

Curso: Medicina

Equipe:

Professor Coordenador/Orientador: André Teixeira Silva

Alunos: Anderson Douglas Souza Aragão

Cristhianne Carvalho de Brito

Sheva Rovenna

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PRIMEIROS SOCORROS COM
PROFESSORES DAS REDES PÚBLICA E PRIVADA DE ENSINO
DE CAMPINA GRANDE**

Relatório de Projeto de Extensão

**Campina Grande - PB
2012**

ANDRÉ TEIXEIRA SILVA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PRIMEIROS SOCORROS COM
PROFESSORES DAS REDES PÚBLICA E PRIVADA DE ENSINO
DE CAMPINA GRANDE**

Relatório de projeto de extensão apresentado ao Núcleo de Pesquisa e de Extensão (Nupex) do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (Cesed) de acordo com o que preconiza o regulamento.

**Campina Grande - PB
2011**

SUMÁRIO

1 Introdução	04
2 Objetivos	05
3 Justificativa	06
4 Referencial teórico	07
5 Metodologia	13
7 Desenvolvimento	16
Referências	20
Apêndice I – Questionário de Avaliação	22
Apêndice II - Cartilha Educação Permanente em Primeiros Socorros Para Professores	24

1 INTRODUÇÃO

Trauma é um evento nocivo que advém da liberação de formas específicas de energia e de barreiras físicas ao fluxo normal de energia (PHTLS, 2007). Figueiredo (2007), afirma que o evento traumático é considerado um desafio internacional para os sistemas de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde as colisões já ocupam a terceira causa externa de mortalidade no mundo, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e câncer.

No Brasil, o trauma é uma importante causa externa de mortalidade e de morbidade, notadamente entre as camadas mais jovens da população, sendo responsável por mais de 130 mil mortes por ano e por mais de 400 mil sequelas importantes (ALMERINDO JÚNIOR et al, 2007). As lesões traumáticas têm um imenso impacto na sociedade, tanto para as vítimas quanto para seus familiares, gerando danos físicos e emocionais, além de prejuízos materiais e financeiros, que se prolongam pelo período de recuperação (PIRES, 2006).

Os primeiros socorros são definidos como um atendimento temporário e imediato de uma pessoa que está ferida ou que adocece repentinamente, bem como, se insere o atendimento no domicílio quando não se pode ter acesso a uma equipe de resgate ou enquanto os técnicos em emergência médica não chegam ao local (HAFEN, 2002).

Nesse contexto, incluem-se como cenário importante de incidentes que demandam cuidados de primeiros socorros, as escolas. Os protagonistas desse ambiente, as crianças, sempre que têm oportunidade tentam concretizar no meio escolar as travessuras que não conseguiram cumprir em casa. As próprias brincadeiras nos intervalos através de corridas, esportes e curiosidade pelo desconhecido, torna esse público susceptível a pequenos traumas que exigem cuidados e não podem ser subestimados. Como promotores desses cuidados estão os professores, supervisores em tempo integral desses estudantes.

Durante sua formação profissional os professores não aprendem qualquer noção de

Não existe na grade curricular atual dos cursos de licenciatura uma disciplina que ensine noções básicas de primeiros socorros, bem como na estrutura curricular do ensino básico em ambas as redes de ensino. Dessa forma os professores não sabem como agir em situações que ponham em risco a vida e saúde dos alunos, conduzindo de forma inadequada qualquer criança vítima de pequenos acidentes ou que se apresente com outra condição patológica.

Diante da situação exposta gerou-se a necessidade de desenvolvimento deste projeto de extensão que procurou alcançar os seguintes objetivos:

2 OBJETIVOS

- Geral

- Difundir as noções básicas de Primeiros Socorros entre os professores da rede básica de ensino Campina Grande - PB, a fim de formar agentes multiplicadores, evitando que os conhecimentos adquiridos fiquem restritos ao meio acadêmico.

- Específicos

- Capacitar os professores a realizar procedimentos básicos do primeiro atendimento;
- Informar sobre as medidas adequadas a serem tomadas diante de determinados agravos;
- Orientar a respeito de procedimentos e/ou atitudes que não devem ser realizados, evitando complicações adicionais ao quadro da vítima;
- Alertar sobre a importância dos serviços de atendimento à saúde, como os bombeiros e o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), com ênfase na diminuição das falsas ocorrências;
- Demonstrar a importância da capacitação de professores em primeiros socorros para intervir junto a situações que representem risco potencial a saúde ou vida dos estudantes;
- Avaliar o nível prévio de conhecimentos em primeiros socorros dos professores.

3 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista a incidência crescente dos traumas e das complicações inerentes a ele, torna-se de suma importância que sejam discutidos e ensinados métodos de prevenção e de atendimento nas escolas de nível fundamental, uma vez que a educação é um processo de construção dinâmico que requer tempo, dedicação e continuidade para sua aplicação, tornando-se necessário que se inicie desde cedo.

A falta de preparo dos professores para agir em situações que representem risco potencial a saúde ou vida dos estudantes, onde uma simples manobra pode ser o diferencial na prevenção e no tratamento nas fases agudas de diversos tipos de agravos, a fim de minimizar danos advindos da incorreta manipulação da vítima e/ou a falta de socorro imediato, visto que estes fatores, não só contribuem para o agravamento do estado do paciente, como resultam em maior tempo de permanência hospitalar devido aos agravos.

Isso demonstra a importância dos conhecimentos e técnicas em Primeiros Socorros dentro do ambiente escolar.

Por vezes as brincadeiras durante os intervalos de aulas podem levar, por exemplo, a quedas, cujos ferimentos podem provocar sangramento extenso, ou até mesmo a magnitude do trauma resultar em fraturas ósseas. Procedimentos corretos empregados nessas situações podem minimizar os danos à saúde do estudante e reduzir o tempo de recuperação, diminuindo assim sua ausência das atividades educativas e convívio social.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Os primeiros socorros são definidos como um atendimento temporário e imediato de uma pessoa que está ferida ou que adoecer repentinamente, bem como, se insere o atendimento no domicílio quando não se pode ter acesso a uma equipe de resgate ou enquanto os técnicos em emergência médica não chegam ao local (HAFEN, 2002).

De acordo com o autor supracitado, na realização do primeiro atendimento ao enfermo há a necessidade de reconhecer condições que põem em risco a vida, aplicar respiração e circulação artificiais quando necessário, controlar o sangramento, tratar de outras condições que ponha em risco a vida, minimizar o risco de outras lesões e complicações, evitar infecções, deixar a vítima o mais confortável possível, em suma, tomar as atitudes necessárias para manter a vítima viva e na melhor condição possível até que se obtenha o atendimento médico e posterior transporte para o hospital apropriado.

Atualmente estão cada vez mais disseminados os agentes capazes de causar lesões nos seres humanos: os meios de transporte, o maquinários utilizado na agricultura e indústria, o poder de destruição das armas de fogo, bem como outras causas. A organização mundial de saúde, em sua classificação internacional de doenças (CID 10) agrupa estes agentes como causas extrínsecas, englobando as lesões originadas da interveniência de um agente externo, seja não intencionais (acidentes de trânsito, intoxicações, quedas, incêndios e afogamento) ou intencionais (autoinfligida, violência interpessoal e lesões relacionadas à guerra) (MICHEL, 2003).

Ladeira (2006) afirma que o atendimento pré-hospitalar ao indivíduo vítima de trauma, tem experimentado um extraordinário aprimoramento nas últimas décadas. A partir dos anos 1950 ganhou força a noção de primeiro socorro, nascido a partir da experiência do atendimento de feridos nas guerras da Coreia e do Vietnã, com o objetivo de aproveitar a primeira hora após a lesão como definidora do prognóstico. Esta concepção influenciou

grandemente a organização dos atuais sistemas de atendimento, que existe desde a década de 1970 nos países industrializados e que, em 1990, vem se desenvolvendo no Brasil.

De acordo com o artigo 135 do Código Penal Brasileiro, todos são obrigados a prestar socorro às vítimas de acidentes ou males súbitos, sob pena de processo por omissão de socorro e de acordo com a atual Lei de Trânsito, todos os motoristas deverão obrigatoriamente ter conhecimentos de primeiros socorros (JESUS, 2002).

Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparado 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 a omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplica, se resulta em morte.

Tratando-se de delito omissivo próprio é inadmissível. Ou o sujeito não presta a assistência, e o delito está consumado, ou presta socorro à vítima, hipótese em que não existe crime. Portanto o domínio básico da temática em questão é de suma importância do ponto de vista jurídico do próprio socorrista e vital para a vítima. Como é dito no primeiro livro da Epidemia do Corpo Hipocrático: “Tenha, em relação ao atendimento, duas coisas em vista: seja útil, ou, ao menos, não prejudique” (KNOBEL, 2006).

Dado que o ambiente escolar é cenário, muitas vezes, de mecanismos diversos de trauma, atenta-se para a importância dos primeiros socorros e de seu domínio por parte dos professores como forma de minimizar danos e sequelas bem como de passar tais conhecimentos a seus alunos atuando como multiplicadores, com a finalidade de educar não apenas para procedimentos técnicos e como também acerca do impacto de falsas ligações para os serviços de atendimento médico pré-hospitalar, porque pode ser a vida

de um familiar que está em questão, e este pode não ser atendido por causa de uma brincadeira (falso chamado).

Diante deste exposto, torna-se de fundamental importância a disseminação de conhecimentos em primeiros socorros entre os professores da rede básica de ensino da cidade de Campina Grande, visando não apenas iniciar a proposta de implementar uma medida de atenção a saúde mas sugerir a inclusão dos primeiros socorros como componente curricular para os cursos de licenciatura, uma vez que o professor é um dos primeiros indivíduos a abordar o aluno vítima de trauma no ambiente escolar.

O nosso projeto visa a abordagem de vários conteúdos, tais quais: reanimação cardiopulmonar, envenenamento, hemorragias, convulsões, queimaduras, obstrução de vias aéreas por corpo estranho, choque elétrico e afogamento.

