

MANUAL DE PRIMEIROS SOCORROS

SITUAÇÕES DE URGÊNCIA NAS ESCOLAS, JARDINS DE INFÂNCIA E CAMPOS DE FÉRIAS

Ministério da Educação
dgidc Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular
Alto Comissariado da Saúde
ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Manual de Primeiros Socorros



Afogamento	11
Asfixia	13
Corpos estranhos	15
Desmaio	17
Electrocussão (choque eléctrico)	19
Entorse	21
Envenenamento	25
Epistaxis (hemorragia nasal)	29
Estado de choque	31
Estrangulamento	33
Feridas	35
Fracturas	37
Golpe de calor (insolação)	43
Golpe de frio (enregelamento)	45
Hemorragias	47
Mordeduras	51
Picadas	53
Politraumatizados	57
Posição Lateral de Segurança	61
Queimaduras	63
Reanimação (Suporte Básico de Vida)	67
Doença crónica	73
Crise de hipoglicemia	75
Convulsão	77
Crise asmática	79

Perante o sucesso das anteriores edições deste manual (1995 e 1999), foi decidido fazer uma reedição revista e aumentada.

FICHA TÉCNICA:

Título: Manual de Primeiros Socorros
Situações de Urgência nas Escolas, Jardins de Infância e Campos de Férias
Editor: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular
Coordenação: Maria Isabel Machado Baptista
Autora: Isabel Reis
Revisão científica e técnica: Isabel Albernaz e Sónia Colaço
Coordenação da revisão científica e técnica: Ilda Luísa Figueiredo
Design e Produção: Vasco Grácio
Ilustrações: Mário Palma
Execução gráfica: Editorial do Ministério da Educação, 2010
Depósito legal n.º: 318571/10
ISBN: 978-972-742-330-9
Tiragem: 1000 exemplares
Terceira edição revista

Biblioteca Nacional de Portugal – Catalogação na Publicação

REIS, Isabel, 1952-

Manual de primeiros socorros : situações de urgência nas escolas, jardins de infância e campos de férias
ISBN 978-972-742-330-9

CDU 614

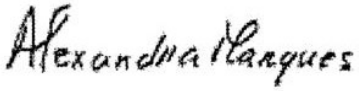
A protecção da saúde e do bem-estar são prioridades que o Ministério da Educação muito valoriza.

Desde cedo, que as crianças e jovens podem ser informadas sobre a forma como proceder mediante situações inesperadas, como por exemplo, a simples mordedura de um mosquito!

No entanto, é necessário garantir o rigor e a actualidade de informação, que promova a saúde, o bem-estar e a segurança também nos espaços escolares. Assim, a DGIDC, em colaboração com o Alto Comissariado da Saúde, entendeu proceder à revisão científica e reedição deste manual, cuja 1ª edição remonta a 1995.

Resta-me desejar a todos e, em especial, à comunidade educativa que todos contribuam para ambientes cada vez mais seguros!

Directora-Geral



Alexandra Marques
Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular

Um acidente é sempre inesperado e pode ser grave, com um risco de vida.

SALVAR UMA VIDA depende de uma resposta corajosa e rápida e de um desempenho adequado.

Este pequeno manual, expressivo tanto na escrita como nas ilustrações, é A AJUDA que é tantas vezes necessária em situação de emergência.

Para Professores e Pais. E porque não? Também para Alunos.

Alta Comissária da Saúde



Maria do Céu Machado
Alto Comissariado da Saúde

OBJECTIVOS DO PRIMEIRO SOCORRO (CVP 2001)

- Prevenir
- Alertar
- Socorrer

O que é um primeiro socorro?

Primeiro socorro é o tratamento inicial e temporário ministrado a acidentados e/ou vítimas de doença súbita, num esforço de preservar a vida, diminuir a incapacidade e minorar o sofrimento.
O primeiro socorro consiste, conforme a situação, na protecção de feridas, imobilização de fracturas, controlo de hemorragias externas, desobstrução das vias respiratórias e realização de manobras de Suporte Básico de Vida.
Qualquer pessoa pode e deve ter formação em primeiros socorros.
A sua implementação não substitui nem deve atrasar a activação dos serviços de emergência médica, mas sim impedir acções intempestivas, alertar e ajudar, evitando o agravamento do acidente.

Qualidades do socorrista:

- Autocontrolo e sentido de responsabilidade.
- Capacidade de organização e liderança.
- Capacidade de comunicação.
- Capacidade para tomar decisões.
- Compreensão e respeito pelo outro.
- Consciência das suas limitações.

Perante uma doença súbita ou um acidente grave, como activar os serviços de emergência médica?

112

Número Europeu de Socorro



LIGAR PARA O 112

- Informar claramente o local onde se encontra a vítima.
- Relatar de forma simples como se deu o acidente.
- Dar indicações precisas sobre o estado da vítima.
- Pedir a quem atendeu a chamada para repetir a mensagem, a fim de verificar se esta foi devidamente entendida.
- Contactar a família da vítima (de preferência o encarregado de educação, se se tratar de um aluno).
- Promover um ambiente calmo, afastando eventuais curiosos e evitando comentários.
- Acalmar e, se possível, pedir informações à vítima sobre o sucedido.
- Executar os primeiros socorros de acordo com o estado da vítima e as lesões sofridas, seguindo as instruções contidas neste manual.

GABINETE PARA PRESTAÇÃO DE PRIMEIROS SOCORROS

É importante que a escola disponha de um local próprio, adequado à prestação de primeiros socorros. Esse local deverá estar sempre limpo e desinfectado. Recomenda-se como equipamento: um armário com materiais para primeiros socorros; produtos de desinfecção e limpeza; kit de emergência transportável.

ARMÁRIO DE PRIMEIROS SOCORROS

Devem estar disponíveis os seguintes materiais:

- Luvas de látex descartáveis.
- Tesoura.
- Pinça.
- Compressas esterilizadas.
- Rolos de adesivos de 1 cm e 5 cm.
- Sabão (líquido de preferência).
- Anti-sépticos para desinfecção de pele e mucosas (Betadine ou similar e Clorhexidina).
- Embalagem grande de esponjas de "Spongostan".
- Gase vaselinada.
- Película aderente.
- Termómetro digital.
- Solução de glicose e pacotes de açúcar.
- Ligaduras.
- Pensos rápidos.

PRODUTOS DE DESINFECÇÃO E LIMPEZA

- Clorhexidina 4%.
- Lixívia comercial – hipoclorito de sódio a 5-10% (atenção à validade).
- Toalhetes descartáveis para as mãos.
- Balde com tampa e pedal.

e ainda:

- Aventais descartáveis.
- Sacos de plástico apropriados para produtos eventualmente contaminados, se possível de parede dupla.

KIT DE EMERGÊNCIA TRANSPORTÁVEL

É essencial num kit de emergência ter disponível e acessível material que o auxilie na prestação de primeiros socorros.

Como organizar o kit?

Assegure que este contém o material indispensável e necessário.

PROPOSTA DE MATERIAL BÁSICO

- Luvas de látex descartáveis (2 pares).
- Compressas esterilizadas (5 pacotes).
- Ligaduras (3 unidades).
- Adesivos (1 rolo).
- Pensos rápidos (1 caixa).
- Solução de iodopovidona dérmica (Betadine) (unidades individuais).
- Soro fisiológico (1 frasco pequeno ou unidades individuais).
- Termómetro digital (1).
- Paracetamol 500 mg (1 caixa).
- 4 pacotes de açúcar ou solução de glicose.
- Esfigmomanometro (aparelho para avaliação de tensão arterial) (1).
- Gase vaselinada (5 pacotes).
- Tesoura (1).
- Pinça pequena (1).
- "Spongostan" (esponjas de coagulação).
- Película aderente.

Nota: É importante rever frequentemente o kit, bem como todo o material existente no armário, verificando os prazos de validade e material em falta.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MATERIAIS

Uma vez terminado qualquer tratamento de feridas sangrantes há que proceder à eliminação e/ou desinfecção do material utilizado e à limpeza das superfícies ou locais eventualmente conspurcados com sangue.

1. ELIMINAÇÃO E/OU DESINFECÇÃO DO MATERIAL UTILIZADO

Nota: Quem proceder a estas operações deve manter sempre as mãos protegidas com luvas de borracha (luvas de *ménage*, por exemplo).

Para a eliminação e/ou desinfecção do material utilizado no tratamento de feridas sangrantes devem ser seguidas as seguintes orientações:

- O material descartável utilizado no tratamento das feridas (luvas, avental, "Spongostan", compressas, ligaduras, adesivos, etc.) deve ser removido para o saco de plástico de parede dupla que se atará firmemente.
- O restante material (pinças, tesouras, etc.), logo depois de utilizado deve ser lavado com água e sabão e depois mergulhado em lixívia comercial durante 30 minutos.

2. LIMPEZA DE SUPERFÍCIES E LOCAIS CONSPURCADOS COM SANGUE

À semelhança do material, todas as superfícies e locais conspurcados com sangue devem ser cuidadosamente limpos e desinfectados.

- Utilizar sempre luvas de borracha descartáveis.
- Favorecer a absorção do sangue com material irrecuperável (toalhetes de papel absorvente, por exemplo).
- Deitar por cima dos locais contaminados lixívia pura (se possível a 10%) e deixar actuar durante 10 minutos.
- Remover tudo para saco de plástico adequado e fechá-lo com segurança.
- Por último, lavar toda a superfície contaminada com água.

AFOGAMENTO

ASFIXIA
SUFOCAÇÃO

CORPOS ESTRANHOS

DESMAIO

ELECTROCUSSÃO
(CHOQUE ELÉCTRICO)

ENTORSE

AFOGAMENTO

ASFIXIA
SUFOCAÇÃO

CORPOS ESTRANHOS

DESMAIO

ELECTROCUSSÃO
(CHOQUE ELÉCTRICO)

ENTORSE

AFOGAMENTO



Convém lembrar que uma criança pequena se pode afogar em poucos centímetros de água, num tanque, balde ou alguidar quase vazio, ou até mesmo na banheira, durante o banho.

O QUE DEVE FAZER

- Retirar imediatamente a vítima de dentro de água.
- Verificar se está consciente, se respira e se o coração bate.
- Colocar a vítima de barriga para baixo e com a cabeça virada para um dos lados. (figs. 1, 2 e 3)



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

- Comprimir a caixa torácica 3 a 4 vezes, para fazer sair a água (fig. 4).

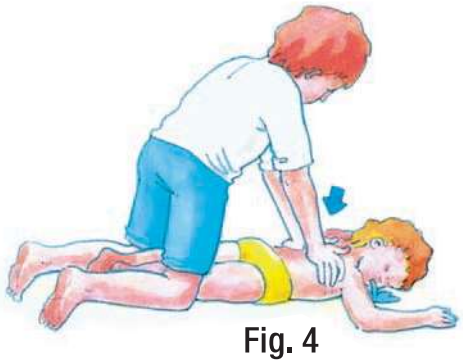


Fig. 4

Se a vítima não respira, deitá-la de costas e iniciar de imediato os procedimentos do algoritmo do Suporte Básico de Vida (ver pág. 68). Logo que a vítima respire normalmente, colocá-la em Posição Lateral de Segurança (PLS – ver pág. 61) e mantê-la confortavelmente aquecida.

