre o relaxamento dos músculos, inclusive da língua que fica declinada, obstruindo a via respiratória, quando a vítima está em decúbito dorsal (deitada de costas). Nesta condição, a vítima corre iminente perigo de morte devendo o socorrista proceder à “abertura das vias aéreas pela técnica de extensão do pescoço”:

- Incline a cabeça do paciente para trás com a palma da mão sobre a testa;
- Com a outra mão, puxe o queixo do paciente para cima e, ao mesmo tempo, abra a boca do paciente

3.3.3 BOA RESPIRAÇÃO – CAB-D

Após a liberação das vias aéreas, o socorrista treinado poderá implementar 2 ventilações de resgate não devendo gastar mais que 10s para isso.

Caso o socorrista não possua proteção para a via aérea, tenha dificuldade na realização das ventilações ou perceba que estas não promovem a expansão torácica, deverá proceder direto às compressões torácicas em um ritmo entre 100 a 120 por minuto, mantendo a extensão do pescoço quando em dupla, devendo parar apenas para desfibrilar.

Novas descobertas indicam que em PCR por disfunção cardíaca elétrica, para melhor eficácia, a prioridade na intervenção deve ser: desfibrilação e compressão. A ventilação, contudo, se faz importante para vítimas de afogamento, trauma e em emergências com crianças.

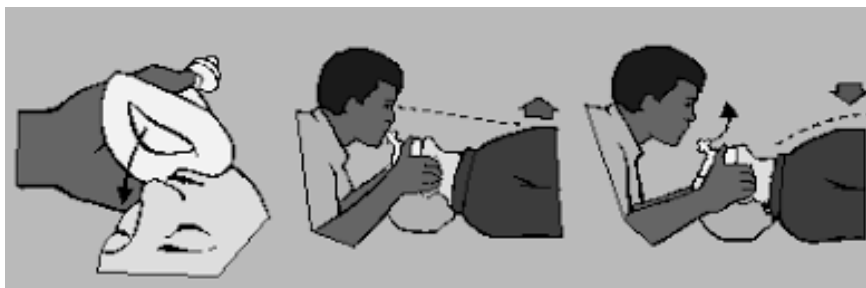
Existem muitas técnicas de ventilação que podem ser utilizadas, as mais recomendadas são as que utilizam equipamento de proteção.

Ventilação boca-máscara

É preferível em relação ao método anterior, pois oferece proteção ao socorrista contra doenças infectocontagiosas.

Existem máscaras transparentes que podem ser transportadas no bolso. Essas máscaras possuem um filtro que impede a contaminação do socorrista através do ar exalado pelo paciente. Alguns modelos têm uma entrada lateral para oxigênio. Quando se usa a máscara não é necessário tapar o nariz do paciente, nem retirar a máscara na expiração.

O socorrista sopra pelo orifício da máscara e depois apenas afasta a boca para permitir a saída do ar. A máscara deve permanecer bem vedada, sem folgas no contato com a pele, para que o ar chegue aos pulmões com mais eficiência.

