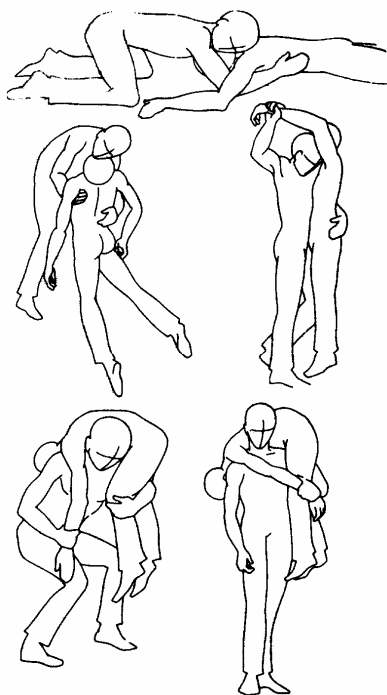


SOCORROS DE URGÊNCIA EM ATIVIDADES FÍSICAS

CURSO TEÓRICO-PRÁTICO





ÍNDICE

TÍTULO	PÁGINA
Objetivo	03
Introdução	03
Alguns conceitos	03
1 Aspectos Legais do Socorro	04
2 As fases do socorro	07
Seqüência das fases do socorro	10
3 – Remoção do Acidentado	10
4 – Lesões Musculares mais Freqüentes em Atividades Físicas	13
Contusão	13
Distensão	14
Cãibra	14
5 – Lesões Articulares mais Freqüentes em Atividades Físicas	15
Luxações	15
Entorses	15
6 – Lesões Ósseas mais Freqüentes em Atividades Físicas	16
Fraturas	16
Fraturas de crânio	17
Escala de coma de Glasgow	18
Fratura de coluna vertebral	19
Fratura de pelve	19
7 – Hemorragias	20
8 – Desmaio e Estado de Choque	21
9 – Queimadura, Insolação e Intermação	22
Insolação	24
Intermação	24
10 – Asfixia e Afogamento	25
Asfixia	26
Afogamento	27
11 – Ressuscitação Cárdio Pulmonar (RCP)	27
Respiração de socorro método Silvester	30
12 – Equipamentos para Socorros de Urgência	30
13 – Bibliografia	31



INTRODUÇÃO AO SOCORRO

OBJETIVOS:

Conhecer os principais aspectos do comportamento e da conduta de um Profissional de Educação Física que presta um atendimento de primeiros socorros;

Conhecer os aspectos legais do socorro;

Conhecer as fases do socorro;

Saber avaliar, estabilizar, monitorar e encaminhar a vítima ao socorro especializado;

INTRODUÇÃO:

Toda pessoa que for realizar o atendimento pré hospitalar (APH), mais conhecido como primeiros socorros, deve antes de tudo, atentar para a sua própria segurança. O impulso de ajudar a outras pessoas, não justifica a tomada de atitudes inconseqüentes, que acabem transformando-o em mais uma vítima.

A seriedade e o respeito são premissas básicas para um bom atendimento de APH (primeiros socorros). Para tanto, evite que a vítima seja exposta desnecessariamente e mantenha o devido sigilo sobre as informações pessoais que ela lhe revele durante o atendimento.

Quando se está lidando com vidas, o tempo é um fator que não deve ser desprezado em hipótese alguma. A demora na prestação do atendimento pode definir a vida ou a morte da vítima, assim como procedimentos inadequados.

Importante lembrar que um ser humano pode passar até três semanas sem comida, uma semana sem água, porém, pouco provável, que sobreviva mais que cinco minutos sem oxigênio.

ALGUNS CONCEITOS APLICADOS AOS PRIMEIROS SOCORROS

Primeiros Socorros: São os cuidados imediatos prestados a uma pessoa, fora do ambiente hospitalar, cujo estado físico, psíquico e ou emocional coloquem em perigo sua vida ou sua saúde, com o objetivo de manter suas funções vitais e evitar o agravamento de suas condições (estabilização), até que receba assistência médica especializada.

