

**Colégio Santa Clara**

**MANUAL DE PRIMEIROS SOCORROS**

**Heloisa de Oliveira Correa**

**São Paulo**

**2015**

## **INDICE**

<b>1- INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>2- FERIMENTOS .....</b>	<b>5</b>
2.1 TIPOS DE FERIMENTOS: .....	5
<b>3- SANGRAMENTO NASAL.....</b>	<b>6</b>
<b>4- CORPO ESTRANHO NOS OLHOS.....</b>	<b>6</b>
<b>5- PICADAS DE INSETOS – ABELHAS .....</b>	<b>7</b>
<b>6- DESMAIO .....</b>	<b>9</b>
6.1 SINTOMAS DO DESMAIO.....	9
6.2 CUIDADOS .....	9
6.3 OBSERVAÇÃO .....	10
<b>7- TONTURA .....</b>	<b>10</b>
7.1 CUIDADOS .....	10
7.2 OBSERVAÇÃO .....	11
<b>8- TRAUMAS NOS DENTES.....</b>	<b>11</b>
<b>9- CONVULSÃO.....</b>	<b>12</b>
9.1 CRISES CONVULSIVAS .....	12
9.2 ESTADO EPILÉPTICO .....	12
9.3 CUIDADOS .....	13
9.4 OBSERVAÇÃO .....	14
<b>10- FRATURAS .....</b>	<b>14</b>
10.1 PRIMEIROS SINAIS DE UMA FRATURA .....	14
10.2 AS FRATURAS PODEM SER:.....	14
10.3 CUIDADOS .....	14
10.4 ATENÇÃO.....	15
10.5 OBSERVAÇÃO .....	15
<b>11- TRAUMATISMO CRANIANO.....</b>	<b>15</b>
11.1 SINAIS E SINTOMAS DE LESÃO CEREBRAL.....	15
11.2 SINAIS DE AUMENTO NA PRESSÃO INTRACRANIANA.....	15
11.3 SINAIS E SINTOMAS .....	16
11.4 ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA .....	16
<b>12- LESÕES NA COLUNA .....</b>	<b>17</b>
12.1 MECANISMOS BÁSICOS DE LESÃO MEDULAR.....	17
12.2 AVALIAÇÃO DA VITIMA .....	17
12.3 ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA .....	18
<b>13- RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP).....</b>	<b>18</b>
13.1 TÉCNICA DE COMPRESSÕES TORÁDICAS .....	19
13.3 RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR EM CRIANÇA .....	21

<b>14-</b>	<b>DESOBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS .....</b>	<b>22</b>
14.1	OBSTRUÇÃO LEVE DA VIA AÉREA .....	22
14.2	OBSTRUÇÃO GRAVE DA VIA AÉREA .....	23
14.3	AÇÕES DOS SOCORRISTAS.....	23
14.4	COMPRESSÕES ABDOMINAIS EM VÍTIMAS ADULTAS OU CRIANÇAS RESPONSIVA. 24	
14.5	DESOBSTRUIR AS VIAS AÉREAS EM VÍTIMA NÃO RESPONSIVA .....	24
<b>15-</b>	<b>PRINCÍPIOS GERAIS DE REMOÇÃO .....</b>	<b>25</b>
15.1	ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA .....	25
15.2	CUIDADOS .....	25
15.3	ROTINA DE REMOÇÃO DE EMERGÊNCIA DO ALUNO .....	26
<b>16-</b>	<b>REFERÊNCIA.....</b>	<b>27</b>

## **1- INTRODUÇÃO**

Este Manual tem como objetivo indicar ações em situação de emergência onde existe desconforto ou mesmo risco a integridade e saúde das pessoas ocasionadas por acidentes ou decorrente de doenças pré existentes como epilepsia.

Este estudo indicou 15 situações que requerem pronto atendimento e dependendo da gravidade, remoção para tratamento e acompanhamento médico-hospitalar: Ferimentos, Sangramento nasal, Corpo estranho nos olhos, Picadas de inseto (abelhas), Trauma nos dentes, Desmaio, Tontura, Convulsão, Fraturas, Traumatismo craniano, Lesão de coluna cervical, Ressuscitação cardiopulmonar, Obstrução das vias aéreas, Princípios gerais de remoção.

Encontra-se a seguir para cada situação de emergência um levantamento das possíveis causas, avaliação preliminar para indicar extensão da gravidade, ações a serem tomadas e cuidados a serem observados.

Cabe salientar que este é um manual de primeiros socorros a ser utilizados em ações preliminares de atendimento de enfermagem, cabendo ao adulto responsável pela criança ou adolescente acompanhar a evolução e encaminhamento para atendimento de serviços médicos especializados.

Remoção de Emergência sem a presença do pai ou responsável será realizada por funcionários do colégio e em casos graves que envolvam risco de vida, por atendimento especializado do SAMU ou Corpo de Bombeiros com aviso simultâneo aos pais ou responsáveis da ocorrência.

