

Primeiros Socorros

-

Beto Pereira da Silva

(Leão)



Índice

Introdução.....	4
1. Avaliação da Cena ou Sinistro.....	5
2. Avaliar a resposta da Vítima.....	6
3. Efectuar os primeiros socorros.....	8
Fluxograma – Suporte Básico de Vida.....	10
Desfibrilhação.....	10
3.1 Primeiros Socorros Essenciais – ACHE.....	14
3.1.1 ACHE – Asfixia.....	14
a. Manobra de Heimlich.....	15
3.1.2 ACHE – Choque.....	17
a. Posição Lateral de Segurança.....	18
b. Choque traumático.....	18
3.1.3 ACHE – Hemorragia.....	19
3.1.4 ACHE – Envenenamento.....	21
3.2 Primeiros Socorros Secundários.....	22
3.2.1 Feridas.....	22
3.2.1.1 Quanto à forma.....	22
3.2.1.2 Quanto à extensão.....	22
3.2.1.3 Tratamento das feridas.....	23
3.2.1.4 Actuação geral.....	23
4 Traumatismos.....	24

Primeiros Socorros

4.1	Fracturas.....	25
4.1.1	Fractura completa da clavícula.....	25
4.1.2	Fractura do úmero.....	25
4.1.3	Fractura de Colles.....	26
4.1.4	Fractura do colo do fémur.....	27
4.1.5	Fractura dos ossos da perna.....	27
4.2	Luxações.....	27
4.3	Entorses.....	28
4.4	Ligaduras.....	28
5	Transporte de um ferido com segurança.....	31
5.1	Transporte de um ferido com suspeita de lesão na coluna.....	31
5.2	Transporte de uma vítima, sózinho.....	32
5.2.1	A vítima não pode andar.....	32
5.2.2	A vítima pode andar.....	33
5.3	Transporte com dois ou mais socorristas e sem maca.....	33
5.3.1	A vítima pode andar.....	34
5.3.2	A vítima não pode andar.....	34
5.4	Transporte com maca.....	35
6	Picadas.....	36
6.1	Abelha.....	36
6.2	Lacraus.....	36
6.3	Carraças.....	37
7	Queimaduras.....	38
7.1	Extensão das queimaduras.....	38
7.2	Grau das Queimaduras.....	39
7.3	Tratamento de emergência em situações de queimaduras térmica..	40
8	Insolação.....	41
8.1	Como se manifesta.....	41
8.2	Procedimentos.....	41



Bibliografia.....42

Introdução

Os primeiros socorros constituem-se no primeiro atendimento prestado à vítima em situações de acidente ou infortúnio, por uma pessoa comum, no local do acidente.

A função importante do socorrista é a de manter a vítima viva até à chegada do socorro adequado, sem ocasionar outras lesões ou agravar as já existentes. O ideal é sempre, o de possuir treino em primeiros socorros antes de se precisar usar os procedimentos em qualquer situação de emergência.

Diversas situações podem precisar de primeiros socorros. As situações mais comuns têm a ver com vítimas de acidentes automobilísticos, atropelamentos, incêndios, tumultos, afogamentos, catástrofes naturais, acidentes industriais, tiroteios ou, para atender pessoas que sofreram um ataque cardíaco, ataques epilépticos, convulsões, etc.

Como exemplo da necessidade de se estar preparado, há a clássica PCR (paragem cardio respiratória) ou eminência da mesma. Nesta situação, o tempo conta-se em escassos minutos. Se não se fizer nada, a probabilidade de salvar a vítima diminui 7 a 10% por cada minuto que passa sem ajuda. Se se desencadear a “Cadeia de sobrevivência” que passa entre outras coisas pela RCP (Reanimação Cardio Respiratória ou Ressuscitação Cardíaca e Pulmonar) esse risco passa a ser de 3 a 4% por cada minuto que passa.

Tão importante quanto os próprios primeiros socorros é o providenciar indicações para os que podem vir a prestar o atendimento especializado. Ao informar as autoridades, deve-se ser **directo e preciso sobre as condições da(s) vítima(s) ; o seu número, bem como sobre o local exacto da ocorrência.**

Assim sendo, este Manual, pretende fornecer noções que levem ao treino de gestos e sua automatização, antes de se precisar usar os procedimentos em algumas das muitas situações de emergência.

1 Avaliação da Cena ou Sinistro

Todo procedimento de primeiros socorros deve começar com a avaliação das condições de segurança do local onde está a pessoa ou pessoas que se pretende ajudar.

Regra básica:

O socorrista não se deve expor a si nem a terceiros, a risco maior do que os que corre a própria vítima.

1. Situação e/ou perigo eminente, no local onde o sinistrado se encontra

Ex. risco de explosão/incêndio; pessoas encarceradas num veículo; desmoronamento; fumos e gases tóxicos; linha eléctrica.

2. Proteger-se a si próprio.

Ex ; Usando luvas. Protegendo-se.

3. Afastar a vítima do perigo se possível (nunca descurar a própria segurança);



2 Avaliar a resposta da vítima

O plano de acção deve ser orientado segundo as PRIORIDADES. Sabe-se que a pesquisa do pulso ou sinais vitais, a maior parte das vezes representa uma perda de tempo, Assim sendo, o primeiro passo é:



se

Pesquisar o grau de consciência (se responde a estímulos):

- Abane a vítima suavemente;
- Chame em voz alta

SE CONSCIENTE – Deixar a vítima na posição em que foi encontrada, se isso não envolver risco, tentando perceber o que se passou; pedindo ajuda e avaliando a situação regularmente se necessário



SE INCONSCIENTE- Grite por ajuda sem abandonar a vítima.

1. Por muito estranha que seja a posição do “ferido”, basta rodá-lo para que fique de barriga para cima e seja acessível a via aérea.. Abrir a boca e observar se tem algum corpo estranho na via aérea superior. Retirá-lo tendo em atenção que deve travar uma eventual dentada de um estertor agónico por exemplo. Usar um pedaço de roupa; um cinto; o que encontrar à mão, mas nunca colocar os seus dedos dentro da boca do ferido



2. Posteriormente efectuar a extensão da cabeça (colocando uma mão na testa) e elevando o queixo com o auxílio das extremidades dos dedos da mão contrária

3. Mantendo a via aérea aberta efectuar o **VOS** durante 10 segundos

a. **V**er se há movimentos respiratórios (tórax/abdómen)



b. **O**uvir se há ruídos respiratórios

c. **S**entir na face se há fluxo de ar vindo da vítima

Nota - Se tiver dúvidas sobre a normalidade da respiração, actue como se fosse anormal.. Nos primeiros minutos a seguir à PCR a vítima pode fazer movimentos respiratórios em esforço ou inspirações ocasionais, lentas e ruidosas. Não confundir esta respiração agónica com respiração normal.

4. Se a respiração é normal

a. Colocar a vítima em PLS (Posição lateral de segurança) – Ver mais à frente

b. Llgar ou mandar ligar o 112

c. Voltar para junto da vítima mantendo a vigilância sobre a eficácia da respiração

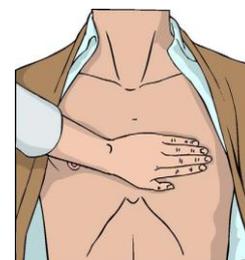
5. Se a respiração não é normal

a. Ligar o 112. Se estiver sózinho, pode ter de abandonar as manobras para proceder a essa ligação.

b. Iniciar a RCR, pelas compressões torácicas.

i. Ajoelhar ao lado da vítima

ii. Apoiar a eminência tenar de uma das mãos no centro do tórax da vítima



iii. Colocar a palma da mão contrária por cima da primeira..

Primeiros Socorros

- iv. Entrelaçar os dedos das duas mãos, assegurando que a pressão se faz sobre o esterno e não sobre as costelas. Não fazer pressão sobre a parte superior do abdómen nem sobre a ponta inferior do esterno.



- v. O reanimador deve ter em atenção que deve ficar numa posição perpendicular à vítima, com os braços estendidos pressionando o esterno de forma a deprimi-lo 5 cm



- vi. Repetir as compressões, sem que as mãos percam o contacto com o esterno, à razão de 100/m (Não ultrapassar as 120/m). O tempo de compressão e relaxamento deve ser idêntico .

NOTA - Não esquecer que as interrupções nas compressões torácicas reduzem a sobrevida.