Em qualquer situação, transportar a vítima ao Hospital, activando o Serviço de Emergência Médica.

O QUE NÃO DEVE FAZER

Se o afogamento se deu no mar ou num rio, o socorrista não deve:

- Lançar-se à água se não souber nadar muito bem.
- Procurar salvar um afogado que está muito longe de terra.
- Deixar-se agarrar pela pessoa que quer salvar.

Deve atirar-lhe uma corda ou uma bóia.

ASFIXIA/SUFOCAÇÃO



Dificuldade respiratória que leva à falta de oxigénio no organismo.
As causas podem ser variadas, sendo a mais vulgar a obstrução das vias respiratórias por corpos estranhos (objectos de pequenas dimensões, alimentos mal mastigados, etc.).

Outras causas possíveis de asfixia são: ingestão de bebidas ferventes ou cáusticas, pesos em cima do peito ou costas, intoxicações diversas, paragem dos músculos respiratórios.

SINAIS E SINTOMAS

Conforme a gravidade da asfixia, podem ir desde um estado de agitação, lividez, dilatação das pupilas (olhos), respiração ruidosa e tosse, a um estado de inconsciência, com paragem respiratória e cianose (tonalidade azulada) da face e extremidades.

A situação é grave e requer intervenção imediata!

O QUE DEVE FAZER

Corpo estranho nas vias respiratórias (ver pág. 16).

A. NUMA CRIANÇA PEQUENA:
Abra-lhe a boca e tente extrair o corpo estranho, se este ainda estiver visível, usando o seu dedo indicador em gancho ou uma pinça, mas sempre com muito cuidado para não o empurrar!
Caso não esteja visível, coloque a criança de cabeça para baixo e dê-lhe algumas pancadas a meio das costas, entre as omoplatas, com a mão aberta (figs. 5 e 6).



Fig. 5 Fig. 6

B. NO JOVEM/ADULTO:

Coloque-se por trás da vítima e passe-lhe
o braço em volta da cintura.
Feche a mão em punho
e coloque-o logo acima do umbigo.
Cubra o punho com a outra mão e carregue para dentro e para cima,
até 5 movimentos.
Repita a operação as vezes que forem necessárias
até à saída do corpo estranho (fig. 7).
Se a respiração não se restabelecer e a vítima
continuar cianosada (tonalidade azulada),
inicie o Suporte Básico de Vida (ver pág. 68).



**Logo que a respiração estiver restabelecida,
active o Serviço de Emergência Médica
para o transporte da vítima para o Hospital.**

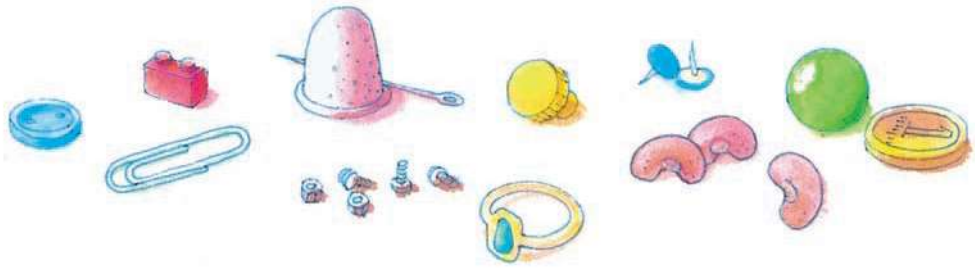


Fig. 7

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Abandonar o asfixiado para pedir auxílio.

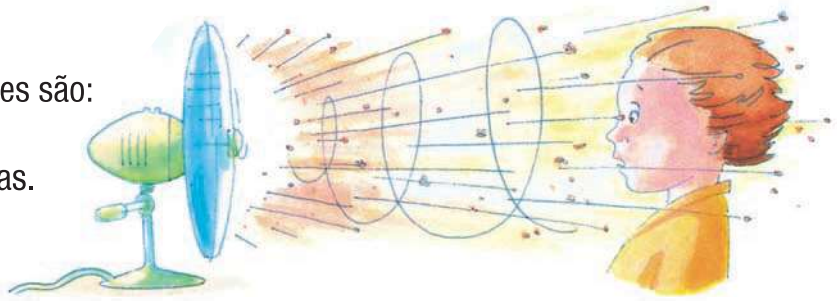
CORPOS ESTRANHOS



Corpos estranhos são corpos que penetram no organismo, através de qualquer orifício, ou após uma lesão de causa variável.
Os corpos estranhos podem encontrar-se mais frequentemente nos olhos, nariz, ouvidos ou vias respiratórias.

1. NO OLHO

Os mais frequentes são:
grãos de areia,
insectos e limalhas.



SINAIS E SINTOMAS

- Dor ou picada local.
- Lágrimas.
- Dificuldade em manter as pálpebras abertas.

O QUE DEVE FAZER

- Abrir as pálpebras do olho atingido com muito cuidado.
- Fazer correr água sobre o olho, do canto interno, junto ao nariz, para o externo (fig. 8).
- Repetir a operação duas ou três vezes.
- Se não obtiver resultado, fazer um penso oclusivo, isto é, colocar uma compressa e adesivo, e enviar ao Hospital.





Fig. 8

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Esfregar o olho.
- Tentar remover o corpo estranho com lenço, papel, algodão ou qualquer outro objecto.

2. NO OUVIDO

Os corpos estranhos mais frequentes são os insectos.



SINAIS E SINTOMAS

Pode existir surdez, zumbidos e dor, sobretudo se o insecto estiver vivo.

O QUE DEVE FAZER

Se se tratar de um insecto, deitar uma gota de azeite ou óleo e depois enviar ao Hospital.
Outros corpos estranhos, enviar ao Hospital.

O QUE NÃO DEVE FAZER

Tentar remover o objecto.

3. NAS VIAS RESPIRATÓRIAS

Os corpos estranhos podem causar perturbações nas vias respiratórias, de natureza variável de acordo com a sua localização.

SINAIS E SINTOMAS

São também variáveis. Pode existir dificuldade respiratória, dor, vómitos e nos casos mais graves asfixia, que pode conduzir à morte.

4. NO NARIZ

Os mais frequentes, na criança, são os feijões ou objectos de pequenas dimensões, como botões e peças de brinquedos.

O QUE DEVE FAZER

Pedir à criança para se assoar com força, comprimindo a narina contrária com o dedo, tentando assim que o corpo seja expelido.
Se não obtiver resultado, enviar ao Hospital.

5. NA GARGANTA

Os corpos estranhos entalados na garganta podem ser pedaços de alimentos mal mastigados, ossos ou pequenos objectos. Estes corpos estranhos podem impedir a respiração e provocar asfixia (ver pág. 13 e 14).

DESMAIO/PERDA SÚBITA DE CONSCIÊNCIA

É provocado por falta de oxigénio no cérebro, à qual o organismo reage de forma automática, com perda de consciência e queda brusca e desamparada do corpo. Normalmente, o desmaio dura 2 a 3 minutos.
Tem diversas causas: excesso de calor, fadiga, jejum prolongado, permanência de pé durante muito tempo, etc.



SINAIS E SINTOMAS

- Palidez.
- Suores frios.
- Falta de força.
- Pulso fraco.

O QUE DEVE FAZER

1. SE NOS APERCEBERMOS DE QUE UMA PESSOA ESTÁ PRESTES A DESMAIAR:

- Sentá-la.
- Colocar-lhe a cabeça entre as pernas.
- Molhar-lhe a testa com água fria.
- Dar-lhe de beber chá ou café açucarados.



2. SE A PESSOA JÁ ESTIVER DESMAIADA:

- Deitá-la com a cabeça de lado e as pernas elevadas.
- Desapertar-lhe as roupas.
- Mantê-la confortavelmente aquecida, mas, sempre que possível, em local arejado.
- Logo que recupere os sentidos, dar-lhe uma bebida açucarada.
- Consultar posteriormente o médico.

ELECTROCUSSÃO (CHOQUE ELÉCTRICO)

Electrocussão ou choque eléctrico é uma situação provocada pela passagem de corrente eléctrica através do corpo.



O QUE DEVE FAZER

- Desligar o disjuntor para cortar imediatamente a corrente eléctrica.
- Ter o máximo cuidado em não tocar na vítima sem previamente ter desligado a corrente.
- Prevenir a queda do sinistrado.
- Aplicar o primeiro socorro conveniente:
  - Reanimação cardiorrespiratória.
  - Aplicação de uma compressa ou de um pano bem limpo sobre a queimadura.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

Active o Serviço de Emergência Médica.



O QUE NÃO DEVE FAZER

- Tocar na vítima se estiver em contacto com a corrente eléctrica.
- Tentar afastar o fio de alta tensão com um objecto.

ENTORSE

A entorse é uma lesão nos tecidos moles (cápsula articular e/ou ligamentos) de uma articulação.



SINAIS E SINTOMAS

- A dor na articulação é gradual ou imediata.
- Observa-se edema (inchaço) na articulação lesada.
- Verifica-se imediata ou gradualmente uma incapacidade para mexer a articulação.

O QUE DEVE FAZER

- Evitar a movimentação da articulação lesionada e proceder à imobilização do membro (pág. 40 – imobilização do pé).
- Elevar o membro lesionado.
- Aplicar gelo ou deixar correr água fria sobre a articulação.
- Consultar posteriormente o médico.

ENVENENAMENTO

EPISTAXIS
HEMORRAGIA NASAL

ESTADO DE CHOQUE

ESTRANGULAMENTO

FERIDAS

FRACTURAS

ENVENENAMENTO

EPISTAXIS
HEMORRAGIA NASAL

ESTADO DE CHOQUE

ESTRANGULAMENTO

FERIDAS

FRACTURAS

ENVENENAMENTO



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

A. ENVENENAMENTO POR VIA DIGESTIVA

1. PRODUTOS ALIMENTARES



SINAIS E SINTOMAS

Arrepios e sudação abundante,
dores abdominais, náuseas e vómitos, diarreia,
vertigens, prostração, síncope (desmaio), agitação e delírio.

O QUE DEVE FAZER

- Recolher informação junto da vítima, no sentido de tentar perceber a origem do envenenamento.
- Manter a vítima confortavelmente aquecida.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

2. MEDICAMENTOS



SINAIS E SINTOMAS

Dependem do medicamento ingerido:
pode-se observar vómitos, dificuldade respiratória,
perda de consciência, sonolência, confusão mental, etc.

O QUE DEVE FAZER

- Falar com a vítima no sentido de tentar obter o maior número possível de informações sobre o envenenamento.
- Pedir imediatamente orientações para o Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV) do INEM – 808 250 143.
  Indicar o produto ingerido, a quantidade provável, a hora a que foi ingerido e a hora da última refeição.
- Manter a vítima confortavelmente aquecida.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

3. PRODUTOS TÓXICOS



Muitos produtos químicos são altamente tóxicos quando ingeridos: detergentes, outros produtos de limpeza, lixívia, álcool puro ou similares, amoníaco, pesticidas, produtos de uso agrícola ou industrial, ácidos (sulfúrico, clorídrico, nítrico e outros), gasolina, potassa cáustica, soda cáustica, etc.