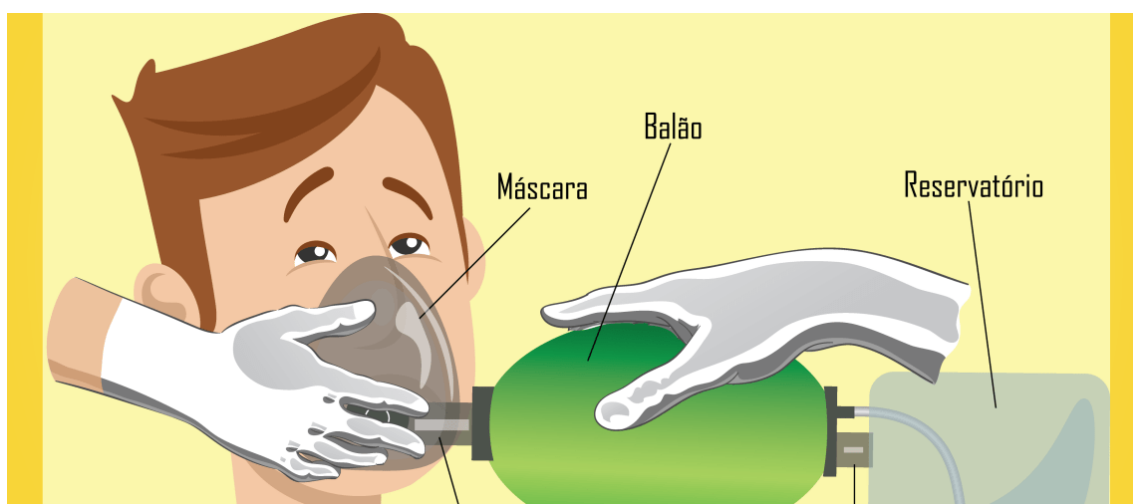


Ventilação bolsa-máscara- AMBU

O socorrista deverá aplicar a máscara de maneira tal que ela cubra as narinas e a boca da vítima. As insuflações de ar são feitas por meio da compressão de uma bolsa autoinflável (Ambú) acoplada à máscara. As insuflações devem ser realizadas com intervalos de 5 a 6 segundos. Esta técnica geralmente é usada em associação com a Cânula de Guedel.

No atendimento pré-hospitalar, a Cânula de Guedel tem como função manter a língua distante da parede posterior da faringe. Possuem tamanhos variados, sendo o adequado aquele cujo comprimento corresponde à medida da distância que vai da comissura labial ao lóbulo da orelha. Se a cânula for muito longa, ela poderá empurrar a epiglote e causar obstrução completa e, se muito curta, poderá desviar a língua posteriormente e piorar a obstrução.

A instalação se dá pela introdução do lado convexo da cânula contra a língua e giro de 180 graus dentro da cavidade oral.



A cânula só deverá ser utilizada em pacientes inconscientes, pois caso contrário provocará tosse, vômito ou laringoespasmo. Caso a vítima apresente qualquer rejeição à cânula, sua instalação deve ser prontamente interrompida.

3.3.4 DESFIBRILAÇÃO – CAB-D

A desfibrilação é o único tratamento específico para reversão da fibrilação ventricular, por isso, é de grande importância que seja realizada precocemente, nos primeiros minutos de PCR. Ela consiste em um choque em corrente contínua, com carga de 200J, em aparelho bifásico, aplicado através de dois eletrodos sobre o tórax no intuito de organizar o ritmo elétrico cardíaco.

Atualmente, a desfibrilação pode ser facilmente implementada por qualquer pessoa com treinamento de poucas horas, devido às características e simplicidade de uso dos desfibriladores semiautomáticos, conhecidos como DEA.

O DEA é um microprocessador que analisa o ritmo elétrico cardíaco e, quando constatada fibrilação, indica a desfibrilação, ele possui um sistema de áudio que orienta e grava todo atendimento.

Utilização do DEA

No momento da chegada do DEA, os socorristas não devem interromper a sequência de RCP. Ele deve ser instalado durante as manobras de reanimação.

O socorrista que traz o DEA deve:

- Colocar o aparelho próximo à vítima, ligar e seguir suas orientações.
- Aplicar as pás autoadesivas no tórax do paciente atentando para alguns cuidados especiais e conectá-las no desfibrilador.
- Interromper a RCP quando o aparelho solicitar: “pare a RCP, não toque no paciente”. Após estar instalado no paciente, o DEA começa imediatamente a analisar o ritmo cardíaco. Para tanto, é necessário interromper a RCP a fim de não interferir na análise feita pelo aparelho.
- Seguir as instruções do aparelho quanto à indicação do choque. Após alguns segundos, o DEA avisa pelo sistema de áudio se há indicação de choque e, por um sistema sonoro e/ou luminoso, o momento do choque.