NOTA - *Discute-se muito a reanimação só com compressões versus compressões e ventilação. Sabe-se que a reanimação só com compressões torácicas não é um método de reanimação eficaz para paragens cardíacas de origem não cardíaca (afogamento ou sufocação), porque o stock de oxigénio esgota-se ao fim de 2 a 4 minutos, a partir do momento em que se começou o SBV. Apesar da controvérsia quanto ao papel das ventilações no prognóstico da vítima em PCR, é largamente aceite e preconizado nas Guidelines de 2010, que o método de reanimação preferencial, a partir dos 2 minutos de SBS, quer para profissionais quer para leigos, é a compressão torácica associada à ventilação. Por essa razão descrevemos de seguida o procedimento da ventilação.*

- c. Proceder à ventilação “boca a boca” logo que conclua as primeiras 30 compressões.



- i. Com o polegar e indicador da mão que está apoiada na testa, apertar o nariz, na sua parte mole.
- ii. Manter o queixo elevado e a boca entreaberta
- iii. Fazer uma inspiração normal selando a boca da vítima com os lábios do reanimador ou com uma máscara de bolso.

Primeiros Socorros

(Estar atento á correcta colocação da máscara para que não hajam fugas)

- iv. Soprar para a boca da vítima com um fluxo contínuo, verificando se o tórax expande durante 1 segundo. Para a insuflação ser considerada eficaz o tórax deve expandir.
- v. Manter a extensão do pescoço e a elevação do queixo enquanto olha para o torax e confirma a descida do mesmo, o que comprova a saída do ar.

NOTA: Se a insuflação de ar não faz subir o tórax como numa inspiração normal antes de voltar a tentar:

- Reverificar se existem corpos estranhos na boca da vitima e removê-los
- Reconfirmar a extensão da cabeça e elevação do queixo
- Não fazer mais de 2 tentativas de ventilação antes de retomar as compressões torácicas

- vi. Inspirar de novo e voltar a insuflar. (Este processo não deve durar mais de 5 segundos)
- vii. Recolocar as mãos sobre o esterno e realizar mais 30 compressões.
- viii. Manter o ritmo 30:2, até obter ajuda ou a vítima recuperar a respiração .

NOTA: A contagem das compressões deverá ser sempre em voz alta. Se estiverem 2 elementos a reanimar, deverão trocar de posições ao fim de 2 minutos aproximadamente.

NOTA: Se não se sentir confortável ou com prática para a execução da ventilação,, quando não conseguir fazer ou decidir-se por não fazer a respiração boca a boca, persista nas compressões torácicas externas, mantendo o ritmo de 100/m. até obter ajuda.

O SBV (Suporte Básico de Vida) deve manter-se até:

Chegar ajuda diferenciada

O reanimador ficar exausto

A vítima recuperar a respiração normal

No caso de se estar perante uma criança, o facto de não ter prática não deve anular a intenção de socorrer. Os procedimentos são praticamente idênticos, devendo ter em atenção que:

Antes de começar as compressões ventile 5 vezes seguidas a criança.

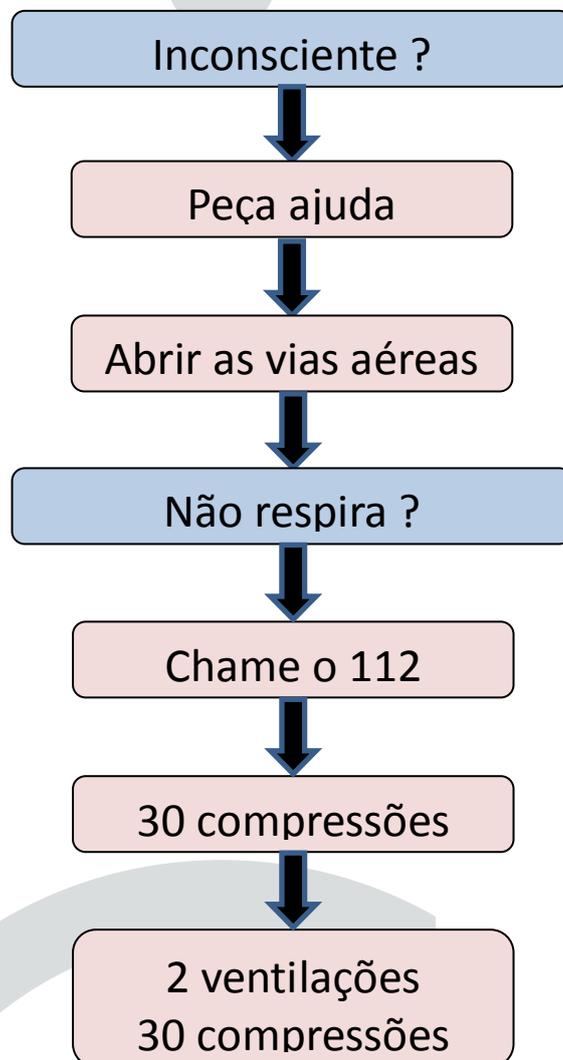
Inicie as compressões durante 1 minuto

Peça ajuda

NOTA – As compressões devem mover o tórax até $\frac{1}{3}$ da sua altura. Devem ser efectuadas com dois dedos, apoiados acima do apêndice xifóide e virados na direcção da cabeça, numa criança com menos de 1 ano de idade e com uma ou as duas mãos nas crianças com mais de 1 ano e em função da necessidade.



Suporte Básico de Vida SBV





DEFIBRILHAÇÃO

Este símbolo significa a presença de um desfibrilhador. Um grande ensaio aleatorizado sobre acesso do público à desfibrilhação demonstrou que os desfibrilhadores automáticos externos (DAE) podem ser utilizados em segurança por leigos e socorristas na primeira linha. Iniciar SBV e desfibrilhar nos 3-5 minutos que se seguem ao colapso por PCR permite sobrevivências da ordem dos 49% – 75%. . Por cada minuto de atraso na desfibrilhação a probabilidade de sobrevivência, reduz-se em 10%–12%.

Os DAE são seguros e eficazes quando utilizados por leigos e por profissionais quer em contexto pré quer intra-hospitalar. A utilização de DAE por leigos permite desfibrilhar vítimas de PCR muitos minutos antes da chegada do SEM.

Sequência para a utilização do DAE

1. Assegurar que quer a vítima quer os circunstantes estão em segurança

2. Seguir a sequência do SBV do adulto:

- Se a vítima não responde e não respira normalmente, mandar alguém buscar ajuda, procurar e trazer um DAE se disponível;

- Se o reanimador está só, utiliza o telemóvel para alertar o SEM – só abandona a vítima se não houver nenhuma outra opção;

3. Iniciar a reanimação com a sequência de SBV do adulto.

Se o reanimador está só e tiver acesso a um DAE começa por aplicar o DAE.

4. Logo que o DAE esteja disponível:

- Ligar o DAE - desnudar o peito da vítima e aplicar os eléctrodos



Primeiros Socorros

- Se há mais de um reanimador, um mantém o SBV enquanto o outro aplica os eléctrodos

- Seguir de imediato os comandos verbais/visuais do DAE

- Garantir que ninguém toca na vítima enquanto o DAE analisa o ritmo.



5. Se o choque estiver indicado:

- Garantir que ninguém toca na vítima;

- Ligar o botão de acordo com o comando

- Reiniciar de imediato o SBV com 30:2;

- Prosseguir de acordo com os comandos visuais / de voz



6. Se o choque não estiver indicado:

- Retomar de imediato o SBV com 30 compressões para duas ventilações

- Continuar a seguir os comandos do DAE até:

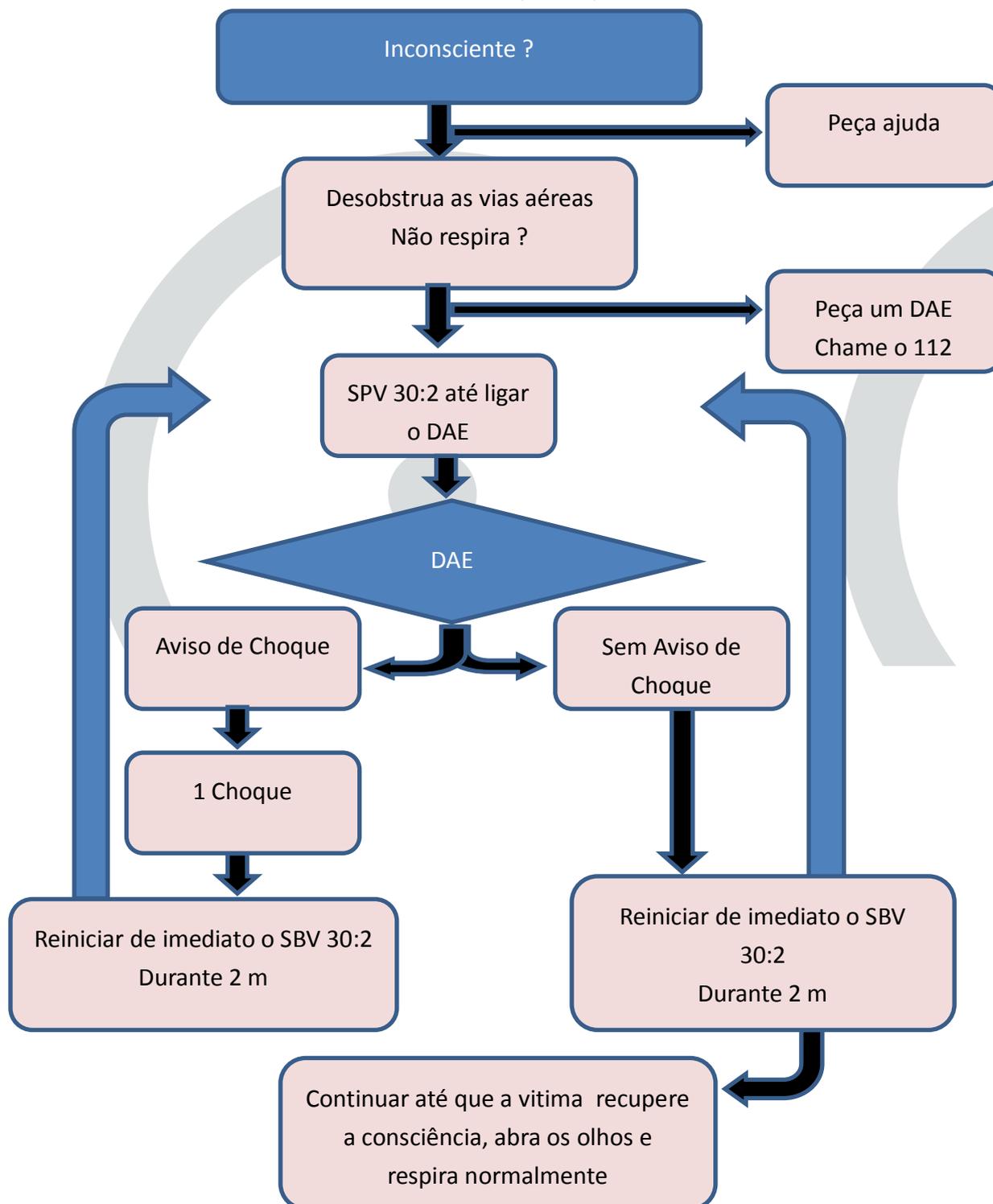
- Chegar ajuda profissional que tome conta da situação;

- A vítima dar sinais de estar a despertar: mexer, abrir os olhos e respirar normalmente;

- O reanimador ficar exausto.



Desfibrilhação automática externa (DAE)



3 Efectuar os primeiros socorros

3.1 Primeiros socorros Essenciais – **ACHE**

È essencial fazer um Exame objectivo da vítima, sabendo que :

- Sinal – È o que observamos. (ex: pele fria, palidez, lábios roxos, sudação);
- Sintoma - È o que a vítima informa sobre si mesma quando está consciente(náusea, dor, vertigem, etc.);
- Sinais vitais – São sinais cuja ausência ou alteração indica grave irregularidade no funcionamento do organismo. São eles: o pulso, a respiração, a pressão arterial e a ACHE

3.1.1 **ACHE** – Asfixia

1. Presença de corpos estranhos na laringe ou na traqueia. O corpo estranho pode provocar obstrução da via aérea ligeira ou grave. Lembre-se que Se ninguém actuar restam ao acidentado 3 a 4 minutos de vida. (ao fim desse tempo, o cérebro começa a sofrer lesões que se vão tornando irreversíveis, até à morte cerebral após 10 minutos).
2. Se o indivíduo consegue falar, respirar e tossir, trata-se de uma obstrução ligeira. devendo-se incentivá-la a tossir, tentando acalmá-lo ao mesmo tempo.
3. Se o indivíduo não consegue falar, nem respirar; se a respiração é estridulosa ou as tentativas para tossir são silenciosas, estamos perante uma obstrução grave.

a. O indivíduo está consciente ?

- i. Coloque-se ao lado da vítima, perpendicular a esta
- ii. Apoie com uma das mãos o tórax da vítima, e incline-a para a frente.

Primeiros Socorros

- iii. Aplicar até 5 palmadas nas costas, entre as omoplatas e com a palma da mão livre
- iv. Confirme se alguma das palmadas aliviou a obstrução da via aérea.
- v. Se as 5 palmadas não desobstruíram a via aérea, realizar a manobra de Heimlich

a) Manobra de Heimlich

1. A pessoa que socorre deve posicionar-se atrás da vítima e envolvê-la com os seus braços ao redor do abdómen;
2. Fechar um punho e posicioná-lo com o polegar para dentro entre o umbigo e o apêndice xifoide;
3. Com a outra mão, deverá segurar o seu punho e puxar ambas as mãos em sua direção, com um rápido empurrão para cima e para dentro a partir dos cotovelos;
4. Deve-se comprimir a parte superior do abdómen contra a base dos pulmões, para expulsar o ar que ainda resta e forçar a eliminação do bloqueio;
5. É essencial repetir-se a manobra cêrca de cinco vezes. Cada empurrão deve ser vigoroso o suficiente para deslocar o bloqueio.
6. Se a obstrução não se resolver, continuar com cinco compressões abdominais e cinco palmadas nas costas



Nunca abandonar o asfixiado para pedir auxílio, se estiver consciente.



Os mesmos procedimentos na criança, adaptados ao seu tamanho e idade

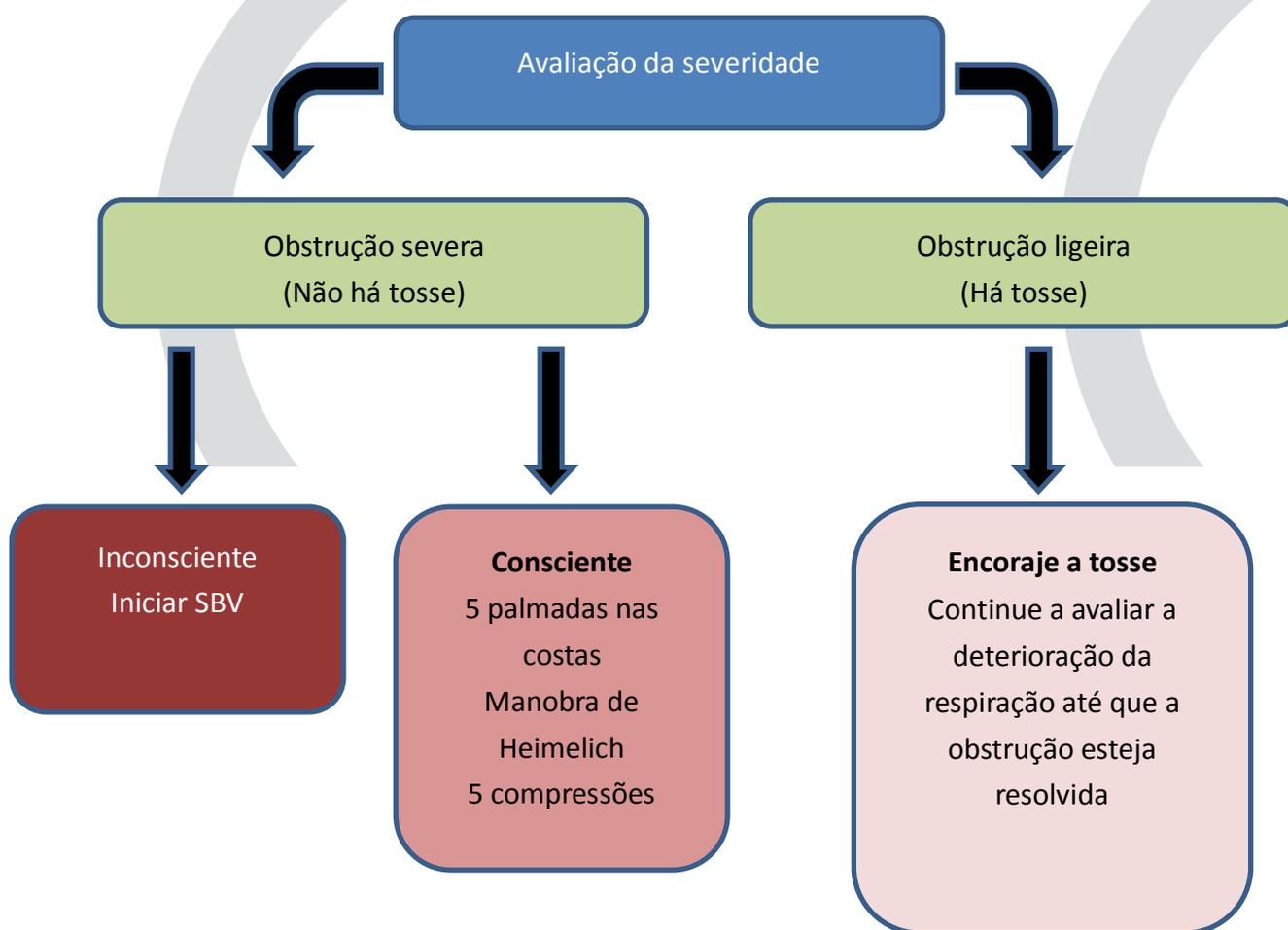


b. O indivíduo fica ou

está inconsciente ?