Prestador de socorro: Pessoa leiga, mas com o mínimo de conhecimento capaz de prestar atendimento à uma vítima até a chegada do socorro especializado.

Socorrista: Titulação utilizada dentro de algumas instituições, sendo de caráter funcional ou operacional, tais como: Corpo de Bombeiros, Cruz Vermelha Brasileira, Brigadas de Incêndio, etc.

Manutenção da Vida: Ações desenvolvidas com o objetivo de garantir a vida da vítima, sobrepondo à "qualidade de vida".

Qualidade de Vida: Ações desenvolvidas para reduzir as seqüelas que possam surgir durante e após o atendimento.



Urgência: Estado que necessita de encaminhamento rápido ao hospital. O tempo gasto entre o momento em que a vítima é encontrada e o seu encaminhamento deve ser o mais curto possível. Exemplos: hemorragias de classe II, III e IV, etc.

Emergência: Estado grave, que necessita atendimento médico, embora não seja necessariamente urgente. Exemplos: contusões leves, entorses, hemorragia classe I, etc.

Acidente: Fato do qual resultam pessoas feridas e/ou mortas que necessitam de atendimento.

Incidente: Fato ou evento desastroso do qual não resultam pessoas mortas ou feridas, mas que pode oferecer risco futuro.

Sinal: É a informação obtida a partir da observação da vítima.

Sintoma: É informação a partir de uma relato da vítima.

01 – ASPECTOS LEGAIS DO SOCORRO

- Artigo 5º e 196 Constituição;
- Artigo 135 do Código Penal Brasileiro;
- Resolução nº 218/97 do Conselho Nacional de Saúde;
- Código de Ética dos Profissionais de Educação Física

CONSTITUIÇÃO:

Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos

Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do **direito à vida**, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, **proteção e recuperação**.

CÓDIGO PENAL:

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 desamparo ou em grave e iminente perigo; ou 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 a 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.

(grifos nossos)



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE:

Resolução nº 218/97 Reconhece como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, **profissionais de educação física**, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA:

CAPÍTULO II ***Dos Princípios e Diretrizes***

Art. 4º - O exercício profissional em Educação Física pautar-se-á pelos seguintes princípios:

I - o respeito à vida, à dignidade, à integridade e aos direitos do indivíduo;

II - a responsabilidade social;

III - a ausência de discriminação ou preconceito de qualquer natureza;

IV - o respeito à ética nas diversas atividades profissionais;

VII - a prestação, sempre, do melhor serviço, a um número cada vez maior de pessoas, **com competência, responsabilidade e honestidade;**

VIII - a atuação dentro das especificidades do seu campo e área do conhecimento, no sentido da educação e desenvolvimento das potencialidades humanas, daqueles aos quais presta serviços.

Art. 5º - São diretrizes para a atuação dos órgãos integrantes do Sistema CONFEF/CREFs e para o **desempenho da atividade Profissional** em Educação Física:

I - comprometimento com a **preservação da saúde do indivíduo** e da coletividade, e com o desenvolvimento físico, intelectual, cultural e social do beneficiário de sua ação;

IV - autonomia no exercício da Profissão, respeitados os **preceitos legais e éticos e os princípios da bioética;**

CAPÍTULO III ***Das Responsabilidades e Deveres***

Art. 6º - São responsabilidades e deveres do Profissional de Educação Física:

III - assegurar a seus beneficiários um **serviço profissional seguro, competente e atualizado**, prestado com o máximo de seu conhecimento, habilidade e experiência;

(grifos nossos)



VIII - manter-se informado sobre pesquisas e descobertas técnicas, científicas e culturais com o objetivo de prestar melhores serviços e contribuir para o desenvolvimento da profissão;

X - zelar pela sua **competência exclusiva na prestação dos serviços** a seu encargo;