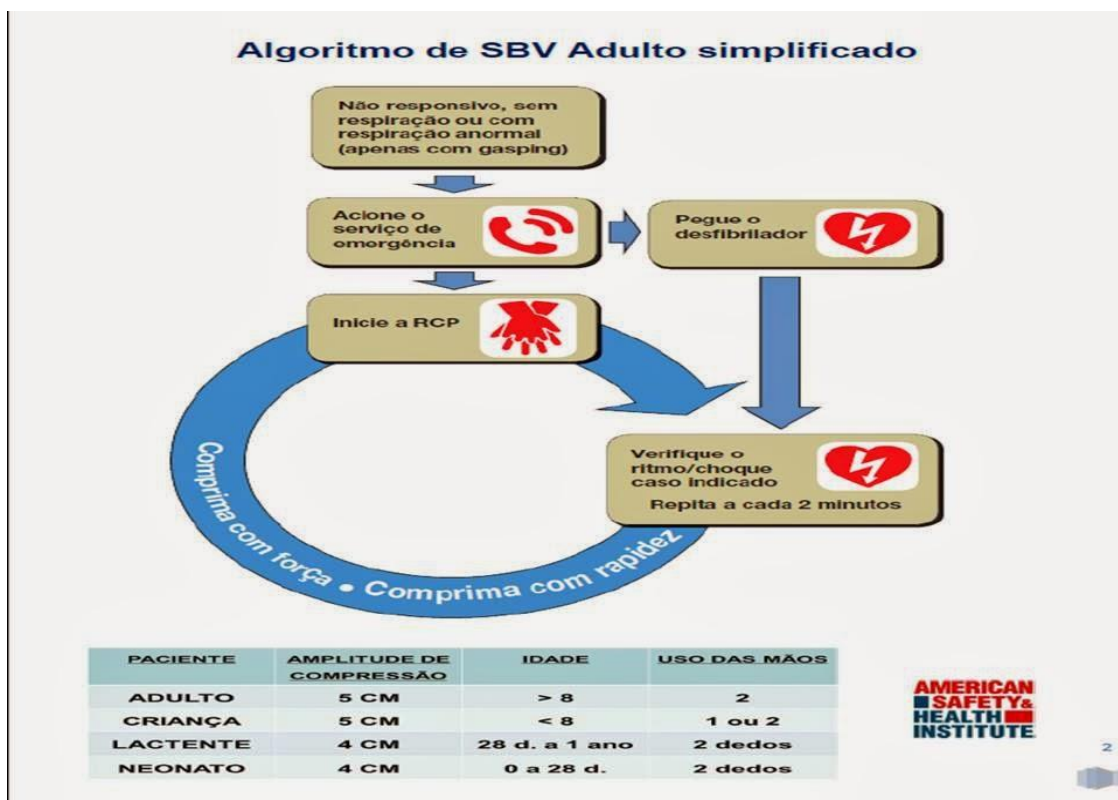


Se o DEA fornecer uma mensagem de “choque indicado”, o socorrista deve **afastar-se do paciente e estar seguro de que ninguém está tocando no paciente**. Estes cuidados são importantes para impedir que o choque seja aplicado em quem estiver em contato com o paciente. Recomenda-se que o socorrista diga em voz alta: **“Afastem-se do paciente”** e, em seguida, administre o choque.

- ✚ Seguir as orientações do aparelho quanto à retomada da RCP. Após o primeiro choque, o socorrista deve seguir rigorosamente as instruções de DEA, reiniciando a RCP pelas compressões torácicas.

Cuidados especiais na colocação das pás

- **Tórax molhado** – não aplique choque se o tórax da vítima estiver molhado.
- **Tórax muito peludo** – Muito pelo no tórax impede um bom contato entre as pás e a pele do paciente.
- **Adesivos** – Adesivos de medicamentos são cada vez mais usados em medicina. Se houver adesivo de medicamento no tórax, principalmente no local onde o socorrista deve colocar as pás, esses adesivos devem ser retirados antes da colocação das pás.
- **Marcapasso** – Pacientes que possuem marcapasso implantado devem ser desfibrilados, contudo, recomenda-se que as pás não sejam colocadas sobre o aparelho



CAP. IV- EMERGÊNCIAS DIVERSAS

I - INTRODUÇÃO

Apesar de ser imprescindível que o socorrista saiba atuar de forma resolutiva em um PCR ou em uma emergência traumática grave, os atendimentos mais comuns, por sua vez, estão relacionados a outros agravos de menor gravidade, mas que, quando não devidamente assistidos, podem gerar lesões secundárias e sequelas, ou mesmo evoluir para PCR e até morte.

