

# Primeiros Socorros

Entidade Formadora: Dinamic Office, Lda

Datas: 2024



## Objetivos

Pretende-se desenvolver **competências** como:

- Conhecer e acionar o número europeu de emergência 112
- Compreender a estrutura do sistema integrado de emergência médica e colaborar com a mesma
- Reconhecer e avaliar condições de segurança para o socorrista e para a vítima e prestar os primeiros socorros.
- Conhecer e executar técnicas de primeiros socorros em situações de emergências de trauma e/ou doença súbita.
- Conhecer e executar o algoritmo do suporte básico de vida – Adulto, assim como as técnicas de posição Lateral de Segurança e desobstrução da Via aérea

## Primeiros Socorros

### Programa

- Técnicas Básicas de Socorrismo
- O Sistema Integrado de Emergência Médica – SIEM
- Número europeu de socorro 112
- Exame a vítima
- Avaliação da vítima
- Emergências médicas
- Problemas cardíacos
- Problemas respiratórios
- Diabetes
- Crises Convulsivas
- Emergências de traumas (Queimaduras e Hemorragias)
- Intoxicação
- Suporte Básico de Vida - Adulto
- Posição Lateral de Segurança.
- Obstrução da via aérea.

## Técnicas básicas de socorrismo

Existem ações que podem ser realizadas por pessoas treinadas ou socorristas no local da ocorrência, utilizando apenas o material básico disponível, com o intuito de minimizar o efeito das lesões e estabilizar a vítima até que o pessoal de saúde especializado chegue. Essas medidas não são tratamentos médicos, mas são extremamente importantes para melhorar as chances de recuperação da vítima.

O sucesso dessa primeira intervenção pode ter um grande impacto no estado geral e evolução posterior da vítima.

O objetivo dessas ações é reduzir o impacto das lesões e estabilizar o estado da vítima em situações de emergência.

## O Sistema Integrado De Emergência Médica – SIEM

Para garantir o socorro imediato em situações de emergência foi constituído um sistema que procura dar resposta às várias fases da assistência às vítimas de acidente ou doença súbita – o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Este funciona como um elo entre as várias estruturas que participam do processo de socorro.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da Saúde responsável pela coordenação de todas as atividades de socorro a executar pelas diversas estruturas intervenientes no SIEM e cuja atuação se desenvolve segundo um esquema de organização regional, de forma a garantir uma pronta e correta assistência às mais variadas situações de emergência.

Fases do SIEM: Para que todo o SIEM funcione de modo eficaz, torna-se necessário cumprir uma sequência de várias etapas, que tem como base o símbolo da estrela da vida:

## O Sistema Integrado De Emergência Médica – SIEM



## O Sistema Integrado De Emergência Médica – SIEM

### ➤ Detecção

Corresponde ao momento em que alguém se apercebe da existência de uma ou mais vítimas e da necessidade de prestar socorro.

### ➤ Alerta

É a fase em que se contactam os serviços de emergência, através do Número Europeu de Emergência “112”. A chamada é gratuita e está acessível de qualquer ponto do país a qualquer hora), ou dos avisadores de estrada.

Todas as chamadas “112” são recebidas nas centrais de emergência, que têm como principal função a triagem e encaminhamento de todos os pedidos de socorro para a entidade especializada, que irá posteriormente dar a assistência adequada.

## O Sistema Integrado De Emergência Médica – SIEM

### ➤ Pré-Socorro

Trata-se dos primeiros cuidados que são prestados às vítimas até à chegada do socorro especializado.

### ➤ Socorro

Corresponde aos cuidados de emergência iniciais que a equipa de socorro presta às vítimas no local da ocorrência.

### ➤ Transporte

Consiste no transporte desde o local da ocorrência até à unidade de saúde adequada, garantindo a continuação de todos os cuidados emergência necessários.

### ➤ Hospital

Nesta fase a vítima irá receber tratamento num serviço de saúde adequado ao seu estado clínico.

## Número Europeu De Socorro 112

O Número Europeu de Emergência 112 foi criado em 1991 e desde 2008 passou a ser o único número de emergência que pode ser usado de qualquer telefone fixo, móvel ou telefone público aceder aos serviços de emergência em qualquer país da União Europeia, gratuitamente.

O 112 é o Número Europeu de Emergência, sendo comum, para além da saúde, a outras situações tais como incêndios, assaltos ou roubos. As chamadas efetuadas para o 112 são atendidas pela PSP e pela GNR, nas Centrais de Emergência.

Todas as chamadas “112” são recebidas nas centrais de emergência, que têm como principal função a triagem e encaminhamento de todos os pedidos de socorro para a entidade especializada, que irá posteriormente dar a assistência adequada:

## Número Europeu De Socorro 112

- Ocorrência relacionada com segurança, as chamadas são encaminhadas para a Polícia;
- Em caso de fogo, serão encaminhadas para os Bombeiros;
- As situações de emergência relacionadas com saúde são encaminhadas para o CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes).

A colaboração de quem liga é fundamental, devendo ser facultada toda a informação que for solicitada, para permitir um rápido e eficaz socorro às vítimas.

Informar, de forma simples e clara:

## Número Europeu De Socorro 112

Questões/ Informações	
<b>Onde?</b>	Local exato da ocorrência e pontos de referencia para encaminhamento dos meios de socorro
<b>O quê?</b>	Tipo de ocorrência (Acidente, doença súbita, parto, etc...)
<b>Quem?</b>	O número, o género, a idade aparente das vítimas
<b>Como?</b>	O Estado aparente das vítimas, queixas principais e as alterações observáveis
<b>Observação no local</b>	A existência de qualquer situação que exija outros meios para o local (vítima encarcerada, perigo de incêndio, etc.)

As Chamadas 112 são sempre atendidas por pessoal qualificado que está preparado para ajudar o cidadão a prestar os primeiros socorros, devendo este seguir sempre as instruções indicadas pelos serviços de emergência e **DESLIGAR APENAS QUANDO O OPERADOR INDICAR.**

## Exame à Vítima

Antes de prestar qualquer socorro, o socorrista tem de garantir que existem condições de segurança no meio envolvente, esta deve ser a sua prioridade máxima. Outro aspeto fundamental da segurança envolve o uso de equipamento de proteção individual (exemplo: luvas, máscaras, etc.), uma vez que o sangue e outros fluídos corporais podem transmitir infeções como HIV e Hepatite. Se existem condições de segurança para abordar a vítima.

Esta avaliação é fundamental por vários motivos. O seu resultado revela ao socorrista o estado das funções vitais da vítima determinando, ou não, a necessidade de pedido de ajuda diferenciada ou encaminhamento para a unidade hospitalar.

A avaliação da vítima, fornece ainda os valores padrão iniciais que serão depois comparados com as várias avaliações realizadas ao longo do tratamento, revelando a eficácia ou desadequação das ações.

Em emergência médica, definiram-se dois momentos de avaliação para ajudar a sistematizar as ações.

## Exame à Vítima

Em emergência médica, definiram-se dois momentos de avaliação para ajudar a sistematizar as ações.

O primeiro desses momentos assenta em observações simples e rápidas que determinam a manutenção das funções vitais da vítima. Utilizando a mnemônica ABCDE, o socorrista determina a necessidade de apoio, sistematizando a sua avaliação.

Num segundo momento, o socorrista deter-se-á numa avaliação mais cuidada, focada na recolha de valores e informações fundamentais para a caracterização do estado da vítima.

Para efeitos de formação de leigos, este manual fará apenas uma breve abordagem ao conceito ABCDE, apresentado de seguida uma abordagem à vítima mais simples, adaptada ao socorrista não profissional.

➤ **Mantenha a calma**

Manter a calma durante uma emergência permite diminuir os níveis de ansiedade da vítima e do socorrista melhorando o socorro. É fundamental que a pessoa socorrida sinta que o socorrista está seguro na sua atuação. Muitas das vítimas podem apresentar-se ansiosas e até agressivas na primeira abordagem.

Lembre-se que esta é uma situação de fragilidade e que os comportamentos demonstrados podem não corresponder ao estado usual do indivíduo. Adote uma linguagem simples com um tom de voz mais baixo e evite posturas que possam ser interpretadas como agressivas. Este é o primeiro passo para o sucesso do seu desempenho.