SINAIS E SINTOMAS

É importante recolher informação junto da vítima, ou de alguém perto desta, sobre o contacto com o veneno ou a presença de algum recipiente que possa ter contido ou contenha veneno.
Os sintomas variam com a natureza do produto ingerido; podem ser:

- Vómitos e diarreia.
- Espuma na boca.
- Face, lábios e unhas azuladas.
- Dificuldade respiratória.
- Queimaduras à volta da boca (venenos corrosivos).
- Delírio e convulsões.
- Inconsciência.

O QUE DEVE FAZER

- Se a vítima estiver consciente, questioná-la no sentido de tentar obter o maior número possível de informações sobre o envenenamento.
- Pedir imediatamente orientações para o Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV) do INEM – 808 250 143.
- **Ingestão de álcool** – **Apenas neste caso**, dar uma bebida açucarada.
- **Queimaduras nos lábios** – Molhá-los suavemente com água, sem deixar engolir.
- **Contacto com os olhos** – Afastar as pálpebras e lavar com água corrente durante 15 minutos.
- **Contaminação da pele** – Retirar as roupas e lavar abundantemente com água durante 15 minutos.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Dar de beber à vítima, pois pode favorecer a absorção de alguns venenos.
- Provocar o vómito se a vítima ingeriu um cáustico, um detergente ou um solvente.
- Aplicar quaisquer produtos nos olhos.

Em caso de intoxicação, conduzir a vítima imediatamente ao Hospital, levando amostras do veneno encontrado.

B. ENVENENAMENTO POR VIA RESPIRATÓRIA



Os mais frequentes são o envenenamento pelo gás carbónico (fossas sépticas), pelo monóxido de carbono, presente nos gases de combustão (braseiras, automóveis, esquentadores, aquecimentos a gás, etc.) e pelo gás propano/butano (gás de uso doméstico).

SINAIS E SINTOMAS

A vítima começa por sentir um ligeiro mal-estar, seguido de dor de cabeça, zumbidos, tonturas, náuseas, vómitos e uma apatia profunda ou confusão que a impede de fugir do local onde se encontra.
Se a vítima não é rapidamente socorrida, este estado é seguido por perda gradual de consciência e coma.

O QUE DEVE FAZER

- Entrar na sala onde ocorreu o acidente, contendo a respiração, e abrir a janela.
- Voltar ao exterior para respirar fundo.
- Entrar de novo e arrastar a vítima para o exterior, de preferência para o ar livre.
- Ligar para o CIAV – 808 250 143
- Desapertar as roupas.
- Se necessário, realizar o Suporte Básico de Vida (ver pág. 68).

Atenção:
Se se tratar de uma fossa séptica, não tente retirar a vítima sem utilizar máscara antigás.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.



EPISTAXIS/HEMORRAGIA NASAL



Epistaxis é a hemorragia nasal provocada pela ruptura de vasos sanguíneos da mucosa do nariz.

SINAIS E SINTOMAS

- Saída de sangue pelo nariz, por vezes abundante e persistente.
- Se a hemorragia é grande, o sangue pode sair também pela boca.

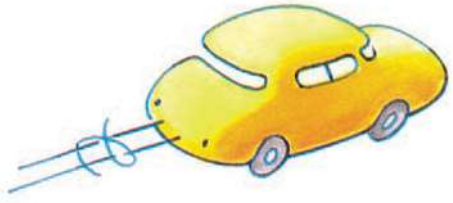
O QUE DEVE FAZER

- Sentar a vítima com a cabeça direita no alinhamento do corpo (nem para trás, nem para a frente).
- Comprimir com o dedo a narina que sangra, durante 10 minutos.
- Aplicar gelo exteriormente, não directamente sobre a pele.
- Se a hemorragia não pára, introduzir um tampão coagulante na narina que sangra ("Spongostan", por exemplo), fazendo ligeira pressão para que a cavidade nasal fique bem preenchida.



Atenção: antes de qualquer procedimento o socorrista deve calçar luvas descartáveis.

Se a hemorragia persistir mais do que 10 minutos, transportar a vítima para o Hospital.



ESTADO DE CHOQUE

O estado de choque caracteriza-se por insuficiência circulatória aguda com deficiente oxigenação dos órgãos vitais.
As causas podem ser muito variadas: traumatismo externo ou interno, perfuração súbita de órgãos, emoção, frio, queimadura, intervenções cirúrgicas, etc.
Todo o acidentado pode entrar em estado de choque, progressiva e insidiosamente, nos minutos ou horas que se seguem ao acidente.
Não tratado, o estado de choque pode conduzir à morte.

SINAIS E SINTOMAS

- Palidez.
- Olhos mortiços.
- Suores frios.
- Prostração.
- Náuseas.

Num estado de agravamento:
- Pulso fraco.
- Respiração superficial.
- Inconsciência.

O QUE DEVE FAZER

1. SE A VÍTIMA ESTÁ CONSCIENTE

- Deitá-la em local fresco e arejado.
- Desapertar as roupas, não esquecendo gravatas, cintos e *soutiens*.
- Tentar manter a temperatura normal do corpo.
- Levantar as pernas a 45º.
- Ir conversando para acalmá-la.
- Activar o Serviço de Emergência Médica (112).

2. SE A VÍTIMA NÃO ESTÁ CONSCIENTE

- Colocá-la na Posição Lateral de Segurança (PLS – ver pág. 61).
- Transportá-la para o Hospital.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Tentar dar de beber à vítima.



ESTRANGULAMENTO



Apesar de raro, o estrangulamento é uma situação que pode surgir na escola ou no jardim-de-infância quando, por imprevidência, se deixa as crianças brincarem com fios, cordas ou gravatas que se podem enrolar à volta do pescoço.

O QUE DEVE FAZER

- Cortar imediatamente a corda ou o que estiver a fazer pressão em torno do pescoço da vítima.
- Executar o Suporte Básico de Vida se houver sinais de asfixia (ver pág. 68).

Se a situação for grave, recorrer rapidamente ao Hospital.



FERIDAS

Uma ferida é uma solução de continuidade da pele,
quase sempre de origem traumática,
que além da pele (ferida superficial) pode atingir o tecido celular subcutâneo
e muscular (ferida profunda).

O QUE DEVE FAZER

- Antes de tudo, o socorrista deve lavar as mãos e calçar luvas descartáveis.
- Proteger provisoriamente a ferida com uma compressa esterilizada.
- Limpar a pele à volta da ferida com água e sabão.
- Lavar, do centro para os bordos da ferida,
  com água e sabão, solução de clorhexidina,
  por ex. Hibiscrub, ou similar,
  utilizando compressas.
- Secar a ferida com uma compressa
  através de pequenos toques, para não
  destruir qualquer coágulo de sangue.
- Desinfectar com anti-séptico,
  por ex. Betadine em solução dérmica.



Depois de limpa, se a ferida for superficial e de pequenas dimensões,
deixá-la preferencialmente ao ar, ou então aplicar uma compressa esterilizada.



Se a ferida for mais extensa ou profunda, com tecidos esmagados ou infectados,
ou se contiver corpos estranhos, deverá proteger apenas com uma compressa
esterilizada e encaminhar para tratamento por profissionais de saúde.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.
Se houver hemorragia, ver pág. 48.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Tocar nas feridas sangrantes sem luvas.
- Utilizar o material (luvas, compressas, etc.) em mais de uma pessoa.
- Soprar, tossir ou espirrar para cima da ferida.
- Utilizar mercurocromo ou tintura de metiolato (deve utilizar Betadine dérmico).
- Fazer compressão directa em locais onde haja suspeita de fracturas ou de corpos estranhos encravados, ou junto das articulações.
- Tentar tratar uma ferida mais grave, extensa ou profunda, com tecidos esmagados ou infectados, ou que contenha corpos estranhos.



FERIDA NOS OLHOS

O QUE DEVE FAZER

- Deitar a vítima com a cabeça completamente imóvel e olhando para cima.
- Cobrir o olho com compressas esterilizadas.
- Evitar que a vítima tussa, prevenindo o aumento da pressão intra-ocular.

Note bem

- Deve-se pensar na possibilidade de existir uma ferida no olho sempre que haja uma ferida grave na face.

É uma situação grave que necessita transporte para o Hospital.

FRACTURAS

Uma fractura é uma solução de continuidade no tecido ósseo.
Em caso de fractura ou suspeita de fractura, o osso deve ser imobilizado.
Qualquer movimento provoca dores intensas e deve ser evitado.

SINAIS E SINTOMAS

Deve-se pensar na possibilidade de fractura
sempre que haja um ou mais dos seguintes sinais e sintomas:

- Dor intensa no local.
- Edema (inchaço).
- Perda total ou parcial dos movimentos.
- Encurtamento ou deformação do membro lesionado.

O QUE DEVE FAZER

- Expor a zona da lesão (desapertar ou se necessário cortar a roupa).
- Verificar se existem ferimentos; se houver feridas, ver pág. 35.
- Tentar imobilizar as articulações que se encontram antes e depois da fractura, utilizando talas apropriadas ou, na sua falta, improvisadas.

Note bem

- As fracturas têm de ser tratadas no Hospital.
- As talas devem ser sempre previamente almofadadas e bastante sólidas. Quando improvisadas, podem ser feitas com barras de metal ou varas de madeira.
- Se se utilizarem talas insufláveis, estas devem ser desinsufladas de 15 em 15 minutos para aliviar a pressão que pode dificultar a circulação do sangue.

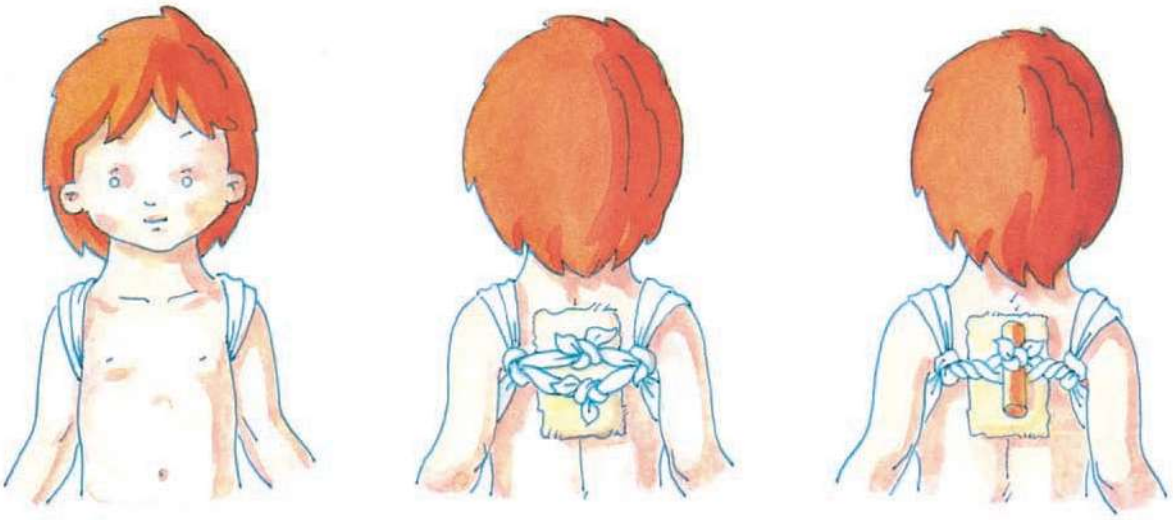
O QUE NÃO DEVE FAZER

- Tentar fazer redução da fractura, isto é, tentar encaixar as extremidades do osso partido.
- Provocar apertos ou compressões que dificultem a circulação do sangue.
- Procurar, numa fractura exposta, meter para dentro as partes dos ossos que estejam visíveis.