XII - manter-se atualizado quanto aos conhecimentos técnicos, científicos e culturais, no sentido de prestar o melhor serviço e contribuir para o desenvolvimento da profissão;

XIII - guardar sigilo sobre fato ou informação de que tiver conhecimento em decorrência do exercício da profissão;

XIV - responsabilizar-se por falta cometida no exercício de suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individualmente ou em equipe;

XV - cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da Profissão;

Art. 7º - No desempenho das suas funções, **é vedado** ao Profissional de Educação Física:

VI - prejudicar, culposa ou dolosamente, interesse a ele confiado;

VIII - transferir, para pessoa não habilitada ou impedida, a responsabilidade por ele assumida pela prestação de serviços profissionais;

(grifos nossos)

DIREITOS DA PESSOA QUE ESTIVER SENDO ATENDIDA

O prestador de socorro deve ter em mente que a vítima possui o direito de recusar o atendimento. No caso de adultos, esse direito existe quando eles estiverem conscientes e com clareza de pensamento. Isto 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, isso 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:

1 - formal, quando a vítima verbaliza ou sinaliza que concorda com o atendimento, após o prestador de socorro ter se identificado como tal e ter informado à vítima que possui treinamento em primeiros socorros;

2 - implícito, quando a vítima está inconsciente, confusa ou gravemente ferida a ponto de não poder verbalizar ou sinalizar consentindo com o atendimento. Nesse caso, a legislação cita 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 cita que o consentimento seria dado pelos pais ou responsáveis, caso estivessem presentes no local.

02 – AS FASES DO SOCORRO:

1º **Avaliação da cena:** a primeira atitude a ser tomada no local do acidente é avaliar os riscos que possam colocar em perigo a pessoa prestadora dos primeiros socorros. Se houver algum perigo em potencial, deve-se aguardar a chegada do socorro especializado. Nesta fase, verifica-se também a provável causa do acidente, o número de vítimas e a provável gravidade delas e todas as outras informações que possam ser úteis para a notificação do acidente, bem como a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI - luvas, máscaras, óculos, capote, etc) e solicitação de auxílio a serviços especializados como: Corpo de Bombeiros (193), SAMU (192), Polícia Militar (190), polícia Civil (147), Defesa Civil (363 1350), CEB (0800610196), Cruz Vermelha, etc.

Nesta fase o prestador de socorro deve atentar-se para:

Avaliar a situação:

- Inteirar-se do ocorrido com tranquilidade e rapidez;
- Verificar os riscos para si próprio, para a vítima e terceiros;
- Criar um rápido plano de ação para administrar os recursos materiais e humanos visando garantir a eficiência do atendimento.



Manter a segurança da área:

- Proteger a vítima do perigo mantendo a segurança da cena;
- Não tentar fazer sozinho mais do que o possível.

Chamar por socorro especializado:

- Assegurar-se que a ajuda especializada foi providenciada e está a caminho.

2º Avaliação Inicial: fase de identificação e correção imediata dos problemas que ameaçam a vida a curto prazo, sendo eles:

- Vias aéreas - Estão desobstruídas? Existe lesão da cervical?
- Respiração - Está adequada?
- Circulação - Existe pulso palpável? Há hemorragias graves?
- Nível de Consciência - AVDI.

Pelo histórico do acidente deve-se observar indícios que possam ajudar ao prestador de socorro classificar a vítima como clínica ou traumática.

Vítima Clínica: apresenta sinais e sintomas de disfunções com natureza fisiológica, como doenças, etc.

Vítima de Trauma: apresenta sinais e sintomas de natureza traumática, como possíveis fraturas. Devemos nesses casos atentar para a imobilização e estabilização da região suspeita de lesão.

3º Avaliação Dirigida: Esta fase visa obter os componentes necessários para que se possa tomar a decisão correta sobre os cuidados que devem ser aplicados na vítima.

- Entrevista rápida - SAMPLE;
- Exame rápido;
- Aferição dos Sinais vitais - TPRPA.