➤ **Verifique a segurança**

Observe à sua volta se o local é seguro para si, para a vítima e para as pessoas que possam estar nesse local. Procure sinais de instabilidade do local, perigos como fugas de gás ou combustível, perigos elétricos como fios descarnados e expostos. Verifique se tem espaço para abordar a vítima. Peça para afastar todos os curiosos que possam atrapalhar o seu trabalho.

Observe o chão, procurando tudo o que possa comprometer uma atuação segura. Água, vidros, gorduras ou outras substâncias podem dificultar a segurança durante a avaliação e pode tornar-se desconfortável para vítima e socorrista. Caso seja possível, sem comprometer o socorro adequado, liberte a área ou afaste a vítima do local (exceto situações de trauma como quedas, atropelamentos, etc.).

➤ **Procure hemorragias exsanguinante**

As hemorragias exsanguinante são situações que podem fazer perigar a vida da vítima em poucos segundos e devem ser atendidas de imediato. Para as identificar, procure sinais externos como poças grandes de sangue ou roupa ensopada, algo que claramente demonstre uma perda significativa de sangue. Adiante neste manual terá um capítulo dedicado à identificação e controlo deste tipo de hemorragias.

➤ **Verifique se a vítima está consciente**

Tal como aprendeu no módulo Suporte Básico de Vida, chame pela pessoa ou toque em ambos os ombros falando alto caso esteja adormecida. Se verificar que a vítima está inconsciente proceda como aprendeu na formação.

Se a vítima estiver consciente, pergunte o que se passou e se a pessoa precisa de ajuda. Ofereça a sua ajuda e obtenha o consentimento. Lembre-se que todas as vítimas conscientes têm o direito de recusar.

## Avaliação da Vítima

É fundamental que a monitorização dos sinais vitais se faça de uma forma organizada, sistemática e periódica (pelo menos de 5 em 5 minutos para uma vítima crítica e de 15 em 15 minutos para uma vítima não crítica). Os dados da avaliação inicial e das reavaliações seguintes devem ser registados e comunicados à chegada das equipas de socorro.

Os sinais vitais são:

**Ventilação;**

**Pulso;**

**Temperatura;**

**Pressão Arterial;**

**Dor.**

## Avaliação da Vítima

### Avaliação e caracterização da Ventilação/respiração:

Frequência – (número de ciclos por minuto, valores normais entre 12 a 20)

Amplitude – Superficial/ Normal/ Profunda

Ritmo – Regular/ Irregular

**Nota:** valores de frequência normal: 12-20 ciclos por minuto após descanso de superior a 10 minutos.



### Avaliação e caracterização do Pulso:

Frequência – (número de ciclos por minuto, valores normais entre 60 a 100)

Amplitude – Cheio/ fino

Ritmo – Regular/ Irregular

**Nota:** avaliar com dedo indicador e médio no pulso radial (Pulso) ou carotídeo (Pescoço)



**Temperatura:**

Para se obterem valores exatos da temperatura devemos utilizar um termómetro.

**Hipotermia** - Temperatura inferior a 35,0º C

**Normal** – Sem febre ou apirético de 35ºC a 37,5ºC (Temp. média - 36,5 ºC)

**Subfebril** - entre 37,5ºC e 38ºC

**Febre** – Temperatura superior a 38º C

## Avaliação da Vítima

### Pressão arterial:

Pressão arterial é a força exercida pelo sangue sobre as paredes das artérias onde corre. Para a avaliar, tem que se obter dois valores, pressão arterial máxima (sistólica) e pressão arterial mínima (diastólica). Estes valores são quantificados em milímetros de mercúrio (mmHg).

Existem valores standard para a sistólica e diastólica, contudo cada pessoa sem o seu histórico e perante esses valores para si “normais”, devem ser confrontados com os valores medidos no momento da emergência.

**Hipotensão** – Pressão arterial mínima inferior a 60 mmHg

**Normal** – Ver histórico de valores de hipertensão da vítima

**Hipertensão** – Pressão arterial máxima de 120 mmHg

**Nota:** A pressão arterial máxima deve ser inferior a 120 mmHg e a mínima deve idealmente ser inferior a 80 mmHg

## As Emergências Médicas mais frequentes

### ➤ Lipotimias


Lipotimia é uma sensação de desmaio com abolição das funções motrizes e/ou motoras, com conservação das funções respiratória e cardíaca. A lipotimia é considerada como um primeiro grau de síncope, mas raramente perderá a consciência. A Síncope, denominada popularmente por desmaio, é a perda momentânea de consciência e da postura ereta, caracterizada por ser de aparecimento súbito, curta duração e recuperação espontânea.

#### Sinais e sintomas:

- Palidez,
- Suores frios,
- Vertigens,
- Zumbidos nos ouvidos.

## As Emergências Médicas mais frequentes

### Procedimento em lipotimias:

- Manter a atitude calma e segura;
  - Acalmar a vítima;
  - Abertura da via aérea se inconsciente;
  - Combater a causa;
  - Colocar a vítima em decúbito dorsal com elevação dos membros inferiores;
  - Manter a temperatura corporal.
- 

## As Emergências Médicas mais frequentes

### ➤ Perda de consciência/estado de choque

Perda momentânea e inesperada da consciência. Também conhecida como desmaio, perda temporária dos sentidos, desfalecimento ou síncope. A pessoa fica pálida, começa a suar, perde os sentidos e cai. O pulso fica fraco e a respiração irregular. Normalmente o desmaio dura apenas alguns minutos. Após o episódio, os músculos tornam-se firmes, os batimentos do pulso respiração regulariza. O desmaio é causado por uma queda grande e brusca da pressão sanguínea, do que resulta um suprimento bastante pequeno de sangue ao cérebro. Geralmente, a súbita baixa da pressão sanguínea é causada por um choque mental ou físico.

O choque é uma situação de diminuição da circulação sanguínea, com incapacidade de oxigenar e nutrir os órgãos, podendo levar à inconsciência e até à morte.

## As Emergências Médicas mais frequentes

### Sinais e sintomas:

- Alteração do estado de consciência (ansioso, agitado ou apático, sonolento ou inconsciente)
- Respiração rápida e superficial
- Pulso rápido e fino
- Pele pálida e suada
- Extremidades frias
- Hipotensão (Pressão arterial baixa)
- Tonturas
- Sensação de desmaio (lipotimia)
- Sede

## As Emergências Médicas mais frequentes

### Procedimento em perda de consciência /estado de choque:

- Manter a atitude calma e segura;
- Acalmar a vítima;
- Abertura da via aérea (caso esteja inconsciente);
- Combater a causa (ex.: controlar hemorragias);
- Colocar a vítima em decúbito dorsal com elevação dos membros inferiores (se não houver suspeita de trauma);
- Manter a temperatura corporal;
- Vigiar e registrar os sinais vitais, pois a crise, normalmente, está associada ao não cumprimento da prescrição médica;
- Estas vítimas, frequentemente, recusam a ida ao centro hospitalar.

➤ **Dor Torácica**

A Dor torácica é a segunda queixa isolada que condiciona maior número de ativações do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) em Portugal.

Tem particular importância porque entre as causas de dor torácica, encontram-se doenças que implicam risco de vida.

Cerca de metade das mortes por enfarte agudo do miocárdio (EAM) ocorrem antes do doente conseguir chegar ao hospital.

Quando o socorrista percebe que a vítima tem uma dor torácica (dor no peito) há um conjunto de informações que é fundamental recolher:

## Problemas cardíacos

### ➤ Dor Torácica

- Natureza da dor (ex.: aperto, em facada, picada);
- Localização (ex. atrás do esterno (retroesternal), torácica lateral);
- Existência de irradiação (ex. para os membros superiores, para a mandíbula, para o dorso);
- Fatores provocantes (ex. esforço, movimento brusco, ingestão alimentar ou de bebida);
- Fatores de alívio (ex. posição antálgica, eructação);
- Presença de fatores acompanhantes (ex. dispneia, náuseas ou vômitos, sudorese, lipotimia ou síncope, azia ou pirose) são aspectos a investigar durante o CHAMU;
- Hora: Hora do início da dor.