## 2- Ferimentos

Ferimentos são lesões onde há destruição de uma parte da pele ou da mucosa, podendo haver sangramento em quantidade variável.

Os ferimentos no couro cabeludo, na testa, no supercílio e na boca costumam sangrar bastante o que não significa necessariamente sinal de gravidade.

Podem ser provocados por qualquer objeto duro, cortante ou perfurante (faca, tesoura, quina de mesa, degrau de escada, entre outros).

### 2.1 Tipos de ferimentos:

- Superficiais: os pequenos cortes ou ferimentos leves que podem ser tratados no local de ocorrência.
- Profundos: devem ser encaminhados ao Pronto – socorro.

### Cuidados:

- Acalme a criança.
- Calçar luvas.
- Exponha o ferimento para poder vê-lo claramente; se necessário corte as roupas ao redor do local.
- Limpar o ferimento com água e sabão.
- Se o ferimento apresentar sangramento excessivo, fazer compressão no local com a mão enluvada, gaze estéril até cessar (não retirar as compressas, ir acrescentando outras, para não remover o coágulo em formação).
- No caso de ferimentos grandes, com cortes profundos, é necessário encaminhar para o pronto socorro para sutura.
- Avaliar a necessidade de proteger o local, o que deve ser feito com gaze ou curativo adesivo. Em geral, devem ser cobertos os ferimentos que acometem locais sujeitos a traumas freqüentes.
- não feche um ferimento com esparadrapo, band aids ou fita adesiva, isso poderia aumentar o risco de infecção.

## Observação

É importante lavar bem o ferimento e garantir a proteção contra o tétano, através da vacinação atualizada.

Em casos de pancadas e hematomas se não houver sangue, faça uma compressa com gelo, colocando-a várias vezes no período de 24 horas, passado às 24 horas troque as compressas frias pela quente no local, isso ajudará na absorção dos coágulos.

### **3- Sangramento Nasal**

A maioria dos sangramentos nasais acontece por uma pancada local ou por causa do ambiente muito seco. É sempre importante descobrir a causa para afastar a hipótese de pressão alta ou de uma doença hemorrágica.

Cuidados:

- Tranqüilizar a criança e deixá-la sentada com a cabeça inclinada para frente, evitando que o sangue vá para a garganta e seja engolido ou aspirado para o pulmão.
- Pedir para respirar pela boca e comprimir a narina por onde está sangrando contra o septo nasal, durante cerca de 5 minutos (promover a coagulação)
- Caso o sangramento não ceda, colocar um tampão de gaze dentro da narina e aplicar gelo.
- Depois de alguns minutos afrouxe a pressão vagarosamente.
- Peça que assoe o nariz delicadamente, se a hemorragia persistir, volte a comprimir a narina, se continuar o sangramento encaminhar para atendimento médico.

### **4- CORPO ESTRANHO NOS OLHOS**

Corpos estranhos como partículas de poeira, areia, cinzas, pó de carvão ou pequenos pedaços de metal podem entrar ou ser introduzidas no olho e permanecer alojados.

Se não forem removidos, podem causar infecção ou inflamação ou, ainda arranhar a córnea.

#### Cuidados

- Não deixar a criança esfregar os olhos.
- Nunca tentar retirar o corpo estranho encravado no olho.
- Fazer a criança fechar os olhos para permitir que as lágrimas lavem e removam o corpo estranho.
- Lave o olho em água corrente ou soro fisiológico.
- Se o corpo estranho não sair, puxar a pálpebra superior e colocar por cima da pálpebra inferior, para descolar a partícula.
- Nunca tentar retirar corpos estranhos que estiverem sobre a “menina dos olhos”. Nesses casos, encaminhar imediatamente ao oftalmologista.
- Quando for difícil retirar o corpo estranho, não insistir. Fazer um tampão ocular ou cobrir o olho com um pano limpo e levar a criança ao oftalmologista. Se possível, cobrir os dois olhos, pois o atrito da movimentação dos olhos pode levar a lesões da córnea.

#### Observação

- Não usar pomadas ou colírios.
- Não tentar retirar corpo estranho perfurantes.

## **5- Picadas de insetos – abelhas**

A reação normal a uma picada de inseto é uma dor aguda e lancinante seguida por prurido, inchaço e uma papula dolorida, vermelhidão, sensibilidade e inchaço no local da picada ou ao redor dele, mesmo se forem graves, são considerados reações locais na falta de outros sintomas. As reações locais raramente são sérias ou fatais e podem ser tratadas com sucesso com compressas frias. As picadas na face, especialmente na boca ou nos olhos, são consideradas mais sérias, ainda que a reação seja local.