Nesta compreensão, faz-se de grande importância o estudo de algumas destas emergências, seja por ocorrerem com mais frequência ou por estarem relacionadas a riscos presentes nos locais de convivência e trabalho humano.

2 - DISPNEIA

Dispneia é o termo usado pelos médicos para se referirem à falta de ar ou encurtamento da respiração. A pessoa afetada tem a sensação de não conseguir “pegar mais ar” ou não conseguir respirar profundamente. Poderá também sentir dificuldade para colocar o ar para fora dos pulmões.

A falta de ar pode ocorrer por causas diversas, como o exercício intenso, por exemplo. Infecções virais (gripes, pneumonias), quadros alérgicos (asma) ou cardíacos são as causas médicas mais comuns.

Em presença de dispneia grave o paciente deve receber oxigênio (oxigenoterapia) por máscara e ser prontamente removido para uma emergência, para investigação e tratamento.

3 - OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO

A obstrução das vias aéreas impede que a vítima respire, impossibilitando assim que ela consiga o oxigênio, que é fundamental para o nosso organismo.

Corpos estranhos como balas, pedaços de alimentos, dentes e outros objetos podem obstruir as vias aéreas, impedindo a vítima de respirar.

A obstrução das vias aéreas é classificada em completa e incompleta. O que diferencia as duas é a capacidade da vítima de emitir som.

3.1 Paciente Consciente com Obstrução Incompleta

Na obstrução incompleta o paciente consegue falar e pode estar um pouco agitado. Aproxime-se do paciente, tente acalmá-lo e oriente o mesmo para tossir. Caso não tenha resultado, encaminhe o paciente para o hospital.

Não bata nas costas do paciente, pois isso pode mover o corpo estranho e agravar a situação, transformando-a em obstrução completa.

3.2 Paciente Consciente com Obstrução Completa

Na obstrução completa o paciente apresenta-se agitado, com incapacidade de falar, dificuldade respiratória e cianose (pele azulada), assumindo uma postura típica de colocar as mãos ao redor do pescoço. Ao observar esta situação o socorrista deve se aproximar do paciente, tentar acalmá-lo e imediatamente solicitar socorro médico.

Posicionar-se por trás do paciente e colocar uma das mãos com o punho fechado e o polegar voltado para dentro, em contato com o abdome do paciente (acima da cicatriz umbilical). A outra mão do socorrista é colocada sobre a primeira. Fazer compressões abdominais para cima, até desobstruir as vias aéreas ou o paciente ficar inconsciente.

Caso o paciente fique inconsciente, ajoelhe-se ao lado da vítima e desobstrua as vias aéreas (mão na testa e inclinação do queixo). Abra a boca do paciente e verifique a presença de corpo estranho. Se ele estiver visível, retire-o e faça duas ventilações de resgate. Caso não haja expansão torácica e a extensão da cabeça esteja correta, o socorrista deve iniciar 30 compressões torácicas, e, em seguida, abrir a boca do paciente para a verificação da presença de corpo estranho. Trata-se de uma verificação visual, nunca introduza os dedos às cegas na boca do paciente a procura de corpo estranho. Se não houver corpo estranho visível, realizar as duas ventilações de resgate e, caso o tórax continue imóvel, continuar a fazer as 30 compressões torácicas até a vítima se movimentar, voltar a respirar ou a equipe médica chegar ao local.

Em pacientes grávidas ou obesos, o ponto de compressão para desobstrução das vias aéreas, é idêntico ao ponto de compressão torácica na manobra de RCP.

4 - CONVULSÕES

Atividade muscular anormal, associada a alterações de comportamento ou inconsciência causada por atividade anormal do cérebro.

A principal causa de convulsão é a epilepsia, porém existem tipos de epilepsia que não estão associadas a convulsões e convulsões causadas por outras condições diferentes da epilepsia.