ALGUNS EXEMPLOS DE IMOBILIZAÇÃO DE FRACTURAS

1. IMOBILIZAÇÃO E EXTENSÃO DA CLAVÍCULA

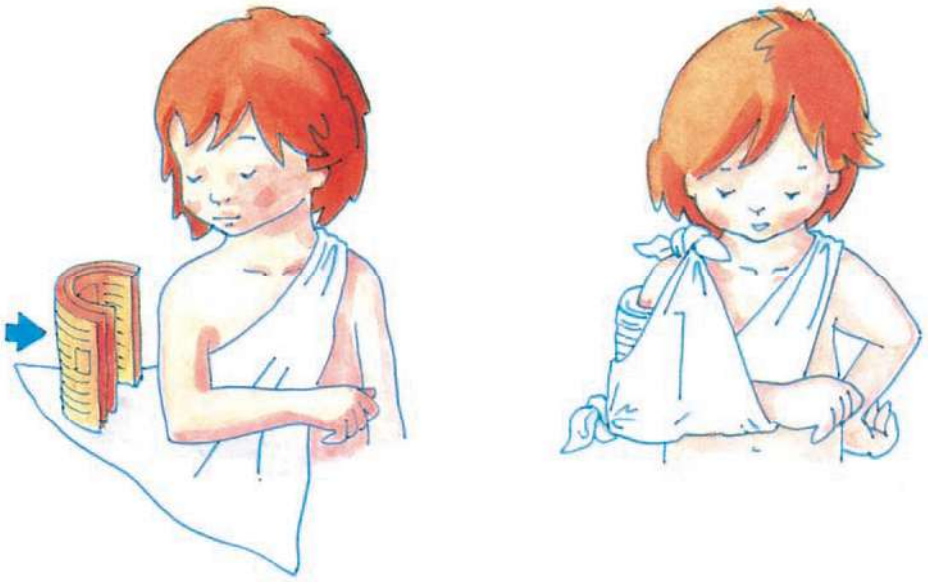
(Utilizando dois lenços dobrados em gravata.)

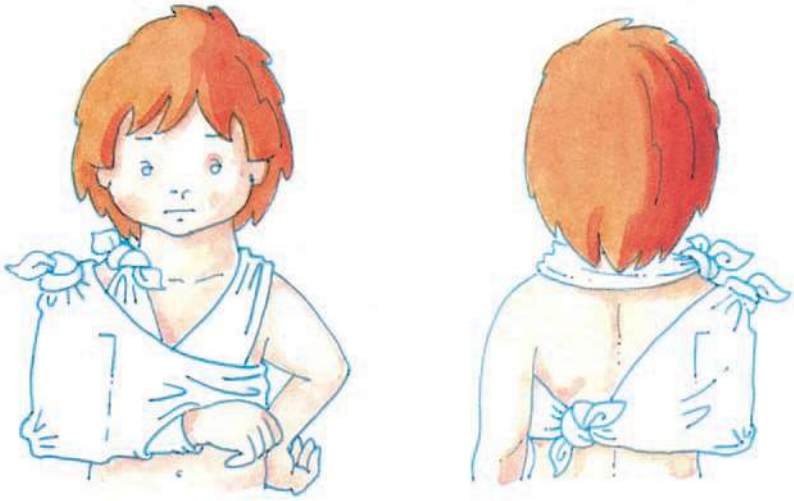


Comece por atar, entre si, as pontas dos dois lenços em gravata que rodeiam os ombros, atando-as depois com as do lado oposto. Entre os nós formados e a pele, coloca-se uma almofada de protecção e duas outras de cada lado das axilas, para evitar a compressão das artérias que irrigam os membros superiores. Posteriormente, coloque um pequeno pau entre os dois nós, rodando-o à volta de um eixo transversal, que irá enrolar as pontas dos lenços, encurtando-os e puxando consequentemente os ombros para trás, fazendo a extensão das clavículas.

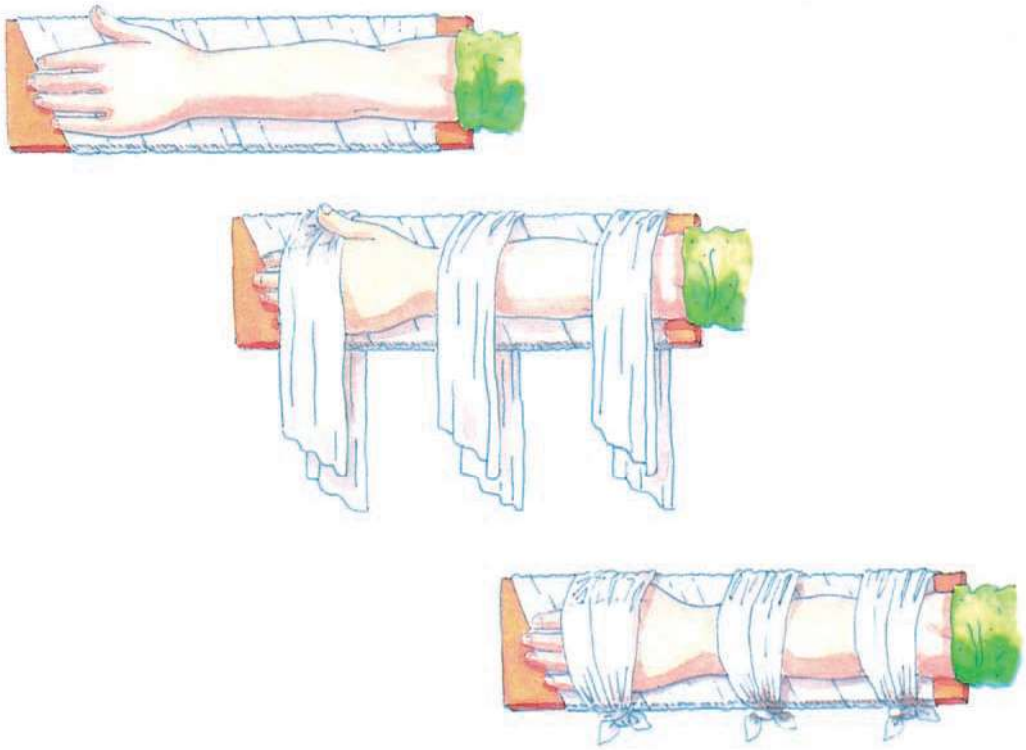
2. IMOBILIZAÇÃO DO BRAÇO

(Utilizando dois lenços e um jornal ou revista.)



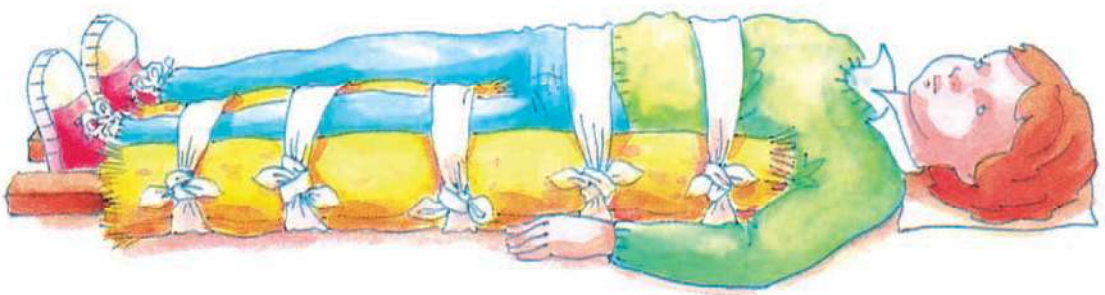


3. IMOBILIZAÇÃO DA MÃO E DO ANTEBRAÇO



4. IMOBILIZAÇÃO DA COXA

Se a fractura for no fémur (coxa), as talas devem ser colocadas, do lado de fora, desde a axila até à planta do pé e do lado de dentro desde a virilha até à planta do pé.



5. IMOBILIZAÇÃO DA PERNA

Se a fractura for nos ossos da perna – tíbia e/ou perónio – as talas devem ser colocadas desde a anca até à planta do pé.

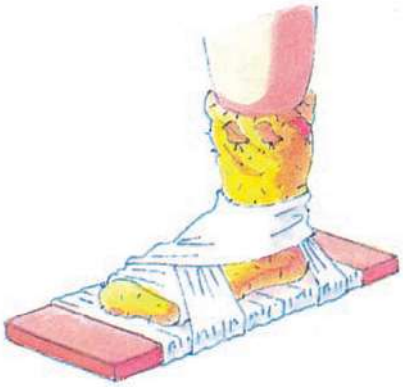


6. IMOBILIZAÇÃO DO TORNOZELO

Se a fractura for no tornozelo, as talas devem ser colocadas desde a parte de cima do joelho até à planta do pé.



7. IMOBILIZAÇÃO DO PÉ



8. IMOBILIZAÇÃO DO MAXILAR







Note bem

Em caso de suspeita de fractura de costelas, a vítima deve ser deitada em posição confortável, evitando movimentos bruscos. Não tente imobilizar.

São situações graves que, uma vez feita a imobilização, necessitam de transporte urgente para o Hospital.

Em caso de suspeita de fractura da coluna vertebral, ver pág. 58.

GOLPE DE CALOR
INSOLAÇÃO

GOLPE DE FRIO
ENREGELAMENTO

HEMORRAGIAS

MORDEDURAS

PICADAS

GOLPE DE CALOR
INSOLAÇÃO

GOLPE DE FRIO
ENREGELAMENTO

HEMORRAGIAS

MORDEDURAS

PICADAS

GOLPE DE CALOR/INSOLAÇÃO

O golpe de calor ou insolação é uma situação resultante da exposição prolongada ao calor, num local fechado e sobreaquecido (por ex., dentro duma viatura fechada, ao sol) ou da exposição prolongada ao sol.



SINAIS E SINTOMAS

Deve-se pensar na possibilidade de golpe de calor ou insolação sempre que haja um ou mais dos seguintes sintomas:

- Dores de cabeça.
- Tonturas.
- Vómitos.
- Excitação.
- Inconsciência.

O QUE DEVE FAZER

- Deitar a vítima em local arejado e à sombra.
- Elevar-lhe a cabeça.
- Desapertar-lhe a roupa.
- Colocar-lhe compressas frias na cabeça.
- Dar-lhe a beber água fresca, se a vítima estiver consciente.
- Se estiver inconsciente, colocá-la em PLS (Posição Lateral de Segurança; ver pág. 61).

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital, através do Serviço de Emergência Médica.

NOTE BEM

A insolação é sempre grave, em especial nas crianças; pode provocar hemorragia cerebral.



GOLPE DE FRIO/ENREGELAMENTO



O golpe de frio/enregelamento é uma situação resultante da exposição excessiva ao frio; existe uma evolução progressiva que vai do torpor ao enregelamento e, por último, à gangrena e mesmo à morte.