(Esta informação contribui de forma decisiva para a ativação da via verde coronária.)

## Problemas cardíacos

### ➤ Dor torácica de origem cardíaca

Uma dor cardíaca representa uma situação em que o miocárdio não está a receber a quantidade de oxigénio suficiente para as suas necessidades do momento.

A deposição de placas de gordura e outras substâncias, faz com que:

- O diâmetro das artérias vá diminuindo gradualmente;
- As paredes das artérias percam a sua elasticidade, tornando-se duras.

Estes dois fatores em conjunto conduzem a:

- Uma diminuição do volume de sangue, ie, com a diminuição do diâmetro interno da artéria o sangue sofre uma obstrução;
- Um aumento da pressão no interior das artérias, ou seja, a mesma quantidade de sangue é obrigada a passar por um diâmetro mais pequeno.

## Problemas cardíacos

### ➤ Dor torácica de origem cardíaca

A dor torácica de origem cardíaca pode apresentar-se como duas entidades clínicas:

- Angina de peito;
- Enfarte do agudo do miocárdio (EAM)

### ➤ Enfarte agudo do miocárdio (EAM)

Enquanto na angina de peito apenas há sofrimento das células do coração por falta de oxigénio, no EAM existe já morte de células do miocárdio. Normalmente o aparecimento desta situação deve-se a uma obstrução total ou quase total da coronária e não apenas a uma diminuição do seu diâmetro.

## Problemas cardíacos

### ➤ Enfarte agudo do miocárdio (EAM)

#### Sinais e Sintomas:

- Dor no peito, de localização retroesternal (ou precordial), descrita como uma sensação de aperto, peso, opressão ou facada.
- A dor mantém-se constante, ou seja, não altera de intensidade com a inspiração/expiração, ou com a posição adotada pelo indivíduo.
- A dor pode irradiar para o ombro, braço e mão (mais frequente à esquerda), pescoço e mandíbula, dorso e região abdominal.
- Esta dor pode ainda ser acompanhada de adormecimento na extremidade do membro superior afetado. Tem início inesperado e inespecífico.

(Cont.)

## Problemas cardíacos

### ➤ Enfarte agudo do miocárdio (EAM)

- Enquanto que a dor da Angina tem fator desencadeante, a dor do Enfarte pode não ter fator desencadeante surgindo por vezes durante o sono.
- Raramente alivia com a suspensão do fator desencadeante.
- A sua duração é mais prolongada que a dor da Angina.
- A dor do EAM raramente alivia com a administração medicação SOS.
- Dificuldade respiratória, pode ser isolada, preceder ou acompanhar o desconforto.

**Nota:** A evolução do enfarte agudo do miocárdio, pode mesmo chegar ao Edema Agudo do Pulmão.

➤ **Pneumotórax**

O termo pneumotórax é utilizado para definir a situação clínica em que existe ar dentro do espaço pleural, ou seja, existe ar entre as duas pleuras, onde apenas deveria existir o líquido pleural. À medida que a quantidade de ar dentro da pleura aumenta, a pressão sobre o pulmão aumenta também, acabando por provocar o colapso deste.

Na maioria dos casos esta situação tem origem traumática. É o caso do indivíduo que sofre uma rotura do pulmão com consequente entrada de ar para o espaço pleural. Normalmente esta rotura fica a dever-se:

### ➤ Pneumotórax

- Ao movimento de desaceleração brusca que o pulmão sofre nos acidentes de viação ou quedas.
- Na iminência de um embate os indivíduos sustentam a respiração, ao sofrer o embate o tórax é comprimido, como o ar não é exalado a pressão aumenta e provoca lesão do tecido pulmonar e do seu revestimento (pleura visceral) com consequente saída de ar para o espaço pleural.
- Às lacerações provocadas no pulmão pelas costelas fraturadas.

### ➤ Dispneia

Conhecida vulgarmente por falta de ar, a dispneia é a sensação de que não se está a receber ar suficiente nos pulmões.

Este problema de saúde pode resultar de um esforço mais intenso, ser causado por se estar num local de elevada altitude ou pode ser um sintoma de infeção e doença pulmonar ou cardíaca.

### Sintomas

- Dificuldade em respirar normalmente
- Falta de ar depois de um esforço ou devido a uma condição clínica
- Sensação de sufoco resultante de dificuldades respiratórias

(cont.)

## Problemas Respiratórios

### ➤ Dispneia

- Sensação de aperto no peito
- Respiração acelerada e superficial e dificuldade em respirar fundo
- Palpitações cardíacas
- Pieira
- Tosse

Os episódios de dispneia podem ser agudos (repentinos) ou crónicos (duradouros), surgirem em repouso ou durante o exercício, de forma moderada a intensa.

Se a dispneia ocorrer repentinamente ou se os sintomas são severos, pode ser sinal de que existe uma doença grave.

## Problemas Respiratórios

### ➤ Dispneia

#### Causas

No caso da dispneia aguda, as causas mais comuns são:

- Crise de asma
- Ansiedade
- Reação alérgica severa (anafilaxia)
- Pneumonia e outras infeções respiratórias
- Embolia pulmonar (coágulo sanguíneo nos pulmões)
- Bloqueio das vias respiratórias (como quando a pessoa se engasga)
- Ataque cardíaco (enfarte do miocárdio)
- Reação alérgica severa (anafilaxia).

## Diabetes

Diabetes Mellitus é o nome que se dá a uma alteração do nível do açúcar no sangue (a que se dá o nome de glicémia). O açúcar não é digerido porque a produção de insulina está afetada. A insulina é produzida no pâncreas e intervém na metabolização e transporte do açúcar para interior das células. A Diabetes Mellitus classifica-se:

- **Tipo I ou Insulino Dependentes** – em que a produção de insulina é inexistente ou anormal. Este tipo de diabetes torna os doentes dependentes de insulina injetável.
- **Tipo II ou Não Insulino Dependentes** – em que a produção de insulina é insuficiente para as necessidades do organismo. Neste caso, os doentes podem realizar uma dieta rigorosa ou em situações mais graves podem recorrer a antidiabéticos orais (comprimidos que estimulam a produção de insulina).

## Diabetes

A glicemia (nível de açúcar no sangue) pode variar pela quantidade:

- De insulina produzida pelo pâncreas;
- De alimentos açucarados ingeridos.

Sendo a diabetes uma doença que resulta da difícil absorção do açúcar (glicose) e da sua utilização na produção de energia, é necessário ter atenção aos valores deste no sangue.

Assim, os valores considerados recomendáveis para um adulto são:

- Condições normais: 100 a 120 mg/dl.
- Hipoglicemia: Inferior a 60 mg/dl.
- Hiperglicemia: Superior a 200 mg/dl

Quando existe um desequilíbrio entre a quantidade de insulina e açúcar no sangue, ocorre uma descompensação da diabetes, podendo ocorrer hipoglicemia ou hiperglicemia.

➤ **Hipoglicemia** - diminuição acentuada da quantidade de açúcar.

Sinais e Sintomas:

- Ansiedade,
- Irritabilidade e mesmo agitação;
- Fraqueza muscular;
- Sensação de fome;
- Ventilação rápida e superficial;
- Pulso rápido e fraco;
- Pele pálida e suada;
- Tonturas,
- Náuseas e dor abdominal;
- Tremores e mesmo convulsões;
- Desorientação, confusão mental, perda de consciência (coma hipoglicêmico).

Procedimento em Hipoglicemia “diabetes baixos”:

- Manter uma atitude calma e segura;
- Fornecer açúcar (vítima consciente – água com açúcar em pequenas quantidades frequentemente;
- Vítima inconsciente – colocar em PLS e administrar papa espessa de açúcar entre as bochechas e a gengiva)
- Em caso de convulsão deve-se atuar em conformidade
- Vigiar sinais vitais e evolução do estado de consciência
- Recolher o máximo de informação possível.

O açúcar é imprescindível à vida, o que implica uma rápida atuação nestes casos, para evitar a ocorrência da morte celular. Nas vítimas conscientes e após atuação não é necessário o transporte ao hospital (sendo no entanto, uma decisão médica).