A parada cardiopulmonar é a cessação da circulação e da respiração; é reconhecida pela ausência de pulso e pela apnéia em um paciente inconsciente. A maioria dos casos de parada cardiorrespiratória ocorre na própria residência do paciente ou em via pública. Devido a demora do socorro, a maior parte dos doentes chega ao hospital com poucas chances de recuperação. Como, através de tratamento precoce, tem-se maior probabilidade de sucesso, há de se compreender que a recuperação é maior quando os enfermos são atendidos prontamente por leigos treinados, no próprio local onde ocorreu o colapso, sendo, em seguida, transportado, rapidamente, para hospitais de referência. Partindo deste raciocínio, é fundamental o treinamento de leigos em técnicas de ressuscitação cardiopulmonar, para que possam interagir com o eventual socorrista (FERREIRA, 2006).

A palavra “envenenamento” pode muitas vezes direcionar o raciocínio apenas a condições lesivas causadas por substâncias que possuem efeitos prejudiciais quando administradas em um serviço. Deve-se, entretanto, lembrar que para a classificação de venenos ou toxicantes, praticamente todas as substâncias podem ser nocivas em determinadas doses, possuir ações

terapêuticas em outras, ou serem completamente inofensivas em doses menores (CAMPOLINA, 2001). O acidente tóxico é reconhecido, há muitos anos, como uma importante causa de morbimortalidade. Segundo a OMS, cerca de 1,5 % da população de países dito de Primeiro Mundo apresenta intoxicação, enquanto que no Brasil, seria o dobro (3%) (GIAVINA-BIANCHI, 2003). Embora possa ser fatal, a maioria dos casos de intoxicação poderá ser tratada com sucesso, desde que obtenham atendimento rápido e eficaz.

A crise convulsiva trata-se de uma emergência médica, exige reconhecimento e tratamento imediato, sem perda de tempo. Se isto não ocorrer pode resultar em grave dano ao sistema nervoso, em particular, ou a todo organismo, em geral. Quanto mais tempo durar, mais difícil será o seu controle, e maior será a sua morbimortalidade. Caracteriza-se pela perda repentina de consciência por atividade anormal do cérebro, acompanhada de contrações musculares violentas. Estas são fortes e duram de dois a quatro minutos, depois disto, os movimentos vão enfraquecendo e a vítima recupera-se lentamente. A crise convulsiva pode acontecer em consequência de febre muito alta, intoxicação ou, ainda, devido a epilepsia ou lesões no cérebro.

A hemorragia ocasiona um estado de choque físico decorrente de um volume insuficiente de sangue fluindo pelo corpo para fornecer alimentos e oxigênio aos tecidos, onde todos os processos orgânicos são afetados pelo choque, podendo levar à morte, se o quadro não rapidamente revertido (HAFEN, 2006). O controle da hemorragia é prioritário, pois cada hemácia é importante, onde o rápido controle da perda sanguínea é um dos objetivos mais importante de um atendimento de um paciente traumatizado (PHTLS, 2007). Assim é relevante a educação continuada no ensino fundamental, pois muitas vidas poderão ser salvas, a partir do atendimento precoce de um leigo devidamente treinado.

No Brasil, a inexistência de estatísticas fidedignas não nos deve impedir de perceber a gravidade deste problema médico-social que são as queimaduras. Antes da II Guerra Mundial, a média de extensão de queimaduras, associada a uma taxa de mortalidade de 50%, correspondia a menos de 30% da superfície corporal. Atualmente, esta mesma taxa de

mortalidade de 50%, associa-se a extensões de 65-75% de superfície corporal, na maioria de centro de queimados do mundo (SILVA, 2006).

De acordo com Hafen (2002), o atendimento de emergência ao queimado deve-se iniciar de imediato. Com freqüência a vítima encontra-se em seu domicílio e este primeiro socorro é realizado por familiares ou observadores bem intencionados, mas amedrontados, contudo o atendimento pode agravar o ferimento em vez de ajudar o traumatizado. Com base no exposto almejamos ensinar técnicas básicas aos alunos no ensino fundamental para que possam prestar eficazmente os primeiros socorros ao queimado, onde este novo socorrista não tratará a queimadura, simplesmente cuidará da lesão até que a vítima possa ser levada a um hospital ou ao centro de queimado, tendo por prioridade prevenir danos adicionais à vítima ou a outras pessoas e deter a queimadura.

Os relatos de obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças são geralmente causados por alimentos ou brinquedos, em adultos, por alimentos. O quadro se apresenta de forma súbita e, dependendo do grau de obstrução, pode-se manifestar como tosse, desconforto respiratório ou evoluir com maior gravidade, apresentando abafamento da tosse, sufocação, asfixia, inconsciência e parada cardiorrespiratória. Uma simples atitude de um leigo informado, acalmando o paciente e estimulando a tosse no início do processo obstrutivo, pode salvar a vida deste (FEREZ, 2006).

Marcos Knobel (2006), afirma que no Brasil, segundo estatísticas de 1979 a 1993 ocorrem cerca de 1000 mortes por ano em decorrência de acidentes provocados por correntes elétricas. As chances de salvar uma vítima de choque elétrico diminuem com o passar de alguns minutos, pesquisas realizadas mostram que as chances de salvamento estão relacionadas ao número de minutos decorridos do choque aparentemente mortal, logo esperar a chegada da assistência médica para socorrer a vítima é o mesmo que assumir a sua morte, então não se deve esperar, o caminho é a aplicação de técnicas de primeiros socorros por pessoa que esteja nas proximidades, assim, a educação continuada aos jovens torna-se cada vez mais importante.

A American Heart Association define afogamento como uma situação clínica em que ocorre asfixia conseqüente à submersão mortal em meio líquido, tendo ou não o líquido entrado em contato com o pulmão; por definição a vítima deve morrer em até 24 horas após o acidente. Até o momento, não há dados estatísticos confiáveis quanto a incidência de afogamento; estima-se que ocorram cerca de 150.000 mortes anuais por afogamento ao redor do mundo, e em crianças é a principal causa de morte por acidentes (BUENO, 2006).

De acordo com o autor supracitado a apresentação clínica da vítima de afogamento dependerá fundamentalmente do grau de hipóxia a que esta pessoa tenha sido submetida. A ressuscitação cardiorrespiratória deve ser instituída o mais precocemente possível, a fim de evitar seqüelas neurológicas. O tipo de assistência prestada dependerá de onde se encontra a vítima: no local do acidente ou no hospital. Diante de uma vítima o socorrista tem por objetivo promover menor número de complicações, provendo-se o cérebro e o coração de oxigênio até que a vítima tenha condições para fazê-lo sem ajuda externa, ou até esta ser entregue a serviço médico especializado.

A capacitação de professores garante um poder importante de resolutividade das Situações que representam risco potencial a saúde ou vida dos estudantes, evitando o acionamento desnecessário do serviço de emergência (SAMU – 192). E mesmo em situações onde seja necessário esse acionamento, tal formação ensina como lidar com essas situações e como interagir de forma correta com os Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar. A demonstração da importância desse conhecimento por parte dos professores, e os benefícios gerados pelas possíveis intervenções desses profissionais no que compete a tais situações, estimula a disseminação dessa prática. A iniciativa de ensinar Professores a atenderem seus alunos enquanto vítimas de “acidentes” de causas externas, visa aperfeiçoar a receptividade deles com a finalidade de contribuir no atendimento inicial ao traumatizado, juntamente com os profissionais de saúde.

5 METODOLOGIA

- Definição das ações estratégicas

Inicialmente foi realizado o treinamento dos discentes envolvidos por parte do orientador, através de aulas teóricas e práticas realizadas na faculdade, sobre abordagem do conteúdo, metodologia e uso dos recursos didáticos utilizados nos cursos. Posteriormente foi feito um contato com algumas escolas da rede pública e privada de Campina Grande, aceitando participar do estudo o Colégio Motiva e Escola Estadual Ademar Veloso da Silveira. A partir daí, foi estabelecido um cronograma de aulas e atividades com ambas as escolas e desenvolvidos os cursos teórico-práticos sobre noções básicas de primeiros socorros, no qual os professores tiveram oportunidade de executar as atividades ensinadas em bonecos ou simulação em seus companheiros de curso.

- Avaliação dos participantes

O processo de aprendizado constou de aulas presenciais e práticas, bem como simulações, e realização de técnicas corretas dos procedimentos de Primeiros Socorros. Foi usado um questionário semiestruturado para avaliar seu conhecimento, antes e depois do curso, de modo a avaliar o aprendizado e medir o conhecimento adquirido.

- População alvo

A população foi representada por 70 Professores da rede básica de ensino (1º e 2º Graus), de ambos os sexos, vinculados a Escola Estadual Ademar Veloso da Silveira e Colégio Motiva.

Só participaram do projeto os Professores devidamente autorizados, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE),

pelo próprio docente. O TCLE foi elaborado em três vias, sendo uma retida pela escola envolvida na pesquisa, uma pelo sujeito da pesquisa ou responsável legal e outra a arquivada pelo pesquisador responsável.

O TCLE foi obtido pelos responsáveis pelo projeto, orientando ou orientador, após o sujeito da pesquisa ou seus representantes legais terem sido informados de todos os possíveis benefícios, riscos e procedimentos pertinentes à pesquisa, bem como da garantia do sigilo das informações obtidas e de seu uso exclusivo para os objetivos propostos neste projeto. Em nenhuma das etapas do projeto os alunos foram submetidos a riscos diretos.

- Conteúdo programático

Os conteúdos abordados foram:

- Estojo de primeiros socorros;
- Medidas básicas de pulso, respiração e temperatura;
- Escoriações;
- Hemorragias;
- Fraturas;
- Desmaio;
- Convulsões;
- Obstrução de vias aéreas por corpos estranhos;
- Ressuscitação cardiopulmonar;
- Queimaduras;
- Picadas e mordidas;
- Afogamento;

- Análise dos dados

O projeto foi avaliado continuamente e sempre após a conclusão do cronograma em cada turma, através dos seguintes itens: nível de participação dos estudantes, interesse, pontualidade, assimilação dos conteúdos demonstrados. Foi verificada a assimilação dos conteúdos pelos alunos utilizando um instrumento de pré e pós-teste (Apêndice I).

- Recursos humanos

Participaram do projeto três alunos do quarto ano do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, além do orientador do projeto que é professor desta instituição de ensino superior.

