



Primeiros Socorros

Selma Elizabeth de França Gonçalves



**INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA**
RIO DE JANEIRO
Campus Pinheiral

**PINHEIRAL
2014**

Presidência da República Federativa do Brasil

Ministério da Educação

Secretaria de Educação a Distância

© Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) - Campus Pinheiral. Este Caderno foi elaborado em parceria entre o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) para a Rede eTec Brasil.

Reitor

Paulo Roberto de Assis Passos

Diretor

Reginaldo Ribeiro Soares

Equipe de Elaboração

Clarissa Ferreira Pontual de Oliveira
Ana Lúcia Corrêa

Coordenadora Institucional

Aline Pinto Amorim

Coordenadora do Curso

Sylvia Regina Vasconcelense de Aguiar

Coordenadora Adjunta

Ana Luiza de Oliveira Santos

Professora Autora

Selma Elizabeth de França Gonçalves

Equipe de Produção

Secretaria de Educação a Distância
UFRN

Reitora

Ângela Maria Paiva Cruz

Vice-Reitora

Maria de Fátima Freire Melo Ximenes

Secretária de Educação a Distância

Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo

Secretária Adjunta de Educação a Distância

Ione Rodrigues Diniz Morais

Coordenação de Produção de Materiais Didáticos

Marcos Aurélio Felipe

Coordenação de Revisão

Maria da Penha Casado Alves

Coordenação de Design Gráfico

Ivana Lima

Gestão do Processo de Revisão

Rosilene Alves de Paiva

Gestão do Processo de Design Gráfico

Dickson Tavares

Revisão

Cristinara Ferreira dos Santos
Edineide da Silva Marques
Eugenio Tavares Borges
Priscilla Xavier de Macedo

Diagramação

Carolina Aires Mayer

Arte e Ilustração

Amanda Duarte
Mauricio Oliveira Junior

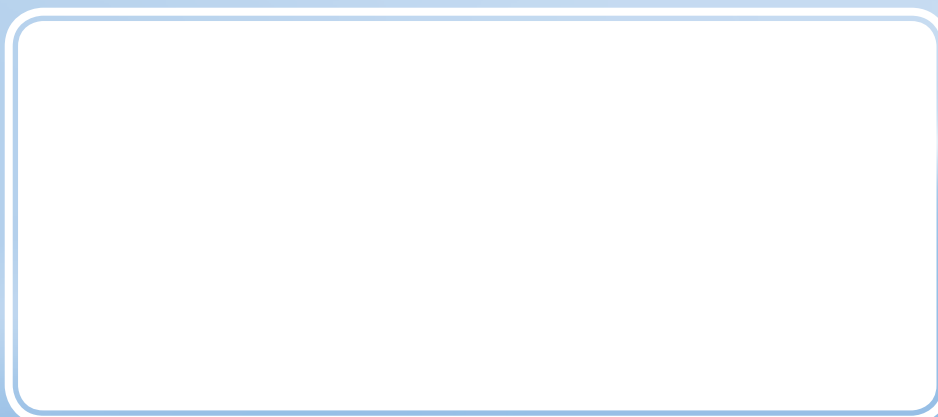
Revisão Tipográfica

Letícia Torres

Projeto Gráfico

e-Tec/MEC

Ficha catalográfica
Setor de Processos Técnicos da Biblioteca Central - IFRJ-RJ



Apresentação e-Tec Brasil

Prezado(a) estudante,

Bem-vindo(a) à Rede e-Tec Brasil!

Você faz parte de uma rede nacional de ensino, que por sua vez constitui uma das ações do Pronatec — Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego. O Pronatec, instituído pela Lei nº 12.513/2011, tem como objetivo principal expandir, interiorizar e democratizar a oferta de cursos de Educação Profissional e Tecnológica (EPT) para a população brasileira propiciando caminho de acesso mais rápido ao emprego.

É neste âmbito que as ações da Rede e-Tec Brasil promovem a parceria entre a Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC) e as instâncias promotoras de ensino técnico como os Institutos Federais, as Secretarias de Educação dos Estados, as Universidades, as Escolas e Colégios Tecnológicos e o Sistema S.

A educação a distância no nosso país, de dimensões continentais e grande diversidade regional e cultural, longe de distanciar, aproxima as pessoas ao garantir acesso à educação de qualidade, e promover o fortalecimento da formação de jovens moradores de regiões distantes, geográfica ou economicamente, dos grandes centros.

A Rede e-Tec Brasil leva diversos cursos técnicos a todas as regiões do país, incentivando os estudantes a concluir o ensino médio e realizar uma formação e atualização contínuas. Os cursos são ofertados pelas instituições de educação profissional e o atendimento ao estudante é realizado tanto nas sedes das instituições quanto em suas unidades remotas, os polos.

Os parceiros da Rede e-Tec Brasil acreditam em uma educação profissional qualificada – integradora do ensino médio e educação técnica, — que é capaz de promover o cidadão com capacidades para produzir, mas também com autonomia diante das diferentes dimensões da realidade: cultural, social, familiar, esportiva, política e ética.

Nós acreditamos em você!

Desejamos sucesso na sua formação profissional!

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Nosso contato: etecbrasil@mec.gov.br

Indicação de ícones

Os ícones são elementos gráficos utilizados para ampliar as formas de linguagem e facilitar a organização e a leitura hipertextual.



Atenção: indica pontos de maior relevância no texto.



Saiba mais: oferece novas informações que enriquecem o assunto ou “curiosidades” e notícias recentes relacionadas ao tema estudado.



Glossário: indica a definição de um termo, palavra ou expressão utilizada no texto.



Mídias integradas: remete o tema para outras fontes: livros, filmes, músicas, sites, programas de TV.



Atividades de aprendizagem: apresenta atividades em diferentes níveis de aprendizagem para que o estudante possa realizá-las e conferir o seu domínio do tema estudado.

Sumário

Palavra da professora autora	9
Apresentação da disciplina	11
Projeto instrucional	13
Aula 1 – A evolução dos primeiros socorros	15
1.1 História dos primeiros socorros.....	15
1.2 Aspectos legais do socorro a vítimas.....	21
Aula 2 – Atribuições do profissional de saúde no suporte básico à vida	29
2.1 Avaliando o cenário de um acidente.....	29
2.2 Atitudes corretas para o socorrista.....	48
Aula 3 – Definição de urgência e emergência	51
3.1 Diferenciando a emergência da urgência.....	51
3.2 Avaliando o quadro clínico da vítima.....	56
Aula 4 – O agente comunitário de saúde frente situações de risco	67
4.1 A profissão de Agente Comunitário de Saúde.....	67
4.2 O processo seletivo de Agente Comunitário de Saúde – ACS.....	68
4.3 O trabalho do ACS junto à comunidade.....	72
Aula 5 – Os principais atendimentos na emergência	79
5.1 Princípios básicos nos primeiros socorros.....	79
5.2 O Atendimento da ressuscitação cardiorespiratória (RCR).....	81

5.3 Traumas.....	84
5.4 Ferimentos.....	93
5.5 Queimaduras.....	95
5.6 Afogamento.....	100
5.7 Choque elétrico.....	102
5.8 Desmaios.....	104
5.9 Convulsão.....	106
5.10 Estado de choque.....	108
5.11 Envenenamento e intoxicação.....	113
5.12 Acidentes com animais peçonhentos e venenosos.....	122
5.13 Transporte de feridos.....	124
Referências.....	131
Currículo da Professora autora.....	135

Palavra da professora autora

Prezado(a) estudante, seja bem-vindo(a) à nossa disciplina!

O que está achando do curso de Técnico em Agente Comunitário de Saúde (ACS)? Espero que a experiência de fazer um curso técnico a distância esteja atendendo as suas expectativas.

Neste trimestre, estaremos estudando a disciplina de Primeiros Socorros. Você já deve ter ouvido falar sobre esse assunto antes, porém se isso for novidade, não se preocupe. No material de nossas aulas abordaremos o conteúdo de uma forma bem objetiva e de fácil compreensão; buscaremos relacionar o tema à sua rotina de trabalho. Ao concluir o curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, você terá adquirido um conhecimento que o auxiliará no exercício da profissão.

Lembramos que a disciplina de Primeiros Socorros é de extrema importância para a sua formação profissional, como também na pessoal, ela aborda situações cotidianas, muitas vezes citadas na mídia, nas UBS - Unidades Básicas de Saúde e principalmente na comunidade em que você irá atuar. Abordaremos formas de prestar os primeiros socorros sem colocar em risco nossa saúde, bem como a de nossos colegas de trabalho.

Para que o aprendizado se concretize de forma efetiva, lembramos que a dedicação e o interesse são necessários. Dedique algumas horas por dia aos estudos, lendo os materiais com tranquilidade e dedicação, e não se esqueça de realizar as atividades propostas dentro de cada aula, além de participar de forma bem dinâmica dos fóruns de discussão, que o ajudará a aprender e conhecer melhor sobre o assunto. Dessa forma, o conhecimento se concretizará.

Aproveite bem todo o material disponibilizado! Sucesso nos estudos!

Apresentação da disciplina

Sabemos que a aplicação de primeiros socorros (em casos de emergências) pode exigir o atendimento médico imediato, entretanto existem ocasiões em que uma pessoa preparada pode iniciar este atendimento, estabilizando a vítima enquanto espera os profissionais especializados. No decorrer das aulas você fortalecerá seu aprendizado sobre esse tema.

A primeira aula aborda as questões iniciais dos primeiros socorros e sua importância para a vítima.

Na segunda aula será definido o papel fundamental do profissional que atua neste atendimento e as principais atitudes a serem tomadas.

Na terceira aula são definidos os conceitos de urgência e emergência e sua diferença no atendimento emergencial.

Para a quarta aula, colocaremos o profissional ACS diante das situações emergenciais, demonstrando a atitude correta para esse atendimento.

Na quinta aula, fechando a disciplina, falaremos dos principais tipos de emergências relacionando-as com o trabalho na comunidade. Você aprenderá sobre os problemas que podem afetar a saúde e as orientações desse socorro.

A disciplina oferece informações sobre a avaliação das vítimas e as intervenções necessárias à manutenção da vida.

Projeto instrucional

O(a) estudante deverá realizar as atividades com base em instrumentos normativos do Instituto Federal do Rio de Janeiro – Campus Pinheiral – e deverá demonstrar criatividade, autonomia, clareza na exposição das ideias e domínio do conteúdo. O(a) aluno(a) do curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde deverá utilizar ferramentas de comunicação síncronas e assíncronas disponíveis no AVEA.

Deverá:

- Ter participação nos fóruns/tarefas/encontros presenciais e ambiente virtual de aprendizagem (Moodle), interagir com diversos tipos de mídias, apostilas e livros-textos.
- Ser avaliado(a) a distância – realização de avaliação no AVEA e
- Ser avaliado(a) presencialmente – realização de avaliação no polo de apoio presencial durante os encontros presenciais entre alunos e tutores.

Disciplina: Primeiros Socorros (carga horária total: 60h).

Ementa: Definição de primeiros socorros. Atribuições do profissional de saúde no suporte básico de vida. Definição de urgência e emergência. O Agente Comunitário de Saúde frente situações de risco. Enfrentamento de situações de: traumas, ferimentos, queimaduras, afogamento, choque elétrico, desmaios, crise convulsiva, estado de choque, intoxicação, envenenamento e corpos estranhos no organismo. Normas de biossegurança no atendimento de emergência/urgência.

Aula	Objetivos de aprendizagem	Materiais/Recursos	Carga Horária (horas)
Aula 1 – A evolução dos primeiros socorros	Conceituar primeiros socorros Definir os primeiros passos de uma emergência nos primeiros socorros Aplicar os conceitos fundamentais do socorrista Estabelecer os limites de atuação do socorrista	O material impresso será fornecido pelo Instituto Federal do Rio de Janeiro – Campus Pinheiral – e o material digital será disponibilizado através do Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle.	14

<p>Aula 2 – Atribuições do profissional de saúde no suporte básico de vida</p>	<p>Conhecer as atividades básicas de primeiros socorros Utilizar conhecimentos científicos para avaliar a vítima e sua gravidade Entender as regras de abordagem às vítimas de acidentes Identificar os equipamentos e instrumentais básicos para a prestação do socorro mais especializado</p>	<p>O material impresso será fornecido pelo Instituto Federal do Rio de Janeiro – Campus Pinheiral – e o material digital será disponibilizado através do Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle.</p>	<p>10</p>
<p>Aula 3 – Definição de urgência e emergência</p>	<p>Identificar os conceitos de urgência e emergência Conhecer os materiais necessários para um atendimento de urgência/emergência Diferenciar os primeiros socorros de leigos e de socorristas especializados Compreender a aplicação dos primeiros socorros como instrumento valioso no socorro às vítimas</p>	<p>O material impresso será fornecido pelo Instituto Federal do Rio de Janeiro – Campus Pinheiral – e o material digital será disponibilizado através do Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle.</p>	<p>8</p>
<p>Aula 4 – O agente comunitário de saúde frente situações de risco</p>	<p>Conhecer a trajetória de implantação da profissão ACS no Sistema Único de Saúde Identificar ações de risco realizadas pelos agentes nas comunidades Estabelecer parâmetros da importância do trabalho realizado pelo ACS Aplicar conhecimentos técnicos de atuação junto às comunidades de risco</p>	<p>O material impresso será fornecido pelo Instituto Federal do Rio de Janeiro-Campus Pinheiral e o material digital será disponibilizado através do Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle.</p>	<p>8</p>
<p>Aula 5 – Principais atendimentos na emergência</p>	<p>Conhecer as principais emergências/urgências que necessitam de assistência imediata Reconhecer sinais e sintomas das principais emergências/urgências Entender e aplicar os cuidados iniciais em qualquer situação de emergência/urgência Compreender a utilização das normas de biossegurança no atendimento de acidentados.</p>	<p>O material impresso será fornecido pelo Instituto Federal do Rio de Janeiro – Campus Pinheiral – e o material digital será disponibilizado através do Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle.</p>	<p>20</p>

Aula 1 – A evolução dos primeiros socorros

Objetivos

Conceituar primeiros socorros.

Definir os primeiros passos de uma emergência nos primeiros socorros.

Aplicar os conceitos fundamentais do socorrista.

Estabelecer os limites de atuação do socorrista.

1.1 História dos primeiros socorros

Caro(a) aluno(a), falar sobre situações de emergência podem assustar um pouco, principalmente dependendo do tipo, da pessoa envolvida e diante de pessoas não preparadas para tal socorro, não é mesmo!

Com certeza ao longo de sua vida, você já deve ter presenciado uma situação – seja em família, comunidade ou até mesmo na rua – que necessitava de atitudes imediatas a fim de resolver o problema ou minimizar as consequências. Por isso a intenção de fornecer conhecimentos que possam ajudá-los nesses momentos será a base de nossas aulas.

Para buscarmos um pouco mais desse conhecimento, converse com seus familiares, começando pelos seus pais, depois os avós e bisavós, procurando saber como eram os atendimentos de emergência na época deles, busque identificar que recursos eles utilizavam para esse fim, afinal, esse tempo não é tão distante assim; investigue como a história era contada pelos pais e bisavós deles. Inclusive, se você já viveu alguma experiência de prestar socorro à vítima, conte para nós. Faça um resumo dessas informações e poste no ambiente virtual de aprendizagem para que outros alunos também possam interagir com você.



Para conhecermos um pouco da história, vamos nos reportar aos primórdios de nossa existência, em que a ação de levar primeiros socorros às vítimas já existia, pois algumas pessoas acabavam se destacando para socorrer membros da família, amigos ou vizinhos durante essas situações.

Você deve ter conhecimento que em tempos bem remotos os homens saíam à caça e as mulheres ficavam em casa com os filhos aguardando o retorno deles, muitas vezes retornavam feridos da batalha que travavam com os animais ou até mesmo com outras tribos inimigas. Naquela época, as pessoas que cuidavam dos feridos já prestavam o socorro de acordo com o conhecimento e os recursos que dispunham.

Com o passar dos anos e enfrentando inúmeras guerras, houve um aumento do número de feridos e então algumas profissões foram surgindo, dentre elas a medicina, a odontologia, a enfermagem etc.

A forma de atender uma pessoa vítima de algum mal foi sendo modificado através dos tempos devido aos conhecimentos adquiridos, porém a essência permaneceu a mesma, auxiliar a quem estivesse com algum comprometimento à saúde.

Hoje podemos dizer que os primeiros socorros são um conjunto de medidas aplicadas às vítimas de lesões ou males súbitos, que são utilizadas visando evitar ou minimizar o agravamento de seu estado enquanto espera-se o atendimento de um profissional de saúde.

Lembre-se, os primeiros socorros devem ser prestados quando a vítima não estiver em condições de cuidar de si. A atitude diante de uma situação de emergência ou urgência deve ser embasada em conhecimentos aprendidos ao longo da formação técnica, e/ou também podemos utilizar algumas informações que nos foram passadas através de experiências profissionais.

Atenção: a situação de emergência é aquela em que o estado da vítima exige o socorro imediato, sem perda de tempo, por exemplo: ferimento com corte em que o sangramento é volumoso, crises convulsivas etc. A urgência se caracteriza quando o socorro à vítima pode aguardar a chegada da equipe médica, exemplos: cólicas renais, dores abdominais etc.

Sabemos que o socorro adequado é um diferencial para o atendimento correto, não deixando sequelas na vítima, este é o nosso foco. Os primeiros socorros não substituem o atendimento médico especializado, é feito para diminuir o sofrimento da vítima, manter os sinais vitais, evitar complicações e salvar vidas.

Muitas vezes temos relatos de pessoas que estavam próximas a outras que se sentiram mal e a atitude positiva do socorrista foi importante, por ter chamado uma ambulância ou colocado a pessoa em posição confortável até a espera do socorro especializado.

Você talvez já tenha presenciado uma situação com alguém necessitando de socorro médico.

1.1.1 Cuidados imediatos e mediatos

Os primeiros socorros são chamados de **imediatos** quando prestados de forma rápida, ainda no local do acidente, quando a vítima não se encontrar em condições do autocuidado (BRASIL, 2003).

Em uma situação de emergência/urgência, a prestação dos primeiros socorros é fundamental para a manutenção e o equilíbrio da saúde do indivíduo, os acidentes são situações que acontecem inesperadamente, não escolhem hora, lugar e nem vítimas. Muitas vezes essas situações são previsíveis e geralmente ocorrem devido à quebra de normas de segurança. Podem acontecer em casa, na rua ou no trabalho e algumas necessitam de socorro imediato, a fim de minimizar os danos decorrentes da situação.

A-Z

Imediato

O cuidado deve ser feito na hora e sem intervalo.



Figura 1.1: Queda de escada.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

Assim que a pessoa iniciar os primeiros socorros, o socorro especializado também deverá ser chamado, pois o cuidado inicial não substitui a assistência médica.

Se a pessoa que assiste à situação de emergência não souber prestar os primeiros socorros, deverá procurar o socorro qualificado para esse atendimento.

Por isso, é bom nos casos de emergência, para manter a segurança e o atendimento às vítimas, sempre ter o telefone a nível nacional para as chamadas de emergência:

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): 192 e
- Polícia Militar (PM): 190.

Buscar identificar a localização, rua, número, e ponto de referência próximo ao local da emergência, dessa forma a equipe de socorro se localizará mais rapidamente. Na chegada do socorro, relate o ocorrido até o momento.

1.1.2 Avaliação para prestar os primeiros socorros

Caro(a) estudante, como dito anteriormente, o cuidado no primeiro socorro é fundamental para definir o sucesso do atendimento, inclusive possibilitando que a pessoa se recupere com um mínimo ou até mesmo nenhuma seqüela desse evento.

A Figura 1.2 mostra uma vítima encontrada desacordada, abaixo descrevemos um esquema rápido de como proceder com a vítima até a chegada do socorro especializado.

1. Checar o local para ver o tipo de acidente e se possível colocar a vítima fora da área de perigo antes de iniciar o socorro; afastá-la de perigos em potencial como: fios elétricos soltos e desencapados; tráfego de veículos; andaimes; vazamento de gás; máquinas funcionando. Deve-se desligar a corrente elétrica; evitar chamas, faíscas e fagulhas; afastar pessoas desprotegidas da presença de gás; retirar vítima de afogamento da água, desde que o faça com segurança para quem está socorrendo; evacuar área em risco iminente de explosão ou desmoronamento.
2. Peça ajuda para alguém que estiver próximo ou ligue imediatamente para o número de socorro do atendimento médico móvel, já citado anteriormente.
3. Fazer uma rápida avaliação da vítima, ver sintomas, sinais e ferimentos, cuidar da vítima dando os primeiros socorros.
4. Manter os sinais vitais, ou seja, pulso, respiração, pressão, temperatura.

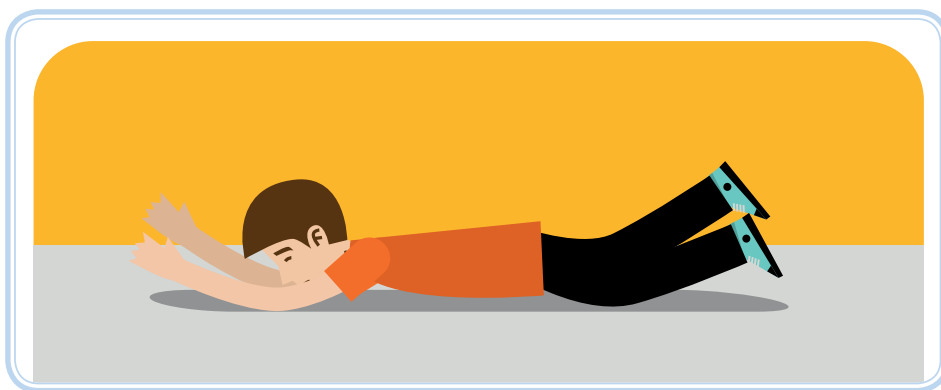


Figura 1.2: Vítima desacordada.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

Sabemos que a ocorrência de uma situação de emergência pode afetar não só o corpo mas também a mente, às vezes até mais do que as demandas físicas.

As pessoas envolvidas em acidentes graves ficam psicologicamente comprometidas, daí a importância de uma atitude firme, porém afetuosa no atendimento, buscando avaliar não só as reações da vítima como também o seu entorno.

Caro(a) aluno(a), de acordo com Rocha (2005, p. 84), “o grau de saúde mental das pessoas não é sempre o mesmo, ele varia de acordo com o momento, com as situações pelas quais elas passam”. Conforme descreve nesse parágrafo, a nossa rotina diária estará sujeita a alterações baseadas no momento que estamos vivenciando, podemos ter reações positivas ou negativas com relação às situações que se apresentam.

Uma pessoa devidamente preparada física e psicologicamente poderá prestar os primeiros socorros, o importante é conduzir a situação com calma, compreensão e confiança para não provocar pânico. Buscar manter o controle sobre as outras pessoas afim de que estas possam auxiliar no atendimento, não tumultuando a situação. Deve-se lembrar de que uma pessoa deverá assumir a liderança explicando as outras pessoas o que deverá ser feito. Com relação à vítima, esta deve ser informada sobre seu estado, sua evolução ou mesmo sobre a situação em que se encontra, utilizando-se uma voz tranquila a fim de acalmar um pouco a vítima. Porém, uma ressalva nesse quesito, deve-se avaliar o que poderá ser informado para não causar ansiedade ou medo desnecessário.



Para saber mais sobre transtornos mentais e de comportamentos pós-traumáticos, acesse o site: <http://www.orgone.com.br/estressep.html> (páginas 1 e 2: introdução e definição). Este site é de responsabilidade do Dr. Mario Márcio Negrão médico neurologista e psicoterapeuta, que em seus trabalhos registra as experiências de pessoas que vivenciaram traumas e desenvolveram distúrbios comportamentais. Por isso é importante que ao prestarmos o primeiro atendimento, tenhamos em mente a necessidade de fazer a avaliação mental e emotiva da vítima, dessa forma estaremos prestando uma assistência completa.

A-Z

Sinal

É a informação que obtemos quando fazemos uma observação direta da vítima.

Sintoma

É a informação oriunda (originária, proveniente, procedente) da descrição feita pela vítima.

Uma premissa importante no atendimento de emergência é a busca de informações sobre o ocorrido, que poderão ser coletadas em forma de **sinais** e **sintomas**.

Você deve ficar ciente que a ética é importantíssima no momento do socorro. A seriedade e o respeito devem estar presentes, assim como a proteção à privacidade da vítima, evitando assim a sua exposição desnecessária, bem como toda e qualquer informação pessoal obtida durante o atendimento deve ser mantida em sigilo. Portanto, a atitude de afastar os curiosos é ideal a fim de conduzir o socorro de forma mais tranquila.

Corroborando com este pensamento, o manual de primeiros socorros do Ministério da Saúde, disponível no site: <http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/fi000007.pdf> descreve o atendimento básico de primeiros socorros, permitindo uma maior organização no atendimento e, portanto, resultados mais eficazes, pois o divide em duas etapas: avaliação do local do acidente e proteção do acidentado já descritos anteriormente.



Para complementar nossos estudos em primeiros socorros, podemos consultar também o site do DETRAN do Pará, lá encontraremos o Manual de Primeiros Socorros, que descreve qual deve ser a postura diante de uma vítima. O texto é bem simples e fácil, ele pode ser consultado na íntegra no site: <http://www.detran.pa.gov.br/menu/educacao/cursos/pdf/PRIMEIROS_SOCORROS.pdf>.

As instruções são ricas em detalhes e ajudam o socorrista no atendimento das vítimas, também é possível a constatação de que o atendimento dos primeiros socorros tem uma linguagem universal.



De acordo com o que estudamos, descreva:

1. O que é o primeiro socorro?
2. Diferencie cuidados imediatos de cuidados mediatos.
3. Cite no mínimo 3 (três) exemplos de como deve ser o atendimento de uma vítima encontrada desacordada. Poste suas respostas no ambiente virtual de aprendizagem.

1.2 Aspectos legais do socorro a vítimas

De acordo com o material já estudado, você sabe quais são as implicações legais em caso de omissão de socorro ou até mesmo quando o socorro prestado não é feito de forma adequada?

Pois bem, veremos nesta seção que a vítima poderá acionar na justiça a pessoa que prestou os primeiros socorros em virtude desse atendimento ter gerado sequelas, como também poderá ser processada em casos de omissão de atendimento a vítima.

A Figura 1.3 representa um martelo e uma balança conhecidos internacionalmente como símbolos da Justiça, sempre que uma pessoa o vê relaciona-os com atos de lei. Como estamos nos referindo à responsabilidade civil e penal de nossos atos, devemos sempre atuar de forma a cumprir com os preceitos da justiça.



Figura 1.3: Martelo e balança da Justiça.

Fonte <http://3.bp.blogspot.com/-jAeAxEO7Ldl/UvPeougOqil/AAAAAAAAANTo/-Y2prCe6mLc/s1600/justica_martelo1.jpg>. Acesso em: 17 mar. 2014.

Por isso é importante que você conheça a legislação vigente (principalmente no Brasil) com relação ao atendimento de qualquer vítima. Para este tópico citaremos o Artigo 135 do Código Penal, que diz que poderemos ser acionados juridicamente quando não cumprirmos o que determina a lei. O conteúdo desse artigo deve ser estudado, pois no dia a dia do trabalho poderemos nos deparar com situações que exigirão nossa resposta imediata, conhecer nossos direitos e deveres é fundamental para uma defesa no futuro. O conteúdo do Art. 135 do código penal poderá ser conhecido através do Decreto Lei 2848/40, que resumindo prescreve:

Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: Pena – detenção, de um a seis meses, ou multa. Parágrafo único – A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte (Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/anotada/2342071/art-135-do-codigo-penal-decreto-lei-2848-40>>. Acesso em: 17 mar. 2014).

Diante do exposto, a pessoa socorrista deverá entender como uma obrigação a prestação de auxílio a quem estiver necessitando, esta ajuda poderá ser feita no atendimento direto a vítima (caso a pessoa seja capaz de fazê-lo), auxiliando a quem estiver fazendo o socorro ou solicitando auxílio para a realização do socorro. Com relação à legislação, há exceções para prestar o atendimento ou auxiliá-lo, no caso estamos falando dos menores de 16 anos, maiores de 65, gestantes a partir do terceiro mês, deficientes visuais, mentais e físicos (incapacitados).