➤ **Hiperglicemia** - aumento acentuado da quantidade de açúcar.

Sinais e Sintomas:

- Náuseas e vômitos;
- Fraqueza muscular e tonturas;
- Pele avermelhada e seca;
- Sensação de sede;
- Hálito cetônico;
- Aumento da frequência ventilatória;
- Pulso rápido e fraco;
- Sonolência; confusão mental,
- Desorientação que pode evoluir para estados de inconsciência (coma hiperglicêmico).

Procedimento em Hiperglicemia “diabetes elevados”:

- Manter a atitude calma e segura
- Vigiar os sinais vitais e evolução do estado de consciência
- Recolher o máximo de informação.
- Ligar 112

## Crises Convulsivas

As crises convulsivas são provocadas por um excesso de atividade elétrica no cérebro que resulta numa breve rutura das mensagens que passam entre as células cerebrais. Podem ser causadas por crises de epilepsia, por traumatismos cranianos, entre outras causas. O melhor primeiro socorro é evitar que a vítima se magoe durante todo o episódio, que normalmente demora apenas alguns minutos.

### Reconhecer sinais e sintomas:

- Perda súbita da consciência;
- Movimentos involuntários de parte ou de todo o corpo, tipo tremores;
- Cor arroxeadada da face;
- Maxilares cerrados;
- Mordedura da língua (poderá aparecer sangue na boca);
- Incontinência urinária;
- Após acordar, a vítima recupera a consciência, mas poderá apresentar-se desorientada;
- Possível sonolência e sem memória do episódio, que gradualmente vai recuperando

O que fazer:

- Torne a área segura e, se conseguir, ampare a vítima na queda. Afaste todos os objetos que estejam em redor da vítima, evitando que esta se magoe;
- Proteja a cabeça da vítima: coloque almofadas, toalhas enroladas, cobertores ou, em último caso, estabilize a cabeça da vítima com as suas mãos para que esta não embata contra algo;
- Não coloque nada na boca;
- Coloque a vítima em Posição Lateral de Segurança, assim que parar de tremer;

## Intoxicação

A Intoxicação é quadro clínico decorrente do contacto ou exposição (acidental, intencional ou profissional) a uma substância ou produto, por via oral, parentérica (injeção), inalatória ou através da superfície corporal (pele, olhos, mucosas).

A dose é um fator importante e determinante nas potenciais consequências da intoxicação.

Podem ocorrer intoxicações pela exposição a uma dose elevada de uma substância que em condições normais de utilização não tem toxicidade (ex. medicamentos); da mesma forma que uma intoxicação pode resultar da exposição, ainda que reduzida, a determinadas substâncias, devido à sua elevada toxicidade (ex. alguns pesticidas). A maioria das intoxicações ocorre por via digestiva.

As intoxicações acidentais são muito frequentes nas crianças as quais, devido a uma grande curiosidade e ausência de noção de risco, ingerem indiscriminadamente qualquer substância mesmo que com sabor ou cheiro desagradáveis.

## Intoxicação

O Centro de Informação Antivenenos (CIAV) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) – TEL. 800 250 250 - presta todo o tipo de informações relativas ao tóxico, quadro clínico, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos.

Avaliação - Revela-se fundamental, na caracterização da intoxicação, a recolha de toda a informação relevante que permita uma correta identificação do tóxico e do intoxicado, nomeadamente:

- QUEM? – idade, sexo e peso?
- O QUÊ? – nome do tóxico (medicamento, planta, produto); para que serve?
- QUANTO? – quantidade de produto?
- QUANDO? - tempo decorrido desde a exposição?
- ONDE? – local da exposição ao produto?
- COMO? – ingeriu? com bebidas alcoólicas?

## Intoxicação

A salientar que nas intoxicações voluntárias em adultos deve ser colocada a hipótese de ingestão de várias substâncias ou produtos.

A informação veiculada por familiares ou quaisquer pessoas presentes no local pode contribuir em muito para o esclarecimento da situação, inclusivamente no que se refere a eventuais manobras já efetuadas na tentativa de socorrer a vítima (ex. indução do vômito; ingestão de leite ou qualquer outra substância).

Por norma devem recolher-se as embalagens dos produtos em causa as quais devem ser levadas coma vítima para o hospital.

➤ **Queimaduras**

As queimaduras são lesões na pele ou tecidos subjacentes, resultado do contacto com o calor, frio, eletricidade, agentes físicos ou químicos. Estas lesões podem proporcionar graves consequências no corpo, deformação e lesão de órgãos. As crianças podem ter mais problemas que os adultos, tendo em conta a área/percentagem atingida, uma vez que a proporção da superfície corporal não é idêntica à do adulto. A atuação pré-hospitalar consiste resumidamente em arrefecer a queimadura, administrar oxigénio, prevenir a infeção, evitar a hipotermia.

➤ **Queimaduras: Classificação**

A classificação das queimaduras obedece à observação de vários aspetos que condicionam o efeito e gravidade da lesão. São eles:

- Causa da queimadura
- Profundidade: de acordo com os graus
- Extensão da superfície corporal queimada: a quantidade de pele lesionada
- Localização: as queimaduras na face, no pescoço, no tórax, nos órgãos genitais e nas articulações são sempre graves independentemente do seu grau
- Idade: mais graves nas crianças e idosos

➤ **Queimaduras: Classificação quanto à causa**

Conforme a causa, podem ser:

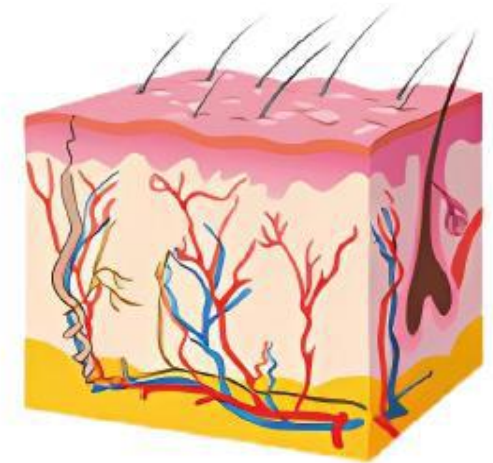
- Queimaduras térmicas - provocadas por ação do calor ou do frio.
- Queimaduras elétricas - existe um ponto de contato da eletricidade com o corpo, onde é provocada a queimadura.
- Queimaduras químicas - provocada por ação de bases ou ácidos.
- Queimaduras por radiação - provocada por ação de radiações como Raio X e radiações nucleares.

➤ **Queimaduras: Classificação quanto à profundidade**

A profundidade nas queimaduras é calculada por graus:

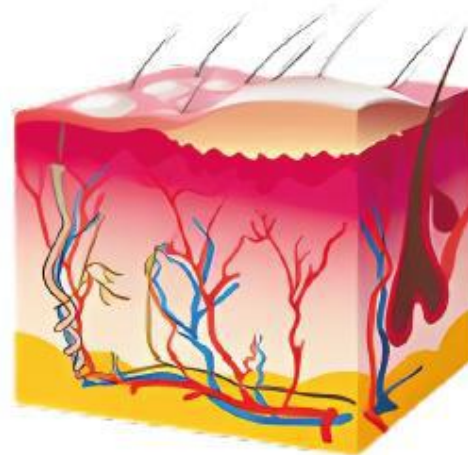
- **1º Grau** - Rubor, Calor e dor
- **2º Grau** – Dor e flitenas
- **3º Grau** – Necrose, coloração negra ou castanha e sem dor

**1º Grau** - A pele apresenta-se vermelha, quente, seca, sensível e dolorosa. São as queimaduras menos graves, envolvem a primeira superfície da pele (epiderme). Esta situação ocorre, por exemplo, quando vítima está longos períodos tempo exposta ao sol. Esta queimadura se for muito extensa pode causar febre.



➤ **Queimaduras: Classificação quanto à profundidade**

2º Grau – A pele fica com flictenas (bolhas), acumulação de plasma sanguíneo entre as camadas da pele. Estas queimaduras envolvem a epiderme e a derme. Apresentam-se muito vermelhas, sendo zonas com dor local e muito sensível. Esta situação ocorre, por exemplo, quando se faz uma bolha no pé, quando se tem um calçado novo ou por excesso de tempo exposto ao sol sem proteção.