SINAIS E SINTONIAS

Deve-se pensar na possibilidade de golpe de frio ou enregelamento sempre que haja um ou mais dos seguintes sinais e sintomas, variáveis de acordo com a gravidade da situação:

- Arrepios.
- Torpor (sensação de formigueiro e adormecimento dos pés, mãos e orelhas).
- Cãibras.
- Baixa progressiva da temperatura, extremidades geladas.
- Insensibilidade às lesões.
- Dor intensa nas zonas enregeladas.
- Gangrena.
- Estado de choque.
- Coma.

O QUE DEVE FAZER

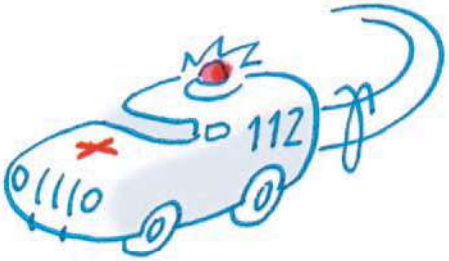
Depende da gravidade do estado da vítima. Deve:

- Desapertar-lhe os sapatos e pedir à vítima que bata com os pés no chão e as mãos uma na outra para reactivar a circulação.
- Envolver a vítima em cobertores.
- Dar-lhe bebidas quentes e açucaradas.

Nos casos mais graves, a situação pode evoluir para o estado de choque; deve então proceder como indicado na pág. 31.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

O QUE NÃO DEVE FAZER



- Mexer nas zonas do corpo congeladas.
- Iniciar o aquecimento por um banho quente.
- Dar a beber bebidas alcoólicas.

Note bem
O enregelamento é agravado pelo frio húmido, calçado apertado, fadiga, posição de pé e ingestão de bebidas alcoólicas.

Previne-se:
- Evitando a imobilidade e o excesso de cansaço.
- Habituando-se progressivamente ao frio e à altitude.
- Fazendo uma alimentação com refeições frequentes e ricas em hidratos de carbono.
- Não ingerindo bebidas alcoólicas.
- Utilizando roupas amplas e quentes, calçado largo e dois pares de meias, umas grossas e outras finas.

HEMORRAGIAS



A hemorragia é a saída de sangue devido a ruptura de vasos sanguíneos. A hemorragia pode ser interna ou externa, implicando atitudes diferentes por parte do socorrista.

1. HEMORRAGIA INTERNA

- Deve-se suspeitar sempre de hemorragia interna quando não se vê sangue, mas a vítima apresenta um ou mais dos seguintes sinais e sintomas.

SINAIS E SINTOMAS

- Sede.
- Sensação de frio (arrepios) e tremores.
- Pulso progressivamente mais rápido e mais fraco.

Em casos ainda mais graves:

- Palidez.
- Arrefecimento, sobretudo das extremidades.
- Zumbidos.
- Alteração do estado de consciência.

O QUE DEVE FAZER

- Acalmar a vítima e mantê-la acordada.
- Desapertar-lhe a roupa.
- Manter a vítima confortavelmente aquecida.
- Colocá-la em Posição Lateral de Segurança (PLS, ver pág. 61).



É uma situação grave que necessita de transporte urgente para o Hospital. Activar o Serviço de Emergência Médica (112).

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Dar de beber ou de comer.

2. HEMORRAGIA EXTERNA

O QUE DEVE FAZER

Atenção: antes de qualquer procedimento o socorrista deve calçar luvas descartáveis.

- Deitar horizontalmente a vítima.
- Aplicar uma compressa esterilizada sobre a ferida ou, na sua falta, um pano lavado, exercendo uma pressão firme, conforme o local e a extensão do ferimento.
- Se as compresssas ficarem saturadas de sangue, colocar outras por cima, sem nunca retirar as primeiras.
- Fazer durar a compressão até a hemorragia parar (pelo menos 10 minutos).
- Se a hemorragia parar, aplicar um penso compressivo sobre a ferida.

Se se tratar de uma ferida dos membros, com hemorragia abundante, pode ser necessário aplicar um GARROTE.
O garrote pode ser de borracha ou improvisado com uma tira de pano estreita ou uma gravata.



Fig. 9

Como aplicar um garrote:
Aplicar o garrote entre a ferida e o coração, mas o mais perto possível da ferida e sempre acima do joelho ou do cotovelo, de acordo com a localização da ferida que sangra.

Aplicar o garrote por cima da roupa ou sobre um pano limpo bem alisado colocado entre a pele e o garrote (fig. 9).

Colocar o garrote à volta do membro ferido;
se o garrote for improvisado com uma tira de pano ou gravata, dar dois nós, entre os quais se coloca um pau, que poderá ser rodado até a hemorragia estancar.

- Aplicado o garrote, este terá de ser aliviado de 15 em 15 minutos, durante 30 segundos a 2 minutos, conforme a intensidade da hemorragia (quanto maior é a hemorragia, menor é o tempo que o garrote está aliviado).
- Anotar sempre a hora a que o garrote começou a fazer compressão para informar posteriormente os tripulantes do Serviço de Emergência Médica (pode colocar essa informação num letreiro ao pescoço do ferido).

Nunca tirar o garrote até chegar ao hospital; perigo mortal!

Entretanto:
Tomar medidas contra o estado de choque antes e durante o transporte para o Hospital (ver estado de choque, pág. 31):

- Acalmar a vítima e mantê-la acordada.
- Deitá-la de costas com as pernas levantadas.
- Mantê-la confortavelmente aquecida.
- Não a deixar comer nem beber.

No caso particular de hemorragia da palma da mão:

- O ferido deve fechar fortemente a mão sobre um rolo de compressas esterilizadas ou, na sua falta, um rolo de pano lavado, de modo a fazer compressão sobre a ferida.



- Colocar, em seguida, uma ligadura ou pano dobrado à volta da mão.





- Colocar o braço ao peito com a ajuda de um lenço grande, mantendo a mão ferida elevada e encostada ao peito.



Todas estas situações são graves e necessitam transporte urgente para o Hospital.

Hemorragia nasal (epistaxis) – ver pág. 31.

MORDEDURAS



O QUE DEVE FAZER

Mordedura de cão

- Desinfectar o local da mordedura (ver Feridas, pág. 35).
- Informar-se se o cão está correctamente vacinado.

É uma situação que necessita transporte para o Hospital.

Atenção: a mordedura de cão envolve risco de infecção.

Mordedura de gatos/ratos/porcos/equídeos (cavalos e burros)

- Desinfectar o local da mordedura (ver Feridas, pág. 35).
- Transportar sempre a vítima ao Hospital.



Mordedura de víbora ou outra cobra venenosa

- Manter a vítima imóvel e tranquila.
- Desinfectar o local da mordedura (ver Feridas, pág. 35).
- Colocar um garrote ou ligadura, não muito apertado nem durante muito tempo, acima da zona mordida, para tentar evitar a difusão rápida do veneno.

Atenção: esta manobra só tem interesse se executada logo após a mordedura.

- Prevenir e combater o estado de choque (ver pág. 31).
- Dar a beber chá quente com açúcar.
- Manter a vítima em vigilância; em caso de paragem respiratória realizar o Suporte Básico de Vida (ver pág. 68).

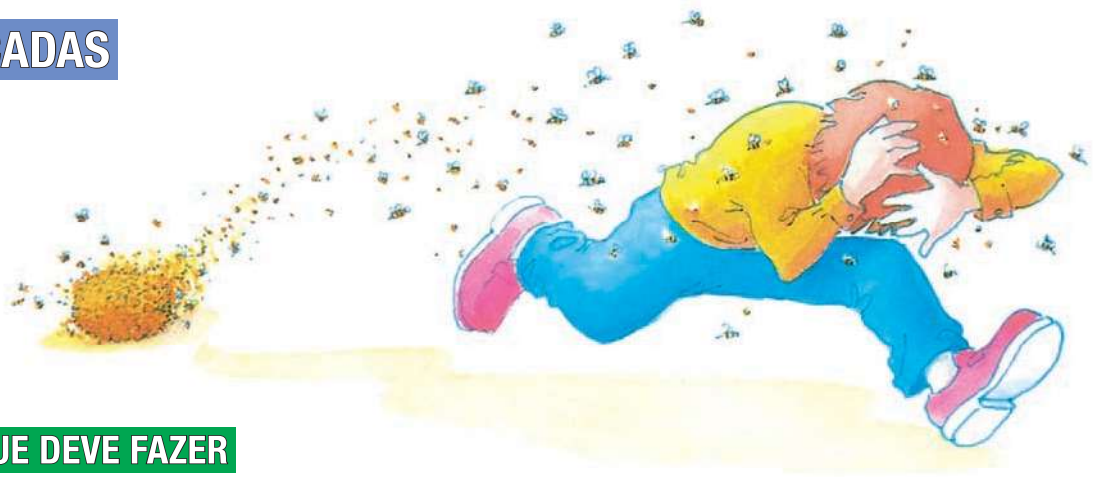
É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

O QUE NÃO DEVE FAZER



- Dar a beber bebidas alcoólicas.
- Queimar a ferida.
- Chupar a ferida.
- Tentar golpear a zona mordida.

PICADAS



O QUE DEVE FAZER

Picadas de abelhas e vespas

- Retirar o ferrão com uma pinça.
- Desinfectar com anti-séptico (Betadine dérmico).
- Aplicar gelo localmente.

Note bem

- Necessitam de cuidados especiais e de **transporte urgente ao Hospital** os casos de:
  Picadas múltiplas (enxame).
  Pessoas alérgicas.
  Picadas na boca ou na garganta (pelo risco de asfixia).

Picadas de peixes venenosos/ouriços/alforrecas

Estas picadas provocam, por vezes, dores muito intensas.

- Aplicar no local cloreto de etilo ou, na sua falta, gelo (durante ± 10 minutos).



Se não se obtiverem bons resultados, transportar com urgência ao Hospital.



POLITRAUMATIZADO

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

QUEIMADURAS

REANIMAÇÃO
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

POLITRAUMATIZADO

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

QUEIMADURAS

REANIMAÇÃO
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

POLITRAUMATIZADO

Politraumatizado é um sinistrado que sofreu traumatismos múltiplos.

O QUE DEVE FAZER

- Se a vítima estiver consciente, tentar acalmá-la.
- Mantê-la confortavelmente aquecida.
- Vigiar a respiração e o pulso.
- Fazer o primeiro socorro indicado para cada um dos traumatismos.
- Activar o Serviço de Emergência Médica.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Deslocar a vítima. Se houver absoluta necessidade de a remover do local, deve proceder como indicado para traumatismos de coluna (pág. 58).

1. TRAUMATISMO CRANIANO

Deve-se suspeitar sempre de traumatismo craniano se a vítima apresentar um ou mais dos seguintes sinais e/ou sintomas.



SINAIS E SINTOMAS

- Ferida do couro cabeludo ou hematoma.
- Perda de conhecimento.
- Diminuição da lucidez e/ou sonolência.
- Vómitos.
- Perturbações do equilíbrio.
- Uma das pupilas mais dilatadas.
- Paralisia de qualquer parte do corpo.
- Saída de sangue ou líquido cefalorraquidiano pelo nariz, boca ou ouvidos.