Geralmente as convulsões são de curta duração, cessando espontaneamente sem necessidade de medicação. Divide-se em duas fases distintas:

Fase tônica - dura 15 a 20 segundos e se caracteriza por perda da consciência e contração muscular contínua, inclusive do diafragma. No início desta fase, a contração da musculatura abdominal força o ar pela laringe fechada, produzindo um grito.

Fase crônica - dura de 30 a 60 segundos, em que se alternam rapidamente contrações musculares intensas e relaxamento da musculatura. Pode haver parada respiratória e perda do controle esfinteriano (eliminação involuntária de urina e/ou fezes). Caracteristicamente, ocorre salivação excessiva (sialorréia).

Após a cessação das convulsões segue-se o estado pós-comicial, onde ocorre o embotamento, ou seja, o estado de sonolência e desorientação, que dura alguns minutos.

4.1 Causas de Crises Convulsivas

- ❖ Epilepsia;
- ❖ Hipoglicemia (taxa baixa de açúcar no sangue);
- ❖ Overdose (dose excessiva de drogas);
- ❖ Abstinência alcoólica;
- ❖ Febre alta;
- ❖ Lesões cerebrais.

4.2 Condutas

- ❖ Avaliar a cena;
- ❖ Acionar equipe médica;
- ❖ Usar EPI (equipamento de proteção individual);
- ❖ Afastar do paciente objetos que possam ocasionar algum ferimento;
- ❖ Proteger a cabeça do paciente evitando que ela bata no chão;
- ❖ Não tentar introduzir objetos na boca do paciente, como: lenço, pedaço de madeira, etc;
- ❖ Não tentar conter a vítima, devido ao risco de ocasionar lesões;
- ❖ Abrir vias aéreas com manobras manuais, após a cessação total das convulsões;
- ❖ Iniciar ventilação, caso esta não retorne após a convulsão;
- ❖ Colocar a vítima em posição lateral de segurança.

4.3 Epilepsia Não Convulsiva

- Crises de ausência: mais comuns em crianças. A vítima perde o contato com o meio ambiente por alguns segundos e parece estar fitando o vazio.
- Epilepsia complexa parcial: ataques de confusão e perda de relação com o meio.

A epilepsia não convulsiva não tem tratamento de primeiros socorros, além da observação e proteção do paciente.

5 - SÍNCOPE

É a perda da consciência, breve e repentina, geralmente com rápida recuperação. Pode ter múltiplas causas, desde um simples susto (ansiedade, tensão emocional) até um quadro de infecção do SNC. Após verificar o restabelecimento do paciente, este deve ser orientado a buscar atendimento médico.

6 - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

6.1 Definição

É a necrose (morte) de área do músculo cardíaco produzida por uma redução prolongada na irrigação sanguínea (isquemia). Após 30-60 minutos de isquemia, as células miocárdicas evoluem para a necrose, que não pode mais ser revertida.

6.2 Causa

A causa mais comum é um trombo (coágulo), que oclui uma artéria coronária obstruída parcialmente por placa de gordura. É mais comum em homens acima dos 30 anos de idade, porém pode ocorrer em pacientes mais jovens.

6.3 Manifestações

Desconforto torácico, a dor algumas vezes se irradia para os braços (principalmente o esquerdo) ou pescoço. A dor pode se associar a náuseas, vômitos, suor em grande quantidade, ansiedade, inquietação e falta de ar.

Geralmente os sintomas se iniciam em repouso, pioram gradualmente e duram horas, caso não tratados.

6.4 Complicações

São classificadas em elétricas (arritmias) e mecânicas (falência cardíaca). A fibrilação ventricular é a principal causa de óbito por arritmia em pacientes infartados. A maioria das mortes ocorre nas primeiras 24 horas, especialmente na primeira hora (50% dos óbitos).

6.5 Condutas

- ✓ Acionar a equipe médica;
- ✓ Manter a vítima em repouso absoluto;
- ✓ Não permitir em nenhuma hipótese que o paciente se movimente ou ande;
- ✓ Tranquilizar pacientes lúcidos;
- ✓ Caso o paciente se torne inconsciente, abrir vias aéreas e checar respiração. Caso a respiração se torne ausente, iniciar RCP até a chegada do desfibrilador ou da equipe médica.