- Recursos materiais

O material didático utilizado constou vídeos e aulas expositivas, projetor de slides, material básico de primeiros socorros (talas, ataduras, gazes) e bonecos para demonstração de técnicas, cartilha elaborada pelos orientados do projeto.

- Recursos utilizados

As escolas que foram beneficiadas com os cursos disponibilizaram espaço físico para realização das aulas e projetor de slides no local.

Os manequins utilizados nas exposições práticas foram disponibilizados pelas alunas Cristhianne Carvalho de Brito e Sheva Rovenna Gomes Targino, membros do projeto.

Para confecção da cartilha e oferta de materiais necessários às práticas (talas, esparadrapos, gazes, ataduras) os orientados utilizaram o recurso financeiro oferecido pela instituição, através de bolsa de projeto de extensão.

7 DESENVOLVIMENTO

O Projeto de extensão “Educação permanente em primeiros socorros com professores das redes pública e privada de ensino de Campina Grande”, foi desenvolvido no período de fevereiro a novembro de 2011, durante o qual foi realizado levantamento bibliográfico a fim de manter as fontes utilizadas, tanto na revisão da literatura, quanto no desenvolvimento da prática extensionista, as mais atuais possíveis. Desse modo, constantemente, a equipe procurou e debateu artigos e publicações as mais recém publicadas em domínios e periódicos confiáveis na internet e em fontes impressas, de modo a acrescentar informações de relevância para o a ação educativa, durante todo o seu desenvolvimento.

Foram planejadas aulas e palestras no início da ação, nos meses de março e abril sendo moldadas ao longo do desenvolvimento da ação, de forma a permitir o melhor aproveitamento por parte do público alvo. A prática de extensão foi então dividida em 12 módulos teórico-práticos, apresentados a professores do ensino básico de instituições da rede privada e pública de ensino de Campina Grande – PB.

O Treinamento dos orientandos que ministraram as aulas nas escolas para os professores, embora previsto para o mês de março, ocorreu durante todo o período de execução das atividades de extensão em primeiros socorros voltadas para professores, em concomitância com disciplina de PHTLS do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas, sob orientação do Professor André Teixeira. Nesse período foi dada a devida ênfase à mudanças em várias práticas consagradas dentro dos primeiros socorros, principalmente no Suporte Básico de Vida (BLS), mantendo assim os conhecimentos a serem passados e aplicados junto aos professores, devidamente atualizados.

Durante os momentos de planejamento das aulas e treinamento dos orientandos, foi decidido à confecção de material didático impresso, a ser usado na implementação das aulas e palestras da atividade de extensão. Dessa forma, uma mini cartilha com o conteúdo dos 12 módulos do Curso de Extensão foi elaborada, com textos simples e objetivos e ilustrações de domínio público que facilitem a fixação do conhecimento (Apêndice II).

O desenvolvimento das aulas nas escolas, por sua vez, se deu em dois momentos, um que ocorreu na Escola Estadual de Ensino Fundamental Ademar Veloso da Silveira, e outro que se desenvolveu no Colégio Motiva. Os colégios concordaram com a proposta de extensão firmando seu interesse através de Termo de Autorização Institucional. Ambas as atividades, não seguiram cronograma a risca e aconteceram no segundo semestre de 2011. As aulas foram ministradas aos sábados por acadêmicos de Medicina, usando recursos audiovisuais diversos, e apresentando as técnicas em primeiros socorros em demonstrações práticas, que a posterior, eram treinadas nos professores participantes.

A explanação teórica e tópicos de aulas/palestras foram baseados no texto da mini cartilha. Cada professor recebeu uma cópia desse material em forma de apostila de sorte que puderam acompanhar o seguimento da teoria e contar com um recurso de consulta para tirar dúvidas e aprofundar a leitura sobre tópicos que não puderam ser abordados durante as explicações, devido o cumprimento do tempo limitado.

Na instituição pública Escola Estadual de Ensino Fundamental Ademar Veloso da Silveira, se dispuseram a participar 20 professores do primeiro ao quinto ano de ensino Básico. No Motiva 50 professores participaram das atividades sendo eles, em sua maioria, do ensino maternal a alfabetização.

O aproveitamento dos professores foi mensurado através de questionário de avaliação simples contendo 10 questões que eram resolvidas antes e após cada palestra de modo a demonstrar se o conhecimento foi devidamente absorvido.

Todas as atividades desenvolvidas foram relatadas à coordenação de pesquisa da instituição de ensino (Cesed) por meio de relatórios mensais, redigidos pelos orientados em conjunto com o professor orientador.

A avaliação do questionário aplicado aos professores antes das aulas de primeiros socorros permitiu concluir que o desenvolvimento dessa atividade de educação permanente em primeiros socorros para junto às escolas de ensino básico se mostrou válida, uma vez que os professores mostraram deficiência em saber lidar com eventos que representam risco à saúde dos alunos no ambiente escolar.

Ficou comprovado através da aplicação de um questionário antes da ministração das aulas que muitos são os medos, os mitos e o folclore que ocupam a mente, mesmo de pessoas capacitadas como professores, quando a situação exige ação rápida e imediata junto a um acidente escolar. Por exemplo, a maioria dos participantes afirmou no pré-teste que, para parar o sangramento do nariz de uma criança, é preciso levantar a cabeça da mesma, e foi esclarecido nas aulas que esse procedimento nunca deve ser feito pois faz com que o sangue desça para a garganta podendo provocar sufocação e aspiração brônquica de sangue, o correto seria abaixar a cabeça da vítima. Durante as palestras essas dúvidas e medos foram surgindo e paulatinamente esclarecidos de modo que, o conhecimento cientificamente sustentado pudesse ser fixado.

Outro ponto interessante é que, mesmo a escola dispondo de enfermaria e técnico de enfermagem para atendimento, o primeiro indivíduo responsável por este serviço que foi abordado declarou que, com uma criança durante um evento que ponha em risco sua saúde em sala de aula, é o professor. Dessa forma eles expressaram que precisam de conhecimento e segurança para interferir de forma positiva nesse evento, a fim de manter a saúde do aluno que se torna paciente. A demonstração de angústia e impotência foi evidenciada no relato de um triste caso que ocorreu no ano de 2011 na cidade de Patos – PB, onde uma criança de 11 anos foi vítima de engasgo com a tampa de uma caneta *bic* durante a aula e a professora e colegas não souberam como proceder rápido. Uma manobra simples e que pode ser realizada por qualquer pessoa teria salvado a vida daquela criança que, infelizmente, evoluiu com parada respiratória e óbito por asfixia antes mesmo que o SAMU tivesse tempo de chegar à escola.

Outras experiências de procedimentos errados foram relatadas pelos participantes que, mostraram grande interesse em aprender cada prática correta, apresentando destaque as manobras de desengasgo, como agir nas crises convulsivas e traumas osteomusculares.

Ainda é preciso destacar, conforme objetivos traçados, o impacto positivo sobre a saúde de qualquer criança/paciente que se acidente em ambiente escolar, tendo a segurança de contar com professores capazes de reconhecer a situação de risco e agir rapidamente e de forma correta.

Ao final dos treinamentos os participantes verbalizaram que, estando familiarizados com a assistência que devem prestar, sentirão mais segurança em intervir e solicitar a ajuda dos serviços de emergência SAMU e Bombeiros nos momentos oportunos, e que serão capazes de cumprir orientações enquanto os profissionais de saúde especializados não chegarem à escola. Essas medidas imediatas salvam uma vida, como foi relatado anteriormente.

Na visão dos discentes foi concluído que as ações de educação permanente são um pilar importante na promoção à saúde, sendo um dos três pontos cruciais defendidos no PHTLS. A atividade de extensão para transferência de conhecimentos adquiridos em meio acadêmico para os professores de escolas do ensino básico de Campina Grande, proporcionou grande retorno aos alunos como extensionistas e, por conseguinte, à instituição a qual fazem parte, quando permite o contato destes, com um conteúdo prático que extrapola as paredes do laboratório para um ambiente onde os cenários e as vítimas são reais. Essa experiência despertou nos acadêmicos uma percepção crítica de como empregar os conhecimentos adquiridos na sala de aula, de forma que puderam contribuir para o crescimento profissional e pessoal de professores e alunos das escolas contempladas com o projeto.

O contato com a comunidade onde os relatos são reais, e as dúvidas foram esclarecidas, fez diferença na evolução acadêmica de todos que participaram dessa atividade de extensão. Dessa forma, a produção de conhecimento seguiu uma via de mão dupla, uma vez que extensionista e professores do ensino básico partilham conhecimentos e experiências uns com os outros, e ambos experimentaram a sensação de dever cumprido e satisfação de estar contribuindo para a formação de uma sociedade mais esclarecida, capaz de agir em prol de uma vida, ajudar os serviços de emergência e compartilhar informações aprendidas.

Para os alunos do quarto ano do curso de medicina fica estabelecido o desejo de continuar difundindo conhecimentos em primeiros socorros para outros professores, em mais escolas, de forma que estes possam servir de meio disseminador dessas técnicas tão básicas que salvam vidas para seus alunos e desses para suas famílias.

REFERÊNCIAS

ANDRAUS, Lourdes Maria Silva et al . Primeiros Socorros para criança: relato de experiência. **Acta paulista de enfermagem**. São Paulo, v. 18, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103210020050002>. Acesso em: 24 Julho 2008.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Advanced Trauma Life Support - ATLS**. 6 ed. EUA: Elsevier, 1997.

BUENO, M. A. et al. **Cuidados terapêuticos em vítima de afogamento**. In: KNOBEL, E. *Conduitas do paciente grave*. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

CAMPOLINA, D. et al. **Envenenamentos**. In: FREIRE, E. *Trauma: a doença dos séculos*. São Paulo: Atheneu, 2001. Vol. II.

FEREZ, DAVID. **Reanimação cardiopulmonar**. In: *Tratado de anestesiologia*. 6. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Vol. II.

FERREIRA, C. G. et al. **Reanimação cardiopulmonar**. IN: PIRES, M.T.T; STARLING, S.V. *Manual de urgência em pronto-socorro*. 8 ed. Guanabara Koogan, 2006.

FIGUEIREDO, A. de M.. **Epidemiologia do trauma**. IN: MARTINS, H. S; DAMASCENO, M. C. T. et al. *Pronto Socorro: Conduitas do hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. São Paulo: Manole, 2007.