A legislação também é clara quando diz que a pessoa que prestará o socorro não deverá fazê-lo quando este ato colocar em risco a própria vida, porém sabemos que no momento que nos deparamos com a situação, o impulso em ajudar torna-se maior e muitas vezes atitudes tomadas de forma impensada acabam por fazer novas vítimas, por isso é necessário que a pessoa tenha de fato a consciência de só prestar o atendimento quando preparada para tal situação para que não venha a se tornar mais uma vítima.

Neste tópico, estamos nos referindo a utilização de normas de segurança para realizar o atendimento como, por exemplo, a utilização de luvas descartáveis de forma a evitar o contato direto com o sangue, secreções, excreções ou outros líquidos do acidentado. Sabemos que nos dias atuais existem várias doenças que são transmitidas através deste tipo de contato, portanto a prevenção é a melhor garantia de saúde (BRASIL, 2003). Abordaremos este assunto nas próximas aulas.

Verificando ainda no artigo 135 do código penal, quando a pessoa que primeiro encontrar a vítima não possuir treinamento específico ou não se sentir confiante para atuar e chamar o socorro especializado, esta ação já descaracteriza a ocorrência de omissão de socorro.

De acordo com Teixeira e Silva (2012), quando a pessoa que socorre o acidentado for um socorrista preparado, ele já aprendeu o que deve procurar na cena do acidente, incluindo a vítima, o que deve fazer e principalmente como deverá agir.

Silveira e Moulin (2003) descrevem a seguir que as pessoas vítima de acidentes ou mal súbito têm direitos quando estiverem sendo atendidas:

Omissão de socorro

Segundo o artigo 135 do Código Penal, a omissão de socorro consiste em “Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, em desamparo ou em grave e iminente perigo; não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública”.

Pena – detenção de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.

Parágrafo único: a pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta em morte.

Importante: o fato de chamar o socorro especializado, nos casos em que a pessoa não possui um treinamento específico ou não se sente confiante para atuar, já descaracteriza a ocorrência de omissão de socorro.

Direitos da pessoa que estiver sendo atendida

O prestador de socorro deve ter em mente que a vítima possui o direito de recusa do atendimento. No caso de adultos, esse direito existe quando eles estiverem conscientes e com clareza de pensamento. Isso pode ocorrer por diversos motivos, tais como crenças religiosas ou falta de confiança no prestador de socorro que for realizar o atendimento. Nestes casos, a vítima não pode ser forçada a receber os primeiros socorros, devendo assim certificar-se de que o socorro especializado foi solicitado e continuar monitorando a vítima enquanto tenta ganhar a sua confiança através do diálogo. Caso a vítima esteja impedida de falar em decorrência do acidente, como um trauma na boca, por exemplo, mas demonstre através de sinais que não aceita o atendimento, fazendo uma negativa com a cabeça ou empurrando a mão do prestador de socorro, deve-se proceder da seguinte maneira:

- Não discuta com a vítima.
- Não questione suas razões, principalmente se elas forem baseadas em crenças religiosas.
- Não toque na vítima, isto poderá ser considerado como violação dos seus direitos.
- Converse com a vítima, informe a ela que você possui treinamento em primeiros socorros, que irá respeitar o direito dela de recusar o atendimento, mas que está pronto para auxiliá-la no que for necessário.
- Arrole testemunhas de que o atendimento foi recusado por parte da vítima.
- No caso de crianças, a recusa do atendimento pode ser feita pelo pai, pela mãe ou pelo responsável legal. Se a criança é retirada do local do acidente antes da chegada do socorro especializado, o prestador de socorro deverá se possível, arrolar testemunhas que comprovem o fato.
- O consentimento para o atendimento de primeiros socorros pode ser formal, quando a vítima verbaliza ou sinaliza que concorda com o atendimento, após o prestador de socorro ter se identificado como tal e tiver informado à vítima de que possui treinamento em primeiros socorros, ou implícito, quando a vítima esteja inconsciente, confusa ou gravemente ferida a ponto de não poder verbalizar ou sinalizar consentindo com o atendimento. Neste caso, a legislação infere que a vítima daria o consentimento, caso tivesse condições de expressar o seu desejo de receber o atendimento de primeiros socorros.
- O consentimento implícito pode ser adotado também no caso de acidentes envolvendo menores desacompanhados dos pais ou responsáveis legais. Do mesmo modo, a legislação infere que o consentimento seria dado pelos pais ou responsáveis, caso estivessem presentes no local (SILVEIRA; MOULIN, 2003).



Na reportagem “Primeiros socorros: aspectos legais”, disponível no seguinte site: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=1128>, podemos observar questões fundamentais para a prestação dos primeiros socorros. Baseado no texto, responda: qual deve ser a atitude do socorrista diante da vítima que não quer ser socorrida?

O acidente que provoca ferimentos ou doenças súbitas de certa forma acaba originando mudanças no ritmo da vida do acidentado, produzindo uma situação desconhecida, a qual não se encontrava preparado. Suas reações e comportamento são diferentes do normal, muitas vezes impedindo a vítima de avaliar sua real situação no contexto do acidente, nesse momento é importante a presença de uma pessoa que o ajude a entender os últimos acontecimentos de forma tranquila e hábil.

Caso o desfecho do acidente seja fatal, será importante ter testemunhas do ocorrido, pois elas poderão narrar às autoridades o acontecido.

Somente afaste a vítima do local do acidente se este implicar em risco maior para a vida da própria vítima ou para a pessoa que estiver socorrendo, como por exemplo, em situações de risco de explosões, gases tóxicos, estrada não sinalizada.

No Manual de Primeiros Socorros publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) é descrito que a pessoa que está prestando os primeiros socorros deve seguir um plano de ação baseando-se no P.A.S., (que são as três letras iniciais a partir das quais se desenvolvem todas as medidas técnicas e práticas de primeiros socorros: Prevenir, Alertar, Socorrer).

Prevenir – afastar o perigo do acidentado ou o acidentado do perigo

Alertar – contatar o atendimento emergencial informando o tipo de acidente, o local, o número de vítimas e o seu estado.

Socorrer – após as avaliações.

Com a intenção de divulgar os conhecimentos de primeiros socorros, em maio de 2012, o SAMU de Belém em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde – Sesma realizou um curso pioneiro no país envolvendo a melhor idade (observe a Figura 1.4). O projeto orientou a população idosa do município sobre o tratamento de doenças, cuidados com acidentes dentro de casa ou nas ruas e auxílio a pessoas acidentadas, além de técnicas e manobras eficazes de ação em casos de urgência e emergência. As crianças também foram incluídas neste treinamento como socorristas Jr.



Figura 1.4: Formatura do grupo da melhor idade de Belém como socorristas.

Fonte: < http://4.bp.blogspot.com/-zILeBgsGUE/T6BvwIQewzI/AAAAAAAAAWAo/Me8hW_AlmrU/s400/SOCORRISTAS+IDOSOS+3.JPG >.

A Figura 1.4 mostra a formatura do grupo da melhor idade em socorrista, essa iniciativa é importante uma vez que idosos e crianças são as maiores vítimas de acidentes domésticos.



O envolvimento de crianças visa também à conscientização devido ao grande percentual de trotes que o SAMU recebe diariamente, já que elas são as maiores realizadoras de trotes. Cada vez que o socorro é direcionado de forma errada, uma vida esta sendo comprometida naquele momento Visite o site <<http://jornalcorreiojurunense.blogspot.com.br/2012/05/idosos-e-criancas-sao-os-novos.html>> para ver a estatística de trote que o serviço de emergência recebe e paralelo a esses dados o número de mortes que acontecem devido à demora de atendimento. A orientação para crianças e adolescentes é fundamental para a sua conscientização, que deve ser iniciada em casa com acompanhamento dos pais ou do responsável.

A noção de primeiros socorros auxilia principalmente encorajando as pessoas no que se refere à prestação do cuidado, ter uma noção do que se pode fazer numa emergência é o primeiro passo para um socorro adequado. Essas faixas etárias também são importantes na disseminação da consciência para uma melhor utilização dos serviços de resgate.

A qualidade no atendimento das emergências não é só prestada pelas equipes de socorro especializado, as primeiras pessoas que estão no local, podem e devem observar como se encontra a vítima, bem como avaliar o cenário de forma geral. Afastar curiosos, retirar outras pessoas do local, sinalizar bem onde o acidente esta acontecendo, isso tudo pode minimizar um risco futuro.

Treinar as pessoas tem como principal função a adoção de um comportamento que envolva a segurança do evento.

Essas questões serão abordadas durante as próximas aulas.

Estude bastante para aproveitar ao máximo desse conhecimento.

Resumo

Nesta aula, você estudou que a realização dos primeiros socorros é fundamental para a manutenção da vida, o socorrista deve ter conhecimento e preparo para esta atuação, um socorro mal feito poderá colocar a vítima em risco de morte ou deixar sequelas graves. Viu também que a avaliação rápida do estado geral da vítima direciona o cuidado priorizando as atividades e facilitando o atendimento de uma equipe especializada. Estudamos também sobre as responsabilidades que envolvem fazer ou não o socorro à vítima, para isso o Artigo 135 do Código Penal traz orientações de como deve ser o procedimento na prestação de um socorro. O socorrista será julgado como um profissional habilitado e competente para o atendimento, se o profissional não se sentir capaz de realizar o atendimento deverá se afastar da vítima, ajudando apenas na chamada do socorro especializado, afastando curiosos do cenário. Na vítima desacordada, devemos adotar as medidas de abordagem preconizadas para esse tipo de atendimento. O atendimento de primeiros socorros deve levar em consideração os princípios de segurança para o socorrista, vítima e as pessoas no seu entorno.

Atividades de aprendizagem

1. Complete os espaços abaixo com as etapas do esquema rápido de como proceder com uma vítima até a chegada do socorro especializado.

1 - _____

2 - _____

3 - _____

4 - _____

2. Vá até a Unidade Básica de sua comunidade e pergunte como é organizado o material de primeiros socorros e como é feito o treinamento para a utilização. Faça um relatório e envie-o para o seu tutor.

Aula 2 – Atribuições do profissional de saúde no suporte básico à vida

Objetivos

Conhecer as atividades básicas de primeiros socorros.

Utilizar conhecimentos científicos para avaliar a vítima e sua gravidade.

Descrever as regras de abordagem a vítimas de acidentes.

Identificar os equipamentos e instrumentais básicos para a prestação do socorro mais especializado.

2.1 Avaliando o cenário de um acidente

Você viu na aula passada, a importância de uma atitude positiva ao deparar-se com um acidente ou situação de mal súbito. A pessoa que assume o socorro deve observar rapidamente toda a situação para tomar a atitude mais correta possível. Nisso, algumas questões são fundamentais para o bom andamento de todo o socorro, são elas:

- Quantas pessoas estão envolvidas na emergência?
- Onde estão as vítimas?
- Que perigos eminentes devem nos preocupar?
- Ao constatar mais de uma vítima, avaliar e identificar quem precisa de primeiros socorros com mais urgência.

Caso o acidente ocorra na rua, observar o estado de consciência da vítima, se ela estiver consciente, pergunte rapidamente: nome, endereço, o dia etc., serão situações que ajudarão na localização de familiares. Se a vítima está lúcida, faça apenas o que estiver dentro do seu limite de atuação.

O profissional não médico deverá ter como princípio fundamental de sua ação a importância da primeira e correta abordagem ao acidentado, lembrando que o objetivo é atendê-lo e mantê-lo com vida até a chegada de socorro especializado ou até a sua remoção para atendimento. Saiba mais no Manual de Pronto Socorro, disponível no site do governo <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manualdeprimeirosocorros.pdf>>.

De acordo com o Manual de Primeiros Socorros descrito pelo Departamento de Trânsito – DETRAN do Estado do Pará, disponível no site: <http://www.detran.pa.gov.br/menu/educacao/cursos/pdf/PRIMEIROS_SOCORROS.pdf>, o atendimento às emergências é estruturado seguindo-se alguns passos importantes.

Na sequência descrita abaixo se deve avaliar cada momento como um diferencial do socorro a ser prestado, vamos conhecê-la:

1. intervenção de leigos;
2. reconhecimento de uma emergência;
3. como decidir ajudar;
4. a sinalização do local;
5. chamar o resgate;
6. avaliação da vítima (quem deve avaliar?);
7. atender a vítima: eficaz se for iniciado imediatamente – porém na prática o que observamos é que normalmente um leigo é quem está primeiro ao lado da vítima, como descrito no item 1;
8. sequestro emocional (embotamento, perda de contato com a realidade, você não pode fazer nada no momento);
9. avaliação do cenário em 10 segundos:
 - perigos iminentes que ameacem a segurança
 - mecanismo de lesão ou mal súbito
 - número de vítimas

10. quando chamar o resgate:

- em risco de morte
- se a condição da vítima requerer equipamento médico
- o trânsito oferecer dificuldade de acesso ao hospital.

Com relação a acidentes em ruas e rodovias, é importante utilizar a sinalização mais comum. Colocação de placa de sinalização, ou como recurso popular, galhos de árvores também poderão ser utilizados.

A figura abaixo mostra o triângulo de sinalização.

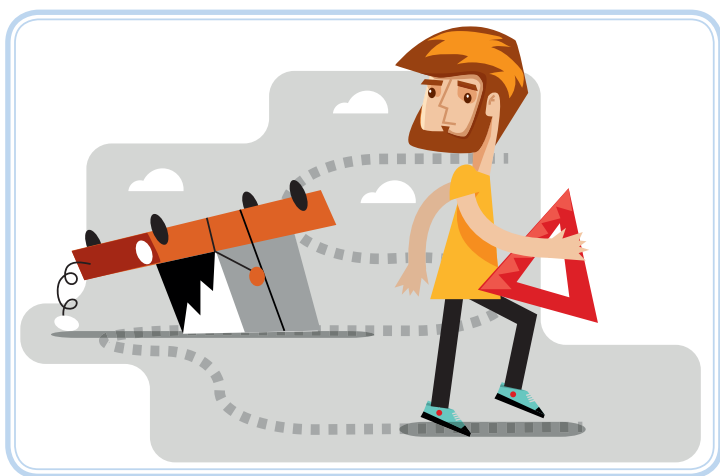


Figura 2.1: Sinalização de acidente.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

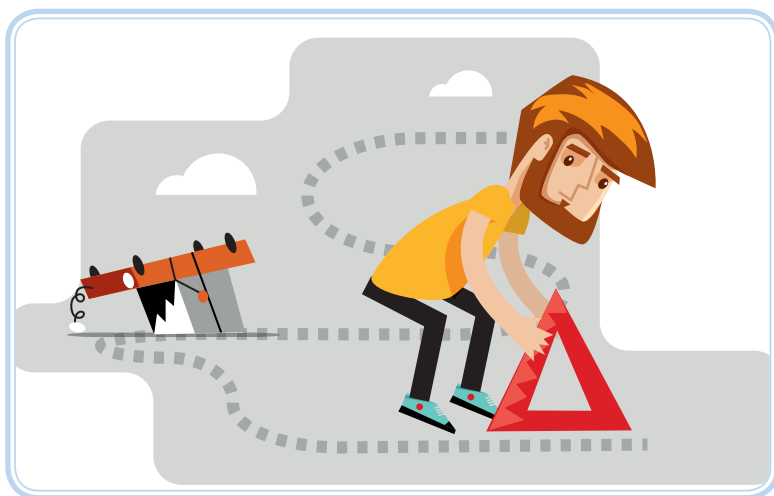


Figura 2.2: Colocação do triângulo em situações de curvas na estrada.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

Os profissionais de saúde são pessoas que possuem um conhecimento científico de acordo com o seu grau de estudo. Esclarecendo melhor, um atendente de emergência possui o curso básico de primeiros socorros, já o socorrista é o profissional em atendimento de emergência. O socorrista é a pessoa tecnicamente capacitada para, com segurança, avaliar e identificar problemas que comprometem a vida. Cabe ao socorrista prestar o adequado socorro pré-hospitalar e o transporte do paciente sem agravar as lesões já existentes.

Como já estudamos na Aula 1, “as pessoas que estão doentes ou feridas não se encontram em condições normais” (ROCHA, 2005, p. 84), então a pessoa que presta o socorro (neste caso vamos falar do socorrista) tem que saber lidar com o público. Algumas vezes é possível encontrar pessoas grosseiras, nervosas etc. e lidar com pessoas não é uma tarefa fácil, por isso o papel do socorrista é ser o mais autêntico e honesto possível, não minta para a vítima.

A abordagem de qualquer vítima deve ser de forma bem tranquila, para que a avaliação possa ser realizada com sucesso.

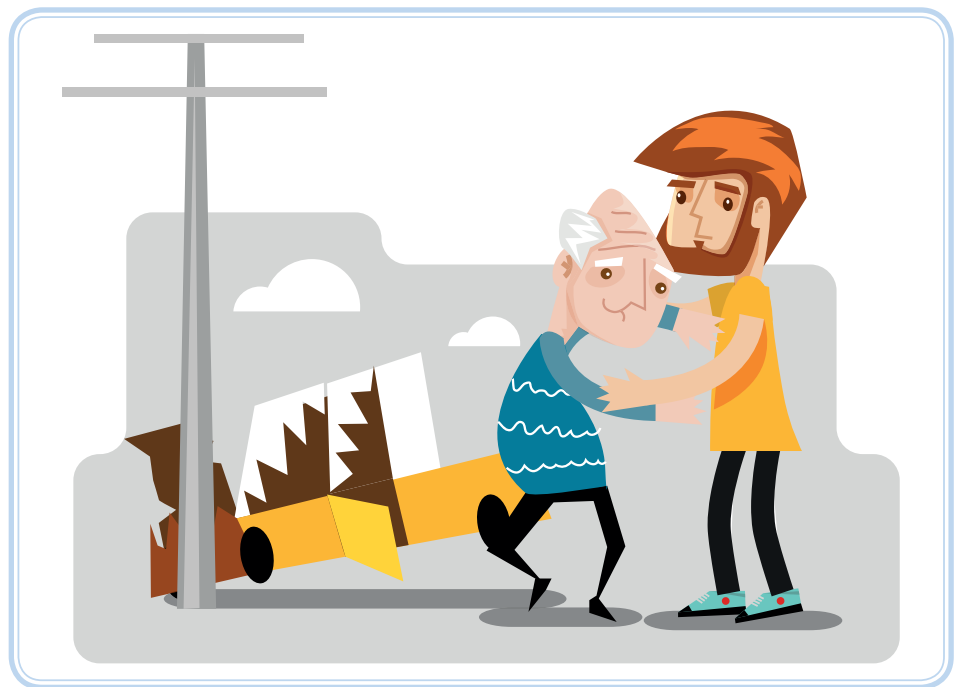


Figura 2.3: Abordagem inicial da vítima.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

Como estudado anteriormente, o acidente acontece de forma inesperada, em qualquer hora e lugar, portanto no local de atendimento da emergência, a pessoa que prestar o socorro deve ser altamente disciplinada, seguindo princípios básicos do atendimento. Deve focar sua atenção na situação do paciente, empregar uma linguagem de forma ética, pois você se encontra diante do pa-

ciente e do público que é atraído pelos acontecimentos, controlar os próprios sentimentos é uma conduta adequada, recomenda-se que o socorrista interaja com outros profissionais de saúde que atuam em situações de emergência. A troca de informação ajudará a compreender melhor os problemas emocionais e o estresse que surgem durante as experiências de socorro.

Se houver possibilidade de diálogo com a vítima, informe de sua capacidade e competência para a realização do atendimento, esta atitude possibilita o estabelecimento de vínculos de confiança. O profissional treinado em atendimento de socorro só deve informar sobre a situação do acidente após avaliar se a informação na sua íntegra trazer algum benefício para a vítima, por exemplo, não informar que pessoas morreram, mas sim que tem outras pessoas cuidando delas, que o serviço de resgate já foi chamado, uma vítima em situação estressante poderá não suportar uma pressão adicional.

Ao escolher ser um socorrista, o profissional não precisa mudar seu estilo de vida, mas alguns aspectos relacionados à mudança de comportamento deverão ser praticados. A vítima que estiver consciente prestará atenção em como o atendimento está sendo feito, sua aparência e atuação podem inspirar confiança ou transmitir insegurança. Hábitos saudáveis precisam ser incorporados ao dia a dia, isto fará com que a resistência melhore, dando mais ânimo e disposição para o atendimento.

Como vimos, a pessoa vítima de acidente ou mal súbito precisa de um atendimento baseado em seu estado clínico. A pessoa que for realizar este socorro deve se lembrar de alguns pontos importantes do ponto de vista civil e criminal. Negar o atendimento quando é possível fazê-lo sem risco para a própria vida é crime. Prestar o atendimento sem as devidas habilidades e competências também pode incorrer em atos de imperícia, negligência e imprudência. Por isso não basta apenas a vontade de socorrer, é necessário o preparo para esta ação.

Selecione uma reportagem ou artigo que descreva atos de imperícia, imprudência e negligência. Faça um resumo identificando cada um dos exemplos separadamente. Poste seu resumo e o link no ambiente virtual de ensino e aprendizagem.



Alguns atributos são importantes para o socorrista:

- ter conhecimento técnico e capacidade para oferecer o atendimento necessário;
- ter capacidade de liderança para dar segurança e conforto ao paciente;
- aprender a controlar suas emoções, ser paciente com as ações anormais ou exageradas daqueles que estão em situação de estresse.



O reconhecimento da atitude correta no atendimento de emergência/urgência deve sempre nortear as ações do socorrista. Como em toda a prática assistencial, existem regras que possibilitam a execução de nosso trabalho com segurança. As responsabilidades do socorrista envolvem muito mais que um simples atendimento. Para saber mais sobre as responsabilidades dos socorristas, acesse o site: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAF5QAE/primeiros-socorros>>.

Abaixo descrevemos algumas responsabilidades do socorrista durante um pronto atendimento.

- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI).
- Controlar o local do acidente de modo a proteger a si mesmo, sua equipe, o paciente, e prevenir outros acidentes.
- Obter acesso seguro ao paciente e utilizar os equipamentos necessários para a situação.
- Identificar os problemas utilizando-se das informações obtidas no local e pela avaliação do paciente.
- Fazer o melhor possível para proporcionar uma assistência de acordo com seu treinamento.
- Decidir quando a situação exige a mobilização ou mudança da posição ou local do paciente. O procedimento deve ser realizado com técnicas que evitem ou minimizem os riscos de lesões adicionais.
- Coordenar as atividades.
- Solicitar, se necessário, auxílio de terceiros presentes no local da emergência.

Caros alunos, na Atividade 1 vocês buscaram casos evidenciando a importância de se conhecer a legislação sobre a prestação de socorro, viram que a responsabilidade profissional é uma obrigação atribuída a toda pessoa que exerce uma arte ou profissão. É por esse motivo que o socorrista responde pelas sequelas oriundas de uma atuação inadequada podendo ser processado se cometer atos de negligência, imperícia e imprudência.

Imperícia: (ignorância, inabilidade, inexperiência). Entende-se, no sentido jurídico, a falta de prática ou ausência de conhecimentos, que se mostram necessários para o exercício de uma profissão ou de uma arte qualquer. Exemplo: é imperito o socorrista que utilizar o reanimador manual sem executá-lo corretamente, por ausência de prática.

Imprudência: (falta de atenção, imprevidência, descuido). Resulta da imprevisão do agente ou da pessoa, em relação às consequências de seu ato ou ação, quando deveria e poderia prevê-las. Exemplo: é imprudente o motorista que dirige um veículo de emergência excedendo o limite de velocidade permitido na via.

Negligência (desprezar, desatender, não cuidar). Exprime a desatenção, a falta de cuidado ou de precaução com que se executam certos atos, podendo levar a consequências negativas. Exemplo: É negligente o Socorrista que deixa de utilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI), em um atendimento no qual seu uso seja necessário.

Como estudamos, o socorrista tem responsabilidades específicas no atendimento de urgência e emergência. Identifique essas responsabilidades escrevendo sobre a importância dessas ações para a segurança do atendimento. Poste seu resumo no ambiente virtual de ensino e aprendizagem.



2.1.1 Equipe de socorro especializado

Com relação ao socorrista/motorista especializado, ele deve estacionar a viatura de socorro a 15 metros antes do local do acidente. utilizando-a como anteparo, a fim de proporcionar maior segurança à guarnição de serviço e às vítimas envolvidas, deixando assim, uma área denominada “zona de trabalho”.

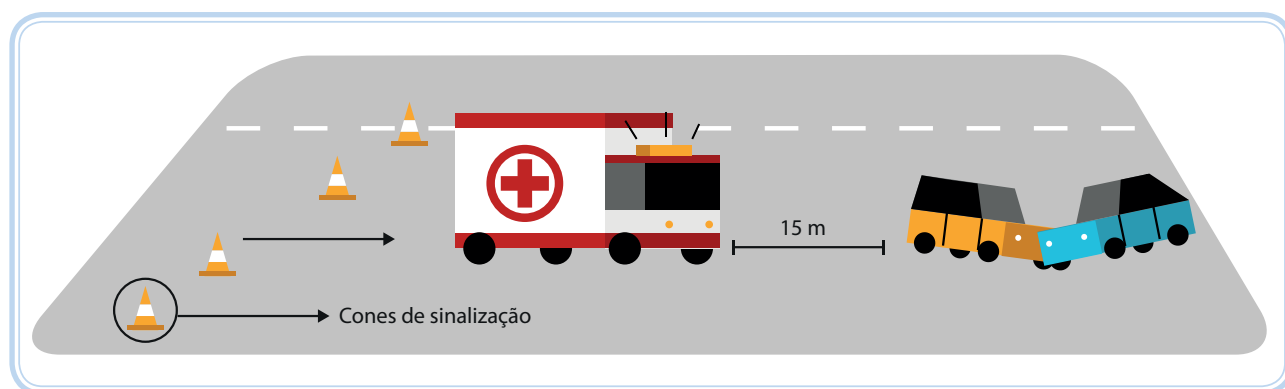


Figura 2.4: Posicionamento da equipe de socorro.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte. Adaptado de <<http://s3.amazonaws.com/magoo/ABAAAAf5QAE-3.jpg>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

Nas situações em que já houver uma viatura fazendo tal proteção, a viatura de socorro deverá ser colocada 15 metros à frente do acidente, mantendo o espaço da zona de trabalho.

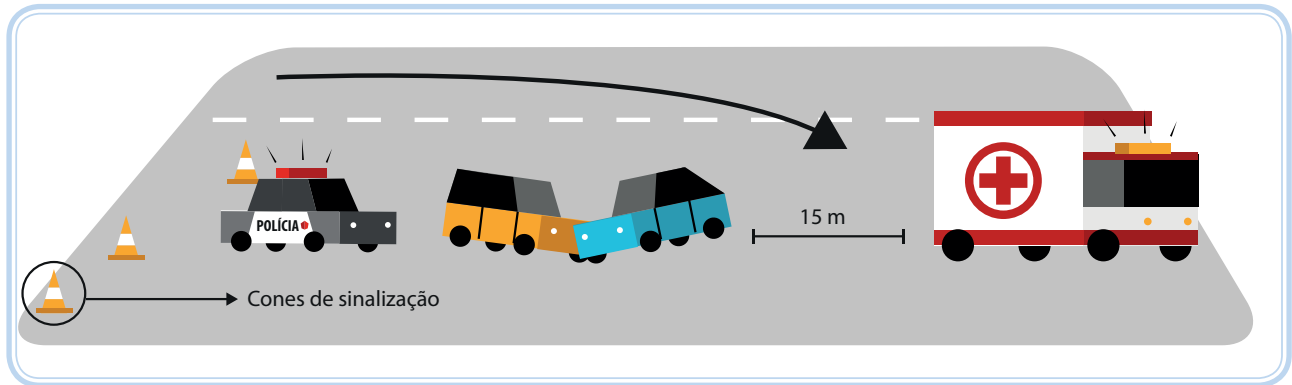


Figura 2.5: Posicionamento com presença de carro de polícia.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte. Adaptado de <<http://s3.amazonaws.com/magoo/ABAAAAf5QAE-4.jpg>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

Caro(a) aluno(a), imagine-se como um profissional ACS durante seu dia de trabalho. Ao fazer o trajeto para realizar uma visita domiciliar (VD), você se depara com uma situação de emergência como colocar em prática o que estudamos até agora?

Primeiro avaliar a cena, correto?

Identificar o local e sinalizar para que outras pessoas ou veículos saibam que ali está acontecendo uma emergência, afinal a intenção é não termos novos feridos; depois avalie a vítima, peça ajuda a quem estiver a sua volta e ligue para o serviço de socorro.