7 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o AVC é a terceira causa de morte natural e incapacidade do mundo (atrás do câncer e o infarto) e a primeira no Brasil.

7.1 Conceito

O Acidente Vascular Cerebral, também conhecido como “**Derrame Cerebral**”, acontece quando o sangue, contendo nutrientes e oxigênio, não chegam a determinadas áreas do cérebro, ocorrendo à perda das funções dos neurônios.

Pode ser dividido em dois tipos:

- ☐ Acidente Vascular Cerebral Isquêmico – o mais comum é causado pela falta de sangue em determinada área do cérebro, decorrente de uma obstrução de uma artéria;
- ☐ Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico – é causado por sangramento devido ao rompimento de um vaso sanguíneo.

7.2 Causa

Os fatores de risco estão diretamente relacionados ao AVC, sendo eles o sedentarismo, obesidade, o uso de contraceptivo oral, terapia de reposição hormonal pós-menopausa, alcoolismo, aumento da homocisteína plasmática, síndrome metabólica por aumento da gordura abdominal, uso de cocaína e anfetaminas.

7.3 Manifestação

- ☐ Dormência na face, braço ou perna, especialmente de um lado do corpo;
- ☐ Confusão na comunicação (fala ou entendimento);
- ☐ Distúrbio da visão em um ou nos dois olhos;
- ☐ Alteração da marcha, tontura, desmaio, perda de equilíbrio ou coordenação;
- ☐ Dor de cabeça de causa desconhecida.

Existem várias escalas pré-hospitalares de AVC validadas e disponíveis, podendo-se citar a Escala Pré-hospitalar para AVC de Cincinnati, este nome se deve à localidade onde foi desenvolvida, utiliza a avaliação de 3 achados físicos em menos de um minuto:

1. Queda facial (Pedir a vítima para mostrar os dentes ou sorrir);
2. Debilidade dos braços (Peça que a vítima levante os dois braços, com as palmas das mãos para cima);
3. Fala anormal (Peça a vítima para falar uma frase simples, como “**O Brasil será campeão**”).

Paciente com aparecimento súbito de 1 (um) destes 3 achados têm 72% de probabilidade de um AVC. (Guideline 2020)

7.4 Condutas:

- ☐ Acionar a equipe médica;
- ☐ Manter a vítima em repouso absoluto;
- ☐ Tranquilizar pacientes lúcidos;
- ☐ Reavaliar cognitivo da vítima através da escala de Cincinnati, para o acompanhamento do caso.

A identificação rápida dos sintomas é muito importante para o diagnóstico e o tratamento adequado, além de redução de incapacidades.

8 - QUEIMADURA

Queimaduras são acidentes frequentes, em todas as faixas etárias, provocando muitas hospitalizações. As queimaduras podem ser térmicas, elétricas ou químicas. Os fatores de gravidade em queimaduras térmicas são a extensão, a profundidade e a localização.

8.1 Profundidade da Queimadura

Primeiro Grau: Atinge a parte superficial da pele (epiderme), apresentando uma cor vermelho vivo e dolorida. Pode ser causada por excesso de sol, ou por um contato rápido com uma chama ou fonte de calor importante.

Segundo Grau: Atinge a parte mais profunda da pele (derme). Além dos sinais já descritos, há a formação de bolhas, aparência brilhante ou base úmida. Também é dolorosa. Pode ser causada por um contato um pouco mais prolongado com fonte importante de calor.

Terceiro Grau: Atinge a pele (derme e epiderme) e tecido adiposo (subcutâneo). A pele encontra-se esbranquiçada, com aparência de couro, independente da cor da pele. Também é dolorosa.

Quarto Grau: Além de atingir a pele, tecido adiposo, atinge os músculos, os ossos ou os órgãos internos. As queimaduras elétricas enquadram-se nesse grau.

8.2 Extensão

A extensão é o fator isolado de gravidade mais importante no queimado. Por exemplo, uma queimadura extensa de primeiro grau pode ser mais grave que uma queimadura mais profunda numa área pequena. No paciente gravemente queimado, as medidas de suporte médico baseiam-se no percentual de pele acometido por queimaduras de segundo e terceiro grau. O percentual de pele queimada pode ser estimado usando como medida a regra dos 9.