As reações alérgicas, que causam o choque anafilático, são muito mais sérias que as reações locais. Para essas pessoas, uma única picada pode até causar a morte, em

média, cerca de 10 minutos após a picada, mas quase sempre ainda na primeira hora. Quanto antes os sintomas ocorrerem, mais séria será a reação e maior a probabilidade de óbito.

Os sinais e sintomas da reação alérgica e do choque anafilático incluem:

- Náuseas e vômitos.
- Prurido na garganta.
- Desmaio.
- Tontura.
- Prurido generalizado
- Urticária.
- Ruborização.
- Inchaço generalizado, incluindo as pálpebras, os lábios e a língua.
- Obstrução das vias aéreas superiores.
- Dificuldade de deglutição.
- Falta de ar.
- Respiração difícil.
- Cólicas abdominais
- Confusão.
- Perda de consciência.
- Convulsões.
- Pressão arterial baixa.

**Cuidados:**

- Remover o ferrão sem romper a bolsa de veneno.
- Lavar com água e sabão.
- Aplicar compressa com gelo.
- Procure socorro medico tão logo seja possível.



## **6- DESMAIO**

Desmaio (termo medico e sincope – perda temporária da consciência, devida à ma irrigação sanguínea cerebral) conforme o dicionário Aurélio.

O desmaio é a perda da consciência causada por diminuição da irrigação sanguínea no cérebro. Algumas vítimas têm a sensação de que tudo está ficando escuro e de repente, perdem a consciência. Pode ocorrer como resultado de um choque emocional, fadiga, fome, nervosismo, exercícios físicos prolongados, medo, calor, dor profunda, nível baixo de açúcar no sangue ou arritmia cardíaca.

Se a pessoa sente que vai desmaiar, mas ainda está consciente ajude-a a deitar-se imediatamente, eleve suas pernas, se puder afrouxe suas roupas apertadas que possam restringir a respiração, diga-lhe para relaxar e respirar profundamente e devagar, quando for impossível deita-la (auditório, teatro, etc.) diga-lhe para dobrar-se pondo a cabeça entre as pernas, respirar profundamente.

### **6.1 Sintomas do Desmaio**

- Tontura.
- Náusea.
- Pele fria e úmida.
- Palidez.
- Tremores, fraqueza.

### **6.2 Cuidados**

- Manter a vitima deitada em um ambiente arejado, evitando aglomerações de curiosos.
- Observe se está respirando, verifique sua pulsação (caso esteja normal, trata-se realmente de um desmaio).
- Eleve suas pernas, isso irá aumentar o fluxo de sangue para o cérebro.
- Tente acorda-la conversando ou tocando-a com delicadeza.
- Quando acordar peça que respire profundamente por vários minutos.

- Recobrada a consciência, deixe-a deitada por aproximadamente 5 minutos e depois sentada, pois o ato de levantar-se de forma rápida pode levar a novo desmaio.

### **6.3 Observação**

Encaminhar a vítima ao médico, para avaliar a causa do desmaio.

Crianças deverão ter uma boa alimentação antes de ir para a escola e realizar exercícios físicos.

## **7- TONTURA**

Tontura (termo médico é vertigem, estado mórbido em que a pessoa tem a impressão de que tudo lhe gira em torno, ou de que ele próprio está girando) conforme dicionário Aurélio.

É a sensação de desequilíbrio ou a incapacidade de manter uma postura ereta, podendo até provocar uma queda.

A maioria das vítimas não apresenta tontura (vertigem) propriamente dita, apenas se sentem confusas, como se estivessem em um sonho.

A vertigem propriamente dita envolve alucinações de movimento, a vítima tem a sensação de que está girando ou, o que é ainda mais comum, que o ambiente está dando voltas. Algumas pessoas têm a sensação de que estão sendo puxadas para o chão, outras sentem que o chão se inclinou tanto que não conseguem mais se manter em pé.

Vertigem Central, menos comum e mais séria, envolvendo sistema nervoso central (disfunção dos músculos oculares, tamanho desigual das pupilas, flacidez facial), e não apresentam náuseas, vômito, perda auditiva nem sensação de rotação.

Vertigem Labiríntica, muito mais freqüente, é um distúrbio do ouvido interno e causa náusea, vômito movimentos rápidos e involuntários do globo ocular, sensação de rotação, palidez e umidade da pele, batimentos cardíacos acelerados.

### **7.1 Cuidados**

- Acalme a vítima, ajude-a a encontrar uma posição confortável e a se mover o mínimo possível.
- Incentive a vítima a consultar um médico.

## **7.2 Observação**

Os episódios podem durar horas e recorrer por um período de vários anos.

## **8- Traumas nos dentes**

Perda do dente de leite por trauma:

O dente de leite nunca deve ser re-implantado, mas mesmo assim é preciso ir ao dentista para avaliar como ficaram os dentes adjacentes.

### **Cuidados**

- Limpar a região afetada com água.
- Comprimir com gaze.
- Aplicar compressa com gelo para diminuir o inchaço.