SAMPLE:

- S** - sinais e sintomas;
- A** - alergias;
- M** - medicações;
- P** - passado médico;
- L** - líquidos e alimentos;
- E** - eventos relacionados com o trauma ou doença.

O que o prestador de socorro deve observar ao avaliar o pulso e a respiração.

Pulso:

Freqüência: 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).



Respiração:

Freqüência: 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.

Sinais Vitais (TPRPA)

Temperatura	Pulso	Respiração
Fria	Adulto 60 a 100 bpm	Adulto 12 a 20 ipm
Normal	Criança 80 a 120 bpm	Criança 20 a 30 ipm
Quente	Bebê 100 a 160 bpm	Bebê 30 a 60 ipm

Pressão Arterial

VN <130mmHg sistólica e <80mmHg diastólica

- estenda o braço da vítima com a mão em supinação;
- enrole o manguito vazio no ponto médio do braço;
- feche a válvula perto da pêra;
- apalpe a artéria braquial;
- bombeie o manguito até cessar o pulso;
- coloque o estetoscópio encima do local do pulso braquial;
- libere o ar vagorosamente até ouvir o 1º som de "korotkoff";
- observe no mostrador os mmHg no momento do 1º som (SÍSTOLE);
- continue esvaziando até para o som de "korotkoff";
- observe no mostrador os mmHg no último som (DIÁSTOLE);
- continue esvaziando totalmente o manguito;
- anote os valores da PA e a hora, ex: 130x80 mmHg 10:55 h.

4º Avaliação Física Detalhada: nesta fase examina-se da cabeça aos pés da vítima, procurando identificar lesões.

Durante a inspeção dos membros inferiores e superiores deve-se avaliar o **Pulso**, **Perfusão**, **Sensibilidade** e a **Motricidade** (PPSM)

5º Estabilização e Transporte: nesta fase finaliza-se o exame da vítima, avalia-se a região dorsal, preveni-se o estado de choque e prepara-se para o transporte.

6º Avaliação Continuada: nesta fase, verificam-se periodicamente os sinais vitais e mantém-se uma constante observação do aspecto geral da vítima.

Reavaliar vítimas - Críticas e Instáveis a cada 3 minutos;

Reavaliar vítimas - Potencialmente Instáveis e Estáveis a cada 10 minutos.

Críticas: PCR e parada respiratória.

Instáveis: hemorragias III e IV, estado de choque, queimaduras, etc.



Potencialmente Instáveis: hemorragias II, fraturas, luxações, queimaduras, etc.

Estáveis: hemorragias I, entorses, contusões, câibras, distensões, etc.

SEQUÊNCIA DAS FASES DO SOCORRO

AVALIAÇÃO DA CENA
01 - Segurança da cena;
02 - Equipamentos de Proteção Individual (EPI)
03 - Solicitação de Recursos Adicionais (CBM, CVB, PM, PC, CEB, etc.)
AVALIAÇÃO INICIAL
04 - Impressão geral da vítima (clínica ou trauma);
05 - Nível de consciência: A lerta, V erbaliza, D oloroso ou I nconsciente - AVDI;
06 - Abrir vias aéreas sem comprometer a coluna cervical;
07 - Avaliar a respiração: V er, O uvir e S entir - VOS;
08 - Avaliar circulação: presença de pulso carotídeo;
09 - Pesquisar e controlar hemorragias;
10 - Classificar o CIPE - C rítico, I nstável, P otencialmente Instável ou E stável;
11 - Inspeccionar, mensurar e colocar o colar cervical.
AVALIAÇÃO DIRIGIDA
12 - Entrevista rápida - SAMPLE;
13 - Exame rápido - limitado a uma lesão grave aparente;
14 - Sinais vitais: T emperatura, P ulso, R espiração e P ressão Arterial - TPRPA
AVALIAÇÃO FÍSICA DETALHADA
15 - Inspeccionar e apalpar a cabeça (fronte, crânio e orelhas);
16 - Inspeccionar e apalpar a face (olhos e mandíbula);
17 - Inspeccionar e apalpar os ombros, clavícula e tórax;
18 - Inspeccionar e apalpar os quatro quadrantes abdominais;
19 - Inspeccionar e apalpar a região pélvica e genitália;
20 - Inspeccionar e apalpar os membros inferiores (PPSM)
21 - Inspeccionar e apalpar os membros superiores (PPSM)
ESTABILIZAÇÃO E TRANSPORTE
22 - Realizar o rolamento avaliando a região dorsal;
23 - Identificar e prevenir o estado de choque;
24 - Transporte (preferencialmente pelo serviço especializado)
AVALIAÇÃO CONTINUADA
25 - Reavaliar vítimas - Críticas e instáveis a cada 3 minutos;
26 - Reavaliar vítimas - Potencialmente instáveis e estáveis a cada 10 minutos