- Colocá-la cuidadosamente no chão
- Ligar o 112 de imediato
- Iniciar SBV

Tratamento da obstrução aérea por corpo estranho no adulto



6.1.2 **ACHE** – Choque

Diminuição do fluxo de sangue ao cérebro; diminuição da oxigenação; diminuição da tensão arterial. (Situações emocionais, dor, medo, etc.)- Extremidades frias; suores frios; palidez; imóvel

Se a vítima está consciente:

1. Colocar em decúbito dorsal com as pernas elevadas a 45° (facilita a irrigação cerebral),; massajar os músculos das pernas (activa a circulação periférica);
2. Cabeça lateralizada e em hiperextensão para prevenir a asfixia;
3. Animar a vítima conversando com ela.

Se a vítima está inconsciente:

1. Deitá-la em PLS

Não dar nada de beber

Evitar que a vítima arrefeça

a) Posição Lateral de Segurança (PLS)

A Posição Lateral de Segurança, pode ser utilizada em várias situações que necessitam de primeiros socorros, em que a vítima esteja inconsciente, mas a respirar e com um bom pulso, uma vez que esta posição permite uma melhor ventilação, libertando as vias aéreas superiores.

Esta posição, não deve ser realizada quando a pessoa:

- Não estiver a respirar;
- Tiver uma lesão na cabeça, pescoço ou coluna;
- Tiver um ferimento grave.

O que deve fazer:

1. Com a vítima deitada, colocar a cabeça em hiperextensão e de lado (para impedir a queda da língua para trás e a sufocação por sangue, vômitos ou secreções);
2. Pôr o braço do lado para onde virou a cabeça, em angulo recto com o corpo e cotovelo e a palma da mão para cima;
3. Segurar a mão do braço oposto, cruze o tórax e coloque-a com as "costas da mão" na face do acidentado, a fazer de uporte à cabeça;



4. Flectir a coxa do lado oposto ao do reanimador, segurando a perna no joelho pela região poplitea, de forma a ficar com o pé no chão;

5. Rodar lentamente o bloco cabeça-pescoço-tronco no sentido do reanimador e corrija a posição dos braços e pernas de forma a ficar estabilizado.. Manter a posição da cabeça para trás e para o lado, mantendo a boca aberta.



b) Choque traumático

Falência da circulação devido a duas causas: hemorragia e perda de plasma.

Sinais e Sintomas:

- Pele pálida e fria;
- Sudorese;
- Pulso débil com aumento da frequência (+ de 120 b/min) – Avaliação do Pulso;
- Tensão arterial desce;
- Respiração superficial e rápida;
- Sede;
- Agitação/Imóvel;
- Temperatura corporal desce progressivamente.

“Descobrir” o grupo sanguíneo

Não dar líquidos a beber (molhar a boca)

Falar com o paciente transmitindo calma e segurança

3.1.3 **ACHE – Hemorragia**

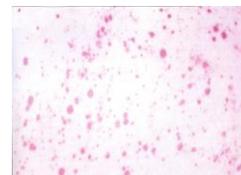
O corpo do adulto contém mais ou menos 5 litros de sangue. O rompimento de um vaso sanguíneo de maior calibre, pode fazer perder rapidamente uma quantidade significativa de sangue, a não ser que se actue correcta e imediatamente através de:

Imobilização do membro em causa, após a elevação do mesmo

Compressão firme no local da hemorragia a fim de a estancar e permitir hemostase. A perda de mais de 0,5l de sangue pode transformar-se numa situação grave. NUNCA fazer compressão manual directa em locais onde existam fracturas ou corpos estranhos encravados.

Situações mais comuns de hemorragia:

Petéquias - cabeça de alfinete - desaparecem mais rápido que as demais.



Equimoses - Resulta de uma pequena hemorragia produzida dentro da pele ("nódoa negra").



Epistaxes: Hemorragia de sangue pelo nariz (espontânea/traumática).

- Compressão digital das narinas.
- Tamponamento;
- Arrefecimento local (externo) com gelo protegido;
- Sentado com a cabeça direita. (Para a frente aumenta a hemorragia; para trás o sangue escorre pela garganta).

Num indivíduo que sangra pelo nariz ou pela boca e está inconsciente não se tampona nem se pratica qualquer manobra. Pode haver traumatismo craniano.

Menorragias (perdas de sangue uterinas)

Gengivorragias: Hemorragias nas gengivas

Hemorragias digestivas - Sangue vindo do Estômago: sangue vermelho acastanhado, por vezes acompanhado de restos alimentares.

- Colocar a vítima confortável, semisentada de preferência
- Manter temperatura corporal normal;
- NUNCA dar qualquer espécie de bebida à vítima:

Hematomas - quando a hemorragia é mais abundante, produzindo uma pequena saliência na pele. Aplicação tópica de gelo (imediatamente)



Hemoptises (expectoração sanguinolenta) - Sangue vindo dos pulmões: Sangue vermelho vivo, com bolhas de ar;

Colocar a vítima confortável e sentada de preferência

- Manter temperatura corporal normal;
- NUNCA dar qualquer espécie de bebida à vítima:

Hemartroses (sangramento em articulações)

Sufusão - formada por uma "hemorragia" mais extensa - mantém centro violáceo e as mudanças de cor ocorrem na periferia.



3.1.4 **ACHÉ – Envenenamento**

O envenenamento é o efeito produzido no organismo por uma substância, quer este seja introduzido por via digestiva, por via respiratória ou pela pele.

Sinais e sintomas:

- Arrepios e transpiração abundante;
- Dores abdominais, náuseas e vômitos, diarreia;
- Dificuldade respiratória
- Vertigens;
- Prostração;
- Síncope;
- Agitação e delírio.

O que deve fazer:

- Interrogar a vítima no sentido de tentar perceber a origem do envenenamento;
- Manter a vítima confortavelmente aquecida;
- Telefonar o mais rapidamente para C.I.V.A (Centro de informações anti-venenos);

Tel.: 21 795 01 43; 21 795 01 44; 21 795 01 46.



3.2 *Primeiros socorros Secundários* - Feridas, fracturas, queimaduras entre outros

3.2.1 - Feridas

Ferida ou solução de continuidade é toda a ruptura de pela independentemente da profundidade ou extensão.

3.2.1.1 *Quanto à forma e natureza dos objectos:*

Incisas	Objectos cortantes	Ex: faca, vidro.
Perfurantes	Objectos aguçados	Ex: agulhas, pregos.
Contusas	Objectos rombos, duros	Ex: causadas por quedas sobre um plano duro.
		Por pressão: feridas causadas pelo contacto de uma região do corpo, contra uma superfície dura;
		Por tracção: feridas por mordeduras.

3.2.1.2 *Quanto à extensão:*

1º	<u>Feridas simples</u> – incisas	Destruição dos tecidos é mínima. Atinge apenas
----	----------------------------------	--

	(Superficiais)	as estruturas da pele
2º	<u>Feridas complexas</u> – Inciso-contusas e perfurantes (Profundas)	Lesão dos tecidos subcutâneos (tendões, músculos, nervos e ossos)

3.2.1.3 Tratamento das Feridas

1. Rapar os pêlos envolventes, em casos que se justifique;
2. Hemostase em pequenos vasos se possível com uma compressa;
3. Limpeza da ferida:
 - Água corrente;
 - Soro fisiológico;
 - Sabão neutro;
4. Desinfecção (Iodopovidona);
5. Protecção (penso compressivo e esterilizado /ligadura)

3.2.1.4 Actuação Geral

Antes de qualquer prestação de cuidados a feridas é indispensável a realização de determinados procedimentos.

Primeiros Socorros

1. Lavagem e desinfecção das mãos: Primeiramente lavar as mãos com água e sabão neutro e depois desinfecta-las com um desinfectante (ex: álcool a 70%). Nota: nenhuma superfície fica completamente desinfetada sem uma lavagem eficaz prévia;
2. Expor e Observar a ferida: Excluir a possibilidade de presença de corpos estranhos;
3. Lavar a ferida do centro para a periferia ou de cima para baixo, exercendo uma pressão suave; a água oxigenada é um excelente produto para este efeito.
4. Secar os bordos e região circundante à solução;
5. Proteger a ferida com compressas ou com algum material improvisado (ex: pano limpo e sem pêlos);

Não esquecer...