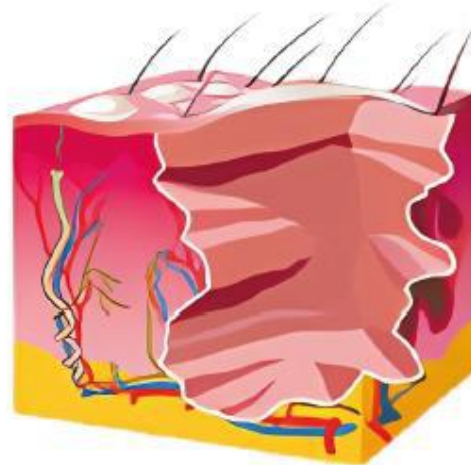


➤ **Queimaduras: Classificação quanto à profundidade**

3º Grau – Existe destruição de toda a epiderme e a derme (morte de tecidos, ocorrendo por vezes perda de função)

No caso de a queimadura ter como origem uma combustão, a pele pode apresentar-se preta, ou a pele pode ficar branca se a queimadura for provocada por vapor.

Estas situações são as mais complicadas e necessitam, de ser rapidamente acompanhadas ao hospital.



➤ **Queimaduras: Como atuar em queimadura**

- Garantir as condições de segurança
- Controlar via aérea
- Irrigar áreas queimadas com grande quantidade de soro fisiológico ou água, e cobrir com compressas húmidas
- Vigiar e registrar os Sinais vitais
- Recolha de informação
- Precaver o risco de hipotermia

➤ **Queimaduras: Como atuar em queimadura**

Nota: Em caso de fogo, este deve ser extinto com cobertor, água ou soro; lavagem de soro fisiológico ou água e não deve retirar as roupas a vítima


Em queimaduras de químicos, deve remover roupas, sem contaminar outras áreas do corpo, limpar pele com compressas secas e irrigar com água ou soro fisiológico (15 min); em queimaduras elétricas deve desligar a corrente e não se aproximar da vítima.

➤ **Queimaduras: Como atuar em queimadura térmicas**

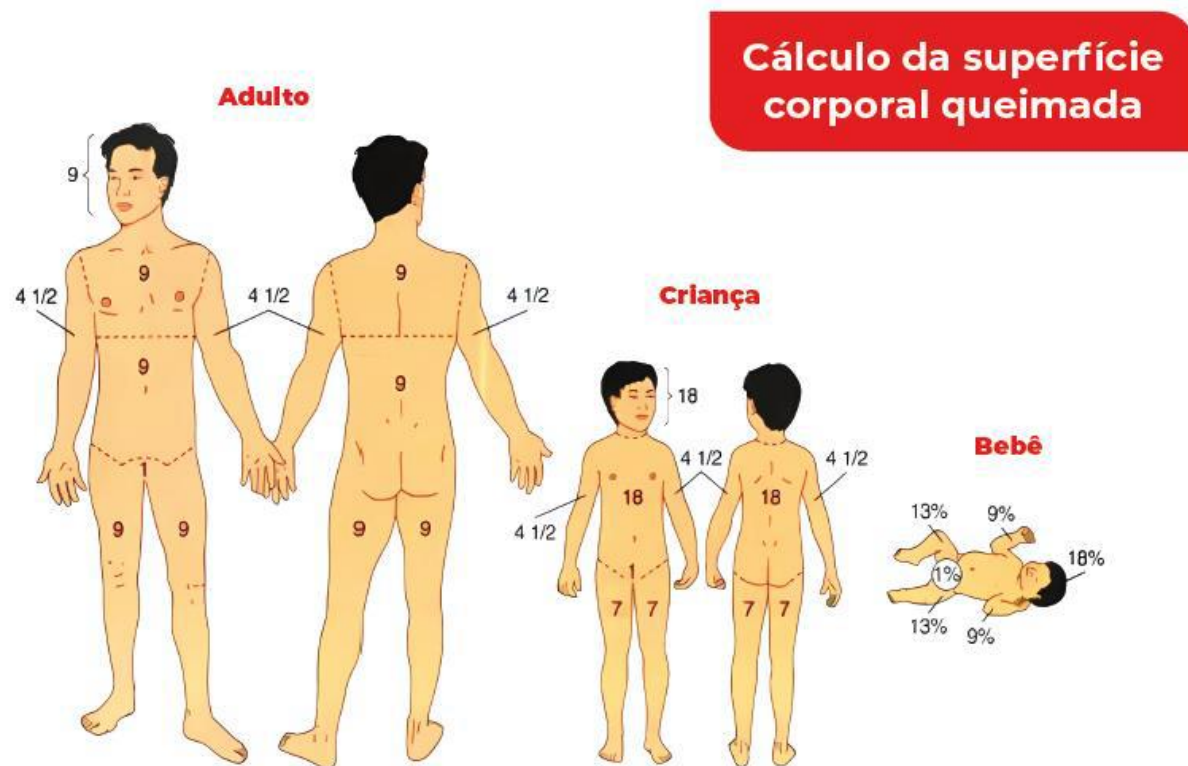
- Exame da vítima
- Afastar a vítima do agente que provoca a queimadura
- Arrefecer a queimadura lavando abundantemente até um máximo de 15 minutos
- Prevenir o estado de choque, vítima pode entrar em hipotermia
- Em queimaduras muito extensas colocar a vítima debaixo de um chuveiro
- Não aplicar nenhum tipo de gordura
- Não rebentar as flitenas
- Colocar um penso húmido nas queimaduras de 1º, 2º e 3º grau
- Não retirar a roupa á vítima quando está colada à queimadura/pele
- Se duas zonas da pele estiverem em contacto, colocar compressas embebidas em água a separar
- Esperar pela ambulância nas situações de queimaduras de 2º e 3º grau

➤ **Queimaduras: Como atuar em queimadura química**

- Tomar as precauções universais de segurança usando equipamento adequado
- Se a queimadura é produzida por um agente em pó, sacudir
- Colocar a vítima debaixo de água corrente, completamente vestida
- Permanecer cerca de 15 - 20 minutos
- Cobrir com um lençol limpo e sem pelo
- Enquanto espera pela ambulância acalme a vítima

- **Queimaduras: Como atuar em queimadura ocular**
  
  - Lavar os olhos com soro fisiológico ou água abundante
  - Começar do canto interno do olho para o canto externo
  - Manter os olhos abertos
  - Evitar a colagem das pálpebras
  - Não fazer penso oclusivo
  - Esperar pela ambulância
- 

➤ Queimaduras: Cálculo da superfície queimada



➤ Hemorragias

Hemorragia é toda ou qualquer saída de sangue do circuito normal, independente da sua quantidade ou duração. As hemorragias são consideradas situações de socorro essencial, de acordo com o Plano de Ação do Socorrista. Num adulto o volume de sangue varia entre os 5 e os 6 litros de sangue. As hemorragias nem sempre estão associadas a feridas, sendo essas, as mais difíceis de detetar e por isso, as mais perigosas.

Classificação das Hemorragias

As hemorragias podem ser classificadas quanto à origem e quanto ao tipo.

## Emergências de Trauma

### ➤ Hemorragias

Quanto à origem estas podem ser classificadas em:

- Hemorragias Externas
- Hemorragias Internas

Sendo que as Hemorragias Internas podem ainda subdividirem-se e serem classificadas como:

- Visíveis
- Invisíveis

As Hemorragias externas, podem ser classificadas quanto ao tipo:

- Hemorragias Arteriais
- Hemorragias Venosas
- Hemorragias Capilares

➤ Hemorragias Externas

As hemorragias externas são todas aquelas hemorragias que se verificam a nível externo, isto é, de exteriorização imediata, estando associado a feridas. São assim de mais fácil identificação. Como já referido estas podem ser do tipo arterial, venoso ou capilar

Classificação das Hemorragias externas

- Hemorragia Externa Arterial: O sangue tem uma cor vermelho vivo e sai ás “golfadas”/ conforme a pulsação.
- Hemorragia Externa Venosa: O sangue tem uma cor vermelho escuro e sai em “fio”.
- Hemorragia Externa Capilar: O sangue tem uma cor vermelho intermédio e o sangue sai em “toalha”. Sangue pode ser do tipo arterial, venoso ou capilar

## Emergências de Trauma

### ➤ Hemorragias Externas - Controlo de hemorragia

Em todas as emergências que envolvam hemorragias devem ser tomadas medidas decisivas e rápidas.