03 – REMOÇÃO DO ACIDENTADO:

A remoção da vítima, do local do acidente para o hospital, é tarefa que requer da pessoa prestadora de primeiros socorros o MÁXIMO DE CUIDADO E CORRETO DESEMPENHO.

ANTES DA REMOÇÃO:

- TENTE controlar a hemorragia;
- INICIE a respiração de socorro;



- EXECUTE a massagem cardíaca externa;
- IMOBILIZE as fraturas;
- EVITE o estado de choque, se necessário.

Para o transporte da vítima, podemos utilizar: maca ou padiola, ambulância, helicóptero ou RECURSOS IMPROVISADOS (Meios de Fortuna):

- Ajuda de pessoas;
- Maca;
- Cadeira;
- Tábua;
- Cobertor;
- Porta ou outro material disponível.

COMO PROCEDER



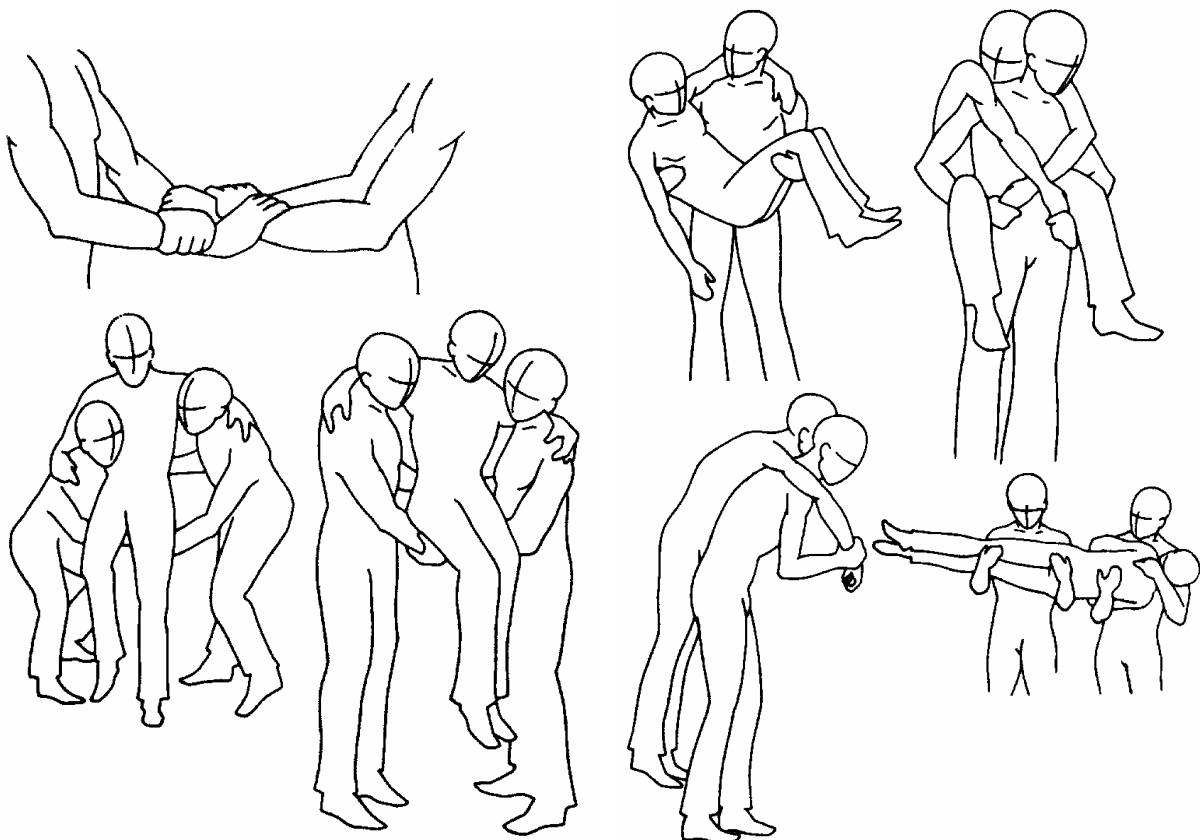
Vítima consciente e podendo andar:

- Remova a vítima apoiando-a em seus ombros.



Vítima consciente não podendo andar:

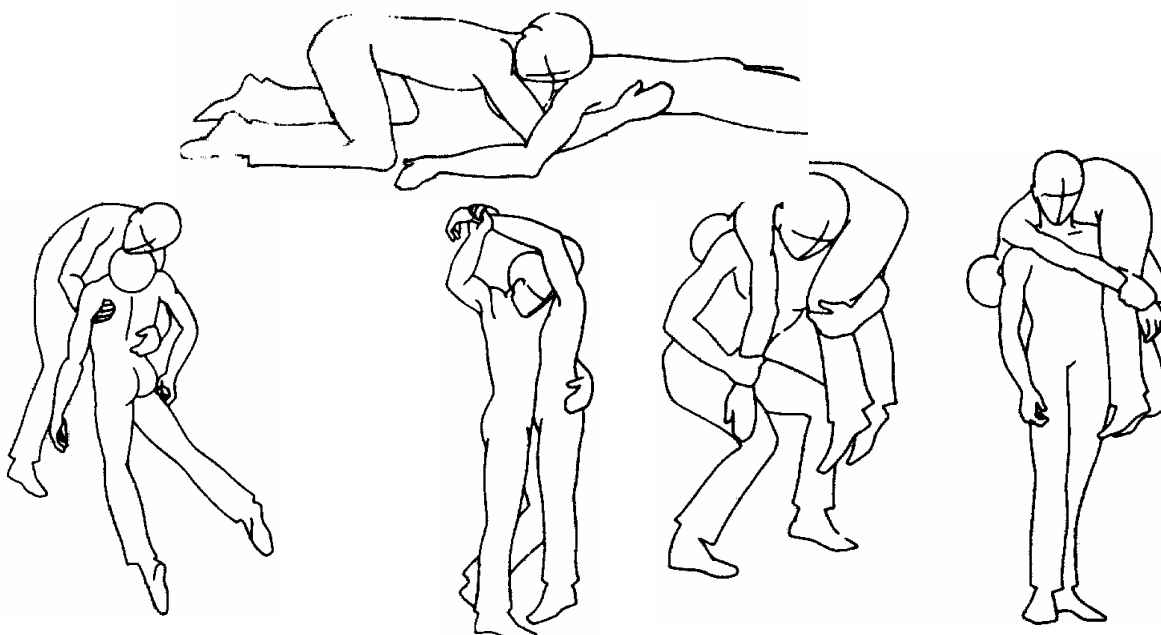
- Transporte a vítima utilizando dos recursos aqui demonstrados, em casos de:
 - Fratura, luxações e entorses de pé;
 - Contusão, distensão muscular e ferimentos dos membros inferiores;
 - Picada de animais peçonhentos: cobra, escorpião e outros.