- Vigiar e controlar complicações imediatas (ex. hemorragias, fracturas);
- Não utilizar desinfectantes corados caso a vítima vá para o hospital;
- NUNCA utilizar álcool na desinfecção de feridas.

Traumatismos

4.1 Fracturas

Sinais certos de fractura:

- Crepitação (informação de que se sentiu o osso estalar);
- Deformação (comparar com a região simétrica);

- Dor localizada (quando se carrega ligeiramente no local, com o indicador).

Em caso de dúvida proceder como se tivesse fractura.

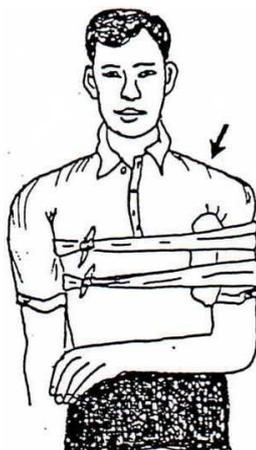
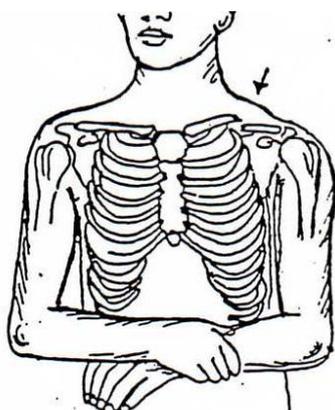
Não temer o excesso de gelo.

Mais vale mobilizar quando há só contusão do que não imobilizar uma fractura.

4.1.1 Fractura completa da clavícula:

Sinais: Habitualmente o paciente mantém o braço fracturado junto ao tórax, segurando o antebraço com a mão contrária.

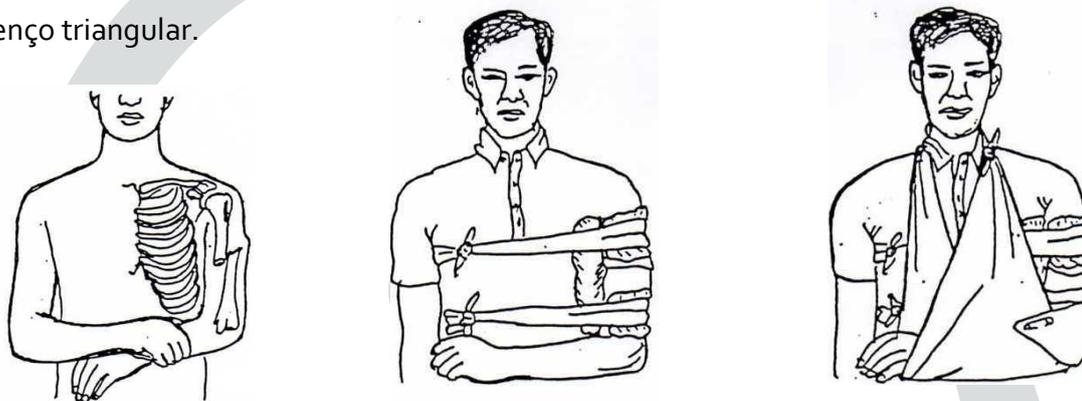
Actuação: Colocar uma almofada na cova do braço e encostar o braço ao tórax com duas ligaduras ou duas "gravatas"; apoiar o antebraço a 45° com um lenço triangular colocando uma almofada debaixo da extremidade do lenço que passa sobre a clavícula fracturada.



4.1.2 Fractura do úmero:

Sinais: Semelhantes ao da fractura da clavícula, embora a localização da dor seja diferente. Eventual encurtamento do membro fracturado (comparar com o oposto) porque pode existir cavalgamento dos ossos.

Actuação: Se não houver fractura exposta, colocar uma almofada de algodão maior do que a que se utiliza na fractura da clavícula desde a cova do braço até ao cotovelo. Duas ligaduras ligam o braço ao tórax (abaixo e acima da fractura). Suporte em ângulo recto do antebraço com lenço triangular.

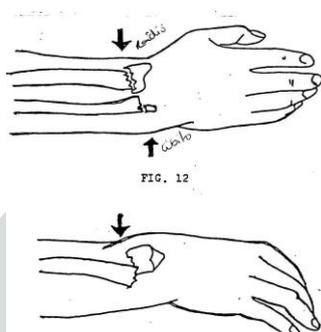


4.1.3 Fractura de Colles:

Fractura completa dos ossos do antebraço (rádio e cúbito).

Actuação:

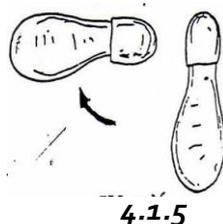
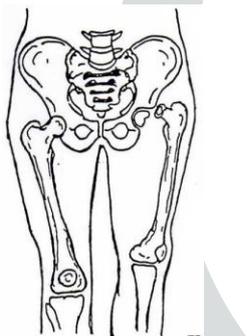
- A tala deve ser feita com material resistente e almofadado;
- A tala deve ser suficientemente comprida (ultrapassando o cotovelo e chegando aos nós dos dedos);
- Assentar o antebraço e a palma da mão na tala almofadada, atar os extremos das talas com duas ligaduras ou gravatas;
- Colocar mais duas ligaduras com almofadas de cada lado da fractura;
- Suspender em ângulo recto com lenço triangular.



4.1.4 *Fractura do colo do fémur:*

Reconhecimento: Posição do pé, caído para o lado. Pode haver encurtamento do membro.

Actuação: Tentar manter a perna esticada enquanto faz este procedimento. Colocar duas talas que vão do pé à metade da coxa e do pé à virilha, ou, com liqaduras unir o membro lesado ao membro são.

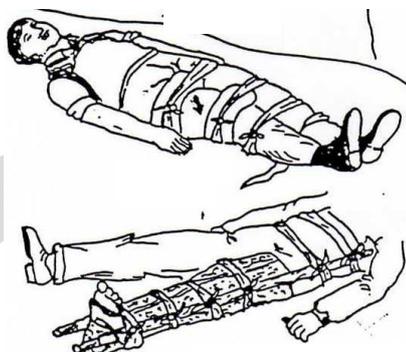


4.1.5

4.1.5 *Fractura dos ossos da perna*

5 Reconhecimento: Aspecto da posição do membro. Pode haver encurtamento do membro.

6 Actuação: Se não houver fratura exposta, tentar manter a perna esticada enquanto faz este procedimento. Colocar duas talas que vão do pé à metade da coxa e do pé à virilha, ou, com ligadras unir o membro lesado ao membro são.



4.2 Luxações

Diz-se que há luxações quando um osso se encontra deslocado da articulação, resultando em deformação (comparar com a articulação simétrica).

Sinais: O doente queixa-se que após um movimento brusco, queda, entre outros, sentiu uma dor violenta na articulação e incapacidade em movimentar o membro respectivo.

Actuação: Imobilizar com ligadura de maneira a que provoque menor dor e encaminhar para o hospital.

4.2 Entorses

São lesões muito frequentes que resultam de uma torção da articulação ou de um puxão que forçam os meios de contenção das superfícies articulares (cápsula e ligamentos) mas não chegam a produzir o seu deslocamento como nas luxações.

Sinais e Sintomas: Incapacidade de movimentar a articulação; Edema súbito junto á articulação.

Às vezes está associado a uma pequena fractura. Comprima o local da dor com a mão de forma a evitar o derrame e se tiver gelo á mão aplicar de imediato. Aapós imobilização da articulação encaminhar para o hospital.

NUNCA...

- Tentar reduzir deformações puxando pelo membro;

- Não apertar demasiado as ligaduras, ao imobilizar os membros e verificar se o pé ou a mão continuam quentes ou rosadas.