Faça o seu trabalho com tranquilidade e aguarde socorro especializado.

2.1.2 Materiais e acessórios utilizados pela equipe de atendimento emergencial

O controle e reposição de todo o material gasto durante o atendimento é responsabilidade da equipe.

A equipe de socorro especializado deverá possuir os seguintes materiais e equipamentos a fim de realizar uma assistência segura e eficaz.

A utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) é fundamental para garantir não só a segurança do profissional, mas também da vítima. É usado para evitar a propagação de doenças, seja pelo contato com a pele ou através da contaminação das mucosas. Materiais de uso obrigatório no atendimento no interior das viaturas de resgate: luvas descartáveis, máscara de proteção facial, óculos de proteção, aventais e capacetes (em locais de risco iminente de acidentes).

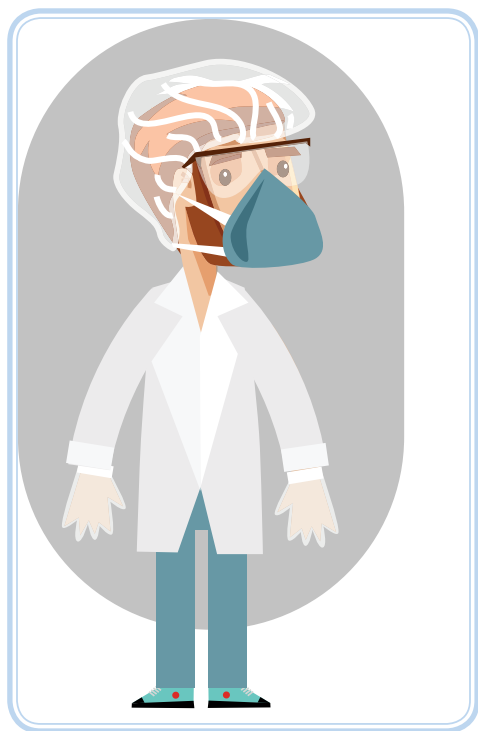


Figura 2.6: EPI de uso na saúde.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte. Adaptado de <http://143.107.23.244/lido/acs/images/uso_pessoal.JPG>. Acesso em: 31 mar. 2014.

O equipamento de segurança destinado ao local em que ocorrem acidentes também deve constar no carro de socorro. Esse conjunto de equipamentos visa garantir a segurança das equipes no local do acidente, bem como das vítimas envolvidas e da população em geral. Os materiais de sinalização são os seguintes: cones de sinalização, lanternas, fitas para isolamento e extintores de incêndios.



Figura 2.7: Equipamento de sinalização local.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte. Adaptado de <<http://s3.amazonaws.com/magoo/ABAAAAf5QAE-6.jpg>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

O material de emergência é composto de:

- Equipamentos de reanimação e administração de oxigênio.
- Cânula orofaríngea (COF) ou cânula de Guedel – é utilizada quando a vítima está inconsciente, tem a intenção de evitar queda de língua (leia mais sobre a seguir), trata-se de um equipamento destinado a manter as vias aéreas mecanicamente abertas, o que também denominamos de manutenção da **permeabilidade** de vias áreas superiores. É encontrada em vários tamanhos, de acordo com o tamanho e a estrutura do corpo humano.

A-Z

Permeabilidade

Propriedade dos corpos que se deixam atravessar por líquidos, gases.



Figura 2.8: Cânula orofaríngea – cânula de Guedel.

Fonte: <<http://www.medjet.com.br/fotos/norm/CANULA-OROFARINGEA-DE-GUEDEL-5---110MM--2.jpg>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

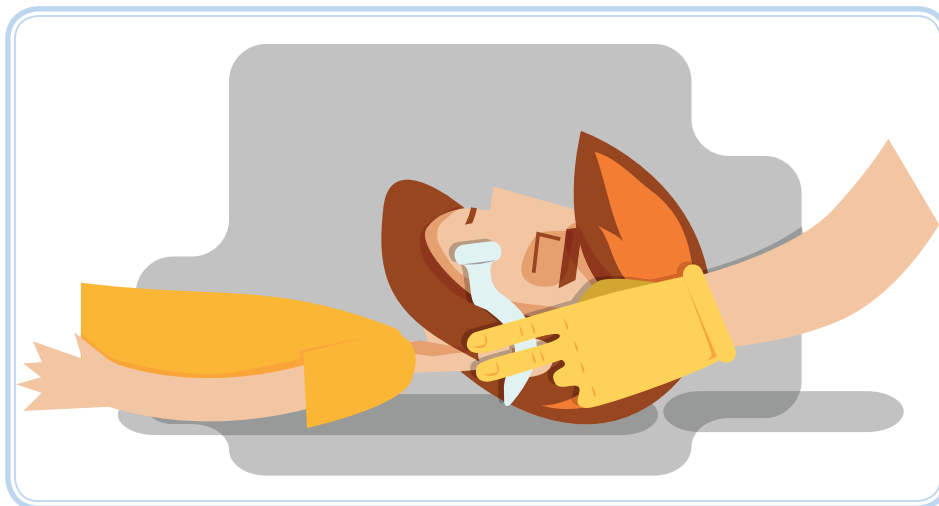


Figura 2.9: Medindo o tamanho da cânuila de acordo com a estrutura física da vítima.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte. Adaptado de <http://3.bp.blogspot.com/_bGxMz4ZOjWE/SWkJoOH7o_I/AAAAAA-AAAA/QZrMuxxeM2E/s1600/colocacao+guedel+1.jpg>. Acesso em: 31 mar. 2014.

- Reanimador ventilatório manual ou Ambu – equipamento destinado a estabelecer ventilação artificial manual. Composto de bolsa, válvula e máscara, garantindo assim eficiente insuflação de ar e maior concentração de oxigênio para a vítima. Equipamento disponível nos tamanhos adulto e infantil.



Figura 2.10: Reanimador ventilatório manual ou Ambu.

Fonte: <http://images.tcdn.com.br/img/img_prod/315037/5166_1_20131105112128.jpg>. Acesso em: 31 mar. 2014.

- Equipamento de administração de oxigênio portátil – unidade portátil destinada a dar suporte de oxigênio à vítima acidentada no local da ocorrência inicial. Toda a ambulância possui uma segunda unidade fixa, possibilitando a continuação da administração de oxigênio durante o deslocamento até o pronto socorro.



Com relação a vítimas de trauma, um grande percentual vai a óbito devido à queda de língua, fazendo com que a morte ocorra por asfixia. A cânuila de Guedel visa manter a língua posicionada anteriormente e deixando-a fora da parede posterior da faringe.



Figura 2.11: Cilindro portátil de oxigênio.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte adaptado de <http://3.bp.blogspot.com/_UL_tYNNLhQ/TBOg8QPgoNI/AAAAAAAAA-Anw/NvIYhwj_LA/s320/img_cilindros_oxigenio_portatil.jpg>. Acesso em: 31 mar. 2014.

- Equipamento para aspiração – destinado à aspiração de secreções da cavidade oral, as quais obstruem a passagem de oxigênio sendo indispensável uma unidade portátil e uma unidade fixa na ambulância.

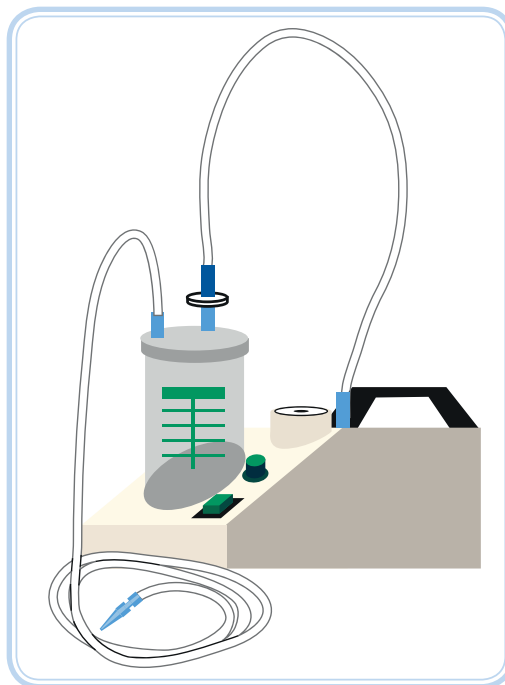


Figura 2.12: Aspirador portátil.

Fonte: ilustrado por Amanda Duarte. Adaptado de <http://www.dimor.pt/images/aeroterapia_Modelo_F18.jpg>. Acesso em: 3 jul. 2014.

- Equipamentos de imobilização e fixação de curativos – Talas flexíveis e rígidas (madeira, papelão) – são equipamentos indispensáveis na imobilização de fraturas e luxações.

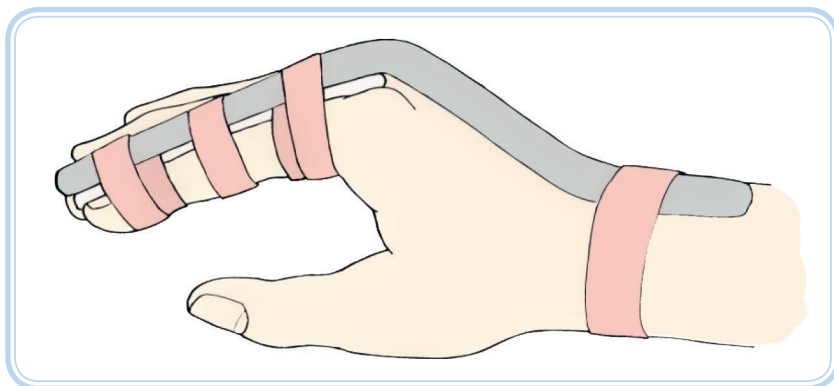


Figura 2.13: Tala flexível.

Fonte: <http://4.bp.blogspot.com/-B5sL-XJDMXI/TgN1FSE5tRI/AAAAAAAAADAU/HHjcf_7WAM4/s1600/15_27.jpg>. Acesso em: 31 mar. 2014.



Figura 2.14: Tala rígida.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte. Adaptado de <<http://carlos.rg10.net/Home/wp-content/uploads/2011/11/Imobiliza%C3%A7%C3%A3o6.jpg>>. Acesso em: 3 jul. 2014.

- Bandagens triangulares e ataduras de crepom – destinam-se à fixação de talas e curativos.

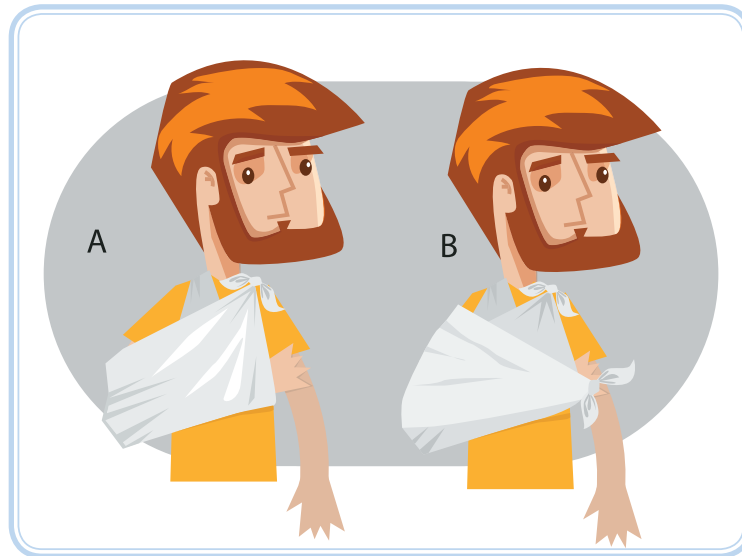


Figura 2.15: Bandagem triangular.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte. Adaptado de: <<http://www.bombeiroemergencia.com.br/images/inantebrazo2.gif>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

- Cintos de fixação – cintos flexíveis e resistentes que se destinam a prender a vítima junto à tábua de imobilização.



Figura 2.16: Cintos de fixação.

Fonte: <http://www.spencer.it/images/catalogo/cinture-spinali/t_straps.jpg>. Acesso em: 31 mar. 2014.

- Colete de imobilização dorsal (ou Kendrick Extrication Device – KED) – equipamento destinado à retirada de vítimas do interior de veículos que estiverem sentadas, objetivando a imobilização da coluna cervical, torácica e lombar superior. Sua fixação dá-se através de tirantes flexíveis fixos e móveis.

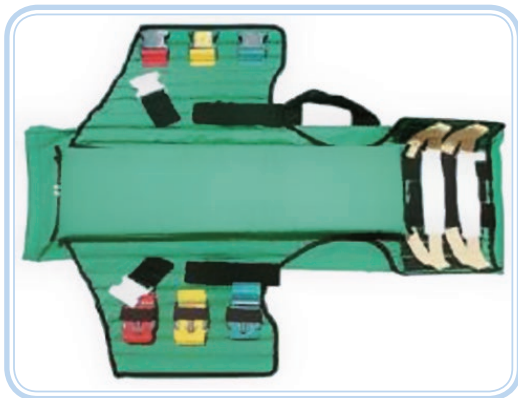


Figura 2.17: Colete imobilizador.

Fonte: <http://static.catalogohospitalar.com.br/img/produtos/43241/imagem-de-colete-tipo-ked_m.jpg>. Acesso em: 31 mar. 2014.

- Colar cervical – equipamento destinado à imobilização da coluna cervical quanto à movimentos axiais, confeccionado em polietileno, dobrável e de vários tamanhos e modelos.

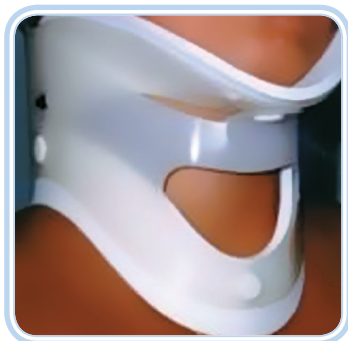


Figura 2.18: Colar cervical.

Fonte: <http://static.catalogohospitalar.com.br/upload/produtos/46078/imagem-de-colar-cervical-resgate-tipo-stifneck-marimar_m.jpg>. Acesso em: 31 mar. 2014.

- Tábua de imobilização – equipamento destinado à imobilização da vítima deitada, de vários modelos e tamanhos, possuindo aberturas para fixação de cintos e imobilizadores de cabeça.



Figura 2.19: Tábua de imobilização.

Fonte: <http://www.multstock.com.br/multstockwp/wp-content/uploads/multstock/2012/03/imagem-de-tabua-de-imobilizacao_g.jpg>. Acesso em: 31 mar. 2014.

- Imobilizadores de cabeça – equipamento destinado à imobilização total da cabeça da vítima acidentada.



Figura 2.20: Imobilizador de cabeça.

Fonte: <http://loja.casadomedico.com.br/ecommerce_site/arquivos3564/arquivos/12928588551.jpg>. Acesso em: 31 mar. 2014.

- Materiais utilizados em curativos: gaze, ataduras de crepom, bandagem, fita adesiva, material indispensável na limpeza superficial de ferimentos e contenção de hemorragias em vítimas.



Figura 2.21: Material de curativo.

Fonte: <<http://saudeblog.com.br/wp-content/uploads/2014/03/curativos.jpg>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

- Materiais de uso obstétrico – material de assistência ao parto – material esterilizado, normalmente colocado em pacotes hermeticamente fechados, contendo campos duplos e simples, *clamps* para laqueadura umbilical, lençóis e tesoura.



Figura 2.22: Compressas cirúrgicas.

Fonte: <http://www.cirurgicabrasil.com.br/produto/COMPRESSA_GAZE_CIRURGICA_HIDROFILA.jpg>. Acesso em: 31 mar. 2014.

Equipamentos para verificação de sinais vitais

- Esfigmomanômetro – equipamento destinado à aferição da pressão arterial.



Figura 2.23: Esfigmomanômetro (aparelho de pressão).

Fonte: <http://www.fisiostore.com.br/images/product/BICX-AP102_298.jpg>. Acesso em: 31 mar. 2014.

- Estetoscópio – aparelho destinado à ausculta cardíaca e pulmonar.



Figura 2.24: Estetoscópio.

Fonte: <http://img.americanas.com.br/produtos/01/02/item/5705/4/5705402_1GG.jpg>. Acesso em: 3 jul. 2014.

- Oxímetro de pulso portátil – este aparelho serve para medir a saturação periférica de oxigênio. Colocar o aparelho no dedo indicador da vítima, o resultado da saturação de oxigênio aparecerá após alguns segundos.



Se a vítima apresenta boa ventilação, ou seja, se o oxigênio esta chegando adequadamente aos pulmões e é bem difundido através da corrente sanguínea, ele é captado pelo oxímetro de pulso e é quantificada através da saturação de oxigênio. Acesse documento no site do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo <<http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/oximetria%2022-12.pdf>>.



Figura 2.25: Oxímetro de pulso.

Fonte: <http://i00.i.aliimg.com/img/pb/374/668/505/505668374_716.jpg>. Acesso em: 31 mar. 2014.

- Desfibriladores Externos Automáticos (DEA)

Utilizado para verificar presença de arritmias ventriculares (taquicardia e fibrilação), se o aparelho confirmar presença das arritmias, choques serão aplicados na busca de reverter o quadro.

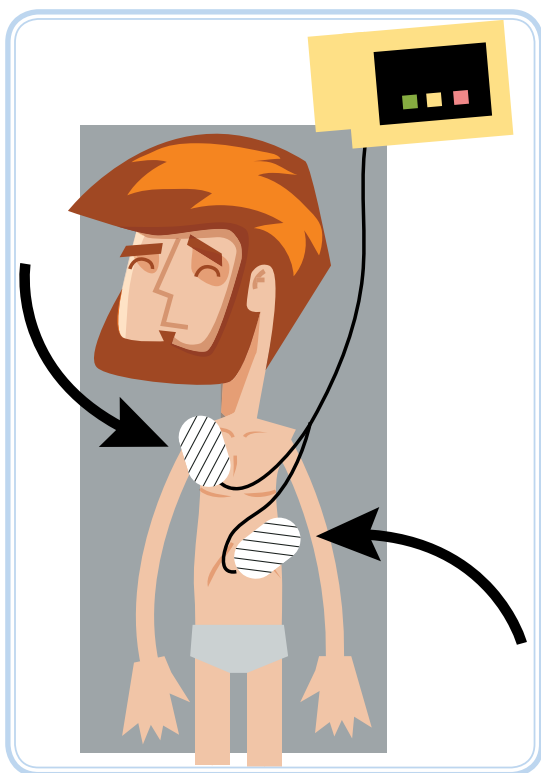


Figura 2.26: Representação da posição do DEA em um paciente.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.



O DEA atua também como monitor cardíaco, identifica o padrão de atividade elétrica do coração. É um material de uso para o pessoal treinado, porém pode ser utilizado por pessoas que não sejam profissionais de saúde, desde que devidamente capacitadas para seu manuseio.

Macas e acessórios

- Maca – equipamento de transporte de vítimas – há vários modelos que possibilitam a mobilidade no local do acidente e o transporte até o carro do socorro, conforme figura.



Figura 2.27: Macas de transporte.

Fonte: <http://www.viamaxi.com.br/wp-content/uploads/2011/07/COBERTORES_Santa_Casa_01.jpg>.

Acesso em: 31 mar. 2014.

- Cobertor e manta aluminizada – este material permite levar conforto térmico para a vítima.



Figura 2.28: Cobertor para conforto da vítima.

Fonte: <<http://www.fibracirurgica.com.br/arquivos/ids/159950?v=635145997126870000>>. Acesso em: 08 jul. 2014.

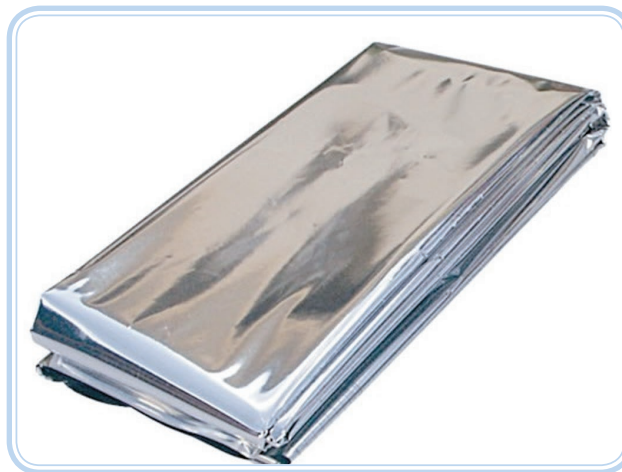


Figura 2.29: Manta aluminizada para conforto da vítima.

Fonte: <<http://t3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcT5h7gXWfY2EjoEuiHAM1X-5DAg2-YjLbO9yfpSYBvt1FtrR94H0Q>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

2.2 Atitudes corretas para o socorrista

Após conhecermos um pouco do universo do socorrista, vamos encerrar esta aula comentando sobre os dez mandamentos do socorrista.

1. Mantenha a calma. Verificamos que isso é fundamental no contato com a vítima e principalmente para organizar o ambiente.
2. Tenha em mente a seguinte ordem de segurança quando você estiver prestando socorro: PRIMEIRO EU (o socorrista); DEPOIS MINHA EQUIPE (incluindo os transeuntes); E POR ÚLTIMO A VÍTIMA. Isto parece ser contraditório à primeira vista, mas tem o intuito básico de não gerar novas vítimas. Lembrar-se de não agir sem pensar.

3. Ao prestar socorro, é fundamental ligar para o atendimento pré-hospitalar assim que chegar ao local do acidente. Podemos, por exemplo, discar para os seguintes serviços: **de ambulância, corpo de bombeiros, polícia**. Se o socorrista estiver envolvido com o atendimento, peça a outra pessoa que faça este contato.
4. Sempre verifique se há riscos no local para você e sua equipe antes de agir no acidente. A segurança do socorrista e da equipe vem em primeiro lugar, pois se a equipe se acidentar, quem prestará o socorro neste momento?
5. Mantenha sempre o bom senso. É fundamental para a atuação de forma segura e eficaz.
6. Mantenha o espírito de liderança, pedindo ajuda e afastando os curiosos. Numa ação emergencial é preciso ter alguém no comanda para organizar o atendimento.
7. Distribua tarefas, assim os transeuntes que poderiam atrapalhar lhe ajudarão e se sentirão mais úteis. Este é o papel do líder.
8. Evitem manobras intempestivas (realizadas de forma imprudente, com pressa). Por isso a calma e o bom senso devem sempre estar presentes, desta forma se consegue ajudar a vítima e não se expõe a riscos.
9. Em caso de múltiplas vítimas, dê preferência àquelas que correm maior risco de vida como, por exemplo, vítimas em parada cardiorrespiratória ou que estejam sangrando muito. Usar os conhecimentos científicos na avaliação de prioridades.
10. Seja socorrista e não herói (lembre-se do 2º mandamento), proteger-se e proteger a equipe em primeiro lugar.

Fonte: <<http://clubedasegurancadotrabalho.blogspot.com.br/2006/05/os-10-mandamentos-dos-socorristas.html>>.
Acesso em: 31 mar. 2014.



1. O socorrista tem responsabilidades específicas no atendimento de urgência e emergência. Identifique-as e escreva sobre a importância dessas ações no contexto de organização. Poste seu resumo no ambiente virtual de ensino e aprendizagem.
2. Selecione uma reportagem ou artigo que descreva atos de imperícia, imprudência e negligência. Faça um resumo identificando cada um dos exemplos separadamente. Poste seu resumo e o link no ambiente virtual de ensino e aprendizagem.

Resumo

Nesta aula, estudamos como avaliar e sinalizar o local de um acidente com vítimas e tomar atitudes que possam prevenir novos eventos. Lembramos que existem responsabilidades civil e criminal quanto à realização dos atendimentos de socorro. Também apresentamos os materiais necessários para um atendimento eficaz e eficiente e descrevemos as principais condutas que devem ser tomadas diante de vítimas. Elencamos os passos mais importantes durante o atendimento emergencial.

Atividade de aprendizagem

1. No atendimento à vítima de acidente, descreva que condutas o socorrista deve adotar para:
 - a) avaliação do cenário do acidente;
 - b) chamar uma equipe de resgate.
2. Durante o atendimento a uma vítima foi utilizada uma cânula orofaríngea. Descreva a finalidade do uso deste dispositivo.

Aula 3 – Definição de urgência e emergência

Objetivos

Identificar os conceitos de urgência e emergência.

Conhecer os materiais necessários para um atendimento de urgência/emergência.

Diferenciar os primeiros socorros de leigos e de socorristas especializados.

Compreender a aplicação dos primeiros socorros como instrumento valioso no socorro às vítimas.

3.1 Diferenciando a emergência da urgência

Frequentemente, os conceitos de urgência e emergência são confundidos não só pelo público leigo, mas também pelos profissionais envolvidos com o setor de saúde. A definição desses conceitos é fundamental para a prestação da assistência com qualidade, favorecendo tomadas de decisões na organização deste tipo de cuidado.

As definições para urgência e emergência foram estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução de nº 1451/95, estabelece:

Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro – Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo – Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, [1995?], p. 1).



Na atualidade utilizamos o termo “risco potencial de morte” e “risco iminente de morte”.

3.1.1 Atendimento de acordo com o tempo

Os conceitos de urgência e emergência também podem ser diferenciados da seguinte forma:

- Na emergência, o aparecimento é súbito e imprevisto, a solução deve ser imediata;
- na urgência, o aparecimento normalmente não é necessário às condições de **subitâneo** e de imprevisto, salientando mais o aspecto de **premência**, insistência, a solução para o problema deve ser resolvida em curto prazo, havendo tempo para preparar melhor as condições de solução.

Após conhecermos o conteúdo dessas duas palavras, podemos descrever uma definição mais completa que corresponda à verdadeira situação instalada.

- A emergência é uma ocorrência ou situação perigosa, de aparecimento súbito e imprevisto, necessitando de imediata solução.
- A urgência é uma ocorrência ou situação perigosa, de aparecimento rápido, mas não necessariamente imprevisto e súbito, necessitando de solução em curto prazo.

Ambas as situações têm em comum a periculosidade. Já vimos em aulas passadas que periculosidade se refere a algo perigoso, perigo, risco de vida (traduzimos hoje para risco de morte).

3.1.2 Atendimento de acordo com o quadro clínico do paciente

Na área médica, esses conceitos poderiam ser definidos da seguinte forma: emergência médica e urgência médica.

Emergência médica: quadro grave, clínico ou cirúrgico ou misto, de aparecimento ou agravamento súbito e imprevisto, causando risco de morte ou grande sofrimento ao paciente e necessitando de solução imediata, a fim de evitar mal irreversível ou morte.



Subitâneo

Repentino, rápido, inesperado, súbito.

Premência

Pressão, urgência.

Urgência médica: quadro grave, clínico ou cirúrgico ou misto, de aparecimento ou agravamento rápido, mas não necessariamente imprevisto e súbito, podendo causar risco de morte ou grande sofrimento para o paciente, necessitando de tratamento em curto prazo, a fim de evitar mal irreversível ou morte.

Podemos citar como exemplo desta definição, um paciente **politraumatizado**, as imobilizações, tamponamento de hemorragias e transfusões de sangue **são emergências**; cirurgias corretoras das fraturas podem ser feitas posteriormente, em curto prazo, a fim de deixar o paciente mais preparado fisicamente, sendo por isso apenas **urgências**.

De acordo com a Resolução 1451/95 do CFM, em seu artigo 2º: as unidades de assistência à saúde que realizam atendimento de emergência devem possuir uma equipe de profissionais em regime de plantão no local, deve ser constituída no mínimo pelas seguintes especialidades:

- anestesiologia;
- clínica médica;
- pediatria;
- cirurgia geral;
- ortopedia.

Outros profissionais inserem-se neste grupo de trabalho para a realização de uma assistência integralizada do paciente, no contexto do ambiente de pronto atendimento, a saber:

- enfermeiro;
- técnico e/ou auxiliar de enfermagem;
- nutricionista;
- psicólogo e
- assistente social.



Politraumatizado
Com traumatismos múltiplos.

A sala de emergência deverá, obrigatoriamente, estar equipada com:

- material para reanimação e manutenção cardiorrespiratória;
- material para oxigenação e aspiração;
- material para procedimentos de urgência.

Para o atendimento emergencial, esta unidade de pronto atendimento deverá ter o mínimo de recursos técnicos, e funcionamento ininterrupto, esses recursos são:

- radiologia;
- laboratório de análises clínicas;
- centro cirúrgico;
- unidade de terapia intensiva;
- unidade transfusional;
- farmácia básica para urgência;
- unidade de transporte equipado.