GIAVINA-BIANCHI, P. et al. **Diagnóstico e terapêutica das urgências médicas**. São Paulo: Roca, 2003.

HAFEN, B. Q; KARREN, K. J; FRANDES, K. J. **Guia de primeiros socorros para estudantes**. 7 ed. São Paulo: Manole, 2002.

HEBERT, S; XAVIER, R et al. **Ortopedia e traumatologia: princípios e práticas**. 3 ed. São Paulo: Artmed, 2003.

JESUS, D. E. **Código penal adotado**. 13 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

JÚNIOR, Almerindo. L. S; PORTA, R.M.P et al. **Atendimento hospitalar inicial ao traumatizado**. IN: MARTINS, H. S; DAMASCENO, M. C. T. et al. Pronto Socorro: Condutas do hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: Manole, 2007.

KNOBEL, M. et al. **Lesões por choque elétrico e raios**. KNOBEL, E. **Condutas do paciente grave**. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

KNOBEL, E. **Condutas do paciente grave**. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

LADEIRA, R. M. **Epidemiologia do trauma**. IN: PIRES, M.T.T; STARLING, S.V. Manual de urgência em pronto-socorro. 8.ed. Guanabara Koogan, 2006.

MICHEL, O. **Guia de primeiros socorros**. São Paulo: LTR, 2003.

PIRES, M. T.T. **Tratamento inicial do politraumatizado**. IN: PIRES, M.T.T; STARLING, S.V. Manual de urgência em pronto-socorro. 8.ed. Guanabara Koogan, 2006.

PHTLS – Prehospital trauma life support. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. 6 ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2007.

SILVA, S. L. et al. **Queimaduras – fase aguda**. IN: PIRES, M.T.T; STARLING, S.V. Manual de urgência em pronto-socorro. 8 ed. Guanabara Koogan, 2006.

VIEIRA, C. S. **CDS-PP propõe ensino obrigatório de primeiros socorros no 9º ano**. Disponível em: <<http://tsf.sapo.pt/PaginalInicial/Portugal/>>. Acesso em:17/07/08.

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Data: ___/___/_____.

Série: _____

1. Somente pessoas formadas na área de saúde são capazes de prestar os primeiros atendimentos às vítimas de acidentes?

() SIM () NÃO

2. Quando eu me deparo com alguém que se acidentou, eu não me aproximo e chamo ajuda, pois não devemos tocar em vítimas de qualquer acidente?

() SIM () NÃO

3. Quando alguém sofre um corte que sangra muito, eu devo colocar café ou outra substância sobre o corte para que ele pare de sangrar?

() SIM () NÃO

4. Se eu encontro uma criança com o nariz sangrando, eu mando ela levantar a cabeça para o sangramento parar?

() SIM () NÃO

5. Quando uma criança cai e quebra um osso, eu devo pegá-la sem tocar no osso quebrado e levar para um hospital?

() SIM () NÃO

6. Quando uma pessoa desmaia, o melhor a ser feito é afrouxar suas roupas e aguardar ?

() SIM () NÃO

7. Quando uma criança tem uma crise convulsiva durante o recreio, eu chamo ajuda de alguém e seguro firme para a criança parar de se debater?

() SIM () NÃO

8. Quando entra sujeira nos meus olhos eu coço muito, pois assim, o cisco sai logo e para de me incomodar ?

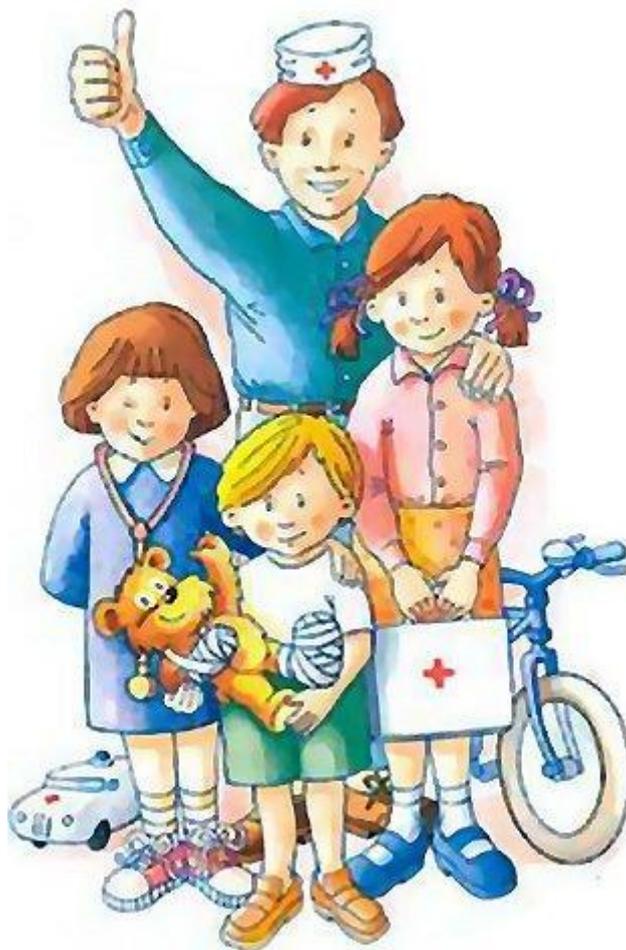
() SIM () NÃO

9. Quando uma criança de engasga com chiclete, eu dou tapas fortes nas costas dela para o chiclete sair?

() SIM () NÃO

10. Quando uma criança está brincando e de repente cai desmaiada sem respirar e sem o coração bater, eu a coloco nos braços e levo para um hospital?

() SIM () NÃO



EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PRIMEIROS SOCORROS PARA PROFESSORES

*André Teixeira Silva
Anderson Douglas Aragão
Cristhianne Carvalho de Brito
Sheva Rovenna Targino*

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PRIMEIROS
SOCORROS PARA PROFESSORES DA REDE
BÁSICA DE ENSINO**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PRIMEIROS
SOCORROS PARA PROFESSORES DA REDE BÁSICA DE
ENSINO**

ANDRÉ TEIXEIRA SILVA
ANDERSON DOUGLAS ARAGÃO
CRISTHIANNE CARVALHO DE BRITO
SHEVA ROVENNA TARGINO

CAMPINA GRANDE – PB

SUMARIO

CAPITULO 1

FUNDAMENTOS DOS PRIMEIROS SOCORROS	7
1.1 – Considerações gerais	7
1.2 – Cuidados essenciais	8
1.3 – Estojo de primeiros socorros	8
1.4 – Quando acionar o serviço de emergência	9
1.5 – O que fazer após o socorro de urgência	10

CAPITULO 2

MEDIDAS BÁSICAS	11
2.1 – Observando a respiração	11
2.2 – Verificando o pulso	11
2.3 – Cor da pele	12
2.4 – Estado de consciência	13
2.5 – Temperatura do corpo	13

CAPITULO 3

FERIMENTOS SUPERFICIAIS E HEMATOMAS	14
3.1 – Escoriações	14
3.2 – Cortes	14
3.3 – Hematomas	15

CAPITULO 4

SANGRAMENTOS	16
4.1 – Hemorragias	16
4.2 – Sangramentos externos nos braços e nas pernas	16
4.3 – Sangramento nasal	17
4.4 – Sangramento no ouvido	18

CAPITULO 5

ENTORSES, LUXAÇÕES E FRATURAS	20
5.1 – Entorse	20
5.2 – Distensão	20
5.3 – Luxação	20
5.4 – Fratura de membros	21
5.5 – Fraturas de crânio, coluna e costelas	22

CAPITULO 6

DESMAIO	23
6.1 – Considerações sobre desmaio	23
6.2 – Como agir	24

CAPITULO 7

CONVULSÕES	25
7.1 – Considerações sobre convulsões	25

7.2 – O que fazer	25
CAPITULO 8	
OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO	26
8.1 – Objetivos	26
8.2 – Como reconhecer uma vítima com obstrução de vias aéreas	26
8.3 - Manobra de Heimlich em adulto e criança	26
8.4. Manobra de Heimlich gestante	27
8.5. Manobra de Heimlich em lactente	27
CAPITULO 9	
QUEIMADURAS	29
9.1 – Definição	29
9.2 – Primeiro atendimento ao paciente queimado	29
9.3 – Graus de queimadura	30
CAPITULO 10	
PICADAS E MORDIDAS	33
10.1 – Picadas de insetos, aranhas e escorpiões	33
10.2 – Picadas de cobras	33
10.3 – Mordeduras por cães e gatos	34
CAPITULO 11	
AFOGAMENTO	35
11.1 – Considerações sobre afogamento	35
11.2 – Cuidados com o Afogado	35
CAPITULO 12	
PARADA CARDÍACA E RESPIRATÓRIA	36
12.1 – Objetivos	36
12.2 – Introdução	36
12.3 – Parada cardíaca e respiratória	36
12.4 – Reanimação Cardiopulmonar (RCP)	37
REFERÊNCIAS	40

CAPÍTULO 1

FUNDAMENTOS DOS PRIMEIROS SOCORROS

1.1. Conceitos gerais

A grande maioria dos incidentes poderia ser evitada, porém, quando eles ocorrem, alguns conhecimentos simples podem diminuir o sofrimento, evitar complicações futuras e até mesmo salvar vidas.

Primeiros Socorros são as primeiras providências a serem tomadas com o acidentado, o doente ou a vítima de mal súbito. Essas medidas evitam o agravamento do estado de saúde, antes que seja iniciado o tratamento especializado necessário, e podem garantir a boa recuperação do acidentado.

O acidentado se refere à pessoa que necessita do atendimento de primeiros socorros.

O fundamental é saber que, em situações de emergência, deve se manter a calma e ter em mente que a prestação dos primeiros cuidados não exclui a importância de um médico. Além disso, certifique-se de que há condições seguras o bastante para a prestação do socorro sem riscos para você. Não se esqueça de que um atendimento de emergência mal feito pode comprometer ainda mais a saúde da vítima.

Deixar de prestar socorro significa não dar nenhuma assistência à vítima. A pessoa que chama por socorro especializado, por exemplo, já está prestando e providenciando socorro.