Perda do dente permanente por trauma.

Dentes definitivos são uma emergência porque devem ser re-implantados rapidamente, de preferência no mesmo local do acidente (procurar o dente), tomando cuidado para não engolir.

Como fazer:

- Tente posiciona-lo, pressionando até ficar no mesmo nível dos demais.
- Segure com uma leve pressão para mantê-lo no lugar certo até chegar no consultório dentário.

Caso não seja possível re-implantar, colocar o dente debaixo da língua do paciente ou em água ou leite, aplicar compressa com gelo sobre o local.

Obs: o re-implante deve ser feito nas primeiras duas horas após o trauma.

Caso queixe de dor administrar analgésico e encaminhar para o cirurgião-dentista.

Deslocamento do dente por trauma:

Os deslocamentos podem ser laterais, para dentro do alvéolo ou para fora do alvéolo sem, contudo sair totalmente.

Deslocamento lateral: com uma gaze fazer o realinhamento imediato para evitar a formação de coágulo.

Deslocamento para fora do alvéolo: fazer o realinhamento imediato.

Deslocamento para dentro do alvéolo: não deve ser feito nenhum procedimento no sentido de reposicionar o dente, deverá ser encaminhado imediatamente para o cirurgião-dentista.

## **9- Convulsão**

### **9.1 Crises Convulsivas**

É uma alteração involuntária e repentina nos sentidos, no comportamento, na atividade muscular ou no nível de consciência que resulta da irritação ou da superatividade das células cerebrais. Em geral as crises convulsivas são causadas por uma descarga anormal de energia elétrica no cérebro, o início é repentino, e a crise costuma ser precedida apenas por uma breve aura (alucinações visuais ou auditivas, gosto estranho na boca, ou sensações dolorosas), às vezes por nada.

A crise convulsiva pode ocorrer em qualquer pessoa como resultado de lesão cerebral aguda ou uma condição cerebral crônica (tóxica, metabólica, traumatismo, vascular, infecção, febril, idiopática, degenerativa, defeitos congênitos do cérebro, entre outras).

### **9.2 Estado Epiléptico**

A maioria das crises convulsivas cessa após 5 minutos (embora a vítima possa permanecer inconsciente por mais alguns minutos), em contraste, o estado epiléptico é uma única crise convulsiva que dura de 5 a 10 minutos ou uma série de crises convulsivas que ocorrem sem que a vítima recobre a consciência entre elas – o estado epiléptico é uma emergência médica prioritária, em virtude da extensão das crises convulsivas prolongadas ou recorrentes, o cérebro é privado de oxigênio, isso pode ocasionar danos cerebrais irreversíveis, bem como complicações dos sistemas cardíaco, respiratório e renal.

As crises convulsivas têm início e fim espontâneo, e não é possível reduzir sua duração. Crises convulsivas do tipo grande mal ocorrem em estágios, progredindo da fase de aura ao período de recuperação.

A aura, uma sensação peculiar de aviso que dura apenas alguns segundos (como alucinações visuais ou auditivas, gosto estranho na boca ou sensação dolorosa).

A fase Tônica dura de 15 a 20 segundos a vítima perde a consciência, os olhos viram para cima, há contrações musculares contínuas e a vítima para de respirar.

Caracteriza-se por rigidez e contrações musculares alternadas, saliva espumosa, pele azulada, suspensão temporária da respiração e inconsciência.

Crises convulsivas do tipo pequeno mal se caracterizam por olhar fixo e ausente, rápido piscar de olhos, movimentos mastigatórios de apenas alguns segundos, mais comum em crianças, esse tipo de crises não envolve convulsões.

### **9.3 Cuidados**

- Coloque a vítima no chão (afaste os objetos próximos a vítima).
- Coloque um apoio macio sob sua cabeça, a fim de evitar lesões (como uma toalha enrolada).
- Não tente restringir seus movimentos.
- Desobstrua as vias aéreas, vire a cabeça da vítima para o lado a fim de evitar aspirações.
- Monitore os sinais vitais.
- Nunca tente colocar nada a força entre os dentes da vítima.
- Nunca administre nada por via oral.
- Remova ou afrouxe roupas apertadas, principalmente ao redor do pescoço (retire os óculos).
- Posicione a vítima do lado esquerdo, com o rosto virado para baixo, para que as secreções e o vômito possam drenar rapidamente e para que a língua não caia para trás (posteriorise), bloqueando a garganta (traquéia).

- Se a vítima parar de respirar, desobstrua as vias aéreas, e aplique respiração artificial (boca-a-boca).
- Cubra a vítima para mantê-la aquecida.
- Permaneça com a vítima até que a crise convulsiva tenha terminado.
- Após a crise convulsiva, acalme e reorienta a vítima, fale devagar, com calma e em tom de voz normal, permita que a vítima repouse, isto ajuda a mantê-la o mais confortável possível.