O estabelecimento de Pronto Socorro deverá permanecer à disposição da população em funcionamento ininterrupto. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>.

De acordo com Lumer (2009), a questão da classificação de urgência e emergência muitas vezes gera conflitos entre a pessoa que espera o socorro e a equipe que avalia a prioridade do atendimento.

A equipe de pronto atendimento (PA) que faz a classificação de risco do paciente vivencia estas questões em sua rotina, normalmente quem avalia o paciente é o enfermeiro, que se não estiver bem esclarecido poderá entrar em conflito com o paciente. No início do protocolo de classificação de risco, muitos pacientes não entendiam a questão do atendimento por prioridades e não por chegada ao PA.

Pesquise no Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco qual a importância do acolhimento como dispositivo técnico-assistencial em uma unidade de emergência. O texto sobre acolhimento e classificação esta disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>.



Lumer (2009, [documento *on-line*, não paginado]) ainda esclarece que:

A abrangência dessas interpretações e a percepção do conceito de urgência/ emergência da pessoa que solicita o socorro (paciente ou familiar) devem ser consideradas pelos profissionais que atuam na área, pois, experiências pessoais exitosas e senso crítico acurado, não são condições que sozinhas consigam solucionar estes casos. Neste sentido, protocolos clínicos consensuados e normatizados, sistemas informatizados, recursos físicos e humanos adequados e uma efetiva gestão de todo o processo fazem toda a diferença para um melhor resultado.

De acordo ainda com Lumer (2009), as situações de emergência e urgência demonstram a grande fragilidade do ser humano, os fatores sociais, econômicos e financeiros não são considerados, pois a urgência/emergência não tem hora, cara, credo, ideologia, por isso a necessidade de atuar baseada em protocolos de atendimento, estabelecido por órgão oficial com credibilidade, hoje se fala em protocolos baseados em evidências.

O atendimento de urgência/emergência inicia-se com uma avaliação prévia do quadro clínico da vítima, somente desta forma é possível identificar e separar os dois conceitos para o início da assistência. Deve-se lembrar das orientações básicas, ou seja, o que é possível fazer, o que não deve ser feito; manter o autocontrole; se a vítima estiver acordada, ser o mais objetivo e honesto possível; expressar confiança neste momento é muito importante.



No Manual de Primeiros Socorros elaborado pela Fiocruz, é descrita a caracterização entre acidentes, ambientes de trabalho e ocupações, fornecendo subsídios para que haja segurança e qualidade de saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2003).

3.2 Avaliando o quadro clínico da vítima

No atendimento, a pessoa que estiver prestando os primeiros socorros deve realizar os dois exames básicos: exame primário e exame secundário.

3.2.1 Exame primário

Esta fase consiste em verificar:

- se a vítima está consciente;
- se a vítima está respirando;
- se as vias aéreas estão desobstruídas;
- se a vítima apresenta pulso.

Deve-se ter sempre uma ideia bem clara do que se vai fazer para não expor desnecessariamente o acidentado, verificando se há ferimento com o cuidado de não movimentá-lo excessivamente. Em seguida proceder a um exame rápido das diversas partes do corpo.

“Se o acidentado está consciente, perguntar por áreas dolorosas no corpo e incapacidades funcionais de mobilização. Pedir para apontar onde é a dor, pedir para movimentar as mãos, braços etc”. (BRASIL, 2003, p. 11).

Esse exame deve ser rápido, em aproximadamente 2 minutos. Se no exame a vítima não estiver respirando, mas os seus batimentos cardíacos (pulso) estiverem presentes, iniciar imediatamente a respiração artificial.

3.2.2 Exame secundário

Trata-se de uma avaliação mais criteriosa, que nos permite obter informações relevantes da vítima. Este exame consiste na verificação do nível de consciência e na verificação dos valores dos sinais vitais da vítima. Iniciaremos pela avaliação do nível de consciência.

3.2.2.1 Avaliar o nível de consciência

O nível de consciência pode ser alterado por diversos fatores: hipertermia, pela dor e por distúrbios de outros sistemas orgânicos. De acordo com Baptista (2003, p. 77), a vítima pode se encontrar da seguinte forma:

Vigil – doente responsivo ao mínimo de estímulo externo.

Confuso – doente agitado, com alucinações e movimentos descoordenados, mas apresenta períodos curtos de atenção. Conhecimento deficiente com desorientação.

Obnubilado – doente sonolento, mas de fácil despertar, resposta verbal correta quando acordado. Defende-se perante estímulos dolorosos.

Estuporoso – doente apático, com movimentos lentos e olhar fixo. Ausência de resposta verbal, mas desperta perante estímulos vigorosos.

Coma ligeiro – desorientado no tempo e no espaço, responde com esgar ou afastando o membro do estímulo doloroso.

Coma profundo – não existe qualquer resposta, mesmo perante uma estimulação vigorosa.

Para obter um resultado significativo na avaliação do nível de consciência, utilizamos uma metodologia chamada de escala de Glasgow, que permite uma análise com base em valores.

O padrão de abertura dos olhos, a melhor resposta motora e a melhor resposta verbal são parâmetros conhecidos para fazer a escala de Glasgow.

Implica na aplicação de estímulos padronizados para que a avaliação seja uniforme, independente de quem seja o avaliador. De acordo com o quadro da escala de Glasgow, demonstrado na Figura 3.1 a seguir, podemos observar que para cada reação que a pessoa apresenta corresponde um número. A soma desses números é que indica o grau de consciência da pessoa avaliada.

Escala de coma de Glasgow		
Abertura ocular	Espontânea	4
	Estimulação	3
	Dor	2
	Sem abertura	1
Resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Inapropriada	3
	Incompreensível	2
	Sem resposta	1
Resposta motora	Obedece comando	6
	Localiza dor	5
	Movimentos inespecíficos (reflexo de retirada)	4
	(Flexão à dor)	3
	(Extensão à dor)	2
	Sem resposta	1

Figura 3.1: Escala de Glasgow.

Fonte: <http://4.bp.blogspot.com/_r8zLYBTSINo/TAWH95FFiwi/AAAAAAAAAKU/zBjVU4KIKkg/s1600/glasgow.gif>. Acesso em: 31 mar. 2014.

3.2.2.2 Avaliar os 4 sinais vitais

No exame clínico secundário é feita uma avaliação dos seguintes sinais vitais do ser humano, a saber: pulso, respiração, pressão arterial e temperatura.

O pulso

É o fluxo de sangue que percorre as artérias sempre que o coração se contrai. O pulso pode ser avaliado de acordo com as seguintes características.

- **Frequência:** é aferida em batimentos por minuto, podendo ser normal, lenta ou rápida.
- **Ritmo:** é verificado através do intervalo entre um batimento e outro. Pode ser regular ou irregular.
- **Intensidade:** é avaliada através da força da pulsação. Pode ser cheio (quando o pulso é forte) ou fino (quando o pulso é fraco).

Os valores considerados normais:

Lactentes: 110 a 130 bpm (batimentos por minuto)

Abaixo de 7 anos: 80 a 120 bpm

Acima de 7 anos: 70 a 90 bpm

Puberdade: 80 a 85 bpm

Homem: 60 a 70 bpm

Mulher: 65 a 80 bpm

Acima dos 60 anos: 60 a 70 bpm

Palpar a artéria que passa no lado interno do antebraço – **artéria radial**.

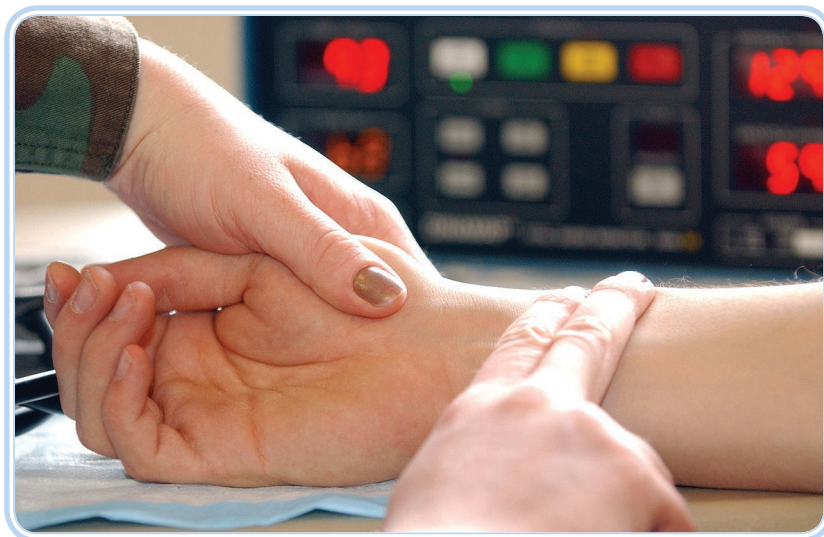


Figura 3.2: Aferição do pulso radial.

Fonte: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Radial_pulse.jpg> sob licença Creative Commons. Acesso em 28 Jul. 2014.

Palpar a artéria que passa no lado interno do braço – **artéria braquial**.

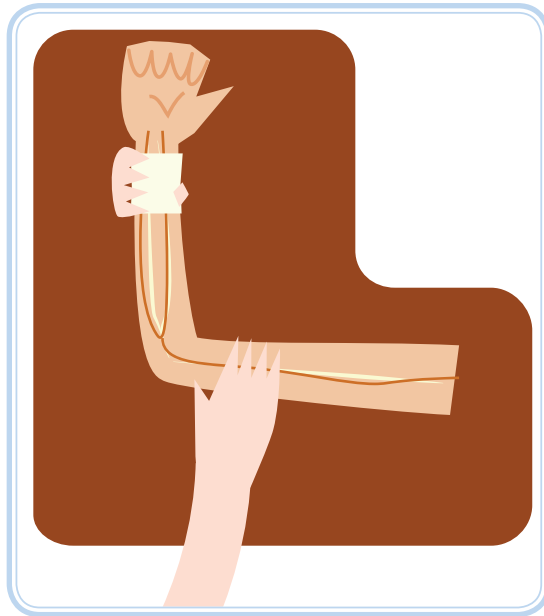


Figura 3.3: Aferição na artéria braquial.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

Palpar a artéria que passa no pescoço, no sulco que fica a 2 cm da maçã de Adão – **artéria jugular**.



Figura 3.4: Aferição do pulso carotídeo.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte. Adaptado de <http://1.bp.blogspot.com/_kskQogitaQM/SoPk1wE4vrl/AAAAAAAAAD-glyPf6GdpZYS4/s1600/arteria-carotida.jpg>. Acesso em: 31 mar. 2014.

Pressionar sobre a virilha – **artéria femoral**.

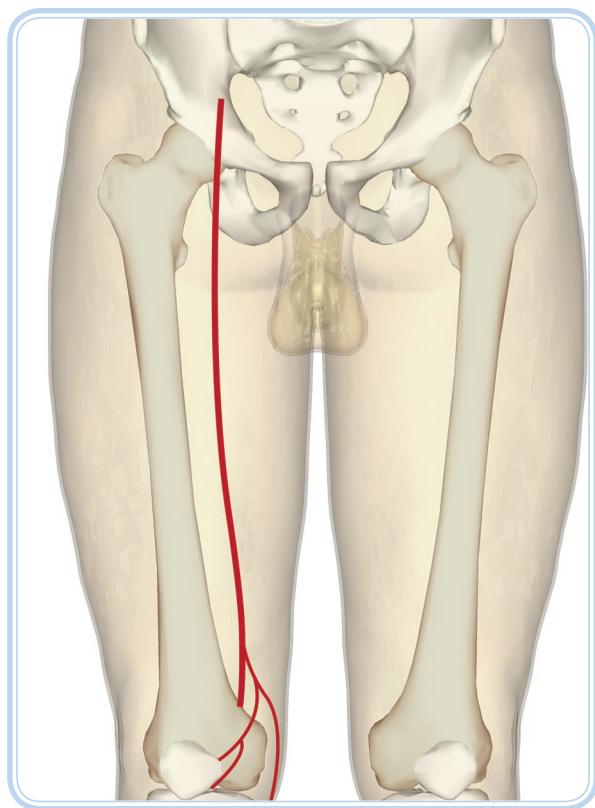


Figura 3.5: Pulsação na artéria femoral.

Fonte: Anatomography <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Femur_-_anterior_view3.png> sob licença Creative Commons <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/2.1/jp/deed.pt_BR> adaptado de <http://4.bp.blogspot.com/_kskQogitaQM/SoPk5oqlkTI/AAAAAAAAD-o/o0lqnttt9Y/s1600-h/arteria-femural.jpg>. Acesso em 28 jul. 2014.

A respiração

A respiração é uma função fisiológica do organismo diferente das demais especialmente pelo tempo em que pode deixar de ser exercida. Dois ou três minutos sem respirar e o organismo começa a dar sinais de graves alterações, a respiração traz embutidas duas funções: uma é a oxigenação das células (o oxigênio passa do ar para o sangue a fim de alimentar todas as células do organismo); a outra é eliminar gás carbônico (VARELLA, [2012?]).

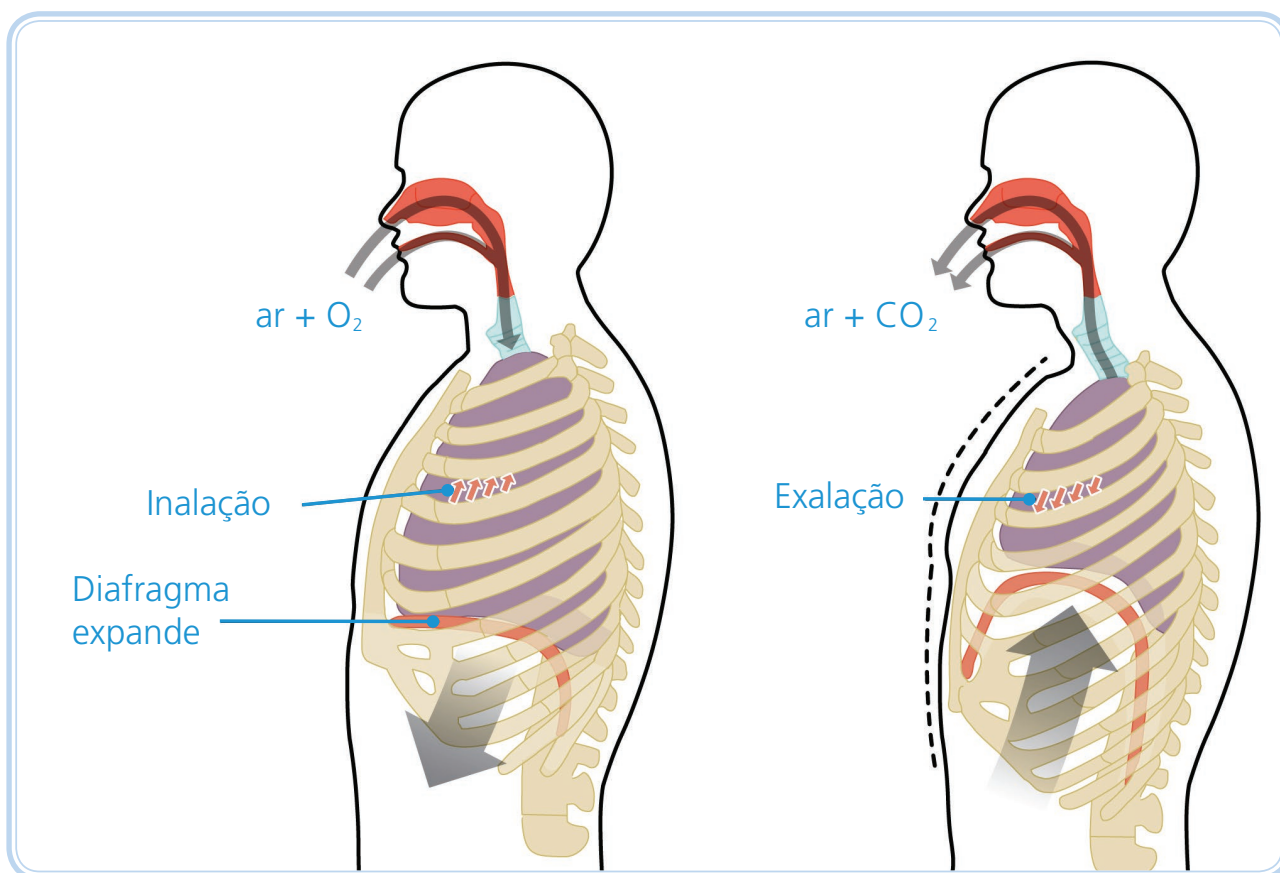


Figura 3.6: Processo de inspiração e expiração.

Fonte: <<http://vananswer.files.wordpress.com/2014/02/breathing.jpg>> adaptado de <http://1.bp.blogspot.com/-NUMZUf-r_7g/TcBbiHs8Kpl/AAAAAAAAABLw/7095JLboS18/s1600/respiracao.jpg>. Acesso em 31 mar. 2014.

Portanto a principal função da nossa respiração é a de suprir nosso corpo de oxigênio retirando o excesso de dióxido de carbono, elemento químico prejudicial à saúde.

A respiração pode ser avaliada quanto à:

- **frequência:** que é aferida em respirações por minuto, podendo ser: normal, lenta ou rápida.
- **ritmo:** é verificado através do intervalo entre uma respiração e outra, podendo ser regular ou irregular.
- **profundidade:** deve-se verificar se a respiração é profunda ou superficial.

Os valores considerados normais para a respiração são:

Homem: 16 a 18 mpm (movimentos por minuto)

Mulher: 18 a 20 mpm

Criança: 20 a 25 mpm

Lactentes: 30 a 40 mpm

Descreva a importância do processo respiratório para o corpo humano.



A Pressão Arterial (PA)

É a força que o sangue exerce contra a parede das artérias.

Quando precisamos saber o valor da pressão arterial (PA) de uma pessoa, dizemos que a pressão será **aferida** utilizando-se normalmente um aparelho de pressão e o estetoscópio. Existem no mercado vários aparelhos que também tem essa finalidade. Não é correto utilizar o termo: “vou tirar a pressão”.



Os valores aproximados considerados normais para a pressão arterial são:

- Sistólica – 100 a 120 mmHg (milímetros de mercúrio)

Pressão arterial **máxima** exercida sobre as paredes elásticas das artérias durante a contração dos ventrículos (sístole), que ejeta o sangue nas artérias pulmonares (contração do ventrículo direito) e sistêmicas (contração do ventrículo esquerdo).

- Diastólica – 60 a 90 mmHg (milímetros de mercúrio)

Pressão arterial mínima registrada durante a diástole, em que os músculos cardíacos relaxam e os ventrículos enchem-se de sangue.

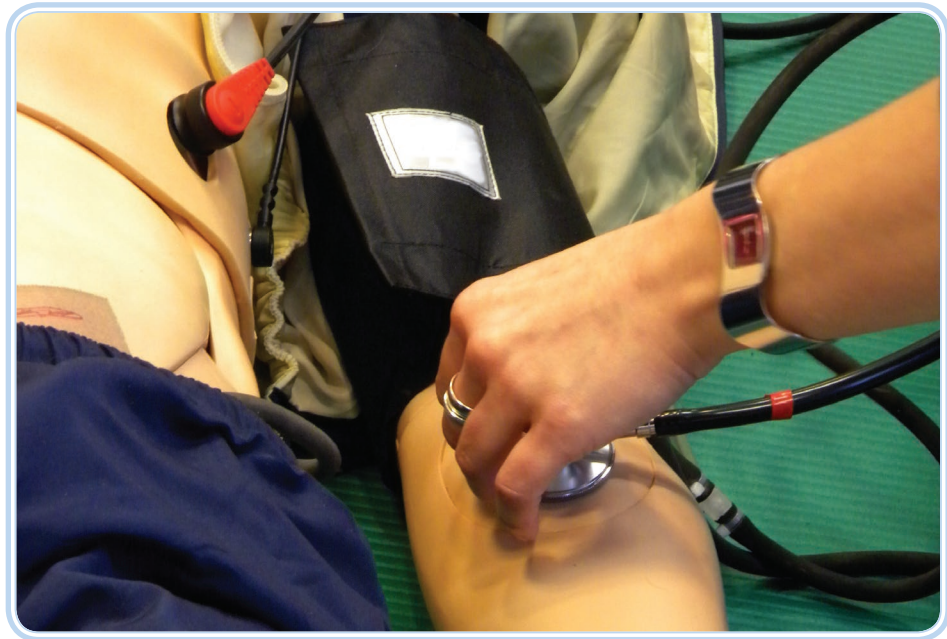


Figura 3.7: Aferindo a pressão arterial na artéria braquial (no braço).

Fonte: Pöllö sob licença Creative Commons <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.pt_BR>. Acesso em 28 Jul. 2014.

Temperatura

A temperatura é a medida do calor do corpo: é o equilíbrio entre o calor produzido e o calor perdido. Tempo para deixar o termômetro no paciente é de 5 a 10 minutos.

Os antigos termômetros de mercúrio são substituídos pelos termômetros digitais, esta é uma nova prática que evita que o mercúrio contido nos termômetros seja eliminado no meio ambiente.



Figura 3.8: Termômetro digital.

Fonte: Biol <<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Koortsthermometers-AFEC-0120-Lot240901%2BHartmann-0123-Lot3499.jpg>>. Acesso em 28 Jul. 2014.

Valores da temperatura:

É considerado normal 36 °C a 37 °C

Temperatura axilar 36 °C a 36,8 °C

Temperatura inguinal 36 °C a 36,8 °C

Temperatura bucal 36,2 °C a 37 °C

Temperatura retal 36,4 °C a 37,2 °C

Muitas vezes o socorrista terá de medir e avaliar a temperatura da vítima, quando pessoas ficam expostas a temperaturas altas ou baixas demais é preciso iniciar o socorro imediato.

As demais avaliações físicas no momento do socorro serão descritas na Aula 5, a qual irá introduzir os atendimentos básicos que devem ser realizados pelo socorrista.

Pesquise nos sites governamentais que representam a **sua cidade** de que forma são formuladas as políticas de atendimento de urgência/emergência. Faça um resumo e poste no ambiente virtual de ensino e aprendizagem.



A pessoa que está prestando os primeiros socorros deve seguir um plano de ação baseando-se no P.A.S., que são as três letras iniciais a partir das quais se desenvolvem todas as medidas técnicas e práticas de primeiros socorros.

- Prevenir: afastar o perigo do acidentado ou o acidentado do perigo
- Alertar: contatar o atendimento emergencial informando o tipo de acidente, o local, o número de vítimas e o seu estado.
- Socorrer: após as avaliações.



“Para que haja vida é necessário um fluxo contínuo de oxigênio para os pulmões. O oxigênio é distribuído para todas as células do corpo através do sangue impulsionado pelo coração. Alguns órgãos sobrevivem algum tempo sem oxigênio, outros são severamente afetados. As células nervosas do cérebro podem morrer após 3 minutos sem oxigênio”. (BRASIL, 2003. p. 13)

Resumo

Caro(a) aluno(a), nesta aula, abordamos a diferença do atendimento de emergência e urgência. Vimos também a importância do tempo na assistência ao acidentado, bem como a realização do exame clínico inicial. Além disso, aprendemos sobre os valores dos parâmetros normais relacionados aos sinais vitais de uma pessoa. Estudamos que a primeira abordagem deve transmitir segurança e calma para a vítima, para as pessoas a sua volta e para a realização da atividade pelo próprio socorrista.

Atividade de aprendizagem

Estudamos que numa emergência o restabelecimento da função respiratória é fundamental para a manutenção da vida do paciente. Como podemos avaliar a função respiratória de uma pessoa que esta inconsciente? Escreva os valores dos padrões normais de respiração para o homem, a mulher, a criança e a lactente.

Aula 4 – O agente comunitário de saúde frente situações de risco

Objetivos

Conhecer a trajetória de implantação da profissão ACS no Sistema Único de Saúde.

Identificar ações de risco realizadas pelos agentes nas comunidades.

Estabelecer parâmetros da importância do trabalho realizado pelo ACS.

Aplicar conhecimentos técnicos de atuação junto a comunidades de risco.

4.1 A profissão de Agente Comunitário de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é considerado um personagem chave na organização da assistência, já que assume uma posição bidirecional, pois é morador da comunidade em que trabalha e, simultaneamente, integrante da equipe de saúde.

Como você já estudou, em 1991, o Ministério da Saúde institucionalizou o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Como foco principal estava a investigação das necessidades de saúde de populações em situação de risco e a superação de práticas que se desenvolviam de forma isolada e focal. Em 2002, a profissão de ACS foi criada legalmente, sendo seu campo de atuação exclusivo no Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei 6.035/2002. Ele realiza visitas domiciliares na área de abrangência da sua unidade produzindo informações capazes de dimensionar seus principais problemas de saúde.

A Lei nº 11.350/2006, descrita abaixo, reintera em seus artigos 2º e 3º sobre o agente comunitario de saúde e suas atribuições:

Art. 2º O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, na execução das



O Agente Comunitário de Saúde é um profissional que atua orientado por supervisor (profissional enfermeiro ou médico) da unidade de saúde e pelo gestor local do SUS.

atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

4.2 O processo seletivo de Agente Comunitário de Saúde – ACS

O recrutamento dos agentes é feito através de processo seletivo no município, com assessoria da Secretaria Estadual de Saúde. Entre outros requisitos, o agente de saúde precisa morar, há pelo menos dois anos, na área onde desempenha suas atividades; ter concluído o ensino fundamental; ser maior de 18 anos; ter concluído, com aproveitamento, curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; e ter disponibilidade de tempo integral para trabalhar.



Figura 4.1: Agente Comunitário de Saúde.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

De acordo com Silva (2001) apud Peres et al. (2011), com relação à área da saúde, o risco é um conceito probabilístico, oriundo e sustentado pela assim denominada epidemiologia moderna. De acordo com a lógica inferencial da estatística, as probabilidades contêm, necessariamente, um princípio de incerteza, de tal forma que nenhum resultado pode ser atribuído a um indivíduo em particular, senão ao grupo ao qual pertence.

Araújo (2004) apud Bornstein; David; Araújo (2010, p. 95) descrevem que:

É preciso levar em consideração que certo risco epidemiológico pode ser maior ou menor para determinado grupo ou situação. Isso implica que um risco pode ter uma probabilidade baixa ou remota: pode até ser possível (no sentido de que tudo é, em tese, possível), mas não ser plausível. Na divulgação desse conceito, sobretudo pelos meios de comunicação de massa, foi inevitável a **polissemia** com a noção de risco presente no senso comum.



Polissemia

Diz-se da qualidade de uma palavra ter vários significados.

Lupton (1999) apud Bornstein; David; Araújo (2010, p. 95) faz um comparativo com as sociedades ocidentais contemporâneas:

A noção de risco e de arriscado é comumente usada tanto no discurso popular como no discurso técnico. No que se refere ao entendimento popular, à noção de risco tende a ser usada para se referir à ameaça, ao perigo, ao prejuízo, e com a conotação de algo mais negativo do que propriamente desastroso. No discurso técnico, são usadas expressões como análise de risco, avaliação de risco e administração de risco, em áreas como medicina e saúde pública, finanças, direito, negócios e indústria.

Por isso a criação do programa do ACS visava às estratégias de reestruturação do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF), para garantir o acesso a serviços baseados na promoção da saúde e no fortalecimento do vínculo com a comunidade.

O agente comunitário de saúde é o profissional responsável pela coleta de dados de sua comunidade, para isso ele dispõe de Instrumentos do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), essas fichas devem ser preenchidas com o máximo de atenção, pois nelas se deposita toda a história da saúde de uma pessoa, em especial, as fichas de atenção à criança, à gestante, às doenças sob controle na saúde pública (diabetes mellitus, hanseníase, hipertensão arterial, tuberculose, tabagismo). O instrumento permite o registro de diversas informações de interesse das equipes e do gestor municipal, relativas à saúde da população coberta e ao andamento das atividades das equipes (SILVA, RIBEIRO, 2009, p.74).



Baseado no texto acima, responda qual a importância de se preencher essas fichas e cadastrar as famílias da comunidade?



O **SIAB** está sendo substituído, pelo instrumento **e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)** que é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia **e-SUS** faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

4.2.1 Habilidades e competências para a função do ACS

Os agentes comunitários de saúde desempenham vários trabalhos em sua comunidade, como:

- Identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns a qual aquela população está exposta.
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde.
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância e de vigilância epidemiológica nas diferentes fases do ciclo de vida.
- Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito.
- Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento.
- Resolver os problemas de saúde do nível de atenção básica.
- Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-refêrencia para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar.
- Prestar assistência integral à população descrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalista.
- Coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde.

- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados.
- Fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais.
- Incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde e no conselho Municipal de Saúde.
- Auxiliar na implantação do cartão Nacional de Saúde. Atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde.
- Realizar mapeamento de sua área por meio da visita domiciliar.
- Acompanhar mensalmente todas as famílias sob sua responsabilidade.
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro.
- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças.
- Identificar indivíduos e famílias expostas a situações de risco, bem como áreas de risco.
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando, agendando consultas, exames ou atendimento odontológico.
- Estar sempre bem informado.
- Relatar aos demais membros da equipe a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco, entre outras.

4.3 O trabalho do ACS junto à comunidade

Podemos dizer que o agente comunitário de saúde tem um papel relevante na comunidade em que reside e atua. Ele é a ligação entre os moradores e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Por residir na localidade de atuação, ele conhece, realmente, os problemas enfrentados pela comunidade, as demandas e necessidades peculiares de cada morador. O ACS tem conhecimento de que a saúde é o resultado das condições de vida, do acesso ao trabalho, à moradia e à alimentação.

É alguém que se destaca na comunidade pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce. O ACS funciona como elo entre a Unidade Básica de Saúde e a comunidade. Está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

Podemos dizer que é a promoção da saúde, a assistência e o tratamento chegando às moradias, a partir de visitas domiciliares feitas por agentes comunitários de saúde. Entre os objetivos dos programas estão a melhoria da qualidade de vida da população e a consolidação dos sistemas locais de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pesquise sobre a implantação do cartão Nacional de Saúde. Que importância ele tem para a comunidade. Poste seu resumo no ambiente virtual de ensino e aprendizagem. Você pode consultar o site: <<http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/1819-cartao-nacional-de-saude-uma-realidade-para-todos-os-brasileiros>>.



Figura 4.2: Agente Comunitário de Saúde em visita domiciliar

Fonte:<<http://www.rtvcanal38.com.br/wp/wp-content/uploads/Agentes-Saude.jpg>>. Acesso em 24 jul. de 2014.



Saiba Mais sobre a formação do agente comunitário de saúde. Visite o site do governo em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS>.



De acordo com Caponi (2003, p. 55),

[...] a bioestatística e a aplicação da tecnologia de informática na ação sanitária nos permitem mapear os riscos mais frequentes nas diferentes populações e criar estratégias de prevenção das enfermidades e de promoção da saúde a partir de campanhas sanitárias bem direcionadas.

Os programas governamentais também têm como metas o estímulo à participação da comunidade como corresponsável na promoção da sua saúde; a diminuição dos indicadores epidemiológicos; e a execução de atividades de natureza preventiva e curativa.

A compreensão de que o processo saúde/doença resulta da interação de diversos fatores do nosso dia a dia e a consciência de que a família é o lócus privilegiado para atingir o cotidiano dos cidadãos e seus costumes abrem um horizonte de trabalho que permite uma ação eficiente e satisfatória para a comunidade assistida. Por isso a estratégia de promover saúde em família tem o foco diretamente nas comunidades.

As metas da Estratégia Saúde da Família (ESF) são: implantar os programas nas áreas de risco e nas áreas onde há carência em termos de serviços de saúde, e a busca ativa de situações de risco (gestantes, crianças, portadores de doenças crônico-degenerativas); a promoção do desenvolvimento social.

Conforme já estudado, a equipe do programa de ESF é composta por médico, enfermeiro, sanitarista, assistente social, auxiliar e técnico de enfermagem e os ACS, esta é a equipe básica. Se for necessário, outros profissionais serão incorporados ao programa.



Figura 4.3: Treinamento de ACS

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com/-5k_7i0gi6io/U6mWIEbhgjI/AAAAAAAAAJBI/tyFoC3yvsg0/s1600/CAM00112.jpg>. Acesso em 24 jul. de 2014.

O agente desenvolve atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade.



Figura 4.4: Visita domiciliar

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

Como podemos perceber, uma das atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários é o acompanhamento de pré-natal e do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 5 anos.

No programa, também compete ao ACS a orientação sobre doenças endêmicas, preservação do meio ambiente, saúde bucal, planejamento familiar, nutrição, assistência na área de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; promoção da saúde do idoso; apoio aos portadores de deficiência psicofísica, entre outros.

A elaboração e o desenvolvimento do planejamento, a coordenação e o acompanhamento das atividades desenvolvidas dentro do programa de ACS são de competência do enfermeiro supervisor.

O ACS deve conhecer a realidade das famílias que estarão sob a sua orientação, dando ênfase em suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas.

O trabalho do ACS, portanto, ocorre sob a tensão de dois polos e se reveste de grande complexidade, visto que adentra nos domicílios; recebe diretamente as queixas da população comprometendo-se de forma direta com a necessidade de dar respostas e encaminhamentos aos problemas encontrados. Ao mesmo tempo, deve confrontar-se com a equipe e agir segundo as possibilidades e os limites dela e do próprio sistema de saúde.

Um trabalho desenvolvido por Peres et al. (2011, p. 907) destaca que no trabalho do ACS.

[...] são apontadas algumas facilidades no trabalho com a equipe, referem-se à construção das relações interpessoais, que se expressam por meio da possibilidade de discussão dos problemas cotidianos, liberdade para falar, comunicação e diálogo, atitudes de respeito, linguagem comum, disposição para aprender, corresponsabilização e união.

A atitude de respeito entre os profissionais também favorece as relações da equipe.

Outra atitude sinalizada como importante para facilitar o trabalho em equipe é a disposição para aprender e enxergar as situações de forma ampliada, conforme se percebe na seguinte fala:

As dificuldades para o trabalho em equipe, na visão desses ACS, traduzem-se pelas diferenças pessoais; dificuldade de visualizar a totalidade das ações; falta de flexibilidade, de comunicação, de cooperação, de responsabilidade e de horizontalização das ações. Além disso, os ACS revelam sentir-se o lado mais fraco nas relações. Os sujeitos consideram que, apesar de terem os mesmos objetivos, as diferenças pessoais e a adaptação ao modo de ser e de agir do outro são fatores que dificultam o estabelecimento das relações interpessoais e interfere na forma como a equipe se organiza, fato que repercute em seu trabalho. Os conflitos a serem trabalhados pela equipe giram em torno da incompreensão e não aceitação das diferenças, tanto dos aspectos comportamentais como dos aspectos técnicos. (PERES et al., 2011, p. 908).



Horizontalização: descentralizar, desburocratizar, reduzir níveis hierárquicos e delegar ações, buscar reforço na interação interpessoal baseada na comunicação direta e no estabelecimento de níveis crescentes de confiança. A horizontalização é retirar a confiança dos processos e depositá-la nas pessoas.

Estudos realizados por Bornstein, David e Araujo (2010, p. 99) concluem que:

A atividade educativa desenvolvida com as ACS permite a organização de percepções sobre a complexidade do cotidiano da população, também vivenciado pelas próprias agentes enquanto moradoras da comunidade, e sobre as limitações de lidar com a problemática das famílias de maneira focalizada. O conceito de risco, reconfigurado a partir da percepção coletiva e da leitura das condições concretas de produção e reprodução da vida, é apropriado pelos ACS como ferramenta conceitual orientadora de sua atividade de trabalho. Desloca-se o peso do processo decisório sobre o que fazer com as situações identificadas, uma vez que, na reflexão-ação, em lugar de restringir-se a nomeá-las como “de risco”, os ACS já vai apontando as saídas e estratégias para enfrentá-las.



Assista ao vídeo “Crianças e os cuidados com produtos tóxicos” disponível no site: <<http://www.youtube.com/watch?v=-iqDCcbngwc>>. Faça um resumo sobre como o ACS poderá orientar as famílias com relação às crianças e os cuidados com produtos tóxicos. Poste seu resumo no ambiente virtual de ensino e aprendizagem.

O ACS é um profissional hoje engajado nos programas de promoção e prevenção da saúde, sua participação ativa na comunidade lhe possibilita o conhecimento antecipado de situações que poderão ser minimizadas ou resolvidas em curto prazo.

As atividades externas desenvolvidas por esse profissional poderão colocá-lo muitas vezes diante de situações de emergência na comunidade, as visitas domiciliares o colocam em contato direto com as famílias. Nas visitas para gestantes de risco, recém-nascidos, idosos, pessoas com doenças imunossupressoras dentre outras patologias, este cenário multifacetado requer do ACS a habilidade em reconhecer quando uma situação muda de um quadro de rotina para um quadro de emergência. Lembrando que não é trabalho deste profissional avaliar além de suas competências, pois para isso um profissional médico deverá ser chamado. Porém, as primeiras providências para o socorro devem ser conduzidas sem perda de tempo.

Resumo

Ao longo desta aula, estudamos a importância do profissional ACS enquanto referência na ligação entre a comunidade e as Unidades Básicas de Saúde, bem como descrevemos as habilidades e competências necessárias para que este profissional exerça sua função. Identificamos que durante a sua rotina de trabalho existem alguns riscos que devem ser prevenidos. Também identificamos que através das visitas domiciliares é possível avaliar as condições de vida e saúde da população e que existem formas adequadas de abordar essa população em busca do cumprimento do programa de atendimento a saúde integral.

Atividade de aprendizagem

1. Descreva cinco habilidades e competências que o profissional ACS deve ter para realizar sua função.
2. Por que o profissional ACS é considerado um elo cultural?

Aula 5 – Os principais atendimentos na emergência

Objetivos

Conhecer as principais emergências/urgências que necessitam de assistência imediata.

Reconhecer sinais e sintomas das principais emergências/urgências.

Entender e aplicar os cuidados iniciais em qualquer situação de emergência/urgência.

Compreender a utilização das normas de biossegurança no atendimento de acidentados.

5.1 Princípios básicos nos primeiros socorros

O início do atendimento de uma situação de urgência/emergência muitas vezes acontece de forma inesperada, por isso devemos ter em mente as normas de segurança que nos protegem contra doenças e acidentes. Conforme discutido em capítulos anteriores, a utilização de EPI é fundamental para a assistência no momento de se prestar o socorro.

Os equipamentos de proteção individual já foram descritos nas outras aulas de forma a auxiliá-los na escolha mais adequada. É bom lembrar de que o local onde está acontecendo uma emergência também deve passar por processos de sinalização e dependendo da gravidade da vítima, o serviço especializado já deverá ser acionado. Tempo é um fator prioritário que faz a diferença entre a morte e as sequelas. Improvise caso não disponha de material para a sua proteção.

Recapitulando as informações contidas na aula de número 3, vimos que o atendimento de uma vítima começa com o exame primário, verificando se: a vítima está consciente; a vítima está respirando; as vias aéreas estão desobstruídas; a vítima apresenta pulso. No exame secundário, avaliamos de forma criteriosa dois parâmetros:

- a) o nível de consciência utilizando a escala de coma de Glasgow e,
- b) os sinais vitais.

5.1.1 Prevenção e controle das doenças infectocontagiosas

Faz parte dos conhecimentos do profissional de saúde ter noções de biossegurança quando for realizar qualquer procedimento. A biossegurança tem como principal objetivo minimizar riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho, visando sempre proteger a saúde do profissional e da população. Todo trabalhador deve ser informado quanto aos riscos que está exposto no desempenho de suas atividades, receber instruções quanto aos meios de prevenção e controle destes riscos e quanto aos danos que podem ser produzidos a sua saúde (MENDES; SAMPAIO; SAMPAIO, 2008).

No contexto saúde, a biossegurança é entendida como um conjunto de normas relacionadas ao controle de infecção que devem ser adotadas durante todo e qualquer procedimento de risco de contaminação, visando interromper a cadeia de transmissão das doenças infectocontagiosas.

Uma pessoa pode se contaminar da seguinte forma:

- Ar (tuberculose e gripe)
- Sangue (hepatites, SIDA)
- Fluidos corporais (secreções e vômitos)
- Partículas disseminadas por vias aéreas que podem ser transmitidas pela tosse ou espirro

Exemplos de doenças que podem ser transmitidas:

- Sangue: SIDA, hepatites B ou C
- Pele: herpes, escabiose, hanseníase...
- Respiração: tuberculose, meningite, gripe...
- Mucosas: herpes labial, conjuntivite...
- Fezes: hepatite A, diarreia infecciosa...

O EPI a ser utilizado irá depender do tipo de procedimento a ser realizado e de como se apresenta a vítima a ser socorrida. Podemos usar: luvas de látex; máscaras; semifacial (boca-nariz); óculos protetores; capacete; protetor auricular; botas; vestuário adequado.

5.2 O Atendimento da ressuscitação cardiorespiratória (RCR)

O socorrista deve ter conhecimento que a vítima pode apresentar uma parada cardiorrespiratória, sendo esta a primeira das emergências que deverá ser atendida sempre. Para facilitar a assistência é importante ter em mente a sequência de uma reanimação cardiorrespiratória, o que os profissionais emergencistas chamam de ABCDE da vida.

O que é o ABCDE da vida? Traduzindo cada uma dessas letras, temos:

- A – abertura das vias aéreas com controle cervical
- B – boa ventilação (respiração)
- C – controle hemodinâmico (circulação/controle das hemorragias)
- D – déficit neurológico-nível consciência (não administrar nada por via oral)
- E – exposição completa da vítima (exame físico) e controle térmico

5.2.1 Considerações sobre a ressuscitação cardiorrespiratória

De acordo com Brasil (2003), a ressuscitação cardiorrespiratória (RCR) é um conjunto de medidas utilizadas no atendimento à vítima de parada cardiorrespiratória (PCR). O atendimento correto exige desde o início, na grande maioria dos casos, o emprego de técnicas adequadas para o suporte das funções respiratórias e circulatórias.

A RCR é uma técnica de grande emergência e muita utilidade.

Qualquer interferência ou suspensão da respiração espontânea constitui uma ameaça à vida. A aplicação imediata das medidas de RCR é uma das atividades que exige conhecimento e sua execução deve ser feita com calma e disposição.



Atenção!
A probabilidade de execução da atividade de RCR é bem pequena, porém se a ocasião aparecer, ela pode representar a diferença entre a vida e a morte para o acidentado.

Podemos definir parada cardíaca como sendo a interrupção repentina da função de bombeamento cardíaco, que pode ser constatada pela falta de batimentos do acidentado (ao encostar o ouvido na região anterior do tórax do acidentado), pulso ausente (não se consegue palpar o pulso) e ainda quando houver dilatação das pupilas (menina dos olhos), e que pode ser revertida com intervenção rápida, mas que causa morte se não for tratada.

5.2.1.1 Executando as manobras da RCR

Os sinais de uma parada cardiorrespiratória já foram estudados por nós, mas devemos sempre lembrar a fim de prestar uma boa assistência. Os sinais evidentes mostram a pessoa inconsciente; que não responde ao chamado nem a algum estímulo doloroso; há ausência do pulso central, que é evidenciado na região do pescoço, conhecido como pulso carotídeo, e cianose central e de extremidades (cor azul arroxeada em lábios e dedos). Estes dados significam que a vítima está em sofrimento por falta de oxigênio em seu corpo.

Posição do acidentado:

Posicionar o acidentado em superfície plana e firme.

Mantê-lo em decúbito dorsal, pois as manobras para permitir a abertura da via aérea e as manobras da respiração artificial são mais bem executadas nesta posição.

A cabeça não deve ficar mais alta que os pés, para não prejudicar o fluxo sanguíneo cerebral.

Caso o acidentado esteja sobre uma cama ou outra superfície macia ele deve ser colocado no chão ou então deve ser colocada uma tábua sob seu tronco.

A técnica correta de posicionamento do acidentado deve ser obedecida utilizando-se as manobras de rolamento.

Posição da pessoa que está socorrendo:

o socorrista deve ajoelhar-se ao lado do acidentado, de modo que seus ombros fiquem diretamente sobre o esterno dele.

Em seguida, apoiar as mãos uma sobre a outra, na metade inferior do esterno, evitando fazê-lo sobre o apêndice xifoide (conforme Figura 5.1 a seguir), pois isso tornaria a manobra inoperante e machucaria as vísceras. Não se deve permitir que o resto da mão se apoie na parede torácica. A compressão deve

ser feita sobre a metade inferior do esterno, porque essa é a parte que está mais próxima do coração. Com os braços em hiperextensão, aproveite o peso do seu próprio corpo para aplicar a compressão, tornando-a mais eficaz e menos cansativa do que se utilizada à força dos braços.

Em seguida, deve-se remover subitamente a compressão que, junto com a pressão negativa, provoca o retorno de sangue ao coração. Isso sem retirar as mãos do tórax da vítima, garantindo assim que não seja perdida a posição correta das mãos. As compressões torácicas e a respiração artificial devem ser combinadas para que a ressuscitação cardiopulmonar seja eficaz. A relação ventilações/compressões varia com a idade do acidentado e com o número de pessoas que estão fazendo o atendimento emergencial.

A frequência das compressões torácicas deve ser mantida em 80 a 100 por minuto. Com a pausa que é efetuada para ventilação, a frequência real de compressões cai para 60 por minuto.

A aplicação da massagem cardíaca externa pode trazer consequências graves, muitas vezes fatais. Podemos citar, dentre elas, fraturas de costelas e do esterno, separação condrocostal, ruptura de vísceras, contusão miocárdica e ruptura ventricular. Essas complicações, no entanto, poderão ser evitadas se a massagem for realizada com a técnica correta.

É, portanto, muito importante que nos preocupemos com a correta posição das mãos e a quantidade de força que deve ser aplicada. A massagem cardíaca externa deve ser aplicada em combinação com a respiração boca a boca. O ideal é conseguir alguém que ajude para que as manobras não sofram interrupções devido ao cansaço.

A reanimação cardiopulmonar (RCR) é demonstrada no quadro abaixo, Figura 5.1.

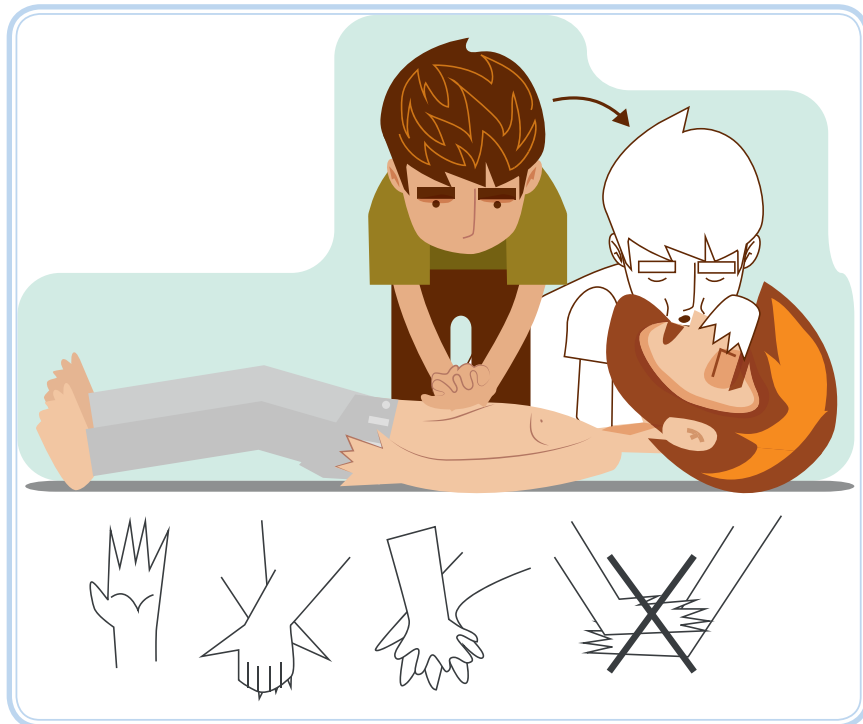


Figura 5.1: Técnica de massagem cardíaca externa.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.



Discutir o tema RCP/RCR é fundamental no primeiro socorro, por isso propomos a seguinte atividade: pesquise como poderá ser feita uma reanimação cardiorrespiratória no caso do socorrista se encontrar sozinho com a vítima. Poste seu resumo no ambiente virtual de ensino e aprendizagem, de preferência em um fórum no qual os demais estudantes possam interagir sobre o assunto.

5.3 Traumas

De acordo com a Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT, [2012]), o trauma significa “ferida”. A terminologia “trauma”, em medicina, admite vários significados, todos eles ligados a acontecimentos não previstos e indesejáveis que, de forma mais ou menos violenta, atingem os indivíduos neles envolvidos, produzindo-lhes alguma forma de lesão ou dano.

Uma das definições adotadas se refere ao conjunto das perturbações causadas subitamente por um agente físico, de etiologia, natureza e extensão muito variadas, podendo estar situadas nos diferentes segmentos corpóreos. Independente de sua melhor definição, o fato é que o trauma é uma doença que representa um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência no Brasil, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população (SBAIT, [2012]).

Entre as causas de trauma, incluem-se os acidentes e a violência, que configuram um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual fazem parte as causas ditas acidentais e as intencionais. Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças – CID, sob denominação de causas externas (SBAIT, [2012]).

5.3.1 Fratura

A fratura é a interrupção na continuidade de um osso. Ela pode ser causada por quedas, esmagamentos, impactos fortes ou movimentos violentos. Há vários tipos de fraturas. As mais comuns são as dos membros (mãos, pés, braços, pernas etc.). Em geral, fraturas na cabeça, no pescoço e na coluna exigem um cuidado maior no atendimento inicial.

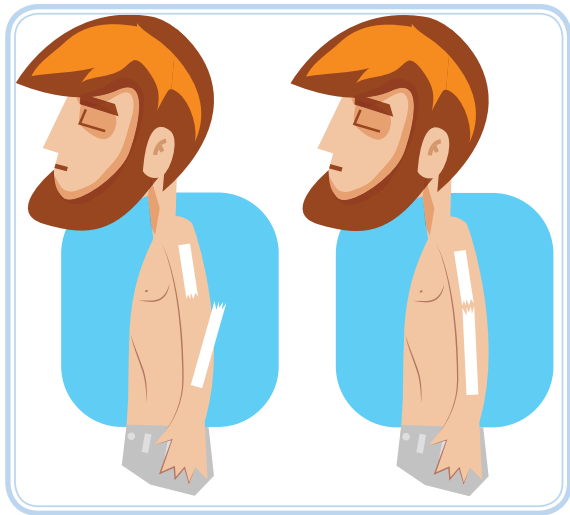


Figura 5.2: Fratura exposta e fratura fechada, respectivamente.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

As fraturas podem ser fechadas ou expostas.

a) Fratura fechada: quando ocorre a quebra de osso e, apesar do choque, a pele permanece intacta, sem rompimento.

Sinais indicadores:

- dor ou grande sensibilidade em um osso ou articulação;
- incapacidade de movimentar a parte afetada, além do adormecimento ou formigamento da região; e
- inchaço e pele arroxeadada, acompanhado de deformação aparente do membro machucado.



O envelhecimento e determinadas doenças ósseas (osteoporose) aumentam o risco de fraturas, que podem ocorrer mesmo após traumatismos banais. Estas lesões são chamadas fraturas patológicas. Veja o Manual de Primeiros Socorros do MS (BRASIL, 2003).



Figura 5.3: Imobilização de fratura fechada.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte. Adaptado de <<http://www.clinicaecirurgiadope.com.br/ckfinder/images/espica.png>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

b) Fraturas expostas são aquelas em que o osso quebrado rompe os músculos e a pele. Nestes casos, mais complexos e graves, o ferimento no local da fratura está em contato com o ambiente e, se não for tratado, pode dar origem a infecções e deficiências.

Sinais indicadores:

- os mesmos da fratura fechada;
- sangramentos e ferimento de pele.



Lembre-se de buscar a proteção de EPI na hora do atendimento, observe que nas questões que estão sendo discutidas, muitas vezes temos a presença de sangue, como mostra a Figura 5.5. A prevenção é sempre o melhor caminho.



Figura 5.4: Fratura exposta de antebraço.

Fonte: <<http://www.enfermagemoffshore.com.br/publicidade/a65.jpg>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

Como agir:

Faça um primeiro diagnóstico observando o que aconteceu. Normalmente a pessoa que sofreu uma fratura sentirá muita dor no local, ao apalpá-lo ou movimentá-lo.

No caso de **fratura exposta**, proteja o ferimento e controle o seu sangramento antes de imobilizar a região afetada.

Chame socorro imediatamente ou, se a pessoa estiver em condições de ser transportada de carro, leve-a um hospital.

Imobilize o membro fraturado segurando a área com firmeza ou com a ajuda de um papelão, dobrando-o em três (como se fosse uma calha). É possível ainda usar um pedaço de madeira, uma atadura e um lençol (sem apertar muito). A imobilização vai diminuir a dor.

A fratura que não é devidamente tratada pode causar uma deformação no osso, dor, artrose e problemas de movimentação.

Em caso de fratura exposta, imobilize o membro como está e não tente colocar o osso no lugar. Cubra o local com um pano esterilizado, ou bem limpo, para evitar o contato com o ambiente.

Se o socorro demorar, lave o local com água corrente abundante ou com soro fisiológico e seque com o pano limpo. Não coloque nenhuma outra substância.

Se houver um sangramento muito intenso, faça a compressão firme do local segurando o membro na posição oposta ao fluxo do sangue. Exemplo: se a fratura ocorrer no pulso, faz-se a compressão no antebraço.



Figura 5.5: Imobilização de antebraço.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.



Atenção.

Não movimente a vítima até imobilizar o local atingido. Solicite assistência médica; enquanto isso, mantenha a pessoa calma e aquecida. Verifique se o ferimento não interrompeu a circulação sanguínea. Imobilize o osso ou articulação atingida com uma tala. Mantenha o local afetado em nível mais elevado que o resto do corpo e aplique compressa com gelo para diminuir o inchaço, a dor e a progressão do hematoma. Só use a tala se o braço ferido puder ser flexionado sem dor ou se já estiver dobrado.

5.3.2 Entorse

É a torção de uma articulação, com lesão dos ligamentos (estrutura que sustenta as articulações). A entorse se apresenta com dor local, impotência funcional parcial e edema.

Medidas de primeiros socorros:

- aplicar gelo no local por 20 minutos;
- imobilização provisória com ataduras;
- encaminhar ao médico.

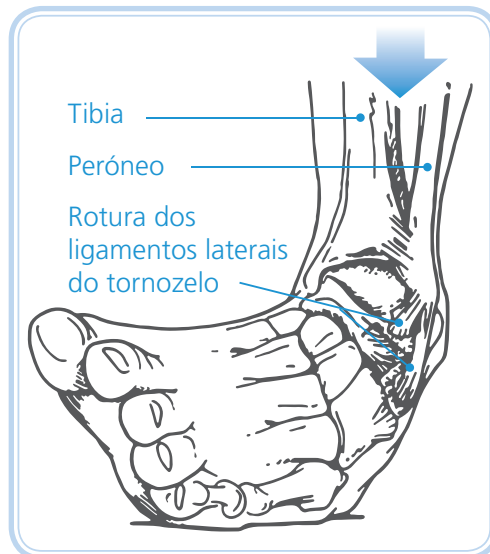


Figura 5.6: Entorse.

Fonte: <http://4.bp.blogspot.com/_XbT5CFVQAXs/TIEGv2sILKI/AAAAAAAAABqo/eeXFSKopyH0/s320/entorse.jpg>. Acesso em: 19 mar. 2014.

5.3.3 Luxação

É a separação das superfícies articulares entre dois ossos (deslocamento). A luxação se caracteriza com dor intensa, impotência funcional, deformidade e edema progressivo.

Medidas de primeiros socorros:

- imobilizar as articulações;
- aplicar compressas frias;
- encaminhar ao hospital.