8.3 Localização

Queimaduras localizadas em certas áreas são sempre consideradas graves, independente da extensão total de pele queimada. São estas: face, mãos, orifícios naturais e órgãos sexuais, articulações na sua face flexora.

A inalação de vapores pode gerar intoxicação, queimaduras e inflamação das vias respiratórias e pulmões, mesmo na ausência de queimaduras de pele. A presença de fuligem na boca ou narinas de vítimas que estiveram em contato com a fumaça, representa forte indício de inalação de vapores, devendo ser a vítima encaminhada para avaliação médica, mesmo que esteja aparentemente bem.

8.4 Tempo de Contato Nas queimaduras químicas e elétricas o tempo de contato é fator de gravidade, e deve ser sempre informado ao pessoal médico.

Nas queimaduras químicas, a retirada do agente químico da pele e roupa dos pacientes pode causar lesão grave no socorrista. A retirada dos agentes químicos é necessária e muito importante, mas só deve ser realizada por equipe de saúde treinada e equipada.

8.5 Idade

Os recém-nascidos, as crianças pequenas e os idosos são os mais frágeis.

8.6 Tratamento

8.6.1 Queimaduras leves

O procedimento inicial é resfriar a área queimada jogando água em temperatura ambiente durante ao menos 10 minutos (Não fazer imersão do membro, e sim, jogar água continuamente sobre a lesão).

Não usar pomadas, cremes, unguentos e etc. sobre as queimaduras. Não furar bolhas. A superfície queimada deve ser seca com pano limpo após a lavagem. O pano deve ser usado em movimentos suaves de tamponamento, sem esfregar.

O objetivo do resfriamento com água é diminuir a lesão pelo calor que continua a acontecer na pele aquecida, mesmo depois de afastada a fonte de calor.

8.6.2 Queimaduras graves

Deve-se proceder ao resfriamento em queimaduras extensas usando água corrente durante 5 a 10 minutos na área queimada. Porém, após o resfriamento realizar um curativo com pano limpo e seco para que não permaneça o resfriamento do tecido lesionado, e cobrir a vítima com uma manta térmica ou pano limpo com o objetivo de evitar a baixa da temperatura corporal (hipotermia). As roupas em contato com queimadura devem ser retiradas, a menos que estejam grudadas. Os adornos (brincos, cordões, anéis...) devem ser também removidos, pois os mesmos acumulam calor. Mais

uma vez não devem ser rompidas bolhas, nem deve ser usado qualquer tipo de produto sobre a pele. Sempre utilize um pano limpo para cobrir a queimadura.

Toda queimadura que atingir 10% ou mais da superfície do corpo, ou que atingir área nobre (face, áreas de dobra, pescoço, genitália) deve ser avaliada em ambiente hospitalar.

BIBLIOGRAFIA:

MACEY, Robert I. – Fisiologia Humana – 3ª edição – Editora Edgard/Blucher Ltda, São Paulo, 1983.

Atendimento Pré Hospitalar ao Traumatizado – Básico e Avançado/PHTLS/NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians), 6ª edição, Editora Elsevier Ltda, São Paulo, 2007.

Revista Crescer – Edição Especial – Primeiros Socorros de Urgência para Crianças – Editora Globo – São Paulo.

Manual para Instrutores de Socorristas – Liga de Sociedades de Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho – 2ª edição – Brasília, 1990.

PLOTKOWSKI, Luiz Maurício...[et al.] – CBMERJ, Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro – Manual Básico de Socorro de Emergência – Rio de Janeiro, 1997.

EUA, GUIDELINE CPR ECC. Destaque das Diretrizes da American Heart Association para RCP e ACE. Dallas, Texas, 2020.

SILVA, Gisele Sampaio...[et al.] – Acidente Vascular Cerebral – Prevenção Tratamento e Reabilitação, 1ª edição – Editora Atheneu – 2015.

MARANGONI, Toni Tazio...[et al.] – Manual de Primeiros Socorros, 3ª edição – Editora Nova Moinho – 2020.