#### **9.4 Observação**

Caso seja necessário administrar respiração artificial, ative imediatamente o atendimento médico (SAMU).

### **10- Fraturas**

Fratura é definida pela perda da continuidade de osso, podem ser causadas por uma pancada direta, impacto violento, movimento de rotação repentina e mesmo contração muscular externa.

#### **10.1 Primeiros sinais de uma fratura**

- Deformidade do membro atingido.
- Mobilidade anormal.
- Dor.
- Edema.
- Às vezes hematoma.

#### **10.2 As fraturas podem ser:**

Fechada: não produz lesão na pele.

Aberta: é aquela em que a pele ou a mucosa ferida estende-se ao osso fraturado (expõe o osso).

Imediatamente após um trauma, a pessoa pode ficar em estado de confusão, não ter consciência da fratura e tentar caminhar com a perna fraturada. Por isso, quando se suspeita de fratura, é importante imobilizar a parte do corpo afetada imediatamente antes da vítima ser movimentada.

#### **10.3 Cuidados**

- Retirar anéis e pulseiras quando for nos membros superiores.
- Colocar talas para imobilizar o membro atingido (as talas deverão ter comprimento suficiente para ultrapassar as articulações acima da fratura,

deverão ser amarradas com tiras de pano não apertadas), a finalidade e impedir os movimentos das duas articulações que circundam a fratura ou ruptura.

- Com muita delicadeza, coloque o membro machucado o mais próximo possível de posição normal, tomando cuidado para movimentar o mínimo possível a área que parece quebrada.

#### **10.4 Atenção**

Nos casos de fraturas abertas (expostas) lavar as mãos e calçar luvas evitando contaminações.

Fazer assepsia com soro fisiológico e gazes estéril.

Manter curativo oclusivo.

Não se deve fazer nenhuma tentativa para reduzir a fratura, mesmo que um dos fragmentos ósseos se protraia do ferimento.

#### **10.5 Observação**

- O gelo reduz a dor e controla o sangramento e edema.
- Administração de analgésicos orais proporcionam alívio da dor.
- Manter o controle da temperatura corporal.

### **11-Traumatismo craniano**

O cérebro fica dentro do crânio, que é rígido e inflexível. Se o tecido cerebral sofre hemorragia ou inchaço após uma lesão, a pressão intracraniana compromete a função cerebral, se não for reduzida, a pressão pode levar a morte.

Os traumatismos cranianos envolvem lesões no couro cabeludo ou no cérebro.

#### **11.1 Sinais e sintomas de lesão cerebral**

Os sinais e sintomas podem não aparecer imediatamente após a lesão cerebral, eles se tornam óbvios quando o cérebro incha dentro do crânio, o que pode demorar até 18 horas.

#### **11.2 Sinais de aumento na pressão intracraniana.**

- Alteração na responsividade - a vítima não está mais alerta e pode responder apenas a estímulos verbais ou dolorosos.
- Náuseas e ou vômitos.
- Pupilas anisocóricas e não reagente a luz.

- Visão dupla ou outros distúrbios visuais.
- Dor de cabeça.
- Perda de memória, confusão ou desorientação.
- Fraqueza ou perda do equilíbrio.
- Crises convulsivas.

### **11.3 Sinais e sintomas**

- Contusões, lacerações ou hematomas no couro cabeludo.
- Deformidade do crânio.
- Extravasamento de sangue ou liquor (líquido rosado transparente) pelo ouvido, nariz, boca ou por um ferimento no couro cabeludo.
- Equimose ao redor dos olhos na ausência de traumas oculares (olho roxo).
- Equimose atrás dos ouvidos ou no processo mastóide.
- Lesão do crânio visível através de lacerações no couro cabeludo.
- Dor, sensibilidade ou inchaço no local da lesão.

### **11.4 Atendimento de emergência**

- Avaliar o nível de consciência.
- Desobstruir as vias aéreas (técnica de deslocar a mandíbula).
- Monitore cuidadosamente as vias aéreas, a respiração, o pulso e temperatura corporal.
- Atentar para vômitos.
- Controlar o sangramento (curativo estéril), não comprimir em casos de traumatismo aberto ou com afundamento.
- Não tentar interromper a saída de sangue ou liquor pelos ouvidos ou nariz, cubra com gaze estéril para absolver o fluxo, mas não para fazê-lo interromper.
- Nunca tente remover um objeto penetrante, imobilize-o com curativo estéril (macio e volumoso).



## **12-Lesões na coluna**

A coluna vertebral é composta de uma seqüência de vértebras ocas, a medula espinhal, que controla muitas das funções nervosas do corpo, passa através de um canal formado por esses espaços ociosos. Uma lesão na coluna pode pinçar ou lesionar a medula espinhal, resultando em danos permanentes e invalidez.