Figura 1: Como iniciar uma Ligadura;

Figura2: Ligadura em espiral;

Figura3: Ligadura em Espigal;

4.3 Ligaduras

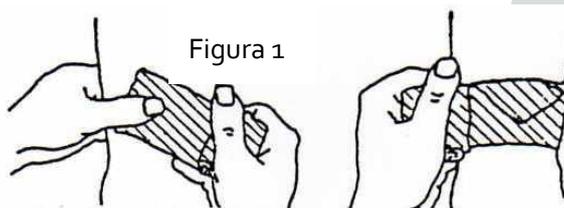
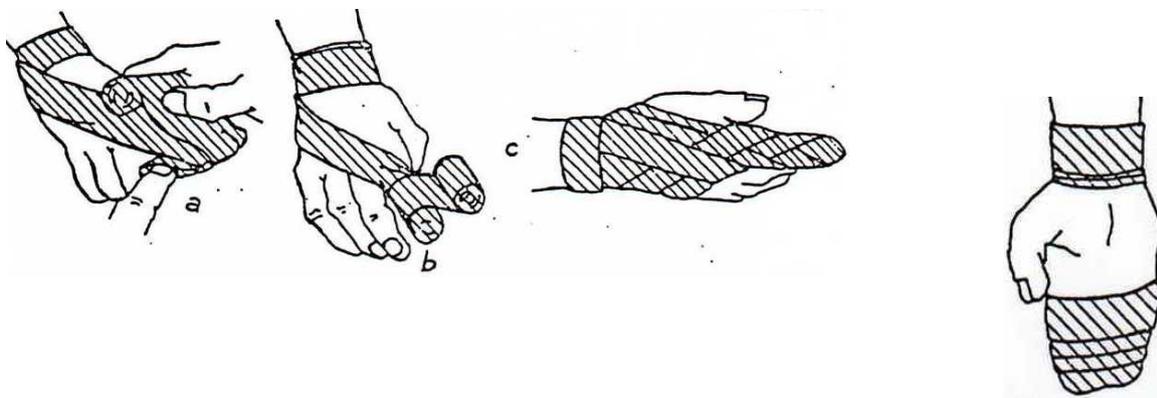


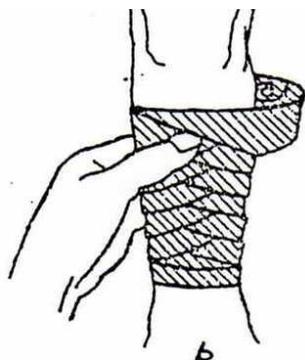
Figura 1



Primeiros Socorros



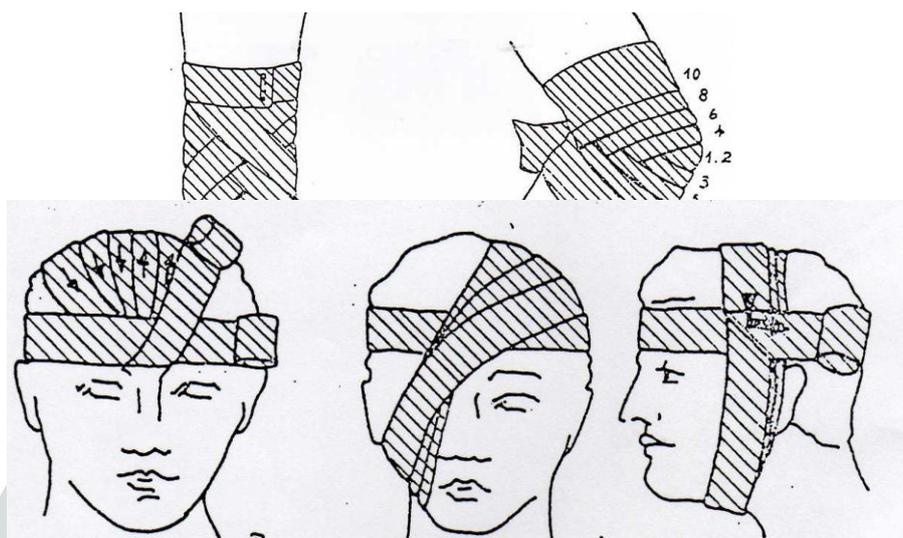
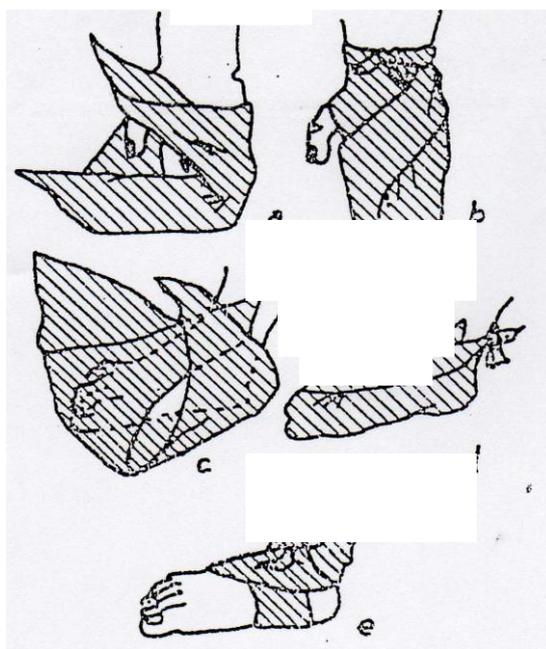
a



b

Figura 2

Figura 3



5 Transporte de um ferido com Segurança

A remoção de uma pessoa ferida, ou inesperadamente vitimada por uma doença grave, nem sempre pode ser feita por pessoal especializado e equipamento apropriado (como macas e ambulância). Quando, numa emergência, esse transporte tiver de ser feito por ti, lembra-te que uma manipulação descuidada ou malfeita pode causar problemas às vezes irremediáveis à vítima, principalmente se houver ferimento na coluna, tórax, bacia ou crânio.

1º Examine a vítima para verificar quais as lesões que apresenta e quais as limitações que elas opõem ao transporte;

2º Socorrer uma pessoa que tenha caído de certa altura ou que tenha sido atropelada, considere sempre a possibilidade da existência de fracturas, hemorragias e paragem respiratória ou cardíaca, antes de mudar a vítima de posição, mesmo que, à primeira vista, esses problemas não estejam evidentes;

3º Os trabalhos de remoção só devem ser iniciados após o conhecimento antecipado do estado da vítima.

4º Sempre que possível, transporte a vítima deitada, de maneira rápida, evitando movimentos bruscos e solavancos.

5.1 Transporte de um ferido com suspeita de lesão na Coluna

Os acidentes graves na coluna podem, de imediato, provocar:

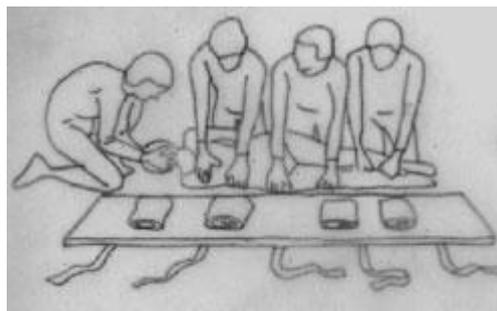
- Dor excessiva;
- Impossibilidade de movimentar o tronco;
- Formigueiro ou paralisia nos dedos, nos braços e/ou nas pernas;
- Dificuldade em respirar.

Só mobilizes uma vítima com suspeita de lesão na coluna numa situação de emergência/perigo eminente. Age com o máximo cuidado, se a medula espinal for atingida - no momento do

Primeiros Socorros

acidente ou depois, por inabilidade de quem socorre ou transporta a vítima - poderá ocorrer paralisia ou até mesmo morte. Numa emergência, proceda da seguinte maneira:

1. Improvise uma padiola, uma tábua, uma porta, uma chapa de metal ou qualquer outra superfície dura e lisa, para não curvar ou deslocar a coluna vertebral. Coloque sobre a padiola pequenas almofadas (feitas com toalhas por exemplo) à distância que sobre elas possam repousar a nuca, a região lombar, a dobra das pernas e os tornozelos da vítima;



2. Este método exige a presença de mais três pessoas: o primeiro segura na cabeça, o segundo segura o dorso, o terceiro segura as nádegas e coxas, o último as pernas e pés. Marcando passo, lentamente todos de um só passo levantam a vítima e colocam-na sobre a superfície lisa e dura, tendo sempre o cuidado de manter a coluna recta.

Atenção: Neste método mantém firme a cabeça do acidentado. Assim, quando todo o corpo girar, ela deve girar junto, sem pender para trás ou para os lados. Se houver suspeita de fractura de pescoço, não movimentes a cabeça do acidentado em nenhuma direcção. Só o faça numa hipótese: se for o único meio de abrir as vias respiratórias e, portanto, de manter a vítima a respirar. Nunca tentes sentar o acidentado, nem levante a cabeça deste;

3. Imobiliza a vítima antes do transporte: coloca almofadas junto a cada lado da cabeça e amarra a testa e a tábua, formando um conjunto único - para isso utiliza uma faixa, gravata ou qualquer tira de pano. Depois, amarra o corpo à tábua, fixando-o na altura do peito, dos quadris, dos joelhos e próximo dos pés.

Atenção: Se a vítima apresentar deformação na coluna, é sempre melhor imobilizá-la sobre a maca na posição da deformação.

4. Transporta a vítima para um pronto-socorro: mantém a padiola em linha recta durante o transporte.

5.2 Transporte de uma vítima sozinho

5.2.1 A vítima não pode andar

1. Transporte tipo Bombeiro

Coloque a vítima de bruços e use o transporte tipo "Bombeiros" (mais usado em vítimas inconscientes):

1. Segura a vítima, como na figura 1.
2. Levanta-a, como na figura 2.
3. Apóia-a de pé, como na figura 3.
4. Ajoelha-te e erge-a, como na figura 4.