O QUE DEVE FAZER

- Acalmar a vítima.
- Colocá-la sobre uma superfície dura, sem almofada, entre dois lençóis enrolados.
- Mantê-la confortavelmente aquecida.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

2. TRAUMATISMO DA FACE

O QUE DEVE FAZER

- Colocar a vítima em posição semi-sentada.
- Lavar-lhe cuidadosamente o nariz e os olhos com soro fisiológico para que não haja obstrução das vias respiratórias.
- Se houver suspeita de fractura do maxilar, procurar imobilizá-lo (ver pág. 40).
- Activar o Serviço de Emergência Médica.

Transportar imediatamente para o Hospital.

3. TRAUMATISMO TORÁCICO

Traumatismo grave por poder afectar a ventilação se houver perfuração do pulmão. Nesse caso a vítima pode apresentar um ou mais dos seguintes sintomas:

SINAIS E SINTOMAS

- Dificuldade respiratória.
- Lábios e unhas roxas.
- Pulso fraco e rápido.
- Agitação.
- Confusão e delírio.

O QUE DEVE FAZER

- Acalmar a vítima.
- Colocá-la em posição semi-sentada, voltando-a para o lado da zona atingida.
- Se existir ferimento, cobri-lo com gase vaselinada para impedir a entrada de ar.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital, através do Serviço de Emergência Médica.

4. TRAUMATISMO DA COLUNA VERTEBRAL

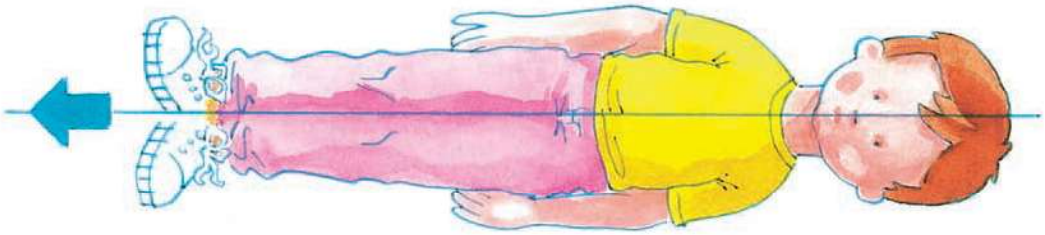
Deve-se suspeitar sempre de lesão da coluna vertebral se a vítima, após o traumatismo, apresenta um ou mais dos seguintes sintomas:

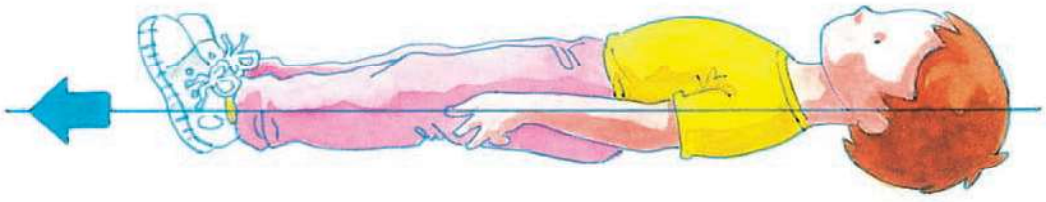
SINAIS E SINTOMAS

- Impossibilidade de fazer movimentos.
- Dor no local do traumatismo.
- Sensação de “formigueiro” nas extremidades (mãos/pés).
- Insensibilidade de qualquer parte do corpo.

O QUE DEVE FAZER

- Com a ajuda de outras pessoas, colocar a vítima num plano horizontal, respeitando o eixo do corpo, e mantê-la estabilizada até chegar a ambulância.







É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

Atenção

- Depois da ambulância chegar, levantar a vítima cuidadosamente mantendo a tracção.
- Depois de colocada na maca, transportá-la ao Hospital a uma velocidade moderada.

5. TRAUMATISMO ABDOMINAL

O traumatismo abdominal é uma lesão provocada por acção mecânica sobre o abdómen (queda ou pancada), capaz de causar fractura ou ruptura de vísceras.

SINAIS E SINTOMAS

Se houver fractura ou ruptura de vísceras, os sinais e sintomas são idênticos aos referidos para as hemorragias internas.

- Dor local.
- Sede.
- Pulso progressivamente mais rápido e mais fraco.

Em casos ainda mais graves:

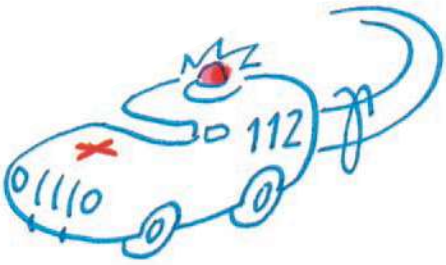
- Palidez.
- Suores frios.
- Arrefecimento, sobretudo das extremidades.
- Zumbidos.
- Alterações do estado de consciência.

O QUE DEVE FAZER

- Acalmar a vítima e mantê-la acordada.
- Cobrir a ferida, caso exista.
- Colocar a vítima em posição semi-sentada com as pernas flectidas e transportá-la ao Hospital.
- Mantê-la confortavelmente aquecida.



É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital, através da Emergência Médica.



O QUE NÃO DEVE FAZER

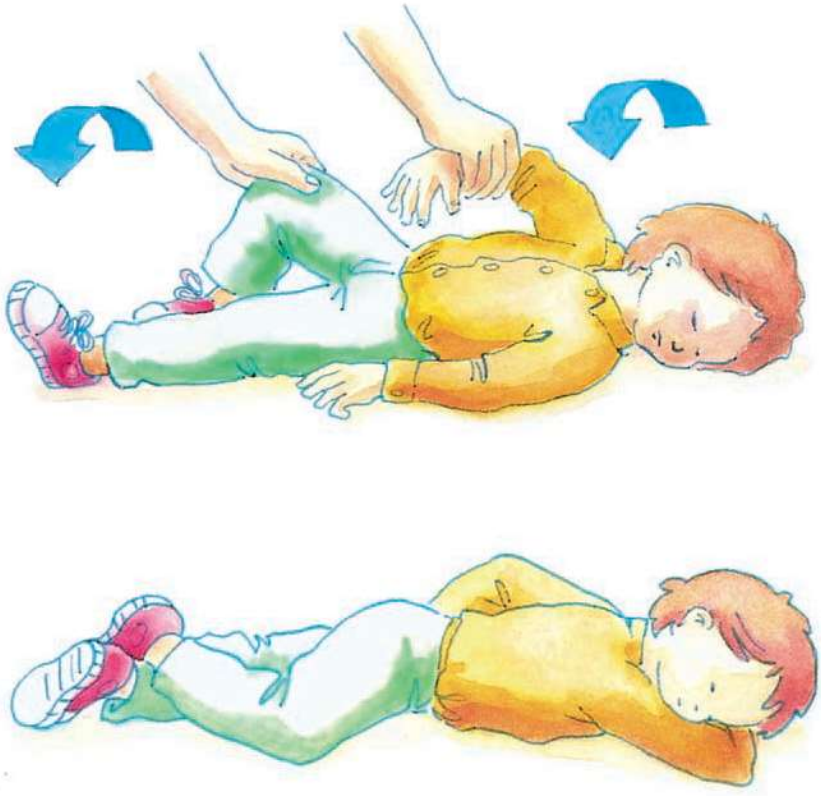
- Dar de beber ou comer.

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

A Posição Lateral de Segurança (PLS) deve ser utilizada nas pessoas inconscientes que mantenham a ventilação.
Esta posição previne a obstrução das vias aéreas superiores, permitindo uma melhor ventilação.

O QUE DEVE FAZER

- Com a vítima deitada, rodar a cabeça para o lado (para impedir a queda da língua para trás e a sufocação por sangue, vómitos ou secreções).
- Pôr o braço do lado para onde virou a cabeça ao longo do corpo.
- Flectir a coxa do lado oposto.
- Rodar lentamente o bloco cabeça-pescoço-tronco, mantendo a vítima estável.
- Manter a posição da cabeça virada para o lado.



QUEIMADURAS



As queimaduras podem ser provocadas por qualquer substância quente que entre em contacto com a pele, tal como líquidos ou objectos, não esquecendo o sol, o fogo, a energia eléctrica, os produtos químicos e o frio.

A gravidade da queimadura depende de vários factores:

- Da zona atingida pela queimadura.
- Da extensão da pele queimada.
- Da profundidade da queimadura.

SINAIS E SINTOMAS

De acordo com a profundidade atingida, as queimaduras classificam-se em 3 graus:

Queimadura do 1.º grau
São as queimaduras menos graves; apenas a camada externa da pele (epiderme) é afectada.
A pele fica vermelha e quente e há sensação de calor e dor (queimadura simples).
Curam em 3 a 6 dias e habitualmente não deixam cicatriz.

Queimadura do 2.º grau
Às características da queimadura do 1.º grau junta-se a existência de bolhas com líquido ou flictenas.
Esta queimadura já atinge a derme e é bastante dolorosa (queimadura mais grave).
Demoram 7 a 21 dias até estarem curadas, podendo deixar cicatriz.

Queimadura do 3.º grau
Às características das queimaduras dos graus 1 e 2 junta-se a destruição de tecidos e terminações nervosas.
A queimadura atinge tecidos mais profundos, provocando uma lesão grave e a pele fica carbonizada ou esbranquiçada e edemaciada.
Geralmente não são dolorosas. Necessitam, muitas vezes, de cirurgia para enxertos de pele e habitualmente deixam cicatriz (queimadura muito grave).
A vítima pode entrar em estado de choque.

O QUE DEVE FAZER

- Remover a fonte de calor.
- Se a roupa estiver a arder, envolver a vítima numa toalha molhada ou, na sua falta, fazê-la rolar pelo chão ou envolvê-la num cobertor.
- Retirar a roupa (à excepção de sintéticos, por ex. *nylon*) que estiver quente, queimada ou exposta a químicos.
- Se a vítima se queimou com água ou outro líquido a ferver, despi-la imediatamente.
- No caso de queimadura com produtos químicos, deve-se irrigar o local da queimadura com água para ajudar a diluir o agente responsável, com excepção para os casos de queimadura com pó. Neste caso, o pó deve ser removido sem molhar.
- Dar água a beber frequentemente.

Se a queimadura for do 1.º grau (queimadura simples)

- Arrefecer a região queimada com soro fisiológico ou, na sua falta, com água corrente até a dor acalmar.



Se a queimadura for do 2.º grau (com bolhas)

- Arrefecer a região queimada com soro fisiológico ou, na sua falta, com água tépida, até a dor acalmar.
- Nunca rebentar as bolhas e cobrir com compressa esterilizada vaselinada (não aderente).
- Se as bolhas rebentarem, não cortar a pele da bolha esvaziada: tratar como qualquer outra ferida (ver Feridas, pág. 35). O penso deve manter-se 48 horas (se tiver exsudado mudar regularmente) e só depois expor a zona queimada ao ar para evitar o risco de infecção/tétano.
- Se estiver longe do hospital, pode ser usada película aderente a envolver a área queimada, para isolar do exterior.

Transportar a vítima para o Hospital.