Qualquer pessoa que deixe de prestar ou providenciar socorro à vítima, podendo fazê-lo, estará cometendo o crime de omissão de socorro, mesmo que não seja a causadora do evento.

O artigo 135 do Código Penal Brasileiro é bem claro: deixar de prestar socorro à vítima de acidentes ou pessoas em perigo eminente, podendo fazê-lo, é crime.

1.2. Cuidados essenciais

- ☞ Tomar providências para que o acidente não origine outros, e afastar perigos que possam complicar a situação. Por exemplo: antes de atender a uma vítima de choque elétrico, deve-se cortar a energia que alimenta o circuito e acionar a companhia de energia;

em incêndios, tentar apagar o fogo ou afastar a vítima para longe dele.

- ☞ Evitar atender uma pessoa sozinha. Em caso de incidentes, acionar imediatamente o serviço de emergência.
- ☞ Afastar da cena as crianças, os curiosos que não se dispunham a ajudar e as pessoas que demonstrem medo ou ansiedade.
- ☞ Se necessitar de ajuda, distribuir ordens para garantir rapidez e eficiência nas ações.
- ☞ Só retirar uma vítima do local do acidente se for necessário para livrá-la de perigos maiores, ou em casos em que levar a vítima ao pronto-socorro imediatamente seja o único meio de salvar-lhe a vida.
- ☞ Nunca dar líquidos a pessoas inconscientes ou semiconscientes.
- ☞ Evitar ficar em pânico, ou causá-lo na vítima ou pessoas em volta. Manter-se calmo transmite confiança à vítima.

1.3. Estojo de primeiros socorros

Obrigatoriamente deve ser guardado em local de fácil acesso e que seja de conhecimento dos adultos, mas fora do alcance das crianças.

Periodicamente deve-se fazer uma revisão dos materiais quanto a sua integridade e se estão dentro do prazo de validade, bem como repor os materiais quando usados.

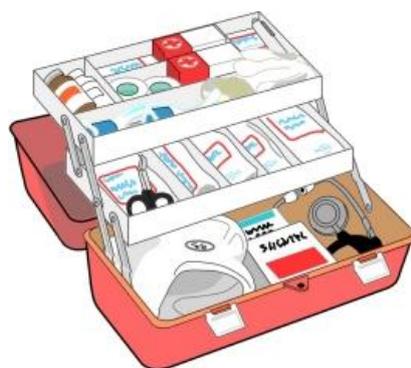


Figura 1 – Estojo de primeiros socorros.

- Solução anti-séptica de PVP-I (Povidine)
- Algodão
- Gazes esterilizadas

- Ataduras de crepe
- Esparadrapo
- Curativo pronto (band-aid)
- Tesoura pequena sem ponta
- Termômetro
- Luvas descartáveis
- Bolsa de gelo
- Talas

1.4. Quando acionar o serviço de emergência

É muito importante manter a calma quando acionar um serviço de emergência, para que se possa fornecer o maior número possível de informações. Primeiramente devemos informar ao atendente nosso nome e o número do telefone em que estamos falando, depois comunicar o tipo de ocorrência e o endereço com a maior precisão possível. O endereço deve ser informado de preferência com pontos de referência para facilitar o deslocamento da equipe destinada a atender tal emergência.

As informações sobre o fato deverão conter o número de vítimas e o tipo de acidente em que se envolveram, se possível o estado em que as vítimas se encontram no momento da chamada. Com essas informações o atendente do serviço que você ligou terá a noção da real situação e direcionar para o local uma equipe especializada, bem como as viaturas necessárias tanto para o atendimento, quanto para a contenção do trânsito e a segurança do local do acidente.

1.5. O que fazer após o socorro de urgência

- ☞ Enquanto o serviço de emergência não chega mantenha a vítima calma e o ambiente tranquilo.
- ☞ Quando o médico chegar, transmita-lhe suas observações sobre os sinais apresentados pela vítima enquanto você a socorria. Esses dados serão de grande valia para o tratamento posterior.
- ☞ Mesmo que a vítima pareça estar em perfeitas condições de saúde, só a abandone após a chegada da emergência.

2.1. Observando a respiração

Para verificar se a vítima está respirando ou não, olhe ou coloque a mão sobre o tórax para observar os movimentos respiratórios. Ou aproxime-se para sentir ou ouvir o ar saindo pela narina ou boca da pessoa (ver fig. 2.1).

Um adulto respira cerca de 12 a 20 vezes por minuto e uma criança até 10 anos varia de 20 a 40 vezes por minuto.



Figura 2.1 – Vendo a respiração

2.2. Verificando o pulso

Normalmente, faz-se a verificação do pulso sobre a artéria radial (facilmente palpada do punho). O pulso também pode ser conferido na artéria carótida, localizada no pescoço ou artéria femoral, na virilha (ver fig. 2.3 e 2.4).

Com os três dedos médios da mão é fácil localizar o pulso radial na face interna do punho, do lado do polegar (ver fig. 2.2). Quando sentir a artéria pressione levemente e conte os batimentos.

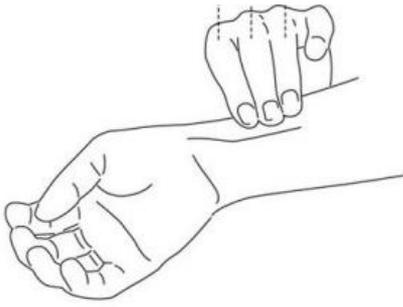


Figura 2.2 – Verificando o pulso no braço



Figura 2.3 – Verificando o pulso na artéria carótida

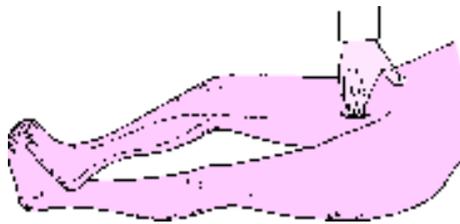


Figura 2.4 – Verificando o pulso na artéria femoral

A frequência do pulso varia de acordo com a idade. As crianças apresentam de 100 a 120 batimentos por minuto; na segunda infância e adolescência o valor varia de 80 a 100 batimentos; e os adultos seguem um ritmo de 60 a 100 batimentos por minuto.

2.3. Cor da pele

😊 É muito importante observar a cor da pele de uma vítima de qualquer incidente. Uma pele avermelhada pode indicar início de intoxicações ou traumatismo craniano.

😊 Se a pele estiver azulada ou arroxeadada caracteriza uma condição de cianose e significa queda de oxigenação no sangue, podendo ser devida a uma obstrução das vias aéreas.

😊 Quando a pele está pálida pode indicar que a circulação do sangue está insuficiente, estados de choque ou doenças cardíacas.

2.4. Estado de consciência

Ao se aproximar de uma vítima identifique-se e faça perguntas como: *qual o seu nome? Onde você está? Que dia é hoje?*

Respostas confusas podem indicar traumatismo craniano, entre outras condições.



Fig. 2.5 – Aproximando-se da vítima

2.5. Temperatura do corpo

Caso necessite usar um termômetro para avaliar a temperatura de uma pessoa, proceder da seguinte: após baixar a coluna de mercúrio do termômetro até 35° C, fazendo movimentos para baixo, coloque o bulbo do termômetro na axila seca da vítima.

Uma temperatura inferior a 36°C pode indicar estado de choque, congelamento ou hemorragia.

Temperaturas mais altas que 37,2°C pode ser decorrência de febre ou exposição a calor excessivo.



Fig. 2.6 Termômetro

CAPÍTULO 3

FERIMENTOS SUPERFICIAIS E HEMATOMAS

3.1. Escoriações

São arranhões superficiais de pele causados por atrito com superfícies ásperas. Para tratar essas lesões deve-se lavar o ferimento com água corrente e sabão ou sabonete. Usando gaze esterilizada ou um pano limpo, retirar restos de terra, espinhos ou outros corpos estranhos que estejam sobre a ferida. Enxugar a área sem esfregar usando uma gaze limpa.

Pode-se ainda aplicar uma solução anti-séptica no local, proteger com gaze e esparadrapo, ou usar curativos prontos.



Figura 3.1 - Escoriação

3.2. Cortes

As lesões de pele provocadas por materiais cortantes podem ser superficiais ou mais profundas. Dependendo do grau de comprometimento dos tecidos o sangramento também varia. O importante é proceder de forma correta seguindo o mesmo procedimento das escoriações. Contudo se o sangramento persistir deve-se pressionar o local com uma gaze limpa por 2 ou 3 minutos, e dependendo da situação

pode-se fazer a compressão antes mesmo de lavar o corte. Caso seja necessário, pode cobrir o ferimento com curativo.

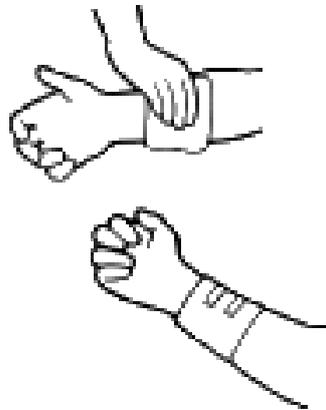


Figura 3.2 – Parando o sangramento

☞ **ATENÇÃO!**

- Não tocar no ferimento diretamente com os dedos;
- Não tentar retirar corpos estranhos como farpas e restos de vidro que ofereçam resistência para sua remoção;
- Não soprar sobre o local, porque pode levar contaminação para a ferida;
- Não usar esparadrapo diretamente sobre a lesão;

3.3. Hematomas

O hematoma ou “mancha roxa” ocorre após pancadas fortes, o sangue fica acumulado abaixo da pele e entre os tecidos. A mancha é sempre bem delimitada e ocorre inchaço no local.

Os hematomas mais comuns são provocados por contusões como por exemplo pela compressão dos dedos em uma porta, ou uma batida na cabeça que origina o “galo”.

Após batidas sem ferimento na pele, fazer aplicação de compressa fria (gelo dentro de um saco e envolvido por um pano).

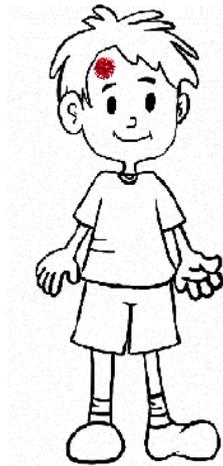


Figura 3.3 - Hematoma

☞ **ATENÇÃO!**

- Não colocar faca sobre o “galo na cabeça”, porque a criança ao ver esse procedimento poderá querer repetir esse gesto e causar acidentes graves;

4.1. Hemorragias

A hemorragia é a perda de sangue ocasionada pelo rompimento dos vasos sanguíneos.