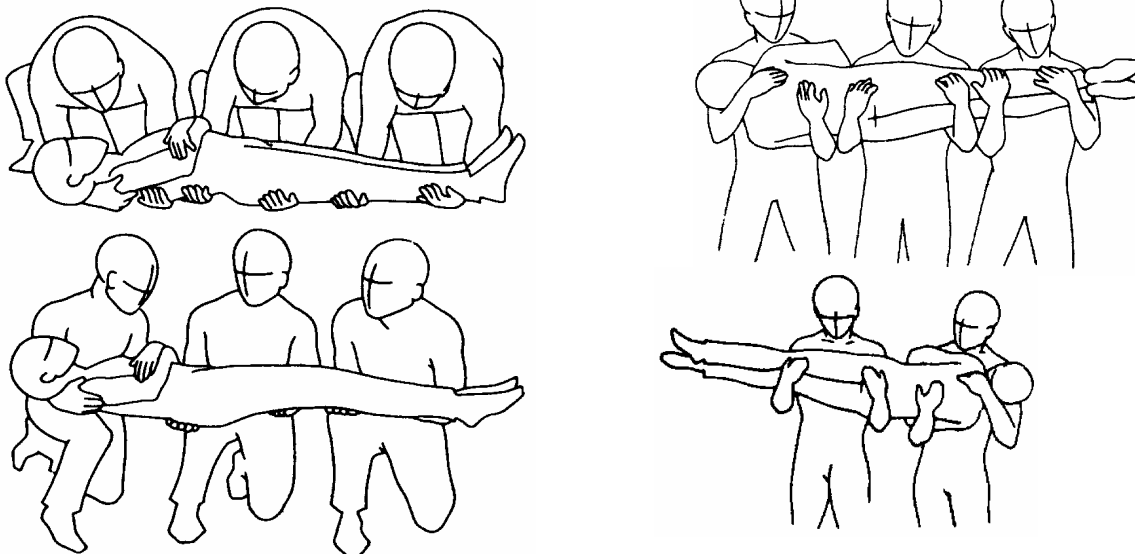


↪ **Vítima inconsciente:**

- Como levantar a vítima do chão SEM AUXÍLIO DE OUTRA PESSOA:

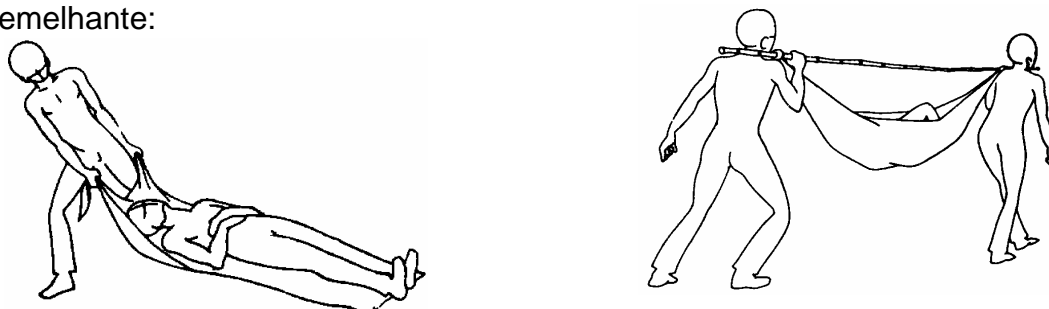


- Como levantar a vítima do chão COM A AJUDA DE UMA OU MAIS PESSOAS



↪ **Vítima consciente ou inconsciente:**

- Como remover a vítima, utilizando-se de cobertor ou material semelhante:

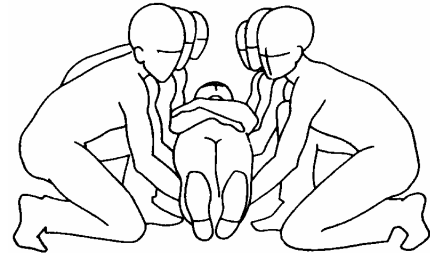
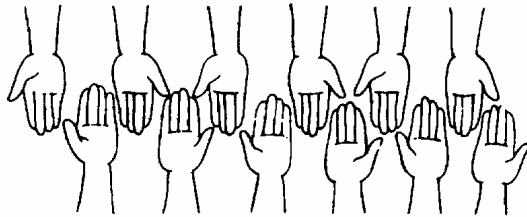