Se a queimadura for do 3.º grau (profunda)

- Arrefecer a região queimada com soro fisiológico ou, na sua falta, com água corrente.
- Tratar como qualquer outra ferida (ver pág. 35).
- Se a queimadura for muito extensa, envolver a vítima num lençol lavado e que não largue pêlos, previamente humedecido com soro fisiológico ou, na sua falta, com água simples.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Retirar qualquer pedaço de tecido que tenha ficado agarrado à queimadura.
- Rebentar as bolhas ou tentar retirar a pele das bolhas que rebentaram.
- Aplicar sobre a queimadura outros produtos além dos referidos.
- Aplicar gelo directamente na queimadura.
- Arrefecer a queimadura por períodos superiores a 10 minutos, especialmente quando ocupa áreas superiores a 20% do corpo.

Note bem:

– O tratamento das queimaduras deve ser feito no Hospital, sempre que houver dúvidas, nomeadamente sobre a gravidade, extensão e tratamento a realizar.

– Deve transportar imediatamente a vítima ao Hospital se:
  - Considerar que a queimadura pode ser de 2.º ou 3.º grau.
  - A zona queimada for grande, ainda que não pareça grave (área do corpo superior a 10%).
  - Afectar zonas particularmente sensíveis (mãos, pés, zona genital, rosto ou couro cabeludo).
  - Tiver sido provocada por fogo, electricidade ou substância química.
  - A queimadura parecer estar infectada (com pus, inchada ou vermelha).

REANIMAÇÃO/SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

O QUE É O SUPORTE BÁSICO DE VIDA

O SBV consiste num conjunto de procedimentos realizados sem recurso a equipamento específico, e que tem como objectivo a manutenção da vida e o ganho de tempo, até à chegada de ajuda especializada.

O SBV inclui:

- Avaliação inicial (verificar condições de segurança e se a vítima responde).
- Permeabilização das vias respiratórias.
- Ventilação com ar expirado (respiração boca a boca).
- Compressão do tórax (compressão cardíaca externa).

CAUSAS MAIS FREQUENTES DE PARAGEM RESPIRATÓRIA

- Obstrução das vias respiratórias por corpo estranho (ver pág. 16).
- Afogamento (ver pág. 11).
- Electrocussão (choque eléctrico) (ver pág. 19).
- Traumatismo craniano (ver pág. 57).



Fig. 10

O QUE DEVE FAZER

Perante uma vítima inerte, aparentemente inconsciente, deve verificar:

- Se está inconsciente (verificar se responde).
- Se respira (ver os movimentos respiratórios, ouvir os sons respiratórios junto à boca da vítima e sentir o ar na face, durante dez segundos).
- Se tem sinais de circulação (verificar se existe movimento e verificar o pulso na artéria carótida, localizada no pescoço).

Estes procedimentos podem salvar a vida, sobretudo quando a causa de paragem cardiorrespiratória está essencialmente relacionada com a obstrução da via respiratória.



Fig. 11



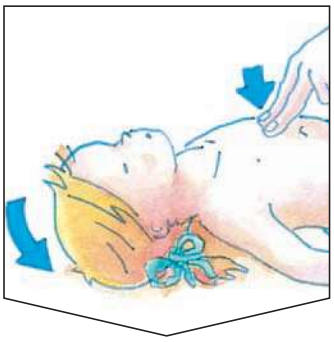
Fig. 12

Assim, perante um lactente ou criança inanimada deve ser iniciado o SBV de acordo com o seguinte algoritmo:

Suporte Básico de Vida no Lactente/Criança





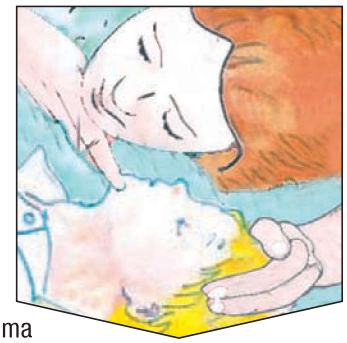




SEGURANÇA
ESTIMULAR
GRITAR por ajuda

Responde?

Observe



Sem resposta

PERMEABILIZAR A VIA AÉREA

Avaliar a RESPIRAÇÃO

A respirar

Colocar a vítima em Posição Lateral de Segurança (PLS)

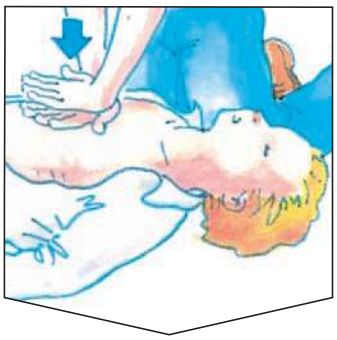
Não respira

5 INSUFLAÇÕES INICIAIS



Sem expansão torácica
Repermeabilizar via aérea
Sem melhoria?
Não avaliar circulação

Avaliar CIRCULAÇÃO
Sinais de vida e/ou pulso central



Sem sinais de circulação

15 COMPRESSÕES TORÁCICAS
Alternadas com 2 insuflações
Se o reanimador estiver sozinho pode ser usada a frequência de 30 compressões para 2 insuflações.

Manter SBV 1 minuto

REAVALIAR
Continuar até chegar ajuda

ACTIVAR
SERVIÇO EMERGÊNCIA MÉDICA
112

Adaptado de European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation (2005)

PERMEABILIZAÇÃO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS

1. Deve certificar-se que as vias respiratórias se encontram desobstruídas e proceder como recomendado (pág. 16).
2. Manter a vítima na posição em que foi encontrada (se possível), colocar-lhe uma mão na testa, exercendo uma ligeira pressão para provocar a extensão da cabeça. Manter o polegar e o indicador livres para tapar o nariz, caso seja necessário iniciar a ventilação boca a boca.
3. Com a ponta de dois dedos da outra mão colocados por debaixo do maxilar inferior, levantar o queixo da vítima. Esta manobra pode ajudar a reiniciar a respiração.
4. Se tiver dificuldade em executar estas manobras na posição inicial, mobilizar a vítima, virando-a de costas e proceder como recomendado nos pontos 1 e 2.

Nota: se houver suspeita de traumatismo cervical, fazer a extensão do queixo sem mobilizar nem flectir a cabeça.

MANUTENÇÃO DA CIRCULAÇÃO

TÉCNICA DE COMPRESSÃO CARDÍACA EXTERNA

Um reanimador:

- **Lactente (< 1 ano)** – posicionar o bebé de costas, apoiado sobre uma superfície dura e colocar os dois dedos médio e indicador apoiados no tórax a nível do terço inferior do esterno. Iniciar com 5 insuflações; caso não haja resposta, deve iniciar as compressões sem demora a um ritmo de 30 compressões para duas insuflações (30:2).

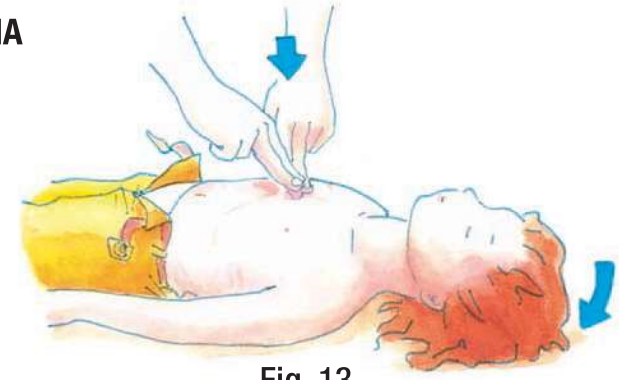


Fig. 13

- **Criança** – posicionar a criança de costas, apoiada sobre uma superfície dura e colocar uma ou duas mãos, apoiadas no terço inferior do esterno de acordo com a preferência do reanimador. Iniciar com 5 insuflações; caso não haja resposta, deve iniciar as compressões, sem demora, a um ritmo de 30 compressões para duas insuflações (30:2).

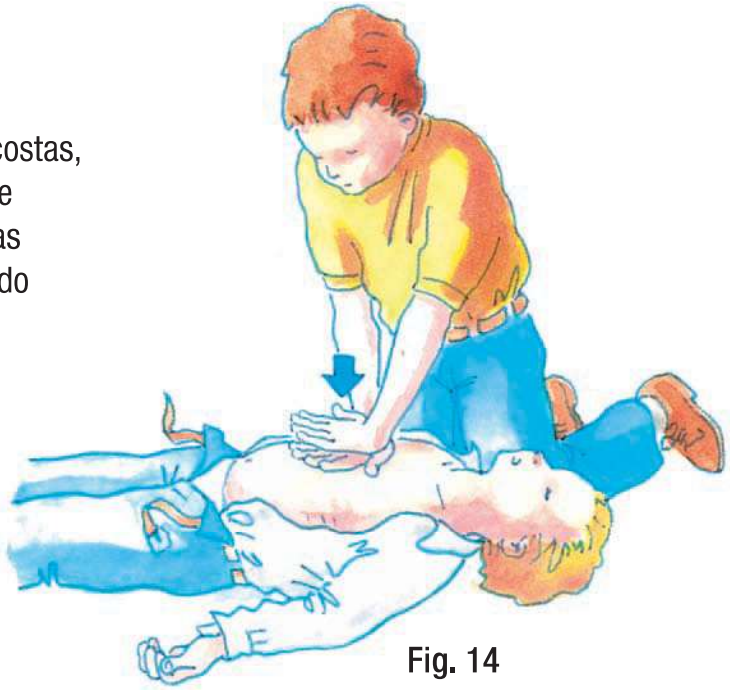


Fig. 14

Dois reanimadores:

- **Lactente (< 1 ano)** – posicionar o bebé de costas apoiado, sobre uma superfície dura e colocar os dois dedos polegares sobre a ponta do esterno e as mãos envolvendo o tórax. Iniciar com 5 insuflações; caso não haja resposta, deve-se iniciar as compressões, sem demora, a um ritmo de 15 compressões para duas insuflações (15:2).

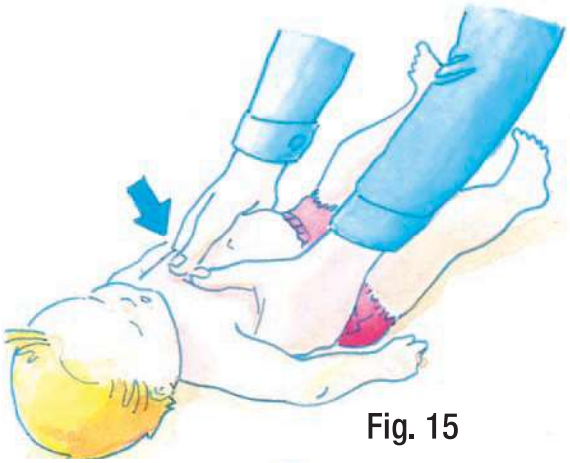


Fig. 15

- **Criança** – posicionar a criança de costas, apoiada sobre uma superfície dura e colocar a palma de uma ou duas mãos sobrepostas (de acordo com a preferência do reanimador) a cerca de 3 cm da ponta do esterno. Iniciar com 5 insuflações; caso não haja resposta, deve-se iniciar as compressões, sem demora, a um ritmo de 15 compressões para duas insuflações (15:2).