Toda hemorragia deve ser controlada imediatamente, pois grandes perdas sanguíneas podem levar ao estado de choque e à morte em poucos minutos.

A hemorragia externa é a perda de sangue ao rompimento de um vaso sanguíneo (veia ou artéria). Quando uma artéria é atingida, o perigo é maior. Nesse caso, o sangue é vermelho vivo e sai em jatos rápidos e fortes. Quando as veias são atingidas, o sangue é vermelho escuro, e sai de forma lenta e contínua.

A hemorragia interna é o resultado de um ferimento profundo com lesão de órgãos internos.



Figura 4.1 - Sangramento

4.2. Sangramentos externos nos braços e nas pernas

Deitar o acidentado com o membro ferido elevado, procurando manter o local que sangra em plano mais elevado que o coração.

Fazer pressão firmemente sobre o local por cerca de 10 minutos, comprimindo com uma gaze limpa. Se o corte for extenso, aproxime as bordas abertas com os dedos e mantenha unidas. Ainda, caso o sangramento não cesse, pressione com mais firmeza por mais 10 minutos.

Quando o sangramento parar, cobrir o ferimento com uma gaze e prendê-la com uma atadura firme, mas que permita a circulação do sangue. Se o sangramento persistir através do curativo, ponha novas ataduras, sem retirar as anteriores, evitando a remoção de eventuais coágulos.

Em seguida não esquecer de encaminhar a pessoa ao serviço de saúde.

☞ **ATENÇÃO!**

- Não tentar retirar corpos estranhos dos ferimentos;
- Não aplicar substâncias como pó de café ou qualquer outro produto;
- Não fazer uso de torniquetes, porque interrompe a circulação no local do ferimento, e também de outras áreas ao redor;

4.3. Sangramento nasal

Normalmente os sangramentos nasais são de pequena intensidade e pára espontaneamente. As principais causas são o calor excessivo, esforço físico exagerado, uso de unha dentro do nariz, respirar poeira ou substâncias corrosivas, rinite, pressão alta e hemofilia.

Nessas situações deve-se manter a pessoa sentada, inclinando a cabeça para frente, evitando assim que o sangue vá para a garganta e seja engolido, provocando náuseas.

Ainda deve-se comprimir a lateral da narina que está sangrando contra p sépto nasal por 10 a 15 minutos. Pode-se fazer compressa com gelo sobre o nariz.

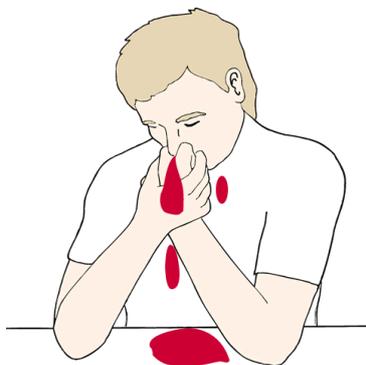


Figura 4.2 – Sangramento pelo nariz

☞ ATENÇÃO!

- Não inclinar a cabeça para trás;
- Não permitir que a pessoa assoe o nariz, pois isso poderá reativar o sangramento;
- Não deitar a pessoa, porque essa posição dificulta a respiração e aumenta o sangramento.

4.4. Sangramento no ouvido

Quase todos os sangramentos do ouvido que ocorrem no dia-a-dia são causados por contusões e arranhões na pele, causados por unhas, cotonetes ou mesmo canetas.

Estes arranhões apenas produzem algumas gotas de sangue e logo cicatrizam. Os objetos largos e pontiagudos (por exemplo, um pauzinho ou vareta) apresentam o perigo de perfurar o tímpano.

Nessas situações lave bem as mãos e a seguir lave muito bem a ferida com água e sabão durante 5 minutos. Enxágüe bem a ferida.

Para parar o sangramento, aplique pressão durante 10 minutos com uma gaze esterilizada. Deixe a área exposta ao ar. Não use álcool ou mercúrio nas feridas abertas. Estas substâncias produzem ardência e danificam os tecidos normais.

Leve a vítima imediatamente ao hospital nos seguintes casos:

- A pele estiver aberta e puder requerer sutura.
- O ouvido estiver muito inchado.
- Um objeto pontiagudo for inserido no canal auditivo.
- A lesão produzir dor no ouvido.

CAPÍTULO 5

ENTORSES, LUXAÇÕES E FRATURAS

5.1. Entorse

O entorse ocorre devido a torção de uma articulação provocando lesão das estruturas que sustentam a articulação. Esse processo provoca dor local, dificuldade de movimento e inchaço.

Nessa situação deve-se elevar a parte afetada e mantê-la em repouso. Pode-se aplicar compressas de gelo, imobilizar o membro e encaminhar a pessoa ao serviço de saúde.

5.2. Distensão

É o rompimento parcial de um músculo, provocando dor intensa e aguda, podendo ficar arroxeadado no local atingido.

Em casos de distensões não se deve movimentar o músculo atingido. A aplicação de bolsa de gelo no local ajuda a amenizar a dor. O médico deve ser consultado.

5.3. Luxação

É o deslocamento de um ou mais ossos para fora da sua posição normal na articulação. Os primeiros socorros são também semelhantes aos da fratura fechada. Lembre-se de que não se deve fazer massagens na região, nem tentar recolocar o osso no lugar.

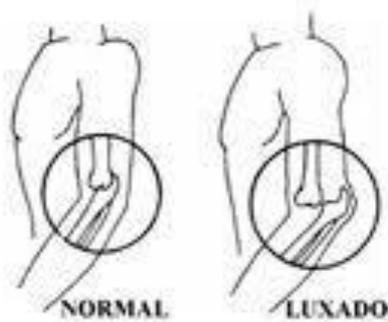


Figura 5.1 – Luxação do cotovelo

5.4. Fratura de membros

Fratura é a quebra de um osso causada por uma pancada muito forte, uma queda ou esmagamento.

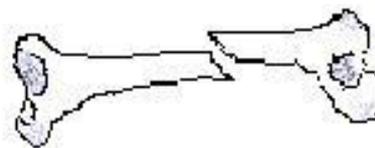


Figura 5.2 – Fratura

As fraturas se dividem em:

- Fraturas fechadas: quando não há solução de continuidade entre a pele e o osso fraturado.
- Fraturas abertas: quando existe um ferimento no local da fratura, que pode expor ou não o osso.

O inchaço, a deformidade e a dor são os sintomas mais comuns. Para uma melhor avaliação estimule o socorrido a mobilizar o membro afetado.

Para Imobilizar o local de modo a impedir que o osso fraturado se mexa e danifique as partes moles, deve-se amarrar delicadamente o membro machucado (braços ou pernas) a uma superfície, como uma tábua ou papelão dobrado. Usando tiras de pano, ataduras ou cintos, sem apertar muito para não dificultar a circulação sanguínea.

A imobilização costuma reduzir a dor. Não tentar de forma alguma colocar o osso no lugar. Se houver ferimento na pele, deve-se lavar com água e sabão e colocar uma compressa de gaze cobrindo a região afetada, antes de imobilizar.

Em casos de fratura de membro superior, pode-se utilizar um pedaço grande de tecido com as pontas presas ao redor do pescoço fazendo uma tipóia. Isto serve para sustentar um braço em casos de fratura de punho, antebraço, cotovelo, costelas ou clavícula.

Só pode usar a tipóia se o braço ferido puder ser flexionado sem dor ou se já estiver dobrado.

5.5. Fraturas de crânio, coluna e costelas

São fraturas graves que necessitam de um atendimento especializado e transporte adequado, pois qualquer erro pode levar a pessoa à paralisia ou morte.

Na fratura de crânio pode aparecer dor, sangramento pelo nariz, boca ou ouvido, sonolência, confusão mental e inconsciência.

A lesão (traumatismo) da coluna vertebral tem que ser presumida em TODOS os casos de trauma.

As quedas de altura, como de uma árvore ou de um muro alto, merecem atenção. Se a pessoa estiver consciente, questionar se está sentindo os braços e pernas.

☞ **ATENÇÃO!**

- Não tentar levantar ou remover a pessoa;
- Chamar o socorro especializado, pois o transporte errado do paciente poderá causar danos irreversíveis para o mesmo.

Quando ocorre fratura de costela o indivíduo pode apresentar dificuldade para respirar e dor a cada respiração. Nesse caso deve-se manter acalmar a pessoa e solicitar apoio especializado.

6.1. Considerações sobre desmaio

O desmaio é a perda repentina e passageira dos sentidos. Os sintomas que antecedem o desmaio, geralmente são fraqueza e sensação de falta de ar, suor frio, tontura, zumbido nos ouvidos e náuseas.

Pode ser decorrente de diminuição do nível de açúcar no sangue, devido jejum prolongado. A permanência em ambientes pouco ventilados, emoções fortes, nervosismo, queda brusca da pressão arterial, alteração no ritmo do batimento cardíaco ou pancada na cabeça, também podem resultar em desmaio.

Normalmente, o desmaio é consequência da má circulação cerebral, o que provoca perda da consciência, relaxamento muscular, palidez e respiração superficial, podendo levar o indivíduo à queda da própria altura.



Figura 6.1 - Desmaio

Nessas situações é importante diferenciar o desmaio de crises histéricas, em que a pessoa escolhe um lugar confortável para cair e com pessoas presentes, apresenta tremor palpebral, respiração profunda e suspirosa e não melhora com as medidas de atendimento.