#### Métodos para controlar hemorragias:

##### 1º Linha - Pressão direta (no local da hemorragia)

A pressão direta não poderá ser utilizada quando:

- A hemorragia está localizada sobre uma fratura;
- No local da hemorragia existirem objetos empalados (Espetados).

## Emergências de Trauma

### ➤ Hemorragias Externas - Controlo de hemorragia

Como proceder à compressão manual direta:

- Comprimir com uma compressa esterilizada;
- Nunca retirar as primeiras compressas, se necessário, colocar outras por cima desta;
- Logo que a hemorragia aparente estar controlada, efetuar um penso compressivo sobre a ferida:
- Manter as compressas a exercer alguma pressão sobre a ferida, utilizando uma ligadura. A ligadura deverá ser aplicada com cuidado para manter as compressas sobre a ferida, exercendo alguma pressão, mas não de tal modo que o membro seja garrotado;
- Nunca tapar o local do penso de uma hemorragia, fundamental que se possa observar a evolução até a chegada do socorro.



## Emergências de Trauma

### ➤ Hemorragias Externas - Controlo de hemorragia

#### 2º Linha - Garrote

O garrote deve ser utilizado em situações, em que a compressão manual direta efetuada com pressão adequada no local não se mostre eficaz, em especial nos casos de esfacelos e/ou amputação com hemorragia grave.

Para o aplicar, deve retirar a roupa do membro amputado não esquecendo que, uma vez aplicado, não deve ser aliviado.

Por segurança deverá sempre deixar o membro garrotado bem à vista e marcar a hora da realização do garrote



## Emergências de Trauma

### ➤ Hemorragias Externas - Controlo de hemorragia

#### 3º Linha – Elevação do membro

Nas feridas ou lesões de um membro, deve aplicar uma compressa sob pressão e elevar o membro, caso não haja fratura. A força da gravidade contraria a corrente sanguínea, a manutenção do membro elevado auxiliará o controlo da hemorragia.

#### 4º Linha – Compressão indireta ou digital à distância

Consiste em comprimir uma artéria contra um músculo ou um osso, entre o local da hemorragia e o coração.

A pressão exercida nas artérias contra um músculo ou um osso, na raiz dos membros, levará ao controlo de hemorragias nos territórios irrigados pela artéria em causa, uma vez que impede a progressão da corrente sanguínea para além do local da compressão.

## Emergências de Trauma

### ➤ Hemorragias Externas - Controlo de hemorragia

Os locais mais frequentes de compressão são a nível da artéria umeral (face interna do braço) ou artéria femoral (ao nível da virilha).

Este método é usado essencialmente em situações em que haja um objeto estranho empalado ou suspeita de fratura no local. Será, portanto, um método alternativo à compressão direta, quando esta não puder ser efetuada.

➤ **Hemorragias Internas Visíveis**

São todas aquelas hemorragias que têm a sua origem no interior do organismo, num local sem acesso direto, e cujo sangue consegue sair pelas cavidades naturais do corpo. Esta exteriorização pode ocorrer pelo nariz, ouvidos, olhos, boca, ânus, reto, vagina e pênis. Podem ainda incluir-se as hemorragias suspeitas em todas as que se manifestam por sinais externos na pele como hematomas ou equimoses.

As hemorragias internas invisíveis são todas aquelas que tendo a sua origem no interior do organismo, aí se mantêm contidas sem possibilidade de exteriorização pelos orifícios naturais.

Estas são por isso, as mais perigosas. Somente através de uma observação sistematizada e avaliação da vítima, relacionada com a informação relativa a condições prévias e história do incidente, se poderá suspeitar e prever, contribuindo para salvar a vítima em causa, sendo para isso necessário que o socorrista tenha especial atenção a toda a sintomatologia apresentada. Alguma dessa sintomatologia é tardia, indicando um estado mais agravado.

## Emergências de Trauma

### ➤ Hemorragias Internas Visíveis

#### Sintomas mais comuns

- Dor local
- Pulso rápido e fraco
- Respiração rápida e superficial
- Zumbidos ou barulhos nos ouvidos
- Cefaleias
- Sede, náuseas e vômitos
- Suores frios e viscosos
- Pupilas em midríase (dilatadas)
- Perda progressiva de visão
- Menor reação pupilar

## Emergências de Trauma

### ➤ Hemorragias Internas Visíveis

#### Como atuar

- Efetuar o controlo de hemorragia
- Desapertar roupas
- Facilitar ventilação
- Colocar a vítima em local arejado
- Manter a temperatura corporal
- Evitar que a vítima faça movimentos desnecessários
- Se a vítima estiver consciente esta deverá estar na posição de semi-recostado (semi-fowler)
- Se a vítima estiver inconsciente esta deverá estar na posição de P.L.S.

## Cadeia da Sobrevivência

O conceito de cadeia de sobrevivência assenta atualmente em quatro passos fundamentais, que fazem a diferença no tratamento de vítimas em paragem cardiorrespiratória.



1. Reconhecer rapidamente a situação de emergência e pedir ajuda, acionando de imediato o SIEM (ligando 112);
2. Início precoce de manobras de SBV
3. Desfibrilhação precoce, paralelamente às manobras de suporte básico de vida (SBV);
4. Promover cuidados de SAV e pós-reanimação tão precocemente quanto possível

### Riscos para o reanimador

Por vezes, o desejo de ajudar alguém que nos parece estar em perigo de vida pode levar a ignorar os riscos inerentes à situação. Se não forem garantidas as condições de segurança antes de se abordar uma vítima, poderá, em casos extremos, ocorrer a morte da vítima e do reanimador.

Sendo a segurança a primeira condição na abordagem da vítima, a mesma deve ser garantida antes de iniciar essa abordagem e ao longo de todo o processo: não deverá expor-se a si nem a terceiros a riscos que possam comprometer a sua integridade física enquanto reanimador.

Antes de se aproximar de alguém que possa eventualmente estar a precisar de ajuda, o reanimador deve minimizar a sua exposição a perigos, estando desperto e protegendo-se de fatores e riscos:

### Riscos para o reanimador

- Ambientais (ex. Choque elétrico, derrocadas, explosão, tráfego),
- Toxicológicos (ex. Exposição a gás, fumo, tóxicos); e
- Infeciosos (ex. Tuberculose, hepatite, Sars-Cov2i).
- Circulação automóvel

Se parar numa estrada para socorrer alguém num acidente de viação deve:

- Ligar as luzes de perigo (4 piscas) e posicionar a viatura em segurança, entre o possível tráfego e a vítima, com a frente virada numa direção diferente da sua posição e da posição da vítima;
- Vestir o colete e sinalizar o local com triângulo à distância adequada;
- Desligar o motor do carro acidentado para diminuir a probabilidade de incêndio.

## Riscos para o reanimador

### Presença de produtos tóxicos

Nas situações em que a vítima sofre uma intoxicação podem existir riscos acrescidos para quem socorre.

Para garantir o socorro é importante identificar o produto em causa, a sua forma de apresentação (em pó, líquida ou gasosa) e contactar o CODU ou o CIAV (Centro de Informação Antivenenos - 800 250 250) para uma informação especializada quanto aos procedimentos a adotar.

Em caso de intoxicação por produtos gasosos é fundamental não inalar os vapores libertados. O local onde a vítima se encontra deverá ser arejado ou, na impossibilidade de o conseguir, a vítima deverá ser retirada do local.

### Riscos para o reanimador

Nas situações em que o produto é corrosivo (ácidos ou bases fortes) ou em que possa ser absorvido pela pele, como alguns pesticidas, é mandatório, além de arejar o local, utilizar equipamento de proteção como luvas e máscara para evitar qualquer tipo de contacto com o produto.