Algumas partes da coluna são muito mais suscetíveis a lesões que outras. Metades das lesões medulares ocorrem no pescoço e 50% delas resulta em paralisia total. As vértebras torácicas, sacras ou coccígeas são lesionadas com menos frequência, já que tem pouco movimento, embora sejam projetadas para suportar cargas.

### **12.1 Mecanismos básicos de lesão medular.**

- Compressão (o peso do corpo e impulsionado contra a cabeça, exemplo – quedas).
- Flexão, extensão ou rotação excessiva.
- Inclinação lateral.
- Distração (separação súbita da coluna vertebral que estira e lacera a medula espinhal, como em enforcamentos).

### **12.2 Avaliação da vítima**

Pergunte:

- você sente dor no pescoço ou nas costas: a dor decorrente da lesão medular frequentemente se irradia do pescoço para os braços, da região superior das costas para as costelas e da região inferior das costas para as pernas – de modo que a dor pode não se limitar ao pescoço ou nas costas.

- o que aconteceu?

- onde dói?

- você consegue movimentar as mãos e os pés?

- você consegue sentir que estou tocando os seus dedos das mãos?

- você consegue sentir que estou tocando os seus dedos dos pés?

## **Observação**

Se a vítima estiver inconsciente assuma que ocorreu lesão medular.

### **12.3 Atendimento de emergência**

- Desobstrução das vias aéreas e respiração adequada (deslocar a mandíbula)
- Manter o corpo da vítima imóvel e alinhado (cabeça em posição neutra) a menos que a vítima queixe de dor.
- Se encontrar resistência estabilize o pescoço na posição que encontrou.
- Alinhe a cabeça com a coluna vertebral.
- Impeça que a vítima movimente a cabeça.

## **Observação**

- Use as mãos para manter o alinhamento do pescoço e da cabeça, até que a vítima esteja imobilizada adequadamente sobre uma prancha.
- A fratura de crânio em si não causa invalidez e morte, são os danos subjacentes que levam as conseqüências sérias.
- A causa mais comum de morte após um traumatismo craniano é a deficiência de oxigênio no cérebro.
- A regra geral para o tratamento de lesões medulares é apoiar e imobilizar a coluna, a cabeça, as costas e a pelve.
- O objetivo é imobilizar a vítima adequadamente sobre uma prancha, é melhor tratar em excesso que correr risco de lesões adicionais – ative o serviço de emergência (SAMU).

## **13-Ressucitação Cardiopulmonar (RCP)**

Uma RCP de boa qualidade melhora as chances de sobrevivência da vítima.

Os conceitos fundamentais são:

- Fazer compressões fortes e rápidas. Comprimir a uma frequência de 100 compressões por minuto.
- Permitir que o tórax retorne completamente após cada compressão.

- Minimizar as interrupções nas compressões torácicas tente manter a duração das interrupções em menos de 10 segundos.
- Evitar a hiperventilação.

### 13.1 Técnicas de compressões torácicas

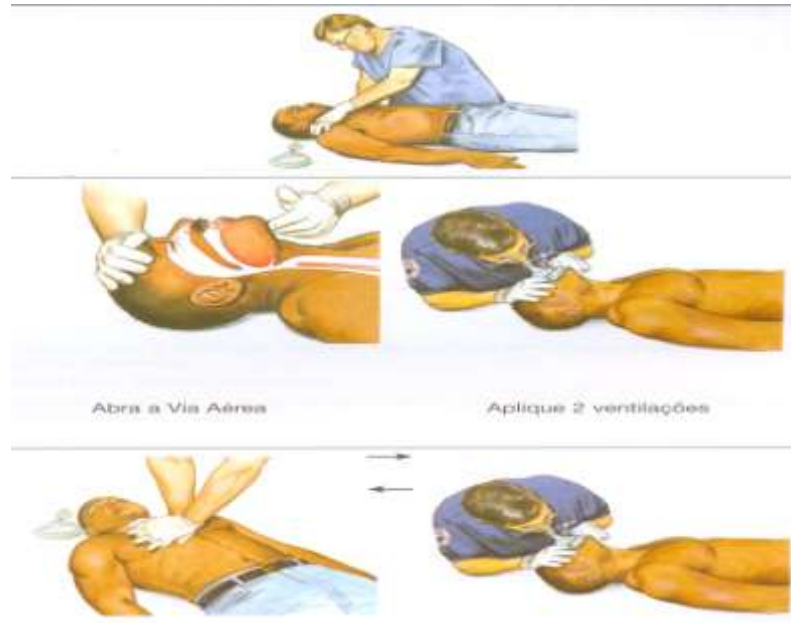
- Posicione-se ao lado da vítima.
- Deverá estar deitada de costas em uma superfície firme e plana.
- Remova toda a roupa que cobrem o tórax.
- Ponha o calcanhar de 1 mão no centro do peito nu da vítima, entre os mamilos.
- Ponha o calcanhar da outra mão sobre a primeira.
- Estique os braços e posicione seus ombros na direção de suas mãos.
- Faça compressões rápidas e fortes (assegure-se de comprimir sobre o osso esterno da vítima).
- Ao final de cada compressão, assegure-se de que houve o retorno (re-expansão total do tórax).
- Aplique compressões de modo suave, a uma frequência de 100 por minuto.