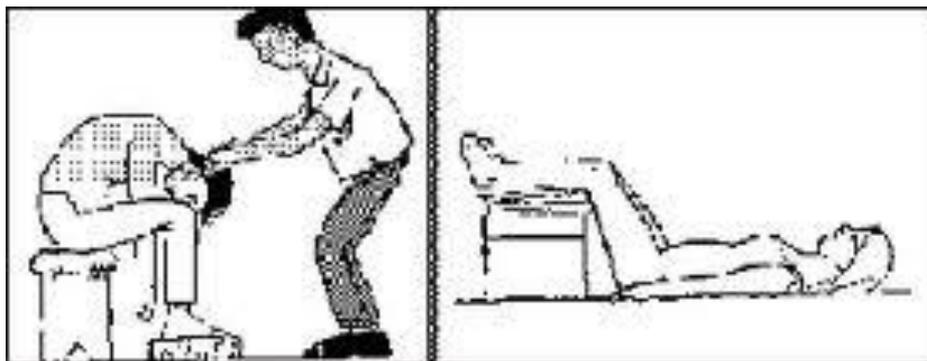


Figura 6.2 – O que fazer

6.2. Como agir

As medidas de primeiros socorros em desmaios têm por objetivo facilitar a chegada do sangue ao cérebro. Seguir as seguintes recomendações:

- Deitar a pessoa de costas de costas, com a cabeça mais baixa em relação ao resto do corpo, exceto nos casos de traumatismo da cabeça (ver fig. 6.2);
- Verificar se o desmaio não foi provocado por cor por estranhos nas vias aéreas;
- Arejar o ambiente e afastar curiosos;
- Afrouxar as roupas da pessoa se necessário.

7.1. Considerações sobre convulsões

A convulsão é uma desordem cerebral. Durante breve período de tempo, o cérebro deixa de funcionar normalmente e passa a enviar estímulos desordenados ao resto do corpo, iniciando as crises convulsivas.

São mais freqüentes em pessoas com epilepsia, traumatismo craniano, febre.

A pessoa apresenta perda da consciência. Durante a crise convulsiva, o doente costuma apresentar fortes abalos musculares e contrações da mandíbula, o que pode acarretar ferimentos na cabeça e cortes profundos na língua.

7.2. O que fazer

- Proteja a cabeça do doente e afaste qualquer objeto que possa machucá-lo;
- Retire qualquer material da boca que possa causar obstrução das vias aéreas não, sem antes colocar um pano ou gaze enrolados para evitar que morda a língua ou quebre os dentes;
 - Afrouxe as roupas da vítima;
 - Não dê água ou qualquer medicamento durante, ou logo após a crise;
- Espere, que ele voltará a si naturalmente;

CAPÍTULO 8

OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO

8.1. Objetivos

- Saber reconhecer uma vítima com obstrução de vias aéreas.
- Demonstrar as técnicas de desobstrução de vias aéreas, manobra de heimlich em adulto, gestante, crianças e lactentes.

8.2. Como reconhecer uma vítima com obstrução de vias aéreas

Obstrução leve: a vítima estará com boa troca gasosa, responsiva e com possibilidade de tosse. Nesse caso, estimular a vítima a tossir.

Obstrução grave: a vítima apresentará sinais claros de asfixia como tosse afônica, cianose ou mesmo inconsciência. Adultos ou crianças maiores podem expressar o sinal universal da asfixia, ao segurar firmemente o pescoço com as duas mãos.

Para essas vítimas aplicar a manobra de Heimlich.

8.3. Manobra de Heimlich em adulto e criança

- Ficar de pé ou ajoelhado (em caso de crianças) atrás da vítima e circundar seus braços ao redor da cintura da vítima;
- Fechar o punho de uma mão;

- Posicionar o punho, com o polegar voltado contra o abdome da vítima, na linha média, levemente acima do umbigo e bem abaixo do osso esterno;
- Agarrar seu punho com a outra mão e pressionar o punho contra o abdome da vítima, aplicando uma compressão rápida para cima;
- Repetir as compressões até que o objeto seja expelido da via aérea ou a vítima torne-se não responsiva.



Figura 8.1 – Manobra de desengasgo em adulto

8.4. Manobra de Heimlich gestante

- Para gestantes aplicar compressões a nível torácico e não abdominal. Usar o método também para obesos.



Figura 8.2 – Manobra de desengasgo em gestantes

8.5. Manobra de Heimlich em lactente

- Ajoelhar-se ou sentar-se com o lactente em no colo;
- Descobrir o tórax do lactente.
- Segurar o lactente de barriga para baixo com a cabeça levemente mais baixa que o tórax, apoiada no antebraço. Apoiar a cabeça e a mandíbula do lactente com sobre a mão. Tomar cuidado para não comprimir os tecidos moles do pescoço do lactente. Apoiar seu antebraço sobre coxa ou colo, para dar suporte ao lactente.
- Aplicar até 5 golpes, no centro das costas, entre as escápulas do lactente, com o calcanhar da mão.



Figura 8.3 – Manobra de desengasgo em lactentes

- Após aplicar até 5 golpes nas costas, posicionar a outra mão nas costas do lactente e apoiar a região posterior da sua cabeça com a palma de sua mão.

- Girar o lactente, enquanto apóia cuidadosamente a cabeça e o pescoço. Segurá-lo de costas. Repousar o antebraço sobre a coxa e manter a cabeça do lactente mais baixa que o tronco.

- Aplicar até 5 compressões torácicas rápidas, para baixo imediatamente abaixo das linhas dos mamilos. Aplicar as compressões na frequência de 1 por segundo.

- Alternar a seqüência de 5 golpes nas costas e até 5 compressões torácicas, até que o objeto seja removido ou o lactente torne-se não responsivo.

☞ Para vítimas que ficam não responsivas seguir as orientações dadas na aula prática.

☞ Preste atenção : melhore suas técnicas com muita prática.

9.1 Definição

Queimaduras são lesões dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica resultante da exposição a chamas, líquidos quentes, superfícies quentes, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção.

9.2 Primeiro atendimento ao paciente queimado

Cuidados imediatos

Parar o processo da queimadura, retirando objetos que possam perpetuar o processo (relógio, pulseira, anéis, lentes de contato,etc.)



Figura 9.1 – Cuidados imediatos

Cuidados iniciais

- Remoção de roupas queimadas ou intactas nas áreas da queimadura;
- Pesquisar história de queda ou trauma associado;

Cuidados locais

- Aplicação de compressas úmidas com soro fisiológico até alívio da dor.

- Verificar queimaduras de vias aéreas superiores, principalmente em pacientes com queimaduras de face.

- Em caso de acidentes com queimaduras promovidas por corrente elétrica, não toque na vítima até que se desligue a energia. Tome cuidado com os fios soltos e água no chão.

- Em casos de queimaduras por agentes químicos, irrigar abundantemente com água corrente de baixo fluxo (após retirar o excesso do agente químico em pó, se for o caso), por pelo menos 20 a 30 minutos. Não aplicar agentes neutralizantes, pois a reação é exotérmica, podendo agravar a queimadura.

- Após a limpeza das lesões, os curativos deverão ser confeccionados.

9.3 Graus de queimadura

Primeiro grau

As queimaduras deste tipo atingem apenas a epiderme, que é a camada mais superficial da pele. O local fica vermelho, um pouco inchado, e é possível que haja um pouco de dor. É considerada queimadura leve, e pede socorro médico apenas quando atinge grande extensão do corpo.

Como socorrer vítimas de queimadura de primeiro grau

1. Use água, muita água. É preciso resfriar o local. Faça isso com água corrente, um recipiente com água fria ou compressas úmidas. Não use gelo.

2. Depois de cinco minutos, quando a vítima estiver sentindo menos dor, seque o local, sem esfregar.

3. Com o cuidado de não apertar o local, faça um curativo com uma compressa limpa.

4. Em casos de queimadura de primeiro grau - e apenas nesse caso - é permitido e recomendável beber bastante água e tomar um remédio que combata a dor.

Segundo grau

Já não é superficial: epiderme e derme são atingidas. O local fica vermelho, inchado e com bolhas. Há liberação de líquidos e a dor é intensa. Se for um ferimento pequeno, é considerada queimadura leve. Nos outros casos, já é de gravidade moderada. É grave quando a queimadura de segundo grau atinge rosto, pescoço, tórax, mãos, pés, virilha e articulações, ou uma área muito extensa do corpo.

Como socorrer vítimas de queimadura de segundo grau

1. Use água, muita água. É preciso resfriar o local. Faça isso com água corrente, um recipiente com água fria ou compressas úmidas. Não use gelo.
2. Depois de cinco minutos, quando a vítima estiver sentindo menos dor, seque o local, sem esfregar.
3. Com o cuidado de não apertar o local, faça um curativo com uma compressa limpa.

Terceiro grau

Qualquer caso de queimaduras de terceiro grau é grave: elas atingem todas as camadas da pele, podendo chegar aos músculos e ossos. Como os nervos são destruídos, não há dor - mas a vítima pode reclamar de dor devido a outras queimaduras, de primeiro e segundo grau, que tiver. A aparência deste tipo de ferimento é escura (carbonizada) ou esbranquiçada.

Como socorrer vítimas de queimadura de terceiro grau

1. Retire acessórios e roupas, porque a área afetada vai inchar. **Atenção:** se a roupa estiver colada à área queimada, não mexa!
2. É preciso resfriar o local. Faça isso com compressas úmidas. Não use gelo.
3. Nas queimaduras de terceiro grau pequenas (menos de cinco centímetro de diâmetro) - só nas pequenas! - você pode usar água corrente ou um recipiente com água fria. Cuidado com o jato de água - ele não deve causar dor nem arrebentar as bolhas.
4. **Atenção:** a pessoa com queimadura de terceiro grau pode não reclamar de dor e, por isso, se machucar ainda mais - como dizer que o jato de água não está doendo, por exemplo.
5. Se a queimadura tiver atingido grande parte do corpo, tenha o cuidado de manter a vítima aquecida.
6. Com o cuidado de não apertar o local, faça um curativo com uma compressa limpa. Em feridas em mãos e pés, evite fazer o curativo você mesmo, porque os dedos podem grudar um nos outros. Espere a chegada ao hospital.
7. Não ofereça medicamentos, alimentos ou água, pois a vítima pode precisar tomar anestesia e, para isso, estar em jejum.
8. Não perca tempo em levar a vítima para o hospital. Ela pode estar tendo dificuldades para respirar.

É proibido...

Passar gelo, manteiga ou qualquer coisa que não seja água fria no local, em qualquer caso. Também não se deve estourar bolhas ou tentar retirar a roupa colada à pele queimada.