A possibilidade de transmissão de doenças durante as manobras de reanimação, apesar de diminuta, é real. Estão descritos alguns casos de transmissão de infeções durante a realização de insuflação boca-a-boca (nomeadamente casos de tuberculose).

## Manobras de suporte básico de vida

As manobras de suporte básico de vida (SBV) entende-se como um conjunto de técnicas bem definidas e padronizadas que permitem a avaliação e atuação perante situações de perigo de vida iminente, permitindo preservar as funções vitais (respiração e circulação), muitas vezes sem recurso a qualquer equipamento de apoio.

Estes gestos são de extrema importância pois, em algumas situações, são responsáveis pela recuperação total da vítima, noutras permitem garantir a oxigenação mínima dos órgãos nobres (coração e cérebro) até à chegada de ajuda diferenciada – suporte avançado de vida (SAV).

Cada minuto de atraso na desfibrilhação reduz a probabilidade de sobrevivência entre 10 a 12%, sendo que nos casos em que o SBV é realizado, o declínio da taxa de sobrevivência é mais gradual (3-4%).

## Manobras de suporte básico de vida

### 1. Avaliar as Condições de Segurança

Antes da abordagem a vítima deve analisar as condições de segurança para o socorrista, vítima e demais intervenientes, estando garantidas as condições de segurança deve imediatamente avaliar o estado de consciência da vítima.



## Manobras de suporte básico de vida

### 2. Avaliar Estado de consciência

Avaliar o estado de consciência da vítima, abanando suavemente os seus ombros e chamar em voz alta;

- Vítima consciente: Deixar a vítima na posição em que se encontra, desde que não represente um perigo para esta. Caso exista perigo deve ser posicionada em posição lateral de segurança (PLS), avaliar a vítima e se necessário ligar 112.

- Vítima inconsciente: Permeabilize a via aérea e inicie o VOS

Se não estiver de barriga para cima, rodar suavemente a vítima, colocando-a nessa posição (decúbito dorsal)



## Manobras de suporte básico de vida

### 3. Permeabilizar a via aérea

A permeabilização da via aérea e o restabelecimento da ventilação são objetivos essenciais em SBV, com o propósito de evitar lesões por insuficiente oxigenação dos órgãos nobres, em particular do cérebro.

Em vítima inconsciente, ocorre o relaxamento dos músculos da orofaringe (garganta), incluindo a língua, que poderão obstruir a VA, pelo que esta deve ser permeabilizada:

- Coloque a vítima em decúbito dorsal (deitada de costas);
- Coloque uma mão na região frontal (testa) e dois dedos da outra mão no mento (queixo);
- Faça a extensão da cabeça, inclinando a cabeça para trás.



## Suporte Básico de Vida – Adulto

### Manobras de suporte básico de vida

#### 4. Avaliar Ventilação - VOS

Mantendo a VA permeável, verifique se a vítima respira normalmente, realizando o VOS (Ver, Ouvir e Sentir) até 10 segundos:

- Ver os movimentos torácicos;
- Ouvir os sons respiratórios saídos da boca/nariz;
- Sentir o ar expirado na face do reanimador.

Se a vítima respira normalmente coloque-a em Posição Lateral de Segurança (PLS)

Caso existam dúvidas na avaliação da respiração, agir como se a vítima não respirasse.

Se a vítima não responde e não respira normalmente ative de imediato o serviço de emergência médica



## Manobras de suporte básico de vida

### 5. Ligar 112

Se a vítima não responde e não respira normalmente ative de imediato o serviço de emergência médica, ligando 112:

- Quando liga 112, deverá informar o local com exatidão e o tipo de situação (emergência médica). Posteriormente, após transferência da chamada para o CODU, deverá complementar a informação já transmitida, designadamente no que respeita à localização, com referência à freguesia/localidade e pontos de referência, disponibilizando-se para responder a todas as questões solicitadas. Siga os conselhos do técnico do CODU e não desligue a chamada até indicação do mesmo;

## Suporte Básico de Vida – Adulto

### Manobras de suporte básico de vida

- Existindo mais que um elemento no local, um deles deve contactar os serviços de emergência, ligando 112, enquanto o outro inicia as manobras de SBV;
- Se estiver sozinho, o desejável é que não abandone nem atrase o auxílio à vítima, podendo utilizar o sistema de alta voz de um telemóvel para interagir com o 112 e com os técnicos do CODU, enquanto executa o SBV;
- Se não tiver telefone ou rede de telemóvel perto, deve abandonar a vítima, ligar 112 e depois começar SBV.

## Manobras de suporte básico de vida

### 6. Realize 30 Compressões

No decurso da PCR o sangue que se encontra retido nos pulmões e no sistema arterial permanece oxigenado por alguns minutos. São as compressões torácicas que mantêm o fluxo de sangue para o coração, o cérebro e outros órgãos vitais, pelo que é prioritário o início de compressões torácicas.

Para que as compressões torácicas sejam corretamente realizadas, deverá:

- Posicionar-se ao lado da vítima;
- Certificar-se que a vítima está deitada de costas, sobre uma superfície firme e plana;
- Afastar/remover as roupas que cobrem o tórax da vítima;
- Posicionar-se verticalmente acima do tórax da vítima;
- Certificar-se que a vítima está deitada de costas, sobre uma superfície firme e plana; (cont.)

### Manobras de suporte básico de vida

- Afastar/remover as roupas que cobrem o tórax da vítima;
- Posicionar-se verticalmente acima do tórax da vítima;
- Colocar a base de uma mão no centro do tórax (sobre a metade inferior do esterno);
- Colocar a outra mão sobre a primeira entrelaçando os dedos;
- Manter os braços e cotovelos esticados, com os ombros na direção das mãos;
- Aplicar pressão sobre o esterno, deprimindo-o 5 a 6 cm a cada compressão (as compressões torácicas superficiais não produzem um fluxo sanguíneo adequado);
- Aplicar 30 compressões de forma rítmica a uma frequência entre 100 a 120 por minuto (ajuda se contar as compressões em voz alta);
- No final de cada compressão garantir a descompressão total do tórax sem remover as mãos;

Realize 30 compressões deprimindo o esterno 5 a 6 cm a uma frequência de 100 a 120 compressões por minuto.

## Manobras de suporte básico de vida

### 7. Realize 2 Insuflações

Após 30 compressões, efetuar 2 insuflações.

- A insuflação eficaz provoca uma elevação do tórax (semelhante à respiração normal), devendo ter a duração de apenas 1 segundo;
- Não demorar mais que 10 segundos para realizar as duas insuflações;
- Evitar insuflações abruptas e com ar em excesso;
- A posição incorreta da cabeça pode impossibilitar uma insuflação adequada por obstrução da via aérea;
- Na impossibilidade de utilizar um dispositivo para insuflar, como a máscara de bolso ou o insuflador manual, este último reservado na sua utilização às Equipas de Emergência, a insuflação “boca a boca” é uma alternativa para fornecer oxigénio à vítima.

## Suporte Básico de Vida – Adulto

### Manobras de suporte básico de vida

Caso uma ou ambas as tentativas de insuflação sejam ineficazes, avance de imediato para as compressões torácicas.

Não interrompa as compressões por um período superior a 10 segundos para fazer as duas insuflações.

Mantenha as manobras de reanimação (30 compressões seguidas de 2 insuflações, ou em alternativa compressões contínuas) até:

- Chegar ajuda diferenciada e ser substituído;
- A vítima retomar sinais de vida (vítima acordada ou reativa; movimentos intencionais e respiração normal);
- Ficar exausto.

### **Manobras de suporte básico de vida: Reanimação a dois**

No caso de haver dois reanimadores com formação em suporte básico de vida a troca deve ser efetuada perdendo o mínimo de tempo possível, a cada dois minutos de SBV (5 ciclos de 30:2);

Antes de o reanimador que está a realizar as compressões chegar à 30ª compressão, o reanimador que está na via aérea deve posicionar-se para realizar, imediatamente a seguir, as duas insuflações.