Posição do socorrista durante as compressões torácicas.

## 13.2 RCP em ADULTO

Grite: Você está bem?



30 compressões

2 ventilações

**OBS.:** São as compressões torácicas, que mantêm o fluxo de sangue para o coração, o cérebro e os órgãos vitais (quando não se comprime o tórax, o sangue não circula).

Se você não tem certeza se a vítima tem pulso presente, deve-se iniciar os passos de RCP, pois uma RCP desnecessária é menos prejudicial que não realizar pois a vítima pode realmente estar precisando.

Para avaliar o pulso em um adulto, palpe o pulso carotídeo (localize a traquéia, deslize o 2 e o 3 dedo para a lateral e sinta o pulso carotídeo).

### 13.2.1 Avalie a responsividade da vítima

- Se a vítima não estiver responsiva, grite por socorro, acione o sistema de emergência.

### 13.2.2 Abra a via aérea.

- Manobra de elevação de mandíbula.
- Avalie se a respiração é adequada (leve não menos de 5 e não mais de 10 segundos).
- Use a técnica de ver, ouvir e sentir (se não estiver respirando adequadamente, aplique 2 ventilações. - provoque a elevação do tórax).

### 13.2.3 Avalie o pulso.

- Leve não menos de 5 e não mais de 10 segundos.
- Se não houver pulso, aplique ciclos de 30 compressões e 2 ventilações (faça compressões fortes e rápidas – fc 100 bat/ min).
- Minimize as interrupções nas compressões torácicas, tente manter a duração das interrupções em menos de 10 segundos.

**OBS.** Relação compressão x ventilação no adulto com 1 ou 2 socorristas é a mesma.

Relação compressão x ventilação na criança com 1 socorrista 30 x 2

com 2 socorristas 15 x 2

### 13.3 Ressuscitação Cardiopulmonar em Criança



**RCP em CRIANÇA**

**OBS.:** Se a vítima for atendida por 2 socorristas, Compressão x Ventilação 15 X 2.

## **14-Desobstrução das vias aéreas**

Ocorre por aspiração de corpo estranho objeto ou comida que fica preso na garganta, bloqueando a passagem de ar.

O reconhecimento precoce da obstrução da via aérea é fundamental para o sucesso da evolução do quadro. É importante distinguir esta situação de emergência do desmaio, ataque cardíaco, das convulsões e de outras condições que possam causar insuficiência respiratória súbita, mas que requerem um tratamento diferente.

### **14.1 Obstrução Leve da Via Aérea**

#### **Sinais**

- Boa troca gasosa.
- Responsividade e possibilidade de tosse.
- Pode ter chiado no peito entre os acessos de tosse.

#### **14.1.1 Ações do socorrista**

- À medida que a boa troca de ar persiste, encoraje a vítima a continuar tossindo espontaneamente e com os esforços de respiração.
- Não interfira com as tentativas da vítima de expelir o corpo estranho, mas fique a seu lado e monitorize suas condições.
- Caso a obstrução leve da via aérea persista, acione o sistema de emergência.

## 14.2 Obstrução Grave da Via Aérea

### Sinais

- Troca gasosa insuficiente ou ausente.
- Tosse fraca e ineficiente ou ausência total de tosse
- Ruído agudo e alto a inalação ou ausência total de ruídos.
- Aumento da dificuldade de respiração.
- Possível cianose (pele começa a ficar azulada).
- Incapacidade de falar.
- Agarra o pescoço com o polegar e os dedos, fazendo o sinal universal de asfixia.
- Incapacidade de movimentar o ar.



Sinal universal de asfixia

### 14.3 Ações dos Socorristas

- Pergunte a vítima se ela está engasgada. Se a vítima responder afirmativamente com a cabeça e não conseguir falar, existe uma obstrução da via aérea e você deve acionar o sistema de atendimento de emergência.
- Use as compressões abdominais (manobra de Heimlich) para desobstruir as vias aéreas em adultos e crianças acima de 1 ano, mas não em lactentes.

#### **14.4 Compressões Abdominais em Vítimas Adultas ou crianças responsiva.**

- Fique de pé ou ajoelhado atrás da vítima e circunde seus braços ao redor da cintura da vítima.
- Feche o punho de uma mão.
- Posicione o punho, com o polegar voltado contra o abdome da vítima, na linha media, levante acima do umbigo e bem abaixo do osso esterno.
- Agarre seu punho com a outra mão e pressione o punho contra o abdome da vítima, aplicando uma compressão rápida para cima.
- Repita as compressões até que o objeto seja expelido da via aérea ou a vítima torne-se não responsiva.