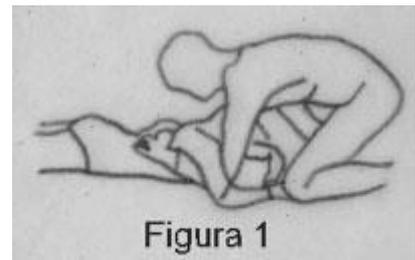


Figura 1



Figura 2



Figura 3

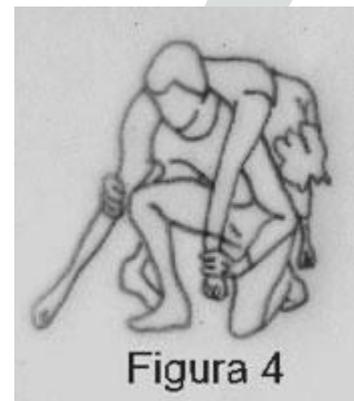
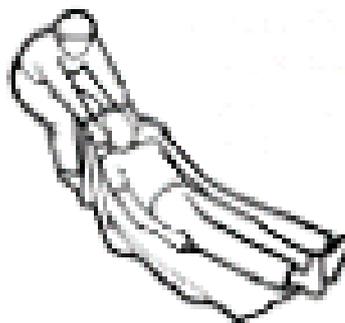


Figura 4

2. Arrastamento com um cobertor ou pelas roupas



andar

5.2.2 A vítima pode

1. Apoio Lateral Simples



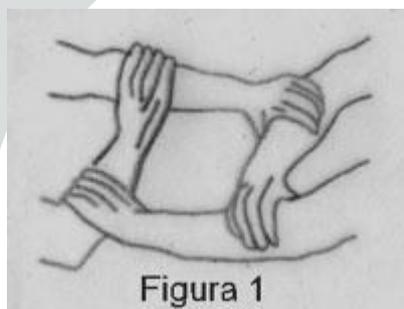
5.3 Transporte com dois ou mais socorristas e sem maca

5.3.1 A vítima pode andar

Se a vítima consegue andar, os dois socorristas colocam-se ao lado dela e a vítima segura-se no pescoço destes;

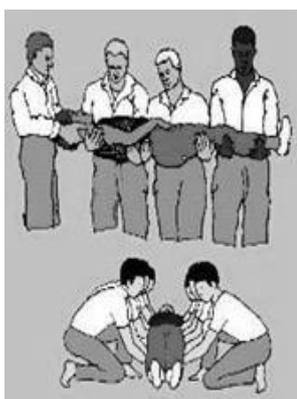
5.3.2 A vítima não pode andar

Se a vítima não pode andar, usa-se o método da "cadeirinha" (vítima consciente).



Transporte numa cadeira (vítima inconsciente): Um modo prático de efectuar esse transporte é colocar a vítima sentada numa cadeira: um dos socorristas ergue a cadeira pelo espaldar; o outro, de costas, ergue a cadeira pelas pernas da frente, na junção com o assento. A cadeira deve ficar inclinada, para que o peso da vítima fique apoiado no espaldar.

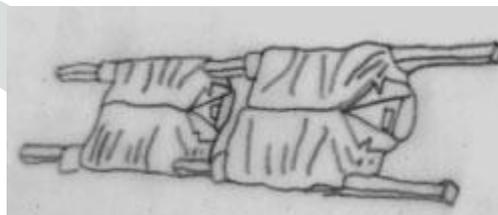
Elevação em Braço/ Manual directa



5.4 Transporte com maca

É o mais adequado dos meios para transportar doentes e feridos, na falta de maca hospitalar:

1. Pega dois cabos de vassoura, duas varas compridas ou mesmo dois galhos de árvore resistentes e improvisa a maca com um desses materiais que tiver à mão.
2. Coloca dois casacos/camisas, enfia as mangas para dentro deles e abotoa completamente a roupa. Enfia as varas pelas mangas, como na figura.
3. Enrola um cobertor várias vezes em torno das duas varas.
4. Dois sacos de tecido forte, também podem ser transformados em macas. Faz furos nas arestas do lado costurado dos sacos e enfia as varas por eles.
5. Tábuas estreitas amarradas entre si ou uma tábua larga também podem servir como maca.
6. Na falta de outro recurso, utiliza uma porta, uma poltrona leve ou uma cama também leve para transportar a vítima. Recobre a maca improvisada com um cobertor ou peça de roupa para torná-la mais confortável e amarra o doente com lençóis ou cintos para impedir quedas.



6. Picadas

As actividades de Verão ao ar livre privilegiam o contacto com a natureza e seus habitantes. Caso te cruces com alguns animais menos "simpáticos", sabe como tratar as picadas.

6.1. Abelhas e Vespas

As abelhas raramente picam, só quando se sentem atacadas. Tal deve-se ao facto de perderem o ferrão, o que as condena à morte (o ferrão fica retido na pele da vítima). Já as vespas podem picar sempre, pelo que convém manter-se afastado. Evite enxotar os insectos com movimentos bruscos. A picada de ambos pode provocar bolhas e inchaço.

Tratamento:

- Retire cuidadosamente o ferrão, com a ajuda de uma pinça;
- Arrefeça a zona picada com água fria, pois reduz o edema e a dor;
- Se a ferida for incomodativa, pode pôr uma pomada anti-histamínica;
- Quando a picada provoca inchaço na garganta, pode causar dificuldades respiratórias e mesmo asfixia. Tal é grave e exige que ligue imediatamente para o 112. Aplique gelo, para impedir o inchaço, e dirija-se de imediato às urgências hospitalares.

6.2. Lacraus

São um tipo de escorpião, frequente no nosso país. Podem ser encontrados em zonas quentes, secas e de vegetação reduzida. Geralmente, escondem-se debaixo de pedras. A picada provoca dor intensa e vermelhidão, entre outros sinais e sintomas.

Tratamento:

- O membro deve ser imobilizado;

Primeiros Socorros

- Desinfectar o local com cuidado;
- Aplicar gelo, enrolado num pano, para reduzir a dor.

6.3. Carraças

São pequenos animais que se alimentam do sangue de mamíferos (cães, gatos, etc.). Também podem agarrar-se às pessoas e provocar a chamada doença de Lyme. Se não for tratada, pode afectar o sistema nervoso, articulações, coração ou olhos. A carraça é ainda responsável pela febre escaro-nodular (conhecida como febre da carraça). Esta afecção provoca febre e manchas típicas no corpo, incluindo as palmas das mãos e plantas dos pés, e pode ser tratada com antibióticos.

Tratamento:

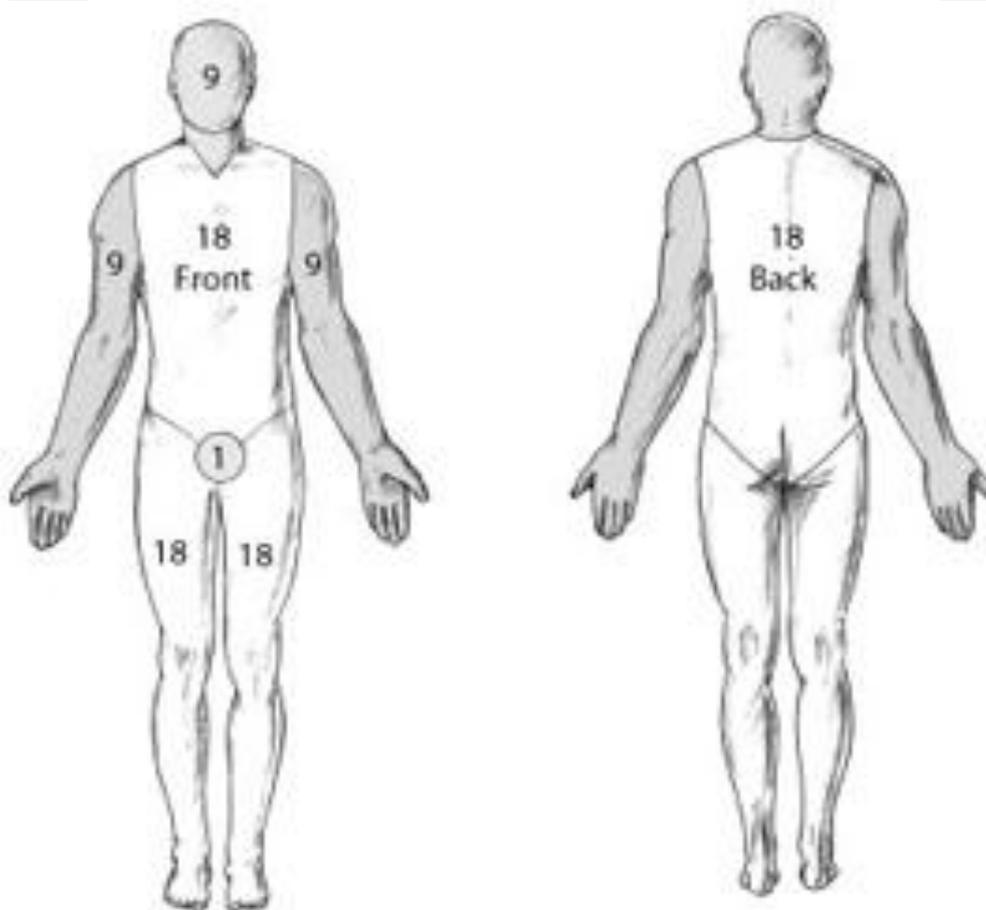
- Aplica, durante um ou dois minutos, um bocado de algodão embebido em éter ou álcool etílico, para atordoar o bicho;
- Retira a carraça com cuidado, de preferência com uma pinça, verificando se vem inteira, e desinfecta a zona da picada;
- Toma nota da data e da zona onde a carraça mordeu, para o caso de surgirem sintomas da doença de Lyme. Vigiar durante algumas semanas.