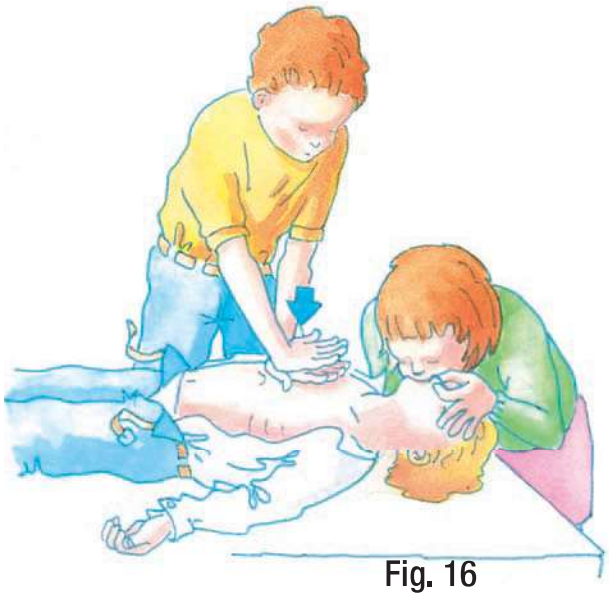


Fig. 16

MODIFICAÇÕES PARA O SBV NO JOVEM/ADULTO

- A decisão de iniciar o Suporte Básico de Vida (SBV) é tomada quando a vítima não responde e não respira normalmente.
- Os reanimadores devem colocar a mão no centro do tórax.
- A relação compressões-ventilações no jovem/adulto é de trinta compressões para duas insuflações (30:2).
- A reanimação começa por 30 compressões torácicas, a iniciar imediatamente a seguir à confirmação de paragem cardiorrespiratória, e não pelas cinco ventilações iniciais.

Atenção:
Logo que a vítima respire normalmente, colocá-la em Posição Lateral de Segurança (PLS, pág. 61) e mantê-la confortavelmente aquecida.
Em qualquer situação, mesmo de aparente recuperação total, a vítima deve ser enviada ao Hospital.



É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

DOENÇA CRÓNICA

CRISE DE HIPOGLICÉMIA

CONVULSÃO

CRISE ASMÁTICA

DOENÇA CRÓNICA

CRISE DE HIPOGLICÉMIA

CONVULSÃO

CRISE ASMÁTICA

DOENÇA CRÓNICA

Algumas situações de urgência surgem ligadas a DOENÇA CRÓNICA,
sendo aconselhável saber como actuar face às crianças/jovens que a apresentam.

O QUE DEVE FAZER

- Procurar saber (junto das Famílias e/ou Equipas de Saúde Escolar):

1. Se a criança/jovem faz alguma medicação: qual, horário, como administrá-la e eventuais efeitos secundários.
2. Que cuidados especiais deve ter e o que não deve fazer.
3. Se pode ou não praticar exercício físico e de que tipo.
4. Quais os sinais/sintomas de alarme e como reconhecê-los.
5. Quem e que serviços contactar em caso de crise.
6. O que fazer nas crises, descompensações e/ou agudizações.

- Transmitir segurança à criança/jovem, dando a noção de que acredita nas suas capacidades e potencialidades.
- Ensiná-la/o a viver a doença com optimismo.
- Promover a sua autonomia e a auto-imagem.
- Promover um ambiente estimulante e adequado.
- Desenvolver espírito cívico de interajuda.
- Evitar atitudes de condescendência, superprotecção e/ou pena.

Note bem
Na doença crónica, mais do que em qualquer outra situação, o fundamental
é sempre equilibrar **atenção, amor, compreensão.**

CRISE DE HIPOGLICÉMIA (DIABETES)

A diabetes é uma doença crónica caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue. Esta doença resulta de um deficiente funcionamento do pâncreas e da capacidade do nosso organismo usar a glicose (açúcar).
A diabetes da criança e do jovem requer tratamento com insulina.
A complicação mais grave e frequente do diabético é a crise de HIPOGLICÉMIA (baixa de açúcar no sangue). Ocorre habitualmente por atraso ou falha de uma refeição, vómitos, insulina em excesso, má técnica na administração de insulina ou actividade física intensa, surgindo então alguns dos seguintes sinais e sintomas.

SINAIS E SINTOMAS

- Palidez, suores, tremores das mãos.
- Fome intensa.
- Confusão mental, raciocínio lento, bocejos repetidos, expressão apática, "apalermada".
- Voz entaramelada.
- Alterações de humor: irritabilidade, agressividade, "rabujice", teimosia, apatia.
- Palpitações, pulso rápido.
- Perda da fala e dos movimentos activos.
- Desmaio, convulsão, coma.

O QUE DEVE FAZER

Hipoglicémia moderada



- Lidar com a pessoa com calma, meiguice e delicadeza (habitualmente há rejeição e teimosia em relação ao que lhe é proposto).
- Dar açúcar:
  – 1 colher de sopa cheia ou 2 pacotes de açúcar (10 a 15 g). Aguardar 2-3 minutos e repetir a operação até melhoria dos sintomas.
  – Determinar, se possível, uma glicémia capilar com o kit individual que habitualmente as pessoas diabéticas transportam consigo.
  – Após melhoria (mais ou menos 10 a 15 minutos), dar hidratos de carbono de absorção lenta (pão de mistura, bolachas de água e sal ou integrais, ou tostas).

Hipoglicémia grave

Vítima com alterações de consciência.

- Deitar a vítima em Posição Lateral de Segurança (PLS, ver pág. 61).
- Fazer uma papa de açúcar e colocá-la no interior da bochecha.
- Se a vítima não recuperar, chamar o 112.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Deixar a vítima sozinha.
- Dar líquidos açucarados à vítima com alterações de consciência.

Note bem

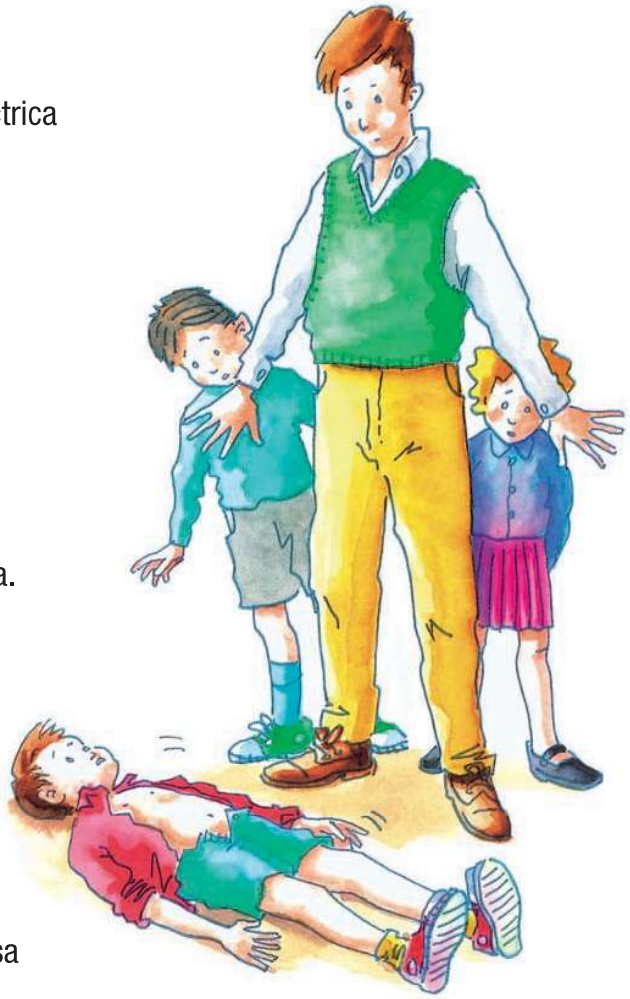
Utilize o açúcar à menor suspeita, pois tomado em exagero de vez em quando não prejudica, enquanto a falta ou o atraso ataca o cérebro e pode levar ao coma e à morte.

Se a vítima não consegue engolir, é uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

Não perder tempo!



CONVULSÃO



Uma convulsão é a resposta a uma descarga eléctrica anormal no cérebro.
É muitas vezes conhecida por "ataque" e caracteriza-se por alguns dos seguintes sinais ou sintomas.

SINAIS E SINTOMAS

- Face arroxeada.
- Movimentos bruscos e descontrolados da cabeça e/ou extremidades.
- Perda de consciência, com queda desamparada.
- Olhar vago, fixo e/ou "revirar dos olhos" (precede os anteriores).
- "Espumar pela boca".
- Perda de urina e/ou fezes.
- Morder a língua e/ou lábios.

O QUE DEVE FAZER

- Afastar todos os objectos onde a vítima se possa magoar e amparar-lhe a cabeça com a mão ou com um objecto macio (camisola, toalha).
- Desapertar a roupa à volta do pescoço.
- Tornar o ambiente calmo, afastando os curiosos.
- Anotar a duração da convulsão.
- Acabada a fase de movimentos bruscos, colocar a vítima na Posição Lateral de Segurança (PLS, ver pág. 61).
- Manter a vítima num ambiente tranquilo e confortável.
- Avisar os Pais.
- Enviar a vítima ao Hospital sempre que:
  – for a primeira convulsão;
  – durar mais de 8 minutos;
  – se repetir.

Atenção:
Na criança pequena (idade inferior a 5 anos), a convulsão pode ser provocada (ou acompanhada) por febre. Quando a crise terminar, deve verificar a temperatura axilar e se tiver mais de 37,5 ºC administrar antipirético sob a forma de supositório (Paracetamol, por exemplo: Ben-U-Ron, Tylenol ou similar).

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Tentar imobilizar a vítima durante a fase de movimentos bruscos.
- Tentar introduzir-lhe qualquer objecto na boca, nomeadamente dedos, lenços, panos, espátulas, colheres, etc.
- Tentar acordá-la ou forçá-la a levantar-se.
- Dar-lhe, seja o que for, a comer, a beber ou a cheirar.

CRISE ASMÁTICA

A asma é uma doença respiratória crónica, na qual os brônquios reagem de forma excessiva em algumas circunstâncias, dificultando o fluxo normal de ar.
Esta obstrução generalizada é variável e os sintomas podem reverter espontaneamente ou através de tratamento.
A criança/jovem com asma é capaz de reagir com uma crise de falta de ar em situações de exercício intenso (nomeadamente corrida), conflito, ansiedade, castigos, etc.



Fig. 17

SINAIS E SINTOMAS

- Tosse seca e repetitiva.
- Dificuldade em respirar.
- Respiração sibilante, audível, ruidosa ("pieira" e/ou "farfalheira").
- Sensação de falta de ar.
- Comportamento agitado.
- Respiração rápida e difícil.
- Pulso rápido, palidez e suores.
- Prostração, apatia ("ar parado").

Note bem
Na fase de agravamento da crise, a respiração é muito difícil, lenta e há cianose das extremidades, isto é, as unhas e os lábios estão arroxeados.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

O QUE DEVE FAZER

- É importante ser capaz de conter a angústia e a ansiedade da criança/jovem, falando calmamente e assegurando-lhe rápida ajuda médica.
- Deve ficar com a criança/jovem num local arejado onde não haja pó, cheiros ou fumos.
- Colocá-la numa posição que lhe facilite a respiração (ver fig. 17).
- Contactar e informar a família.
- Identificar e ajudar a administrar o tratamento prescrito (broncodilatador) que normalmente acompanha a pessoa.

Note bem
Se não houver melhoria, a criança deve ser transportada para o Hospital.



ISBN 972-742-330-9