Compressões abdominais (manobra de Heimlich) com a vítima em pé.

#### **14.5 Desobstruir as Vias Aéreas em Vítima Não Responsiva**

- Se a vítima não estiver responsiva, acione o sistema de atendimento de emergência
- Abra a via aérea, remova a obstrução, se puder visualizá-la, e comece a RCP (relação compressão x respiração -30 x 2).
- Cada vez que você abrir a via aérea de uma vítima para aplicar ventilações, abra bem a boca da vítima e procure o corpo estranho, caso consiga visualizá-lo, remova-o com seus dedos, se não puder vê-lo, continue com a RCP.
- Caso tenha pulso mas não esteja respirando –continuar a ventilação de resgate e checar o pulso a cada 2 minutos





Abra a via aérea da vítima e procure um corpo estranho

**OBS:** As compressões abdominais podem causar complicações, como lesão de órgãos internos. Uma vítima que tenha recebido compressões abdominais deve ser encaminhada para atendimento Médico Hospitalar para exclusão de quaisquer complicações potencialmente fatais.

## **15-Princípios Gerais de remoção**

Embora a rapidez seja importante nos casos em que a vítima está exposta a riscos ambientais, é sempre mais importante manusear e remover a vítima de forma que não agrave os ferimentos. Como regra, só se deve remover a vítima se for estritamente necessário ou quando se estiver completamente pronto para fazê-lo. Se for possível esperar por ajuda, não se deve removê-la por conta própria, só remova a vítima se houver perigo imediato.

### **15.1 Atendimento de emergência**

- Manutenção das vias aéreas (respiração, circulação).
- Estabilização da coluna vertebral
- Controlar hemorragias

### **15.2 Cuidados**

Transportar acidentados com o uso de padiolas e macas de lonas serve para vítimas de emergências clínicas (desmaio, infarto, derrame, etc...) ou acidentes leves como contusões, entorses, pequenos ferimentos.

Suspeita de trauma de coluna, deveremos aplicar o colar cervical ou improvisar meios de manter a cabeça imóvel e alinhada com a coluna, nesses casos o uso de prancha longa e rígida é obrigatório.

### **Observação**

Em geral, devem-se administrar todos os cuidados necessários antes de se remover a vítima.

A principal consideração em uma remoção de emergência é proteger a coluna vertebral.

Se for necessário imobilizar a coluna, apóie manualmente a cabeça e o pescoço da vítima em posição anatômica normal até que a vítima esteja deitada de costas na prancha, se for possível, coloque um colar cervical rígido, na prancha imobilize a vítima com segurança com no mínimo três correias, mas de preferência com quatro.

### **15.3 Rotina de remoção de emergência do aluno**

Para alunos atendidos na Enfermaria, após a avaliação e consulta de enfermagem, será avaliada a necessidade do aluno de retornar para casa ou atendimento hospitalar encaminhado pelos pais, pela escola ou por atendimento de remoção Samu ou corpo de bombeiros.

Nos casos que não coloquem em risco iminente, a enfermeira entrará em contato com os pais ou responsáveis via telefone que o encaminhará para o atendimento médico – hospitalar, o mesmo aguardará na enfermaria. Os pais ou responsáveis deverão assinar a ficha de controle de saída do aluno do colégio.

Para os alunos que necessitem ser removido para atendimento médico – hospitalar pelo colégio (dores agudas, fraturas expostas, etc...), o transporte devera ser feito de maneira rápida e segura para o Hospital mais próximo indicado pelos pais na ficha médica. Os pais serão comunicados imediatamente via telefone, sendo que a ficha médica preenchida pelos pais contem dados sobre a saúde, local de atendimento em emergência, plano de saúde etc.

O transporte será feito por um motorista e um funcionário administrativo do colégio, que acompanharão o aluno até a chegada dos pais.

Em casos que coloquem em risco a vida e ou a integridade física, como parada cardiorespiratória (PCR), perda da consciência, suspeita de lesão cervical etc. deverá ser

chamado o Resgate, 192 Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), Serviço 193 do Corpo de Bombeiros, com comunicação imediata aos pais ou responsáveis.

## **16-Referência**

BERG MD, Butler J, Cave D et all. **SBV para Profissionais de Saúde, Manual do Aluno**. São Paulo: Prous Science, 2006.

HAFEN BQ, Karren KJ, Frandsen KJ. **Guia de Primeiros Socorros para Estudantes**. São Paulo: Manole, 2002.

**Manual Primeiros Socorros**. São Paulo: SMS – PMSP, 2004.

OLIVEIRA BFM, Parolin MKF, Teixeira EVJ .**Trauma – Atendimento Pré Hospitalar**. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

PIERI A, Waskman R, Steinman M et all.**Guia Primeiros Socorros**. São Paulo: Editora Abril, 2007.