7. Queimaduras

As queimaduras são lesões na pele, provocadas geralmente pelo calor ou pelo frio, mas que podem também ser provocadas pela electricidade, por contacto com certos produtos químicos, por radiações, ou até por fricção.

7.1 Extensão das queimaduras

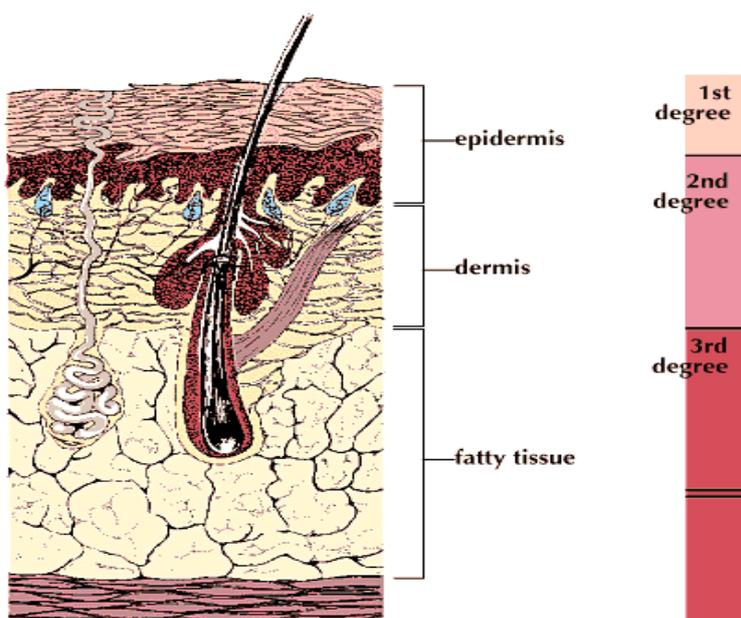
Com relação a sua extensão, calcula-se a área de superfície corporal queimada (SCQ) através da regra dos nove. Nesta regra, cada braço tem 9% da SCQ, a cabeça outros 9%, tórax 9%, abdome 9%, dorso 18%, coxas 9% e pernas 9%, totalizando 99%. O 1% restante é o pescoço. Para áreas pequenas, usa-se uma comparação da área queimada com a palma da mão do queimado: equivale a 1% da SCQ.



7.2 Grau das queimaduras

<p>Queimadura de 1º Grau</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Queimadura superficial (pele vermelha) – eritema ou rubefacção; • Atinge apenas a primeira camada da pele (epiderme); • Queimadura quente, seca, dolorosa mas não exsudativa; • Como exemplo temos a <u>queimadura solar</u>.
<p>Queimadura de 2º Grau</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Queimadura mais profunda, causa o aparecimento de flictenas (bolhas cheias de plasma); • É muito dolorosa, por que há a exposição das raízes nervosas que foram atingidas.
<p>Queimadura de 3º Grau</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Queimadura esbranquiçada; • Tão profunda que pode atingir os <u>músculos</u> e <u>ossos</u> Os tecidos ficam necrosados (negros e sem vida); • Não há dor por que as <u>terminações nervosas</u> responsáveis pela sensibilidade à dor foram também queimadas; • Nas bordas de uma queimadura de terceiro grau haverá queimaduras de primeiro e segundo grau.

7.3



Tratamento de emergência em situações de queimaduras

térmicas

- Utilização de soro fisiológico na zona lesada. Na ausência deste, utilize água corrente;
- Pode ser lavada com antisséptico diluído;
- Aplique clara de ovo sobre a zona queimada, durante 1 hora e lave de seguida com água;
- Se for possível deixar a lesão exposta sem ligaduras ou outros envoltórios;
- Analgésicos podem ser usados no alívio da dor.

Procedimentos

- 1) O socorrista deve sempre e antes de tudo, retirar a vítima do contacto directo com o agente causador;
- 2) Para cada agente causador existe um tratamento específico;
- 3) O socorrista não pode aplicar água em todos os tipos de queimaduras. Se o agente causador for a soda cáustica, por exemplo, que reage com água, o socorrista agravará o estado da lesão.
- 4) Se a roupa estiver a arder, envolver a vítima numa toalha molhada. Na falta desta, fazê-la rolar pelo chão ou envolvê-la num cobertor (cuidado com os tecidos sintéticos pois são inflamáveis); Acima de tudo não corra.
- 5) Se tiver usado um extintor deve sacudir o excesso de pó químico e depois prosseguir com as demais etapas;
- 6) Se a vítima se queimou com água ou outro líquido a ferver, deve despi-la de imediato, desde que a roupa não esteja agarrada ao corpo; Se deitar água fria de imediato, a solução é melhor ainda.
- 7) Se a pessoa estiver consciente e sentir sede, deve ser-lhe dada toda água que deseje beber porém, lentamente;

O que não deve fazer:

- Retirar qualquer pedaço de tecido que tenha ficado agarrado à queimadura;
- Rebentar as bolhas ou tentar tirar a pele das bolhas que rebentaram;

8. Não colocar gelo sobre a queimadura;

Insolação

Síndrome causada pela acção directa dos raios solares sobre o corpo humano, principalmente quando o mesmo se apresenta com a cabeça desprotegida.

8.1 *Como se manifesta*

- Irritabilidade;
- Pele quente, vermelha e seca;
- Temperatura do corpo elevada;
- Cefaleia intensa;
- Vertigens
- Transtornos visuais;
- Zumbidos e mesmo colapso e coma.

8.2 *Procedimentos*

Combater a elevação térmica com precaução e evitar o arrefecimento brusco:

1. Colocar a vítima em local fresco e arejado;
2. Aplicação de compressas/ toalhas húmidas principalmente sobre a fronte, nuca, axilas e virilhas;
3. Elevação das extremidades inferiores e massagem sobre os músculos para activar a circulação periférica;

Se a vítima está perfeitamente consciente pode ingerir água à temperatura ambiente ou fria, com sal de cozinha – 1lt de água para uma colher de chá de sal – pode juntar-se sumo de



laranja ou limão para melhorar o gosto. ÁGUA SÓ, em princípio, NUNCA. Em extrema urgência, pode usar em pequenos golos e muito, muito, lentamente

NOTA FINAL

Como dissemos no início “Os primeiros socorros constituem-se no primeiro atendimento prestado à vítima em situações de acidente ou infortúnio, por uma pessoa comum, no local do acidente”. Assim sendo não se esqueça que esse é o seu papel. Assegurar a sobrevivência de alguém, até que chegue ajuda diferenciada. Manter a calma e executar os pequenos gestos correctos é o fundamental para salvar vidas e ou agir com eficácia.

Bibliografia

FERREIRA, Davina; Manual ; 1º Socorros-ACNAC 2008

BELO, Domingos, MARQUES, Paula; Primeiros Socorros – Suporte Básico de Vida

BERNARDO, Hélder; Como Actuar numa Emergência - <http://sweet.ua.pt/~helder/sos/>

EVERTON, Carlos; Educação Médica Continuada – Primeiro Atendimento em Queimaduras: abordagem do dermatologista; <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a03.pdf>

GOGIA, Prem; FERIDAS- Tratamento e Cicatrização

Jerry P. Nolan*, Jasmeet Soar, David A. Zideman, Dominique Biarent, Leo L. Bossaert, Charles Deakin, Rudolph W. Koster, Jonathan Wyllie, Bernd Böttiger, on behalf of the ERC Guidelines Writing Group**, , 2010 - European Resuscitation Council Secretariat vzw –