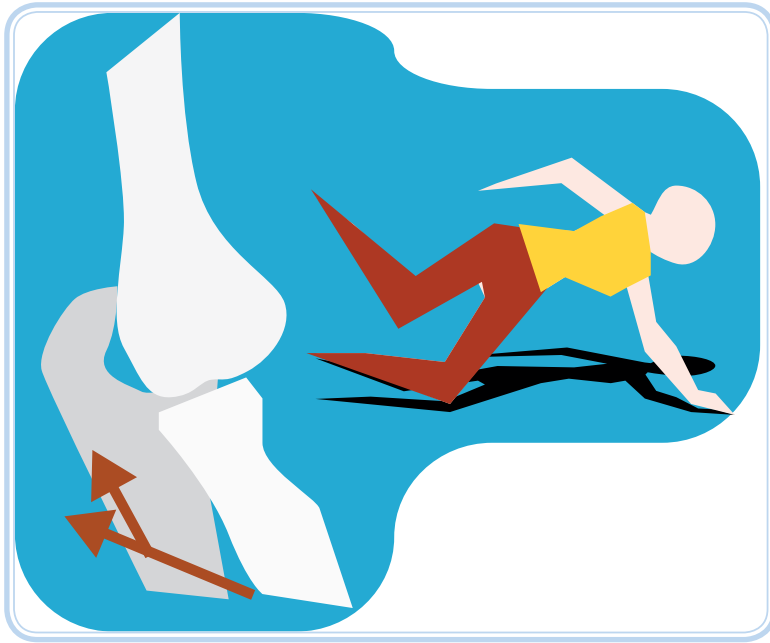


Figura 5.7: Luxação de cotovelo.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

5.3.4 Contusão

É a área afetada pela ação de objetos, pancadas, sem solução de continuidade da pele. Podemos dizer que é uma lesão sem fratura dos tecidos moles do corpo, gerada pelo impacto mecânico de um agente externo sobre uma parte do corpo, normalmente deixa como resultado um hematoma.

Este hematoma é devido ao rompimento de pequenos vasos sanguíneos, nos quais o sangue é liberado e se infiltra nos tecidos próximos, tais como a pele, seguindo-se a um processo de inflamação que priva a chegada do oxigênio à lesão. A cor azulada que a pele adquire é devido a esta asfixia. Os músculos ou tendões também podem ser atingidos quando o trauma é mais forte, provocando dor intensa. Nos casos de contusões mais sérias, órgãos internos como: cérebro, fígado, rins ou pulmões podem ser afetados seriamente, levando ao risco de morte.

Medidas de primeiros socorros:

- deve-se aplicar compressas frias ou bolsa de gelo por cerca de 20 minutos;
- encaminhar a vítima para um hospital.



Como estudamos até agora, as lesões traumáticas podem deixar várias sequelas, impossibilitando a vítima de voltar a ter a sua vida normal novamente. Baseado nesses estudos faça um levantamento em seu local de trabalho e na comunidade e aponte quais as áreas de risco que podem desencadear um acidente. Faça seu resumo e coloque no ambiente virtual de aprendizagem.

5.3.5 Lesões da coluna cervical

A coluna é constituída por 33 ossos sobrepostos, denominados vértebras, que se estendem do crânio ao cóccix. Em seu interior se encontra a medula espinhal, responsável pela condução dos impulsos nervosos aos diversos segmentos do corpo.

A lesão da coluna vertebral pode estar associada à lesão de medula, ou esta ser provocada pela manipulação inadequada do paciente durante as técnicas de primeiros socorros ou a remoção para o hospital.

Sinais e sintomas:

- dor intensa localizada;
- diminuição da sensibilidade (dormência, formigamento);
- pode haver paralisia abaixo da lesão;
- alterações da função respiratória;
- perda do controle vesical e intestinal.

Medidas de primeiros socorros:

- verificar e restabelecer as condições respiratórias;
- imobilizar primeiramente a região cervical;
- remover a vítima em superfície dura, com coxins sob a nuca, região lombar, joelhos e tornozelos.

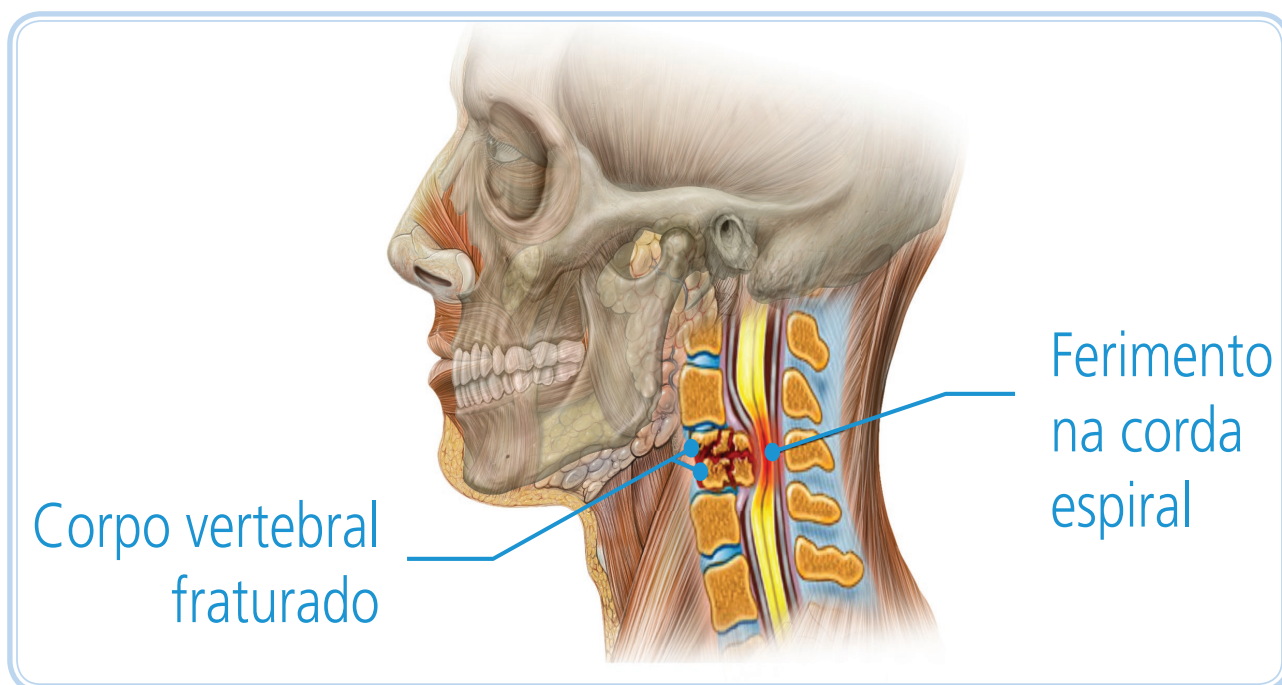


Figura 5.8: Lesão de coluna cervical.

Fonte: <<http://www.clinicadacoluna.net/imgs/lesao-coluna.jpg>> com imagem de Patrick J. Lynch sob Licença Creative Commons <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/deed.pt_BR>. Acesso em 25 jul. 2014. Adaptado por Maurício Oliveira Jr.

5.3.6 Traumatismo crânio-encefálico [subtítulo1]

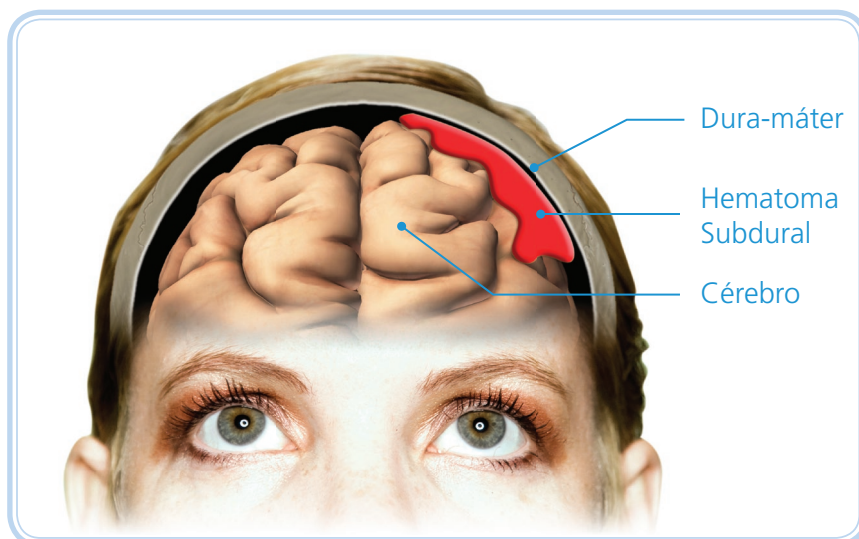


Figura 5.9: Traumatismo crânio encefálico – TCE.

Fonte: <<http://www.freeimages.com>>. Acesso em: 25 mar. 2014. Adaptado por Maurício Oliveira Jr.

Os traumatismos crânio-encefálico (TCE) decorrem geralmente de quedas acidentais, atropelamentos, colisão de autos, ferimentos por arma de fogo etc. A gravidade do TCE está condicionada principalmente à lesão cerebral.

Tipos de lesões:

1. Lesão do couro cabeludo (em que pode haver muito sangramento)
2. Lesões do arcabouço ósseo (fraturas)
3. Lesões cerebrais (as lesões cerebrais podem ocorrer associadas ou não a outras lesões do crânio)
 - Comoção: não apresenta lesão do tecido nervoso, apenas um distúrbio funcional de caráter transitório.
 - Contusão: apresenta lesão anatômica do encéfalo, podendo ser localizada ou difusa. Costuma ser mais grave que a comoção.
 - Dilaceração: ocorre quebra da solução de continuidade do encéfalo associada à perda de substância.

Os hematomas são as formas localizadas de hemorragia.

Condutas de emergência:

- geralmente um portador de TCE é antes de tudo um politraumatizado, portanto é essencial o exame físico geral e o estabelecimento de prioridade no tratamento;
- certifique-se de que não há fraturas na coluna cervical antes de mobilizar a cabeça e o pescoço da vítima;
- verifique seu nível de consciência, perturbação motora, perda de líquido cefalorraquidiano pelo nariz, perda de massa encefálica pelo local do trauma.
- o que podemos fazer como medida de emergência é proteger as áreas atingidas, colocar a vítima em posição adequada, e levá-la o mais rápido possível para o hospital.

Algumas complicações:

- paraplegia: paralisia dos MMII;
- hemiplegia: paralisia da metade simétrica do corpo;
- tetraplegia: paralisia de todos os membros;
- paraparesia: diminuição da motricidade dos membros inferiores;
- midríase: pupilas dilatadas;
- miose: pupilas diminuídas.

5.4 Ferimentos

Os ferimentos são as alterações mais comuns de ocorrer em acidentes de trabalho. São lesões que surgem sempre que existe um traumatismo, seja em que proporção for, desde um pequeno corte ou escoriação de atendimento doméstico até acidentes violentos com politraumatismo e complicações. São lesões que envolvem as partes superficiais da pele.

Todos os ferimentos, logo que ocorrem:

1. Causam dor
2. Originam sangramentos
3. São vulneráveis às infecções

Os ferimentos mais comuns são:

- Corte – são provocados por objetos cortantes como facas, lâminas vidros quebrados, as beiradas de folha de papel, mordidas etc.
- Perfurações (resultado de um corte, mas com um objeto pontiagudo). As perfurações são provocadas por objetos pontiagudos, como agulhas, grampos, pontas de caneta, pregos etc.

- Arranhados (resultado de um rasgo na pele). Os arranhados são provocados por objetos com a superfície irregular, como um acidente de moto no concreto ou no cascalho, pedras etc.



Os ferimentos devem ser avaliados quanto à profundidade e a extensão, ferimentos profundos e extensos necessitam de intervenção médica. Lembre-se de utilizar os EPIs de forma correta. Consulte: <<http://www.criasaude.com.br/N6440/doencas/feridas.html>>.

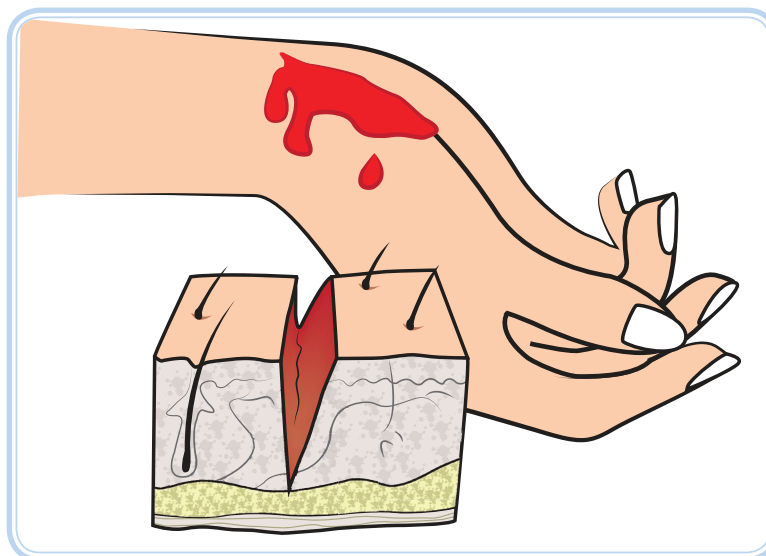


Figura 5.10: Corte.

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com/_RPxqYexi5u8/Suczj2W9EI/AAAAAAAAASK/MP0yEkIVDI4/s1600/CORTE.jpg>. Acesso em 19 mar. 2014. Adaptado por Mauricio Oliveira Jr.

5.4.1 Sintomas causados pelo ferimento

- Os cortes quase sempre são dolorosos e dependendo da sua profundidade e localização, eles podem causar hemorragia. A dor geralmente é latejante.
- Quanto às perfurações, estas são mais profundas e o sangramento é maior, sendo sempre associadas à dor.
- Os arranhões exibem bordas dos ferimentos com sangramento irregular e de curta duração. Se eles forem estendidos podem provocar um prurido similar de uma queimadura.
- Há também evidências que cortes no couro cabeludo, rosto e mão são os mais propensos à hemorragia.



Atenção
Em alguns casos, os ferimentos necessitam de intervenção cirúrgica, pois a presença de corpos estranhos como pedaços de vidros, pode permanecer na pele e provocar infecção. Encaminhar o acidentado ao pronto-socorro mais próximo é o correto.

5.4.2 Tratamentos dos ferimentos

Primeiro, note se a ferida está sangrando, se estiver, comprima o local da lesão, com uma gaze. Ao comprimi-la, acelera-se o processo natural de coagulação do sangue. Limpe a ferida com água corrente e sabão. Em seguida, aconselha-se desinfetar o ferimento com medicamento antissépticos ou hemostáticos que previnem a infecção e ajudam na cicatrização da pele.

5.5 Queimaduras

As queimaduras podem ser térmicas, químicas, elétricas, por radiação, por frio, por fricção.

5.5.1 Graus de queimadura

De acordo com Pinheiro (2010), as queimaduras são classificadas de acordo com a sua profundidade e tamanho, sendo geralmente mensuradas pelo percentual da superfície corporal acometida. Classicamente, as queimaduras são classificadas em 1º, 2º e 3º graus, de acordo com a camada de pele acometida.



Atenção
Vá ao médico se o ferimento sangrar muito, se for maior que 1cm de comprimento ou quando não tiver sido vacinado contra o tétano há mais de 10 anos. Quando o ferimento se localizar na mão, deve-se consultar um médico para evitar possíveis complicações, bem como mordidas também, independentemente da sua localização.

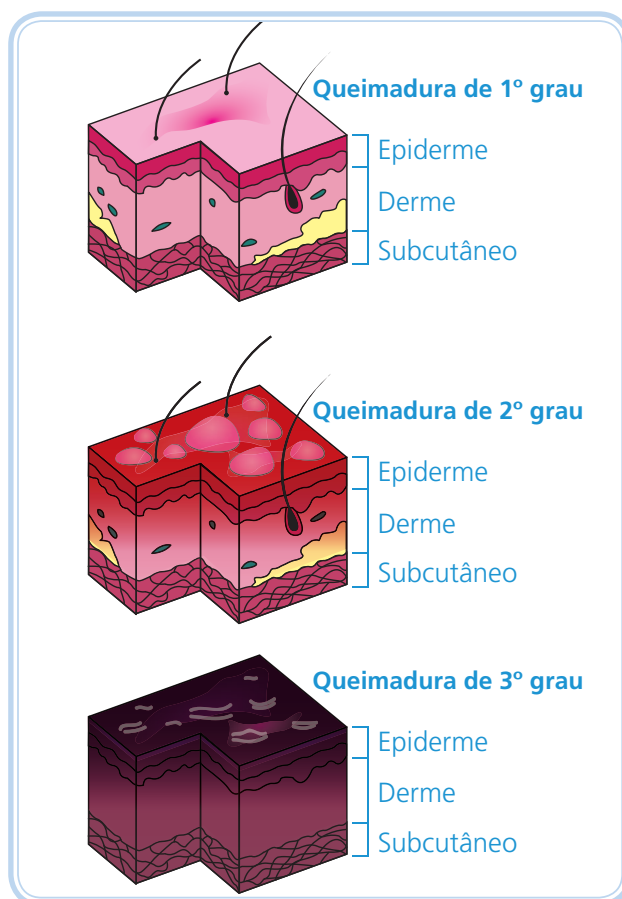


Figura 5.11: Representação da pele e os graus de queimadura.

Fonte: <http://1.bp.blogspot.com/_pMxMXFn7L-4/TOhm5hpJJRI/AAAAAAAAARF0/ruCCnUNdccc/s1600/350px-Burn_Degree_Diagram.svg.png>. Acesso em: 19 mar. 2014.

5.5.2 Queimaduras de primeiro grau

Também chamada de queimadura superficial, é aquela que envolve apenas a epiderme, a camada mais superficial da pele. Os sintomas da queimadura de primeiro grau são: intensa dor e vermelhidão local, mas com palidez na pele quando se toca. A lesão da queimadura de 1º grau é seca e não produz bolhas. Geralmente melhoram após 3 a 6 dias, podendo descamar e não deixam sequelas (PINHEIRO, 2010).



Figura 5.12: Exposição solar.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

5.5.3 Queimaduras de 2º grau

Atualmente é dividida em 2º grau superficial e 2º grau profundo. A queimadura de 2º grau superficial é aquela que envolve a epiderme e a porção mais superficial da derme. Os sintomas são os mesmos da queimadura de 1º grau, incluindo ainda o aparecimento de bolhas e uma aparência úmida da lesão. A cura é mais demorada podendo levar até três semanas; não costuma deixar cicatriz, mas o local da lesão pode ser mais claro (PINHEIRO, 2010).



Figura 5.13: Queimadura de 2º grau.

Fonte: <http://1.bp.blogspot.com/-qCkTKZAY0gE/UBEauXsD4QI/AAAAAAAAAHs/DRbVosi1ah4/s1600/IMG_6506.JPG>. Acesso em 25 jul. 2014.

As queimaduras de 2º grau profundas são aquelas que acometem toda a derme, sendo semelhantes às queimaduras de 3º grau. Como há risco de destruição das terminações nervosas da pele, este tipo de queimadura é bem mais grave e pode até ser menos doloroso que as queimaduras mais superficiais. As glândulas sudoríparas e os folículos capilares também podem ser destruídos, fazendo com a pele fique seca e perca seus pelos. A cicatrização demora mais que 3 semanas e costuma deixar cicatrizes.

5.5.4 Queimaduras de 3º grau

São as queimaduras profundas que acometem toda a derme e atingem tecidos subcutâneos, com destruição total de nervos, folículos pilosos, glândulas sudoríparas e capilares sanguíneos, podendo inclusive atingir músculos e estruturas ósseas. São lesões esbranquiçadas/acinzentadas, secas, indolores e deformantes que não curam sem apoio cirúrgico, necessitando de enxertos (PINHEIRO, 2010).

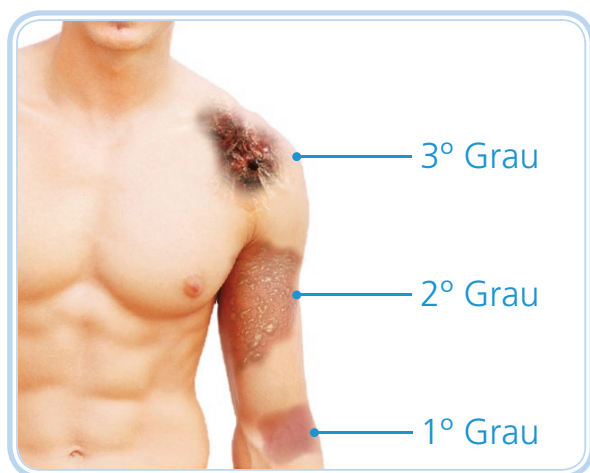


Figura 5.14: Representação de queimadura de 1º, 2º e 3º grau.

Fonte: <http://4.bp.blogspot.com/-ryeijG_pYgs/TrACfJtlMqI/AAAAAAAAAGM/IfVzBRiZt4Q/s1600/Tratamentos-de-Queimaduras-FOTO-1.jpg>. Acesso em: 19 mar. 2014. Adaptado por Mauricio Oliveira Jr.

5.5.5 Extensão da queimadura

Além da profundidade da queimadura, também é importante a extensão da lesão. Todo paciente com lesões de 2º ou 3º grau devem ser avaliados em relação ao percentual da área corporal atingida, de acordo com o diagrama exposto a seguir. Quanto maior a extensão das queimaduras, maiores os riscos de complicações e morte (PINHEIRO, 2010).

A extensão da lesão é o ponto mais importante a ser observado e se baseia na área do corpo queimada, quanto maior a extensão da queimadura, maior é o risco que corre o acidentado. Uma queimadura de primeiro grau, que abranja uma vasta extensão, será considerada de muita gravidade (BRASIL, 2003).

Se as queimaduras não acometem uma região inteira do corpo, um modo simples de calcular a extensão da lesão é usar a área de uma palma da mão como equivalente a 1% da superfície corporal.

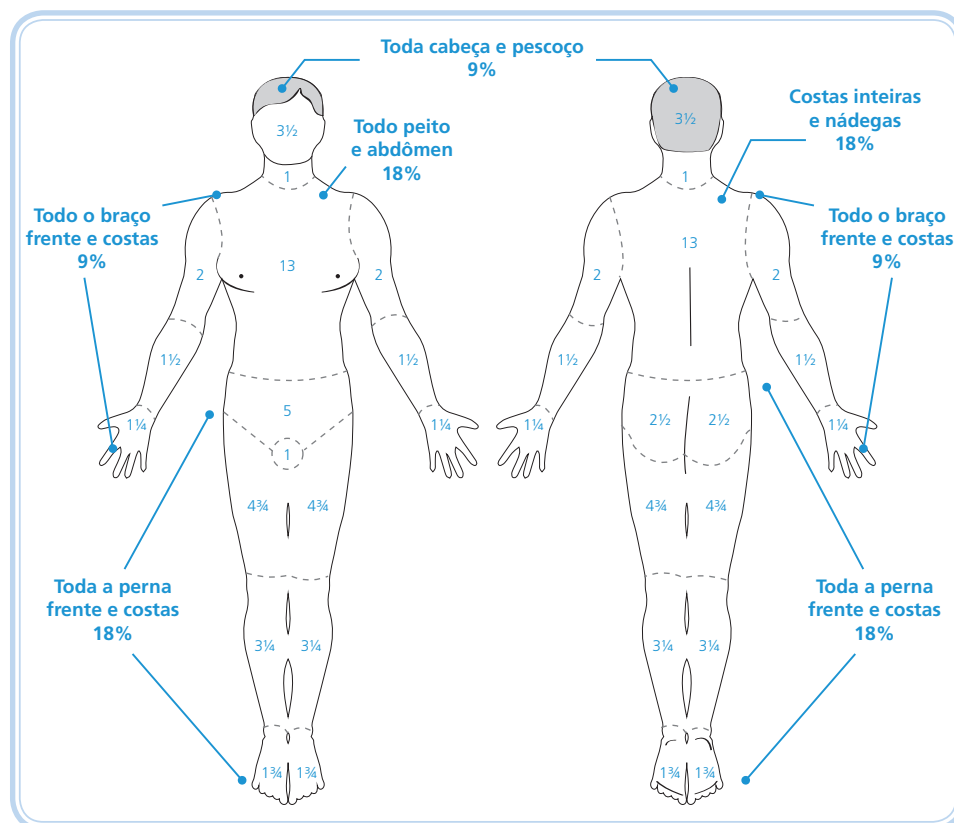


Figura 5.15: Avaliação da extensão da queimadura.

Fonte: <<http://www.mdsau.de.com/wp-content/uploads/2010/11/queimaduras.jpg>>. Acesso em: 19 mar. 2014. Adaptado por Maurício Oliveira Jr.

A classificação de gravidade é feita do seguinte modo:

a) Queimadura leve:

- menos de 10% da superfície corporal de um adulto com queimaduras de 2º grau;
- menos de 5% da superfície corporal de uma criança ou idoso com queimaduras de 2º grau;
- menos de 2% da superfície corporal com queimaduras de 3º grau.

b) Queimadura moderada:

- 10% a 20% da superfície corporal de um adulto com queimaduras de 2º grau;
- 5% to 10% da superfície corporal de uma criança ou idoso com queimaduras de 2º grau;
- 2% to 5% da superfície corporal com queimaduras de 3º grau;
- suspeita de queimaduras do trato respiratório por inalação de ar quente.

c) Queimadura grave:

- mais de 20% da superfície corporal de um adulto com queimaduras de 2º grau;
- mais de 10% da superfície corporal de uma criança ou idoso com queimaduras de 2º grau;
- mais de 5% da superfície corporal com queimaduras de 3º grau;
- queimaduras elétricas por alta voltagem;
- queimaduras comprovadas do trato respiratório por inalação de ar quente;
- queimaduras significativas na face, olhos, orelhas, genitália ou articulações;
- outras graves lesões associadas à queimadura, como fraturas e traumas.

5.5.6 Complicações das grandes queimaduras

A pele é o maior órgão do nosso corpo, serve de barreira contra a invasão de germes do exterior e contra a perda de calor e líquidos, sendo essencial para o controle da temperatura corporal. Qualquer paciente com critérios para queimaduras moderadas ou graves deve ser internado para receber tratamento imediato, pois há sério risco de complicações.

Outra complicação é a grande perda de líquidos dos tecidos queimados. Quando a queimadura é extensa, a saída de água dos vasos é tão intensa que o paciente pode entrar em choque circulatório. A insuficiência renal aguda também é uma complicação grave nos grandes queimados, assim como a hipotermia por incapacidade do corpo em reter calor devido a grandes áreas de pele queimada.

Outra grave complicação é a queimadura por inalação de ar quente, que pode impedir o paciente de conseguir respirar adequadamente, seja por lesão direta dos pulmões ou por edema e obstrução das vias aéreas.

Nas queimaduras identificadas como sendo de primeiro grau, deve-se limitar a sua lavagem com água corrente, na temperatura ambiente, por o máximo de um minuto. Este tempo é necessário para o resfriamento local, para interromper a atuação do agente causador da lesão, aliviar a dor e para evitar o aprofundamento da queimadura. O resfriamento mais prolongado pode induzir a hipotermia. Não aplicar gelo no local, pois causa vasoconstrição e diminuição da irrigação sanguínea. Se o acidentado sentir sede, deve ser-lhe dada toda a água que desejar beber, porém lentamente.



O primeiro problema das queimaduras é a quebra da barreira de proteção contra germes do ambiente, favorecendo a infecção das feridas por bactérias da pele e o desenvolvimento da sepse ou septicemia, que é uma infecção geral grave do organismo por germes patogênicos. A septicemia pode provocar um colapso no sangue (choque) depressão do coração. Leia o texto da Dra Ananya Mandal, DM no site: <<http://www.news-medical.net/health/What-is-Sepsis-%28Portuguese%29.aspx>>.



Todas as manobras deverão ser executadas com calma e precisão. A identificação do estado ou iminência de choque poderá ser feita pela observação de ansiedade; inquietação, confusão, sonolência, pulso rápido, sudorese, oligúria e baixa pressão arterial. Consulte o Manual de Primeiros Socorros do MS (BRASIL, 2003).

Sendo possível, deve-se adicionar sal à água (cloreto de sódio) (uma colher, das de café de sal para meio litro de água), pois a pessoa queimada perde líquidos e eletrólitos. E neste caso a inclusão de cloreto de sódio ajudaria na reposição desses elementos importantes ao organismo.

De acordo com a equipe do Como Fazer ([2012]), acidentes envolvendo crianças são muito comuns, são muito ativas e estão sempre procurando algo para fazer, por isso os pais devem sempre ficar atentos e evitar deixar objetos perigosos à vista ou em fácil alcance das crianças; não deixá-las perto do fogo e evitar que elas brinquem em locais perigosos propícios a acidentes. Disponível em: <<http://www.comofazer.com.br/como-prevenir-acidentes-domesticos-com-criancas/>>.