O que NÃO se deve fazer

Passar pasta de dente, pomadas, ovo, manteiga, óleo de cozinha. Apenas água fria é permitido. Gelo também não pode.

- Furar as bolhas.
- Retirar a pele morta
- Arrancar a roupa grudada na área queimada
- Apertar o ferimento

10.1. Picadas de insetos, aranhas e escorpiões

As picadas de insetos, aranhas e escorpiões podem provocar coceira, vermelhidão e dor intensa no local. Além disso também podem transmitir doenças como dengue e malária ou causar infecções ou reação alérgica grave.

As aranhas cujo veneno é capaz de afetar o organismo humano são, principalmente, armadeira (Phoneutria) que é a mais agressiva, aranha-marron (Loxocles), viúva-negra (Latrodectus), caranguejeira (Orthognata) e a tarântula.

Alguns escorpiões não tem veneno, mas os acidentes podem variar de leves a grave, inclusive com risco de morte.

Nos casos de acidentes leve a vítima para o hospital ou pronto-socorro imediatamente. Caso seja possível, leve também o inseto.

Enquanto não chega ao serviço lave o local com água e sabão. Mantenha a pessoa calma, em repouso, e faça compressas quentes no local da picada para diminuir a dor. Caso aja ardor de queimadura no local da picada, faça compressas frias.

Em casos de picadas de abelhas, fique atento para saber se ocorreu uma picada simples ou um ataque maciço. Em caso de ataque não perca tempo em levar a vítima imediatamente ao hospital.

10.2. Picadas de cobras

As cobras venenosas mais comuns no Brasil são do gênero botrópico, como a Jararaca e a Jararacuçu.

Geralmente só atacam quando acuadas e costumam picar as extremidades dos membros inferiores e superiores.

Os sintomas podem variar de acordo com o tipo de cobra. Existem diferenças entre cobra venenosa e não venenosa. As venenosas tem a cabeça triangular, a cauda mais fina e duas presas que deixam marcas no

local da picada. Já as não venenosas tem a cabeça arredondada, a cauda bem longa e vai se afinando gradativamente.

- Identifique qual cobra está envolvida e se possível capture-a;
- Lave bem o local com água e sabão para evitar contaminação da ferida;
- Não permita que a vítima se movimente evitando, assim, que o veneno se alastre;
- De forma alguma faça garrotes ou utilize torniquetes pois os mesmos aumentam a área de necrose causada pelo veneno e não impedem sua disseminação;
- Nunca faça perfurações na área da picada pois poderá causar infecções graves;
- Não tentar sugar o veneno com a boca;
- Encaminhe imediatamente a vítima para o hospital.

10.3. Mordeduras por cães e gatos

Acidentes com cães e gatos exige antes de mais nada que você identifique se o animal tem sinais de raiva ou se é vacinado, pois essa doença pode ser transmitida aos humanos e levar o indivíduo a morte.

- Lave o local da mordida ou arranhadura com água e sabão;
- Encaminhe a vítima ao serviço de saúde, mesmo que o animal seja vacinado;
- Tente manter o animal preso para observá-lo por 10 dias.

11.1 Considerações sobre afogamento

Antes de aprender a salvar uma vítima de afogamento devemos entender o que acontece com ela.

Quando uma pessoa está se afogando ela respira água ao invés de ar, e essa água entra para os pulmões, impedindo que a pessoa respire. Isso provoca agitação e faz com que a vítima fique se debatendo na água e nessa situação é difícil até se aproximar do indivíduo.

Caso você presencie um afogamento só nade em direção ao afogado caso você seja um bom nadador. Se for possível jogue uma bóia amarrada em uma corda para que o afogado se apóie nela e você possa puxá-lo.

☞ ATENÇÃO!

- Nunca deixe o afogado lhe agarrar, porque ele poderá puxá-lo para baixo;

11.2 Cuidados com o Afogado

- Abra a boca da vítima de afogamento, procurando desobstruir as vias aéreas;
- Observe se ele está respirando;
- Caso não esteja respirando inicie imediatamente manobras de reanimação cardiopulmonar que serão abordadas no próximo capítulo;
- Em caso de vômitos vire a cabeça do afogado para o lado a fim de evitar que ele se sufoque;
- Aqueça a pessoa com cobertor;
- Todo afogado deverá ser encaminhado ao hospital para avaliação, qualquer que seja a gravidade, pois existem casos em que a vítima vem a falecer até quatro dias após, devido à infecção pulmonar ocasionada pela aspiração da água contaminada.

CAPÍTULO 12

PARADA CARDÍACA E RESPIRATÓRIA

12.1 Objetivos

- Saber reconhecer uma parada cardiorrespiratória e como agir nessas situações.
- Manejo básico de via aérea, com manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo, e uso de dispositivos de barreira para ventilação, boca-a-boca, boca-a-máscara e com bolsa-valva-máscara.
- Saber quando iniciar RCP em uma vítima.
- Demonstrar a correta técnica de compressões torácicas em adulto, criança e lactente.
- Uso do DEA.
- Demonstrar a seqüência completa de RCP em adulto, criança e lactente.

12.2. Introdução

Nenhuma situação clínica supera a prioridade do atendimento da parada cardiorrespiratória (PCR). A rapidez e a eficácia das intervenções adotadas são cruciais para o bom resultado do atendimento.

12.3. Parada cardíaca e respiratória

É a interrupção completa da respiração e da circulação sanguínea. A circulação adequada garante o fornecimento de oxigênio aos nossos tecidos e remove o gás carbônico. Alguns órgãos são menos resistentes à falta de oxigênio, como o cérebro, por exemplo, que após poucos minutos, pode sofrer lesões neurológicas irreversíveis. Infelizmente, a equipe de resgate que faz o primeiro atendimento à vítima não costuma chegar dentro dos primeiros 4 a 8 minutos após a parada cardiorrespiratória. Pequenas ações podem salvar a vida de uma vítima ou evitar lesões neurológicas irreversíveis até a chegada da equipe de resgate.

12.4. Reanimação Cardiopulmonar (RCP)

Vítima de um evento agudo inconsciente e irresponsiva.

- ✓ *Cheque a responsividade;*
- ✓ *Determine a ausência de resposta. Toque e fale com a vítima. Caso a vítima não responda, acione o serviço de emergência (SAMU 192) e solicite um DEA (desfibrilador externo automático).*

Avalie o pulso carotídeo na vítima adulta. Utilizando 5 a 10 segundos para realizar a avaliação. Estimar a presença ou ausência do pulso.



Figura 12.1 – Verificando o pulso

Se houver pulso, aplique uma ventilação boca-a-boca a cada 5 a 6 segundos, e acione o serviço de emergência.

Caso a vítima esteja sem pulso inicie imediatamente a RCP, aplicando ciclos de 30 compressões torácicas.

☞ Vamos memorizar então: **30 compressões torácicas.**

Como as compressões torácicas devem ser feitas:

- Fique ao lado da vítima.
- Certifique-se de que a vítima está deitada de costas, sobre uma superfície rígida e plana.
- Afaste ou remova as roupas que cobrem o tórax da vítima.
- Coloque a base de uma das mãos entre os mamilos, no tórax da vítima.
- Coloque a base da outra mão sobre a primeira.
- Estique os braços e posicione seus ombros na direção de suas mãos.

☞ **Cuidado!** Não se apoie sobre as costelas da vítima, pois poderá causar fraturas.

- Inicie as compressões, empurrando o tórax da vítima para dentro, cerca de 4 a 5 centímetros a cada compressão . Assegure-se de comprimir o osso esterno.

- Ao final de cada compressão, assegure-se de que houve o retorno do tórax à posição inicial.

Mantenha essa seqüência de massagens até a chegada do desfibrilador e da equipe de resgate. Não transporte a pessoa por conta própria e não interrompa a reanimação até a chegada da equipe de resgate.

☞ Tenha atenção na correta técnica de compressão torácica conforme demonstrado na aula prática.



Figura 12.2 – Como fazer a compressão do tórax

✓ **Desfibrilação (Defibrillation)**

☞ Com a chegada do DEA lembre-se: use o DEA imediatamente para colapso súbito testemunhado. Mas para vítima em parada cardiorrespiratória a mais de 5 minutos, complete os 5 ciclos de RCP e depois use o DEA.

Seguindo os passos:

- Ligue o DEA e siga as instruções

- Coloque os eletrodos no tórax do paciente
- Conecte o cabo
- Checando o ritmo, afaste-se da vítima
- Administre o choque
- Inicie RCP novamente.



Figura 12.3 - DEA

REFERÊNCIAS

- American Heart Association. *Suporte Básico de Vida para Profissionais de Saúde – 2008*.
- Bergeron/Bizjak/Krause. **Primeiros Socorros**. Atheneu, São Paulo, 2 ed. 2007.
- Brasil, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Vice Presidência de Serviços de Referência e Ambiente. Núcleo de Biossegurança. NUBio **Manual de Primeiros Socorros**. Rio de Janeiro.Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 170p.
- CHAPLEAU, Will. **MANUAL DE EMERGÊNCIAS – um guia de primeiros socorros** . ELSEVIER BRASIL (PROFISSIONAIS 1 ed. 2008.
- FALCÃO, L. F. R. Primeiros Socorros. Martinari, 1 ed, 2010.
- GONÇALVES, Kênia Maria. **Primeiros Socorros em casa e na escola**. YENDIS EDITORA S/A, 1 ed. 2009.
- HAFEN, B. Q; KEITH, K. J; KATHYN. F. **Primeiros Socorros para estudantes**. editora manole ltda, 7 ed. 2002.
- JARDIM, CARLOS ; VARELLA, DRAUZIO. **PRIMEIROS SOCORROS**. Editora claro enigma, 1 ed, 2011.
- KAWAMOTO, E.E. **Acidentes: Como socorrer e prevenir**. São Paulo. EPU editora, 2002.
- Manual básico de primeiros socorros. Editora nova cultura, 2006.
- MARTINS, H. **Emergências Clínicas Baseadas em Evidências**. Saraiva et al. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
- PEDROSO, E. R. PIETRA; OLIVEIRA, R. G. **Blackbook Clínica Médica**. 1 ed. Blackbook editora, 2007.
- Senac. **Primeiros Socorros: Como Agir em Situações de Emergência**. Editora: Senac Nacional. Ed.2.