## Posição lateral de segurança

Nas situações em que a vítima se encontra não reativa e com respiração eficaz, ou se tiverem sido restaurados os sinais de vida após manobras de reanimação, a manutenção da permeabilidade da via aérea deverá ser obrigatoriamente garantida.

A PLS garante a manutenção da permeabilidade da via aérea numa vítima inconsciente que respira normalmente:

- Diminuindo o risco de aspiração de vómito;
- Prevenindo que a queda da língua obstrua a VA;
- Permitindo a drenagem de fluidos pela boca;
- Permitindo a visualização do tórax;
- Não estão demonstrados riscos associados à sua utilização.

**Nota:** A PLS (Posição Lateral de Segurança) está contraindicado em situações de trauma ou suspeitas de trauma, bem como em vítimas que apresentem movimentos ineficazes (Respiração agónica)

## Posição lateral de segurança

Se ao abordar a vítima ela responde:

- Deixe-a como a encontrou;
- Procure quaisquer alterações;
- Solicite ajuda (ligue 112);
- Reavalie-a regularmente.

Se ao abordar a vítima ela estiver inconsciente e a respirar normalmente:

- Coloque-a em PLS.

## Posição lateral de segurança

### Técnica para colocar a vítima em PLS

#### 1. Ajoelhe-se ao lado da vítima

Remova objetos estranhos ao corpo da vítima, os quais ao posicioná-la possam eventualmente causar lesões (ex.: óculos, canetas);

Assegure-se que as pernas da vítima estão estendidas;

Coloque o braço mais perto (do seu lado) em ângulo reto com o corpo, com o cotovelo dobrado e a palma da mão virada para cima;



## Posição lateral de segurança

### Técnica para colocar a vítima em PLS

#### 2. Segure o braço mais afastado

Segure o outro braço (mais afastado) cruzando o tórax e fixe o dorso da mão na face do seu lado;



#### 3. Levante a perna do lado oposto

Com a outra mão levante a perna do lado oposto acima do joelho dobrando-a, deixando o pé em contacto com o chão;



## Posição lateral de segurança

### Técnica para colocar a vítima em PLS

#### 4. Role a vítima

Enquanto uma mão apoia a cabeça a outra puxa a perna do lado oposto rolando a vítima para o seu lado;

Estabilize a perna de forma que a anca e o joelho formem ângulos retos;

Incline a cabeça para trás assegurando a permeabilidade da VA;

Ajuste a mão debaixo do queixo, para manter a extensão da cabeça;

Reavalie regularmente a respiração (na dúvida desfazer a PLS, permeabilizar a VA e efetuar VOS até 10 segundos).



## obstrução da via aérea

A obstrução da via aérea (OVA) por corpo estranho é pouco frequente, mas constitui-se como uma causa de PCR acidental potencialmente reversível. Normalmente associada à alimentação e comumente presenciada, as vítimas apresentam-se inicialmente conscientes e reativas, pelo que as oportunidades de intervenção precoce podem de forma mais fácil resolver a situação.

Quanto mais cedo for reconhecida a obstrução da via aérea, mais precocemente se aplicam manobras promovendo a sua eficácia.

O risco de OVA é mais elevado em vítimas que apresentem algumas das seguintes situações: redução do nível de consciência, intoxicação por álcool e/ou drogas, alterações neurológicas com dificuldade de deglutição e diminuição do reflexo da tosse, alterações mentais, demência e dentição inexistente.

## obstrução da via aérea

Podemos classificar a OVA quanto à gravidade:

### OVA LIGEIRA:

- Vítima reativa, capaz de falar, tossir e respirar;
- Eventual ruído respiratório na inspiração;
- Mantém reflexo da tosse eficaz.

### OVA GRAVE:

- Vítima incapaz de falar;
- Tosse fraca/ineficaz ou ausente;
- Respiração em “esforço” com ruído agudo alto à inspiração ou ausência total de ruído;
- Incapacidade de movimentar o ar;
- Cianose (coloração azulada ou violácea da pele, especialmente da face e nas extremidades, devida a deficiente oxigenação do sangue);
- Vítima garra o pescoço com as mãos (sinal universal de asfixia).

## obstrução da via aérea

A obstrução da via aérea por corpo estranho apresenta-se como uma causa de PCR acidental potencialmente reversível.

O reconhecimento precoce da obstrução da via aérea é fundamental para o sucesso da evolução da situação de emergência.

### Algoritmo de desobstrução da via aérea

O algoritmo que a seguir se descreve aplica-se tanto a adultos como a crianças com mais de 1 ano de idade.

1. Pancadas interescapulares
2. Compressões abdominais

## obstrução da via aérea

### 1. Pancadas interescapulares

Coloque-se ao lado e ligeiramente por detrás da vítima, com uma das pernas encostadas de modo a ter apoio;

Passe o braço por baixo da axila da vítima e suporte-a a nível do tórax com uma mão, mantendo-a inclinada para a frente, numa posição tal que se algum objeto for deslocado com as pancadas possa sair livremente pela boca;

Aplique até 5 pancadas com a base da outra mão na parte superior das costas, ao meio, entre as omoplatas, isto é, na região interescapular;

Cada pancada deverá ser efetuada com a força adequada tendo como objetivo resolver a obstrução;

Após cada pancada deve verificar se a obstrução foi ou não resolvida;

Aplique até 5 pancadas no total.



## 2. Compressões abdominais

As compressões abdominais devem ser aplicadas no caso de as pancadas interescapulares não serem eficazes. Com a vítima de pé ou sentada:

- Fique por detrás da vítima e circunde o abdómen da mesma com os seus braços;
- Incline a vítima para a frente;
- Feche o punho de uma mão e posicione-o acima da cicatriz umbilical, com o polegar voltado contra o abdómen da vítima;
- Sobreponha a 2.ª mão à já aplicada;
- Aplique uma compressão rápida para dentro e para cima;
- Repita as compressões até que o objeto seja expelido da VA;
- Aplique cada nova compressão (até 5) como um movimento separado e distinto;
- Após cada compressão abdominal deve verificar se a obstrução foi ou não resolvida.



## obstrução da via aérea

### Se a vítima fica inconsciente:

- Suporte/ampare a vítima colocando-a no chão em decúbito dorsal sobre superfície rígida;
- Ligue de imediato 112, ou garanta que alguém o faça;
- Inicie compressões torácicas e insuflações (após 30 compressões, tente 2 insuflações eficazes);
- Mantenha compressões e insuflações até a vítima recuperar e respirar normalmente ou até chegarem os meios de emergência.

**Nota:** Alerta-se para o facto de, apesar do sucesso das manobras, o corpo estranho responsável pela obstrução poder ficar alojado nas vias aéreas e causar complicações mais tarde.

Como tal, vítimas com tosse persistente, dificuldade em engolir ou sensação de corpo estranho ainda presente nas vias aéreas devem ser submetidas a observação médica.

As compressões abdominais e as compressões torácicas quando aplicadas, pese embora o sucesso que resulte das mesmas, podem causar lesões internas. Assim sendo, vítimas submetidas a estas manobras devem igualmente ser sujeitas a observação médica.

### Algoritmo de Desobstrução da Via aérea

Condições de Segurança

#### TOSSE EFICAZ

Encorajar a tossir

Até resolver ou tosse ineficaz

#### TOSSE INEFICAZ

5 pancadas nas costas

5 compressões abdominais

Até resolver ou inconsciente

Se inconsciente, ligar 112

Iniciar SBV



## **ATIVIDADE**

### **Avaliação de Conhecimentos**

Proceda à realização da Avaliação de Conhecimentos através de questões múltipla selecionando as várias opções corretas.

**Assim que iniciarem o Quis têm 90 minutos para responder a todas as questões.**




### Referencias Bibliográficas

- Manual INEM abordagem à vítima TAS - Versão 2.0, 2012;
- Manual INEM Emergências Médicas TAS - Versão 2.0, 2017.



# Obrigada!

Entidade Formadora: Dinamic Office, Lda

 Rua de Albergaria  
Nº 49, Fração B - Albergaria  
2430-077 Marinha Grande

 +351 912 147 965

 [info.dinamicoffice.pt](mailto:info.dinamicoffice.pt)

[www.dinamicoffice.pt](http://www.dinamicoffice.pt)