Cuidados com crianças no ambiente doméstico são importantes. De quedas a queimaduras, passando por intoxicações e afogamentos, acredita-se que 90% dos casos poderiam ser evitados com medidas simples de segurança. Visite o site: <<http://www.comofazer.com.br/como-prevenir-acidentes-domesticos-com-criancas/>>.

Veja as dicas abaixo e evite os acidentes domésticos.

1. **Tombos:** evite deixar as crianças perto de janelas e sacadas sem grades. Escadas sem corrimão e pisos lisos e molhados também são um convite às quedas.
2. **Fogo:** deixe os cabos de panela para dentro do fogão. Utilize as bocas de trás do eletrodoméstico. Guarde fósforos, isqueiros e produtos inflamáveis em lugares altos.
3. **Água:** se tiver piscina em casa, certifique-se de que portões ou grades impeçam o acesso dos pequenos.
4. **Produtos químicos:** para não correr o risco de lidar com intoxicações, guarde todos os itens em locais inacessíveis.
5. **Objetos pequenos:** moedas, botões e peças miúdas podem causar sufocação. Não deixe ao alcance das crianças.

5.6 Afogamento

O afogamento é a aspiração de líquido não corporal causada por submersão ou imersão. Os sintomas do afogamento incluem agitação, inconsciência ou parada cardiorrespiratória.

Em geral, o afogamento é rápido e não chama a atenção. O afogamento começa no momento em que uma pessoa é incapaz de manter sua boca acima

da água. O mais comum é a pessoa começar a se afogar sem ter percebido antes que estava prestes a se afogar e, por isso, não grita e nem chama a atenção com gestos espetaculares, ao invés disso, a vítima apresenta a chamada resposta instintiva ao afogamento, em que ela não pode falar nem gritar, mas faz movimentos característicos com os braços que são involuntários, controlados pelo sistema nervoso autônomo.

- Primeiro avalie a situação e o local. Certifique-se que a ocasião não ponha em risco a sua vida também. Chame auxílio (emergência) e só então, sendo capaz, realize o resgate.
- Use um flutuador ou algum objeto que possa flutuar e auxiliar no resgate. Aproxime-se da vítima sempre nadando em direção a ela com a cabeça fora d'água e visualizando-a. Aproxime-se pelas costas mergulhando e segure-a pelas axilas, mantendo a cabeça fora d'água; execute o reboque utilizando as pernas ou com auxílio do flutuador. Caso a vítima esteja inconsciente, inicie imediatamente a avaliação e ressuscitação.
- Quando fora d'água, na vítima inconsciente, utilize a Posição Lateral de Segurança (PLS). Na vítima consciente, verifique a pulsação e respiração até a chegada do auxílio médico.

5.6.1 Procedimentos em caso de afogamento

- Não perder tempo tentando retirar água dos pulmões da vítima;
- checar imediatamente os sinais vitais (análise primária);
- não havendo respiração ou pulso, iniciar as técnicas de ressuscitação imediatamente;
- mantenha a vítima aquecida;
- ministre o oxigênio, caso tenha disponível;
- trate o estado de choque.

Alguns cuidados são importantes na prevenção de acidentes por afogamento, por exemplo, depois do uso, esvazie baldes, banheiras e piscinas infantis e guarde-os sempre virados para baixo. Se a sua casa tem piscina, impeça o acesso da criança à área.



Atenção

Só faça o resgate dentro de piscinas, mar etc. se tiver o preparo adequado para isso, do contrário espere a chegada do salva-vidas, profissional especializado neste atendimento.



O afogamento é a quarta causa de morte em adultos e a terceira em crianças e adolescentes em todo o mundo. Visite o site o Dr. Drauzio Varela em: <<http://drauziovarela.com.br/crianca-2/afogamento/>>.



Figura 5.16: Risco de queda na piscina.

Fonte: <<http://p2.trrsf.com.br/image/fget/cf/619/464/img.terra.com.br/i/2012/02/03/2208426-8564-rec.jpg>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

5.7 Choque elétrico

De acordo com o Manual de Primeiros Socorros (BRASIL, 2003): são abalos musculares causados pela passagem de corrente elétrica pelo corpo humano. As alterações provocadas no organismo humano pela corrente elétrica dependem principalmente de sua intensidade, isto é, da amperagem.

A patologia das alterações provocadas pode ser esquematizada em três tipos de fenômenos: eletroquímico, térmico e fisiopatológico. Esses efeitos variam conforme a frequência, a intensidade medida em amperes, a tensão medida em volts, a duração da sua passagem pelo corpo, o seu percurso através do mesmo e das condições em que se encontrava a vítima.



Atenção

A necrose progressiva e a formação de escaras geralmente são maiores do que a lesão inicial poderia sugerir.

Se a corrente for intensa, determinará a morte pela paralisia do centro nervoso central (bulbo), que regem os movimentos respiratórios e cardíacos, em outros casos por fibrilação cardíaca (ventricular).

Como a maior parte da resistência elétrica se encontra no ponto em que a pele entra em contato com o condutor, as queimaduras elétricas geralmente afetam a pele e os tecidos subjacentes.



Figura 5.17: Ilustração de pessoa recebendo um choque.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

A intensidade da corrente é o fator mais importante a ser considerado nos acidentes com eletricidade. Corrente com 25 mA determinam espasmos musculares, podendo levar à morte se atuar por alguns minutos por paralisia da musculatura respiratória. Entre 25 mA e 75 mA, além do espasmo muscular, dá-se a parada do coração em diástole (fase de relaxamento) ventricular.

Se o tempo de contato for curto, o coração poderá sobreviver a fibrilação ventricular. Cada segundo de contato com a eletricidade diminui a possibilidade de sobrevivência da vítima.

As principais causas: falta de segurança nas instalações e equipamentos, como: fios descascados, falta de aterramento elétrico, parte elétrica de um motor que, por defeito, está em contato com sua carcaça etc.; imprudência; indisciplina; ignorância; acidentes etc.

Os sintomas decorrentes do choque elétrico são: mal estar geral, sensação de angústia, náusea, câibras musculares de extremidades, parestesias (dormência, formigamento), ardência ou insensibilidade da pele, escotomas cintilantes (visão de pontos luminosos), cefaleia, vertigem, arritmias (ritmo irregular) cardíacas (alteração do ritmo cardíaco), falta de ar (dispneia).

As principais complicações são: Parada cardíaca, parada respiratória, queimaduras, traumatismo (de crânio, ruptura de órgãos internos etc.) e o óbito.

O socorrista deve sempre se lembrar das normas de segurança antes de prestar o atendimento, ele deve agir da seguinte forma:

Antes de socorrer a vítima, cortar a corrente elétrica, desligando a chave geral de força, retirando os fusíveis da instalação ou puxando o fio da tomada (desde que esteja encapado).

Se o item anterior não for possível, tentar afastar a vítima da fonte de energia utilizando luvas de borracha grossa ou materiais isolantes, e que estejam secos (cabo de vassoura, tapete de borracha, jornal dobrado, pano grosso dobrado, corda etc.), afastando a vítima do fio ou aparelho elétrico.

Não tocar na vítima até que ela esteja separada da corrente elétrica ou que esta seja interrompida.

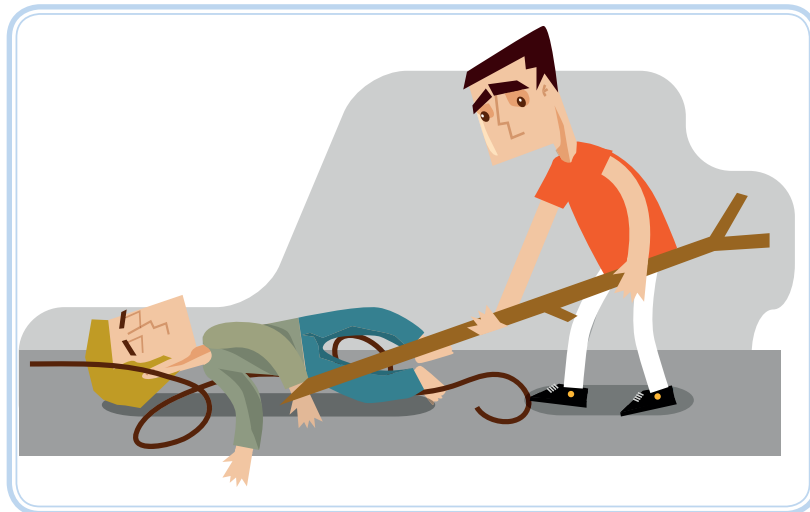


Figura 5.18: Pessoa socorrendo um acidentado.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

Se o choque for leve, seguir os itens do capítulo "Estado de Choque".

Em caso de parada cardiorrespiratória, iniciar imediatamente as manobras de ressuscitação.

Insistir nas manobras de ressuscitação, mesmo que a vítima não esteja se recuperando, até a chegada do atendimento especializado.

Depois de obtida a ressuscitação cardiorrespiratória, deve ser feito um exame geral da vítima para localizar possíveis queimaduras, fraturas ou lesões que possam ter ocorrido no caso de queda durante o acidente.

Deve-se atender primeiro a hemorragias, fraturas e queimaduras, nesta ordem, segundo os capítulos específicos.

5.8 Desmaios

É a perda súbita, temporária e repentina da consciência devido à diminuição de sangue e oxigênio no cérebro. As principais causas podem ser: hipoglicemia, cansaço excessivo, fome, nervosismo intenso, emoções súbitas, susto, acidentes, principalmente os que envolvem perda sanguínea, dor intensa, prolongada permanência em pé, mudança súbita de posição (de deitado para em pé), ambientes fechados e quentes, disritmias cardíacas (bradicardia).

Os sintomas mais apresentados são: fraqueza, suor frio abundante, náusea ou ânsia de vômito, palidez intensa, pulso fraco, pressão arterial baixa, respiração lenta, extremidades frias, tontura, escurecimento da visão e devido à perda da consciência, o acidentado cai.

Primeiros socorros

Se a pessoa apenas começou a desfalecer.

- Sentá-la em uma cadeira, ou outro local semelhante.
- Curvá-la para frente.
- Baixar a cabeça do acidentado, colocando-a entre as pernas e pressionar a cabeça para baixo.
- Manter a cabeça mais baixa que os joelhos.
- Fazê-la respirar profundamente até que passe o mal-estar.



Figura 5.19: Socorro a pessoa que está com mal estar (desfalecer).

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte

Socorrendo a vítima desmaiada.

- Manter o acidentado deitado, colocando sua cabeça e ombros em posição mais baixa em relação ao resto do corpo (Figura 5.21).
- Afrouxar a sua roupa.
- Manter o ambiente arejado.
- Se houver vômito, lateralizar-lhe a cabeça, para evitar sufocamento.

- Depois que o acidentado se recuperar, pode ser dado a ela café, chá ou mesmo água com açúcar.
- Não se deve dar jamais bebida alcoólica.



Figura 5.20: Atendendo vítima desmaiada.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

5.9 Convulsão

É uma contração violenta, ou série de contrações dos músculos voluntários, com ou sem perda de consciência. As principais causas centram-se em: febre muito alta, devido a processos inflamatórios e infecciosos, ou degenerativos, hipoglicemia, alcalose, erro no metabolismo de aminoácidos, hipocalcemia, traumatismo na cabeça, hemorragia intracraniana, edema cerebral, tumores, intoxicações por gases, álcool, drogas alucinatórias, insulina, dentre outros agentes, epilepsia ou outras doenças do sistema nervoso central (BRASIL, 2003).



Figura 5.21: Atendimento na crise convulsiva.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

Os principais sintomas podem ser: inconsciência; queda desamparada, em que a vítima é incapaz de fazer qualquer esforço para evitar danos físicos a si própria; olhar vago, fixo e/ou revirar dos olhos; suor, midríase (pupila dilatada); lábios cianosados; espumar pela boca; morder a língua e/ou lábios; corpo rígido e contração do rosto; palidez intensa; movimentos involuntários e desordenados; perda de urina e/ou fezes (relaxamento esfinteriano).

Na convulsão, os movimentos são incontroláveis e duram aproximadamente 2 a 4 minutos. Depois da recuperação da convulsão há perda da memória, que se recupera mais tarde.

De acordo com o manual do MS (BRASIL, 2003), quando a vítima esta em crise convulsa deve-se fazer o seguinte:

- tentar evitar que a vítima caia desamparadamente, cuidando para que a cabeça não sofra traumatismo e procurando deitá-la no chão com cuidado, acomodando-a;
- retirar da boca próteses dentárias móveis (pontes, dentaduras) e eventuais detritos;
- remover qualquer objeto com que a vítima possa se machucar e afastá-la de locais e ambientes potencialmente perigosos, como por exemplo: escadas, portas de vidro, janelas, fogo, eletricidade, máquinas em funcionamento;
- não interferir nos movimentos convulsivos, mas assegurar-se que a vítima não está se machucando;
- afrouxar as roupas da vítima no pescoço e cintura;
- virar o rosto da vítima para o lado, evitando assim a asfixia por vômitos ou secreções;
- não colocar nenhum objeto rígido entre os dentes da vítima;
- Tentar introduzir um pano ou lenço enrolado entre os dentes para evitar mordedura da língua;
- não jogar água fria no rosto da vítima;



Alcalose: é um termo clínico que indica um transtorno no qual há um aumento na alcalinidade dos fluidos do corpo, isto é, um excesso de base (alcalina) nos líquidos corporais.



Alcalinidade: representa a capacidade que um sistema aquoso tem para neutralizar ácidos sem perturbar de forma extrema as atividades biológicas que nele decorrem (efeito tampão natural da água). Visite o site <http://pt.wikipedia.org/wiki/Alcalinidade>.

- quando passar a convulsão, manter a vítima deitada até que ela tenha plena consciência e autocontrole;
- se a pessoa demonstrar vontade de dormir, deve-se ajudar a tornar isso possível.

No caso de se propiciar meios para que a vítima durma, mesmo que seja no chão, no local de trabalho, a melhor posição para mantê-la é deitada na "posição lateral de segurança" (PLS).

Devemos fazer uma inspeção no estado geral da vítima, a fim de verificar se ela está ferida e sangrando. Conforme o resultado desta inspeção, devemos proceder no sentido de tratar das consequências do ataque convulsivo, cuidando dos ferimentos e contusões.

O socorrista deve permanecer o tempo todo ao lado da vítima até que ela se recupere totalmente. Importante manter um diálogo com ela após o episódio para tranquilizá-la. Encaminhá-la para cuidados médicos.

5.10 Estado de choque

No Manual de Primeiros Socorros Brasil (2003, p. 47),

[...] o choque é um complexo grupo de síndromes cardiovasculares agudas que não possui uma definição única que compreenda todas as suas diversas causas e origens. Didaticamente, o estado de choque se dá quando há mal funcionamento entre o coração, vasos sanguíneos (artérias ou veias) e o sangue, instalando-se um desequilíbrio no organismo.

O choque é uma grave emergência médica. O correto atendimento exige ação rápida e imediata. Vários fatores predispõem ao choque.

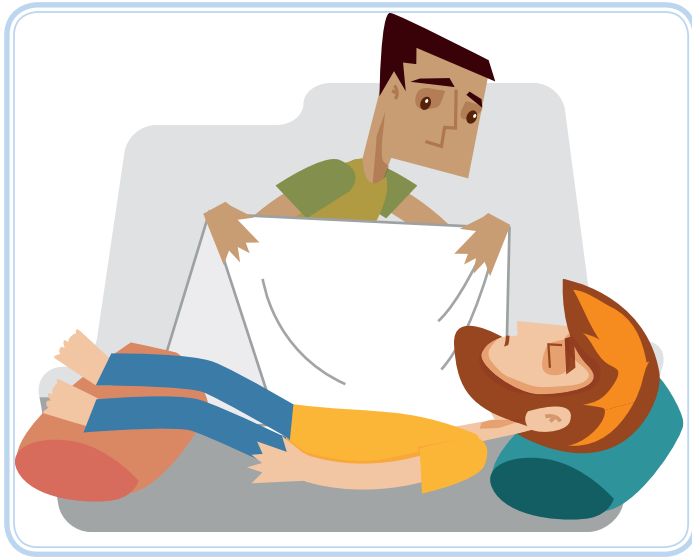


Figura 5.22: Representação do atendimento ao estado de choque.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

Há vários tipos de choque:

Choque hipovolêmico: é o choque que ocorre devido à redução do volume intravascular por causa da perda de sangue, de plasma ou de água perdida em diarreia e vômito.

Choque cardiogênico: ocorre na incapacidade de o coração bombear um volume de sangue suficiente para atender às necessidades metabólicas dos tecidos.

Choque septicêmico: pode ocorrer devido a uma infecção sistêmica.

Choque anafilático: é uma reação de hipersensibilidade sistêmica, que ocorre quando um indivíduo é exposto a uma substância à qual é extremamente alérgico.

Choque neurogênico: é o choque que decorre da redução do tônus vasomotor normal por distúrbio da função nervosa. Este choque pode ser causado, por exemplo, por transecção da medula espinhal ou pelo uso de medicamentos, como bloqueadores ganglionares ou depressores do sistema nervoso central.

O reconhecimento da iminência de choque é de importância vital para o salvamento da vítima, ainda que pouco se possa fazer para reverter a síndrome. Muitas vezes é difícil este reconhecimento, mas podemos notar algumas situações predisponentes ao choque e adotar condutas para evitá-lo ou retardá-lo.

De uma maneira geral, a prevenção é consideravelmente mais eficaz do que o tratamento do estado de choque.

Causas principais do estado de choque:

- Hemorragias intensas (internas ou externas)
- Infarto
- Taquicardias
- Bradicardias
- Queimaduras graves
- Processos inflamatórios do coração
- Traumatismos do crânio e traumatismos graves de tórax e abdômen
- Envenenamentos
- Afogamento
- Choque elétrico
- Picadas de animais peçonhentos
- Exposição a extremos de calor e frio
- Septicemia

A-Z

Extrusora

São grandes máquinas que trabalham com material plástico.

No ambiente de trabalho, todas as causas citadas acima podem ocorrer, merecendo especial atenção os acidentes graves com hemorragias extensas, com perda de substâncias orgânicas em prensas, moinhos, **extrusoras**, ou por choque elétrico, ou por envenenamentos por produtos químicos, ou por exposição a temperaturas extremas.

Sintomas

A vítima de estado de choque ou na iminência de entrar em choque apresenta geralmente os seguintes sintomas:

- pele pálida, úmida, pegajosa e fria. Cianose (arroxamento) de extremidades, orelhas, lábios e pontas dos dedos;
- suor intenso na testa e palmas das mãos.
- fraqueza geral;
- pulso rápido e fraco;
- sensação de frio, pele fria e calafrios;
- respiração rápida, curta, irregular ou muito difícil;
- expressão de ansiedade ou olhar indiferente e profundo com pupilas dilatadas, agitação;
- medo (ansiedade);
- sede intensa;
- visão nublada;
- náuseas e vômitos;
- respostas insatisfatórias a estímulos externos;
- perda total ou parcial de consciência;
- taquicardia.

5.10.1 Prevenção do choque

Algumas providências podem ser tomadas para evitar o estado de choque. Mas infelizmente não há muitos procedimentos de primeiros socorros a serem tomados para tirar a vítima do choque.

Existem algumas providências que devem ser memorizadas com o intuito permanente de prevenir o agravamento e retardar a instalação do estado de choque.

Deitar a vítima:

Deve ser deitada de costas. Afrouxar as roupas da vítima no pescoço, peito e cintura e, em seguida, verificar se há presença de prótese dentária, objetos ou alimento na boca e os retirar. Os membros inferiores devem ficar elevados em relação ao corpo. Isto pode ser feito colocando-os sobre uma almofada, cobertor dobrado ou qualquer outro objeto. Este procedimento deve ser feito apenas se não houver fraturas desses membros; ele serve para melhorar o retorno sanguíneo e levar o máximo de oxigênio ao cérebro. Não erguer os membros inferiores da vítima a mais de 30 cm do solo. No caso de ferimentos no tórax que dificultem a respiração ou de ferimento na cabeça, os membros inferiores não devem ser elevados.

No caso de a vítima estar inconsciente, ou se estiver consciente, mas sangrando pela boca ou nariz, deitá-la na posição lateral de segurança (PLS) para evitar asfixia.

Respiração:

Verificar quase que simultaneamente se a vítima respira. Deve-se estar preparado para iniciar a respiração boca a boca caso a vítima pare de respirar.

Pulso:

Enquanto as providências já indicadas são executadas, observar o pulso da vítima. No choque, o pulso apresenta-se rápido e fraco (taquisfigmia).

Conforto:

Dependendo do estado geral e da existência ou não de fratura, a vítima deverá ser deitada da melhor maneira possível. Isso significa observar se ela não está sentindo frio e perdendo calor. Se for preciso, a vítima deve ser agasalhada com cobertor ou algo semelhante, como uma lona ou casacos.

Tranquilizar a vítima:

De acordo com o Manual de Primeiros Socorros (BRASIL, 2003, p. 50),

Se o socorro médico estiver demorando, tranquilizar a vítima mantendo-a calma e sem demonstrar apreensão quanto ao seu estado. Permanecer em vigilância junto à vítima para dar-lhe segurança e para monitorar alterações em seu estado físico e de consciência. (BRASIL, 2003, p.50)

5.11 Envenenamento e intoxicação

Podemos definir esses eventos como alterações funcionais e/ou anatômicas, mais ou menos graves, causadas pela introdução de qualquer substância em dose suficiente, no organismo, ou nele formada, por suas propriedades químicas.

Essas alterações dependem da natureza da substância, da sua concentração e principalmente da sensibilidade do próprio indivíduo ou de seus órgãos.

Intoxicações ou envenenamentos podem ocorrer por negligência ou ignorância no manuseio de substâncias tóxicas, especialmente no ambiente de trabalho.

Na intoxicação, as alterações resultam da ação direta do tóxico ou veneno sobre o organismo ou um de seus órgãos, o que pode verificar-se em uma única dose.



Figura 5.23: Material tóxico ao alcance de crianças.

Fonte: <<http://freeimages.com>>. Acesso em: 19 mar. 2014. Adaptado por Mauricio Oliveira Jr.

Os produtos de limpeza e outros devem ser guardados em locais apropriados, porque as crianças são curiosas e tendem a colocar tudo na boca.

A primeira conduta é confirmar se houve realmente o envenenamento, pode haver sintomas de náuseas, presença de diarreia, midríase (aumento das pupilas dos olhos) ou miose (diminuição das pupilas dos olhos), salivação, sudorese excessiva, respiração alterada e inconsciência.

Deve-se suspeitar de envenenamento na presença dos seguintes sinais e sintomas (BRASIL, 2003):

- sinais evidentes, na boca ou na pele, de que a vítima tenha mastigado, engolido, aspirado ou estado em contato com substâncias tóxicas, elaboradas pelo homem ou animais;
- hálito com odor estranho (cheiro do agente causal no hálito);
- modificação na coloração dos lábios e interior da boca, dependendo do agente causal;
- dor, sensação de queimação na boca, garganta ou estômago;
- sonolência, confusão mental, torpor ou outras alterações de consciência;
- estado de coma alternado com períodos de alucinações e delírio;
- vômitos;
- lesões cutâneas, queimaduras intensas com limites bem definidos ou bolhas;
- depressão da função respiratória;
- oligúria ou anúria (diminuição ou ausência de volume urinário);
- convulsões;
- distúrbios hemorrágicos manifestados por hematêmese (vômito com sangue escuro e brilhoso), melena (sangue escuro brilhoso nas fezes) ou hematúria (sangue na urina);
- queda de temperatura, que se mantém abaixo do normal;
- evidências de estado de choque eminente;
- paralisia.

Sintomatologia nas Intoxicações medicamentosas e nos envenenamentos

1. Sistema nervoso:

Dependendo do tipo de substância que provocou a intoxicação e o envenenamento, poderemos ter as seguintes sintomatologias:

- distúrbios mentais, agitação psicomotora, delírio e alucinações;
- sonolência, torpor e coma;
- ataxia (sem ordem ou incoordenação);
- convulsões;
- espasmos musculares;
- paralisias parciais ou gerais;
- cefaleia;
- distúrbios do equilíbrio.



Figura 5.24: Criança com acesso a medicamentos em casa.

Fonte: <<http://freeimages.com>>. Acesso em: 19 mar. 2014. Adaptado por Maurício Oliveira Jr.

2. Globo ocular:

Ambliopia (é a baixa de visão, mesmo com o uso de óculos e estando as estruturas oculares normais)

Discromatopsia (é uma perturbação da percepção visual em que se vê várias cores caracterizada pela incapacidade de diferenciar todas ou algumas cores, manifestando-se muitas vezes pela dificuldade em visualizar as cores verde e vermelho.)

Miose

Midríase

Visão púrpuro-amarelada

Visão turva (pequenos pontos escuros que se movimentam)

Cegueira parcial ou total:

3. Aparelho respiratório:

Dispneia (ou falta de ar, é um sintoma no qual a pessoa tem dificuldade na respiração ou desconforto ao respirar)

Apneia (é o bloqueio da passagem do ar pela língua que fica relaxada na garganta fazendo com que a pessoa tenha uma interrupção da respiração por um período de 10 ou mais segundos, o que pode ocorrer várias vezes durante o sono)

Depressão respiratória

Respiração lenta

Cianose

4. Sistema Gastrointestinal

Vômitos e/ou diarreias

Náusea, vômito, diarreia, dor abdominal, desidratação

Sialorreia (é a perda não intencional de saliva pela cavidade oral – na linguagem popular, significa babar)

Icterícia (é uma síndrome caracterizada pela coloração amarelada de pele e mucosas devido a uma acumulação de bilirrubina no organismo)

5. Aparelho cardiovascular

Hipotensão arterial

Hipertensão arterial

Distúrbios do ritmo cardíaco

Bradicardia (frequência de batimento cardíaco menor do que 60 por minuto)

Taquicardia (é um aumento da frequência cardíaca (FC). Convencionou-se como normal no ser humano uma FC entre 60 e 100 batimentos por minuto. A partir de 100, inclusive, considera-se que há taquicardia)

Palpitações (é o nome que se dá à percepção dos batimentos cardíacos, normalmente com desconforto e sensação de coração acelerado)

Dor anginosa (sensação de aperto, duração curta (2-10 min) e de intensidade moderada, localização retro-esternal (pescoço, maxilar inferior, braços, epigastro). Radiação ombro e braço esquerdo)

6. Pele e mucosas

Hipertermia

Hipotermia

Sudorese

Mucosas secas

7. Sistema geniturinário

Anúria, diminuição ou ausência da eliminação de urina durante um período mínimo de 24 horas.

Poliúria (um sintoma que corresponde ao aumento do volume urinário (acima de 2.500 ml por dia)

Porfíria (significa vermelho-arroxeadado que se apresenta na cor da urina dos pacientes)

Urina escura

Urina alaranjada

Urina vermelha

Cólica uterina, metrorragia, aborto

Primeiros socorros em:

5.11.1 Inalação

- Isolar a área:
 - identificar o tipo de agente que está presente no local onde foi encontrado o acidentado;
 - quem for realizar o resgate, deverá estar utilizando equipamentos de proteção próprios para cada situação, a fim de proteger a si mesmo;
 - remover o acidentado o mais rapidamente possível para um local bem ventilado;
 - Solicite atendimento especializado.
- Verificar rapidamente os sinais vitais:
 - aplicar técnicas de ressuscitação cardiorrespiratória se for necessária;
 - não faça respiração boca a boca caso o acidentado tenha inalado o produto;
 - para estes casos, utilize máscara ou outro sistema de respiração adequada.

- Manter o acidentado imóvel, aquecido e sob observação.
 - os efeitos podem não ser imediatos.

5.11.2 Ingestão

Nos primeiros socorros deve ser dada prioridade à parada cardiorrespiratória.

Não faça respiração boca a boca caso o acidentado tenha ingerido o produto, para estes casos utilize máscara ou outro sistema de respiração adequado.

- Identificar o agente, através de frascos próximos do acidentado, para informar o médico ou procurar ver nos rótulos ou bulas se existe alguma indicação de antídotos.
- Observar atentamente o acidentado, pois os efeitos podem não ser imediatos.
- Procurar transportar o acidentado imediatamente a um pronto socorro para diminuir a possibilidade de absorção do veneno pelo organismo, mantendo-a aquecida.

Pode-se provocar o vômito em casos de intoxicações por alimentos, medicamentos, álcool, inseticida, xampu, naftalina, mercúrio, plantas venenosas (exceto diefembácias – comigo-ninguém-pode) e outras substâncias que não sejam corrosivas nem derivados de petróleo.

Atenção: não se deve provocar vômitos em vítimas inconscientes e nem envenenamento pelos seguintes agentes: substância corrosiva forte, como ácidos e lixívia; veneno que provoque queimadura dos lábios, boca e faringe; soda cáustica; alvejantes; tira-ferrugem; água com cal; amônia; desodorante; derivados de petróleo como (querosene, gasolina, fluido de isqueiro, benzina e lustra-móveis)



Deve-se ter certeza de que a área e o acidentado estão inteiramente seguros. É importante deixar esclarecido o fato de que a presença de fumaça, gases ou vapores, ainda que pouco tóxicos, em ambientes fechados, podem ter consequências fatais, porque estes agentes se expandem muito rapidamente e tomam o espaço do oxigênio presente, provocando asfixia. (Conheça mais no Manual de Primeiros Socorros do MS – BRASIL, 2003).

5.11.3 Corpos estranhos

É quando há a introdução acidental de corpos estranhos nas vias, que podem ser: partículas de poeiras, cacos de vidro, moedas...

Sinais e sintomas:

- tosse
- sufocamento
- engasgamento

Nos olhos: não esfregar nem tentar retirar objetos encravados no globo ocular. Se forem apenas partículas de poeira, lavar bastante com água corrente, se for outra coisa, tapar a vista e encaminhar com urgência ao hospital.



Figura 5.25: Corpo estranho no olho.

Fonte: <<http://www.inf.furb.br/sias/sos/Fotos/corpoestranhoolho.jpg>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

Nariz: normalmente acontece com crianças, colocam caroço de feijão, sementes no nariz. Deve ser removido imediatamente, pois pode sufocar e prejudicar a respiração.

Nesse caso, colocamos um de nossos dedos para tapar a narina livre e pedir à vítima que feche a boca e faça força para expelir o objeto. Caso não funcione, levar a vítima para o hospital.

Ouvidos: em seguida peça a vítima para inverter a posição para expelir o objeto. Caso não saia, levar a vítima para o hospital.

Garganta: requer ação imediata, pois corre o risco de asfixia e parada respiratória. Devemos realizar a manobra de Heimlich, que consiste em se posicionar atrás da vítima, abraçar-lhe com um de nossos braços na altura do diafragma, colocar-se uma de nossas pernas entre as do paciente e incliná-lo para frente. Com nossa outra mão, em forma de concha, dar-lhe algumas palmadas nas costas entre os pulmões. No mesmo instante, com o braço que está em volta, faça compressões no diafragma.

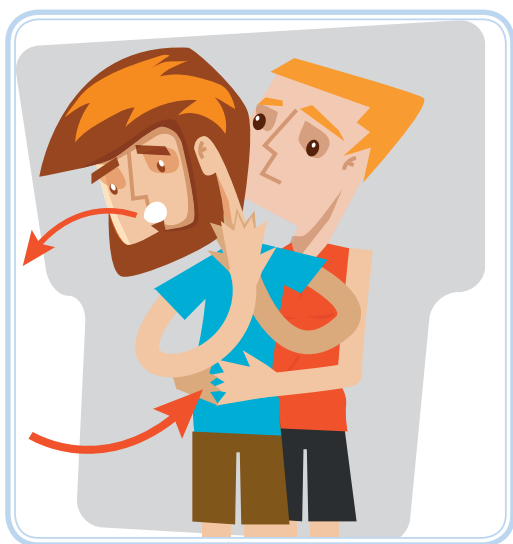


Figura 5.26: Manobra de Heimlich para retirada de corpo estranho na garganta.

Fonte: Ilustrado por Amanda Duarte.

Outros corpos estranhos cravados no corpo, como pedaço de pau, pregos... não devem ser retirados pelo socorrista. Deve-se proteger o local e encaminhar ao hospital.

Obs: Quando a vítima estiver deitada:

- posicionar a vítima em decúbito dorsal;
- ajoelhar-se ao lado da vítima;
- posicionar a palma da mão sobre o abdome da vítima, entre o apêndice xifoide e a cicatriz umbilical, mantendo as mãos sobrepostas;
- aplicar quatro (4) compressões.

5.12 Acidentes com animais peçonhentos e venenosos

Os animais peçonhentos e venenosos produzem toxinas (venenos) que além de provocar dor intensa também atuam no organismo da seguinte forma:

- ação proteolítica: provoca necrose tecidual, devido à decomposição das proteínas;
- ação neurotóxica: a peçonha age no sistema nervoso, causando adormecimento ou formigamento no local afetado, alterações de consciência e perturbações visuais;
- ação hemolítica: age destruindo as hemácias do sangue;
- ação coagulante: ocorre destruição do fibrinogênio de forma que o sangue se torna incoagulável.



Figura 5.27: Cobra, escorpião e aranha.

Fonte: (Escorpião) Ladyb695, sob licença Creative Commons <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.pt_BR>, (Cobra) Geoff Gallice, sob licença Creative Commons <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/deed.pt_BR>, (Aranha) André Karwath aka, sob licença Creative Commons <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/2.5/deed.pt_BR>. Acesso em: 28 Jul. 2014.

Alguns exemplos das toxinas desses animais

- Jararacas e surucucus (proteolítico e coagulante)
- Cascavel (hemolítico e neurotóxico)

- Coral (neurotóxico)
- Escorpiões e aranhas armadeiras (neurotóxico)
- Aranha marrom (hemolítico e proteolítico)

Algumas características das cobras venenosas

- cabeça triangular com pescoço aparente
- olhos pequenos
- possuem fosseta loreal (ou lacrimal)
- escamas com desenhos irregulares
- cauda curta, afinada
- possuem 2 dentes (presas) bem maiores que os demais
- as picadas apresentam a marca das presas
- tem hábitos noturnos

Medidas de primeiros socorros:

- lavar o local afetado com água e sabão, colocar compressas frias;
- não deixar que a vítima faça nenhum tipo de esforço;
- levar imediatamente ao hospital;
- não garrotear, nem furar próximo ao local para escoar o sangue, isso só poderá piorar;
- tente chegar ao hospital em menos de 30 minutos, se possível, leve a cobra, aranha ou escorpião.



Toda regra tem exceção, por exemplo: a cobra coral verdadeira não tem o formato de sua cabeça triangular e seu pescoço não é tão aparente do resto do corpo. Além disso, ela é a única cobra peçonhenta brasileira que não apresenta fosseta loreal (órgão presente em algumas serpentes, que serve para perceber o calor em sua forma endotérmica).



As cobras costumam ter o veneno mais tóxico que as aranhas e os escorpiões. Conheçam um pouco sobre essas espécies, afinal a maioria dos ACS visitam zonas rurais e encontrar esses animais peçonhentos não é tão raro, visite o site: <<http://farmavett.blogspot.com.br/2011/07/quem-e-mais-venenoso-o-escorpiao-aranha.html>>.



O Manual de Primeiros Socorros possui uma vasta informação sobre animais peçonhentos e envenenamentos. Pesquise no Manual de Primeiros Socorros Brasil, 2003.

Como vocês perceberam, o atendimento emergencial pode acontecer em qualquer hora e lugar, por isso propomos uma atividade para que o material seja fixado com exemplos da experiência diária de vocês. Conte uma experiência vivenciada ou que você tenha participado no socorro a vítima, descreva com detalhes do início ao fim todo o episódio e poste a sua experiência no ambiente virtual de ensino e aprendizagem (AVEA), caso não tenha tido nenhuma experiência nesta área, você pode selecionar uma reportagem ou artigo que fale sobre a atuação do ACS em uma emergência. Faça um resumo identificando os pontos principais da assistência prestada pelo agente. Poste seu resumo e o link no AVEA.

5.13 Transporte de feridos

O transporte de acidentados ou de vítimas de mal súbito requer de quem for socorrer o máximo cuidado e correção de desempenho, com o objetivo de não lhes complicar o estado de saúde com o agravamento das lesões existentes. (BRASIL, 2003)

Antes da remoção da vítima, devem-se tomar as seguintes providências:

- se houver suspeita de fraturas no pescoço e nas costas, evite mover a pessoa;
- para puxá-la para um local seguro, mova-a de costas, no sentido do comprimento com o auxílio de um casaco ou cobertor;
- para erguê-la, você e mais duas pessoas devem apoiar todo o corpo e colocá-la numa tábua ou maca, lembrando que a maca é o melhor jeito de se transportar uma vítima. Se precisar improvisar uma maca, use pedaços de madeira, amarrando cobertores ou paletós;
- apoie sempre a cabeça, impedindo-a de cair para trás;
- se houver parada respiratória, inicie imediatamente a manobra de ressuscitação;
- imobilize todos os pontos suspeitos de fratura;
- se houver suspeita de fraturas, amarre os pés do acidentado e o erga em posição horizontal, como um só bloco, levando-o até a maca;

- no caso de uma pessoa inconsciente, mas sem evidência de fraturas, duas pessoas bastam para o levantamento e o transporte; e
- lembre-se sempre de não fazer movimentos bruscos.

Atenção

- movimente o acidentado o mínimo possível;
- evite arrancadas bruscas ou paradas súbitas durante o transporte;
- o transporte deve ser feito sempre em baixa velocidade, por ser mais seguro e mais cômodo para a vítima; e
- não interrompa, sob nenhum pretexto, a respiração artificial ou a massagem cardíaca, se estas forem necessárias. Nem mesmo durante o transporte.



Atenção: algumas ações devem ser realizadas após se prestar os primeiros socorros. Certas manobras não devem ser interrompidas nem durante o transporte (respiração artificial ou a massagem cardíaca)

Métodos de transporte:

1. Vítima consciente e sem lesão grave:

- transporte de apoio executado por uma pessoa;

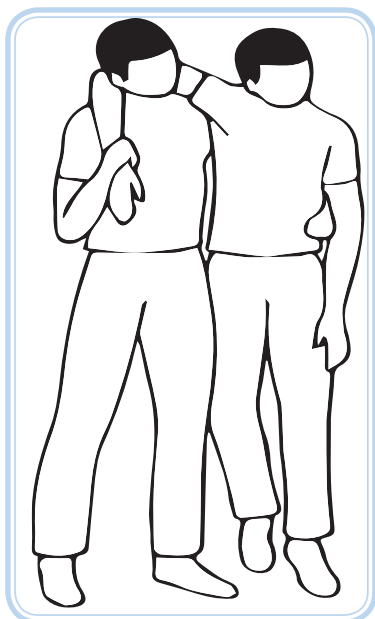


Figura 5.28: Transporte ajudado por uma pessoa.

Fonte: Brasil (2003, p. 54).

- transporte de apoio executado por 2 pessoas;

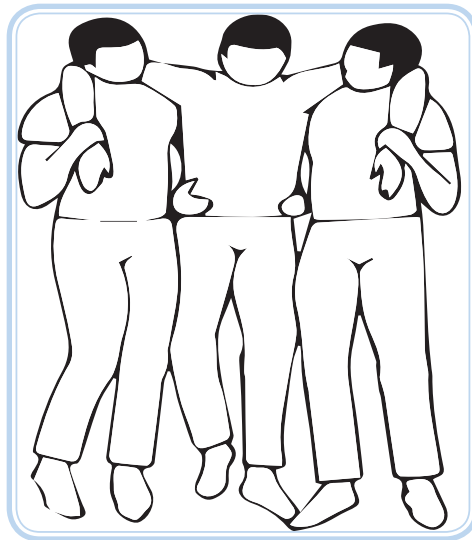


Figura 5.29: Transporte ajudado por duas pessoas.

Fonte: Brasil (2003, p. 58).

- transporte em cadeirinha;

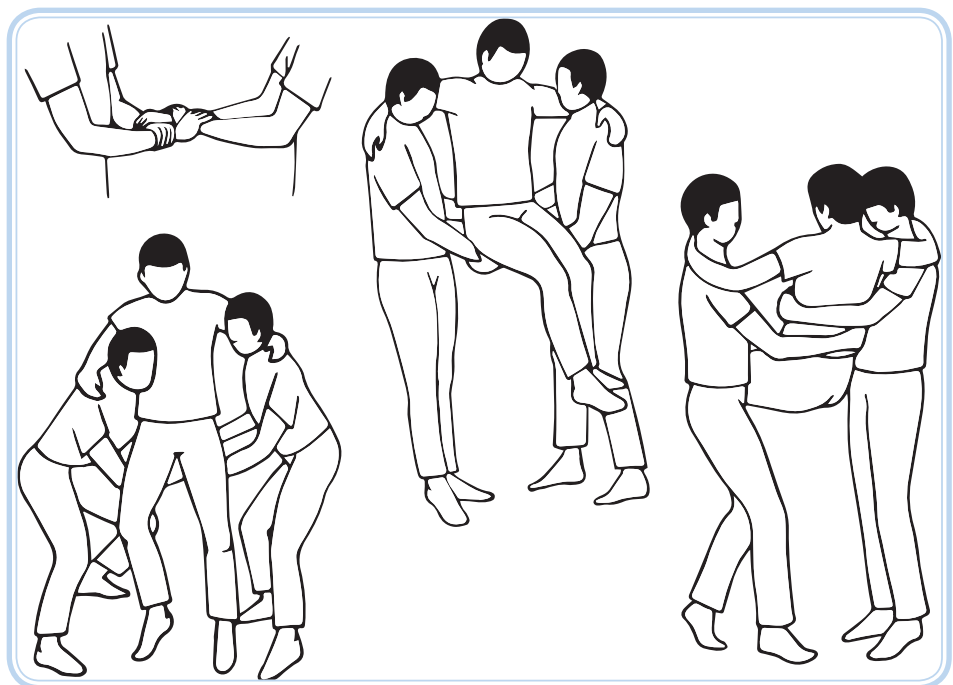


Figura 5.30: Transporte da vítima em cadeirinha.

Fonte: Brasil (2003, p. 59).

- transporte em cadeira;

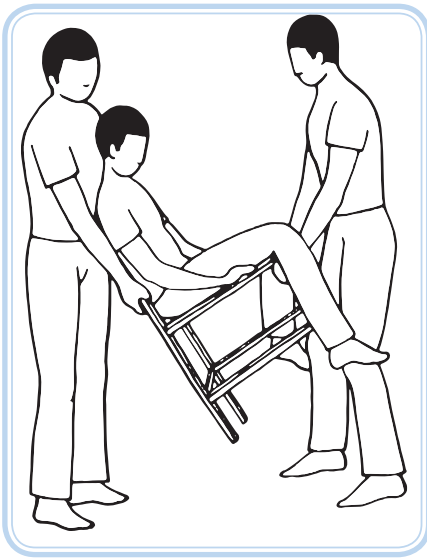


Figura 5.31: Transporte da vítima em cadeira.

Fonte: Brasil (2003, p. 60).

- transporte pelas extremidades;

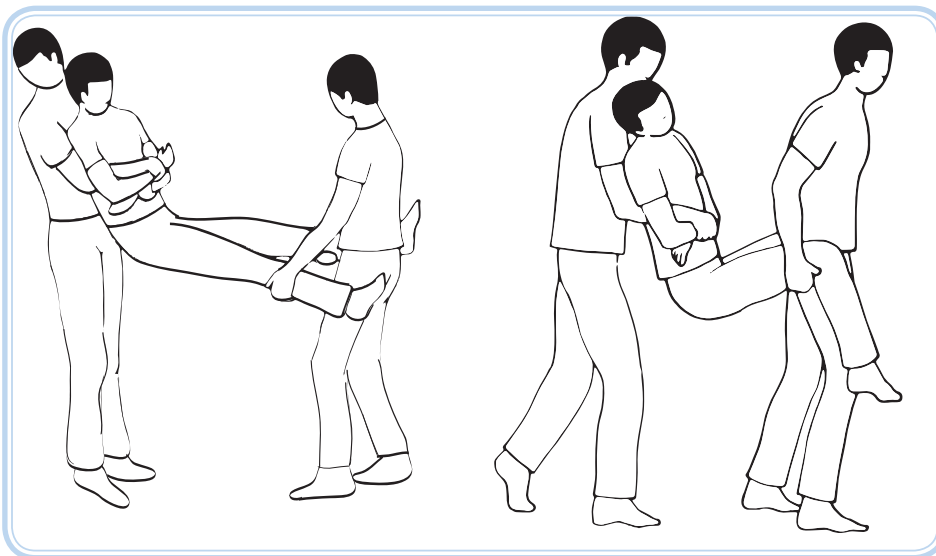


Figura 5.32: Transporte da vítima pelas extremidades

Fonte: Brasil (2003, p. 59).

2. Vítima inconsciente e pouco grave:

- transporte em braço;

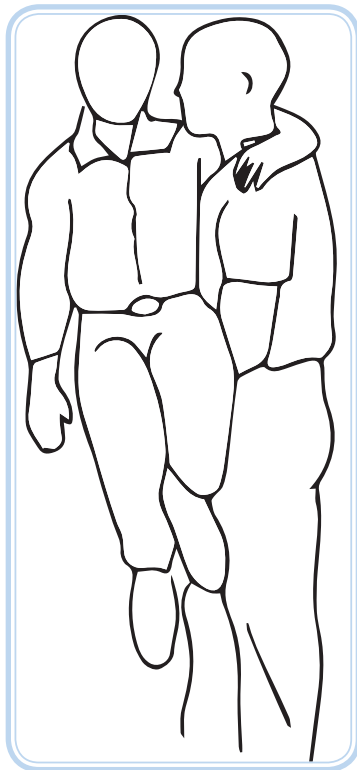


Figura 5.33: Transporte de vítima no braço.

Fonte: <<http://www.jacuiescoteiros.com.br/adestramento/imagens/colo.jpg>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

- transporte nas costas;

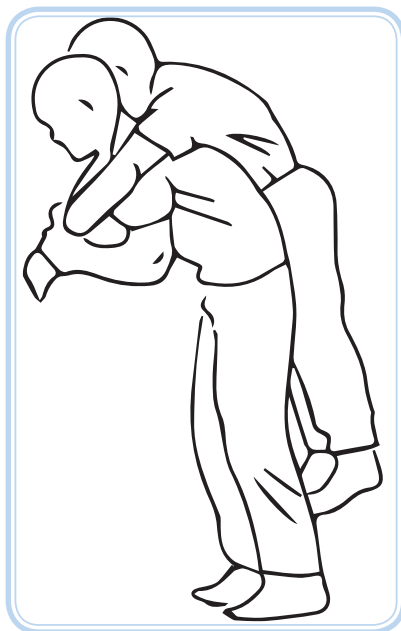
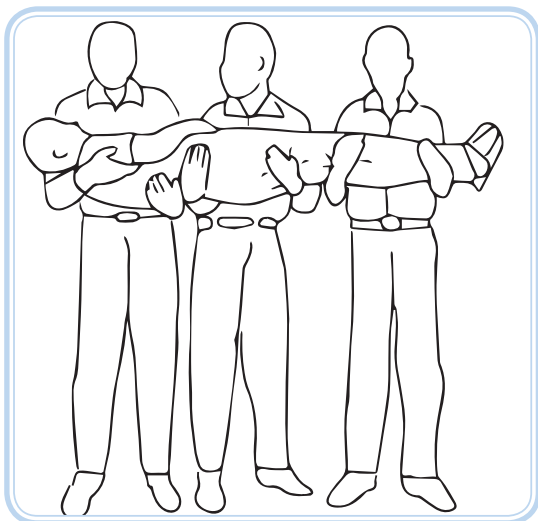


Figura 5.34: Transporte de vítima nas costas.

Fonte: <<http://www.jacuiescoteiros.com.br/adestramento/imagens/costas.jpg>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

- transporte feito por 2 pessoas no colo;



5.35: Transporte de vítima por três pessoas.

Fonte: <<http://www.jacuiescoteiros.com.br/adestramento/imagens/3empe.jpg>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

- transporte feito com cobertor ou colcha.

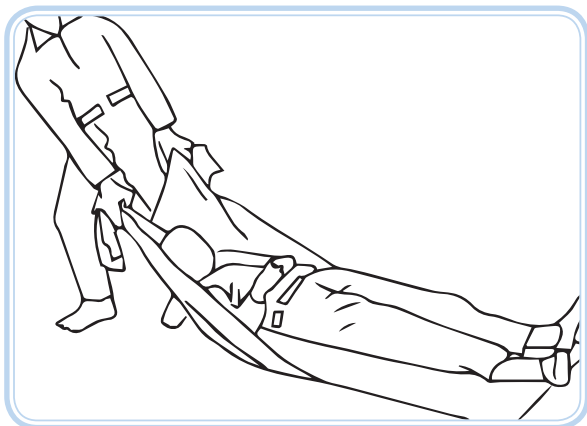


Figura 5.36: Transporte de ferido realizado com uma colcha.

Fonte: <<http://www.jacuiescoteiros.com.br/adestramento/imagens/cobertor.gif>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

O transporte deverá ser feito com procedimentos técnicos de forma a garantir a segurança da vítima relacionada ao agravamento de lesões e instalação de futuras sequelas.

Como aprendemos no decorrer desta aula, os acidentes são imprevisíveis, então a melhor estratégia é saber sempre um pouco, como conduzi-los, evitando nervosismos em excesso, acalmando as pessoas à volta e buscar o socorro especializado para cada caso. Essas atitudes irão promover um ambiente mais tranquilo proporcionando um socorro mais eficiente e eficaz, o que fará uma grande diferença no restabelecimento do acidentado.

Resumo

Nesta aula, você recebeu informações sobre o atendimento emergencial para vários tipos de acidentes e a forma correta de atendê-los, lembrando sempre que todas as ações devem ser realizadas pensando-se na segurança pessoal, como também na segurança da vítima e do ambiente, afinal evitar a ocorrência de novos acidentes é fundamental. Vimos que os acidentes domésticos ocorrem com muita frequência, principalmente com crianças. Pensando na profissão do ACS e nas suas visitas domiciliares pela comunidade, o conhecimento de como atuar diante de uma emergência/urgência poderá ser aplicado algumas vezes, por isso, ter informações de como avaliar uma pessoa acidentada e aplicar os primeiros socorros, principalmente a reanimação cardiorrespiratória será importante na sobrevivência da vítima. Enquanto profissional você também poderá orientar a comunidade no sentido de prevenir que acidentes ocorram, por exemplo: orientando quanto à limpeza dos locais para evitar presença de animais peçonhentos, dando simples orientações como guardar os produtos de limpeza potencialmente tóxicos fora do alcance de crianças e idosos, entre outras situações. Seu conhecimento o auxiliará nestas ações.

Atividade de aprendizagem

O que deve ser feito diante de uma pessoa que está apresentando sinais evidentes de engasgamento com corpo estranho. Lembre-se, a sua atitude poderá evitar que a vítima morra asfixiada.

Referências

BAPTISTA, Rui Carlos Negrão. Avaliação do doente com alteração do estado de consciência – Escala de Glasgow. **Revista Referência**, n. 10, p. 77-80, maio. 2003. Disponível em: <https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=196&codigo=>. Acesso em: 31 mar. 2014.

BORNSTEIN, Vera Joana; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; ARAÚJO, José Wellington Gomes de. Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 32, p. 93-101, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/08>>. Acesso em: 1 dez. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Cartão nacional de saúde**: uma realidade para todos os brasileiros. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/1819-cartao-nacional-de-saude-uma-realidade-para-todos-os-brasileiros>>. Acesso em: 3 nov. 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 de março de 1995. Seção 1, p. 3666. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 31 mar. 2014.

BRASIL. JusBrasil. **Art. 135 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10623219/artigo-135-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940>>. Acesso em: 17 mar. 2014.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 out. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21>. Acesso em: 4 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. **Manual de primeiros socorros**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 170p. Disponível em: <http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/fi000007.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**: área profissional saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS>. Acesso em: 4 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (Série Textos Básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2012.

BRASIL. Secretaria Especial de Defesa Social. Departamento de Trânsito do Estado do Pará. **Primeiros socorros**. Pará: DETRAN-PA, [20-?]. Disponível em: <http://www.detran.pa.gov.br/menu/educacao/cursos/pdf/PRIMEIROS_SOCORROS.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2014.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55- 77.

CARRARA, Dircel et al. **Oximetria de pulso arterial**. São Paulo: Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN/SP), [2011]. Disponível em: <<http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/oximetria%2022-12.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

COMO FAZER. **Como prevenir acidentes domésticos com crianças**. [2013]. Disponível em: <<http://www.comofazer.com.br/como-prevenir-acidentes-domesticos-com-criancas/>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

CORREIO JURUNENSE. **Idosos e crianças são os novos socorristas do SAMU 192**. 2012. Disponível em: <<http://jornalcorreiojurunense.blogspot.com.br/2012/05/idosos-e-criancas-sao-os-novos.html>>. Acesso em: 17 mar. 2014.

CRISAÚDE. **Feridas**. 2013. Disponível em: <<http://www.criasaude.com.br/N6440/doencas/feridas.html>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

LUMER, Sandra. **Urgência/Emergência**: uma breve revisão conceitual. 2009. Disponível em: <<http://vivavida.agenciainter.com.br/2009/12/urgenciaemergencia-uma-breve-revisao-conceitual/>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

MANDAL, Ananya. **O que é sepsia**. [2014]. Disponível: <<http://www.news-medical.net/health/What-is-Sepsis-%28Portuguese%29.aspx>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

MENDES, Caroline Margarida; SAMPAIO, Michelle Penha; SAMPAIO, Luciana Cristina de Carvalho. Biossegurança. **Unigranrio**, Saúde & Ambiente em Revista, Duque de Caxias, v. 3, n. 1, p. 117, jan./jun. 2008.

NEGRÃO, Mário Márcio. **Transtornos de estresse pós-traumático**. [20-?]. Disponível em: <http://www.orgone.com.br/a_estressep.html>. Acesso em: 17 mar. 2014.

PERES, C.R.F. B et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. Esc. Enferm USP, v. 45**, n. 4, p. 905-911, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a16.pdf>>. Acesso em: 1 dez. 2012.

PEROZIN, Tamara. **Primeiros socorros**. [2012]. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAf5QAE/primeiros-socorros>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

PINHEIRO, Pedro. **Queimaduras: graus e complicações**. 2010. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2010/11/queimaduras-grau.html>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. SENAC Nacional, 2005. 192p.

SBAIT. Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado. **O que é trauma?** [2013]. Disponível em: <<http://www.sbait.org.br/trauma.php>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

SEGURANÇA DO TRABALHO. **Os 10 mandamentos do socorrista**. 2006. Disponível em: <<http://clubedasegurancadotrabalho.blogspot.com.br/2006/05/os-10-mandamentos-dos-socorristas.html>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

SILVA, Pâmela Rodrigues da; RIBEIRO, Gracy Tadeu Ferreira. ACS: Elo de ligação entre comunidade carente e a ESF. **Vita et Sanitas**, Trindade-GO, n. 3, jan./dez. 2009. Disponível em: <http://fug.edu.br/revista_3/pdf/asc_elodeligacao.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2012.

SILVEIRA, Elzio Teobaldo da; MOULIN, Alexandre Fachetti Vaillant. **Direitos da pessoa que estiver sendo atendida**. 2003. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=1128>. Acesso em: 04 dez. 2012.

TEIXEIRA, T. H. V; SILVA, R.N.M. **Noções básicas de primeiros socorros**. São Paulo: DGRH/DSSO/UNICAMP, 2012. Disponível em: <http://www.iqm.unicamp.br/csea/docs/QG362_2009/primeiros%20socorros%20Prof.%20Fabio%20Gozo.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2012.

VARELLA, Drauzio. **Primeiros socorros: afogamento**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/crianca-2/afogamento/>>. [2013]. Acesso em: 19 mar. 2014.

VARELLA, Drauzio. **Respiração**. [2012?]. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/tabagismo/respiracao/>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

Currículo da professora autora

Selma Elizabeth de França Gonçalves – Graduada e Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal Fluminense – UFF – Niterói/RJ, Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Enfermagem Luiza de Marilac – RJ, MBA em Gestão de Negócios de Saúde, pela Fundação Educacional Lucas Machado/ Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (MG) e Mestre no Trabalho da Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ/RJ. Atua como professora do Curso de Pós Graduação em Enfermagem do Trabalho do Centro Universitário de Barra Mansa e como professora formadora no Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro – IFRJ, Campus Nilo Peçanha, nas disciplinas de Saúde e Segurança no Trabalho e Agente Comunitário de Saúde e o SUS.





e-Tec^{rede}
Brasjl