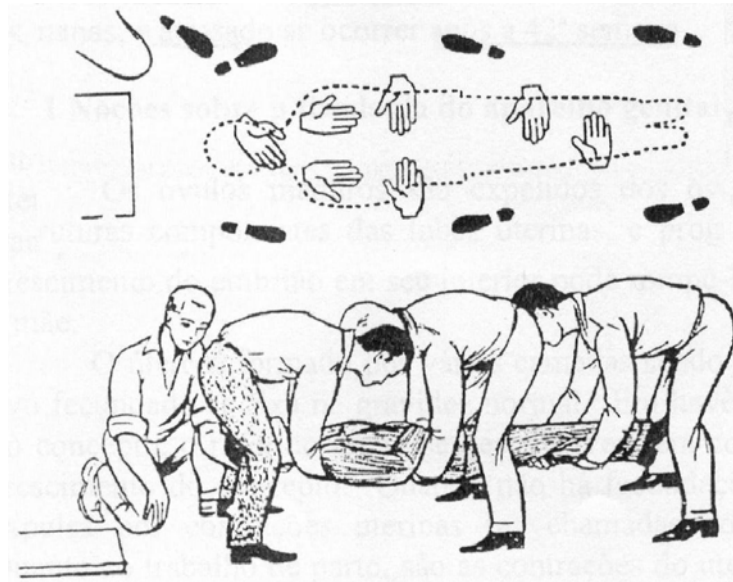
↪ **Como remover vítima de acidentados suspeitos de fraturas de coluna e pelve:**

- Utilize uma SUPERFÍCIE DURA - porta ou tábua (maca improvisada);
- Solicite ajuda de pelo menos cinco pessoas para transferir o acidentado do local encontrado até a maca;
- Movimente o acidentado COMO UM BLOCO, isto é, deslocando todo o corpo ao mesmo tempo, evitando mexer separadamente a cabeça, o pescoço, o tronco, os braços e as pernas.

Pegada de rede:



Pegada Cavaleiro:



↪ **Como remover acidentado grave não suspeito de fratura de coluna vertebral ou pelve, em decúbito dorsal:**

- Utilize macas improvisadas como: portas, cobertores, cordas, roupas, etc.;

IMPORTANTE:

- EVITE paradas e freadas BRUSCAS do veículo, durante o transporte;
- PREVINA-SE contra o aparecimento de DANOS IRREPARÁVEIS ao acidentado, movendo-o o MENOS POSSÍVEL
- SOLICITE, sempre que possível, a ASSISTÊNCIA DE UM MÉDICO na remoção de acidentado grave;
- NÃO INTERROMPA, em hipótese alguma, a RESPIRAÇÃO DE SOCORRO e a COMPRESSÃO CARDÍACA EXTERNA ao transportar o acidentado.



04 – LESÕES MUSCULARES MAIS FREQUENTES EM ATIVIDADES FÍSICAS:

Contusão:

Lesão produzida nos tecidos por trauma contuso (pancada, chute, cotoveladas, etc), SEM QUE HAJA ROMPIMENTO da pele.

COMO SE MANIFESTA

- Dor e edema (inchaço) no local;
- Equimoses (manchas avermelhadas);
- Hematomas (colorações arroxeadas pelo sangue extravasado).

COMO PROCEDER

- Evite movimentar a região lesionada;
- Aplique compressas frias ou saco de gelo no local;
- Caso seja necessário imobilize a região;
- Procure o médico.

IMPORTANTE: uma contusão pode acarretar em hemorragia interna, fraturas ou outras lesões graves. NÃO PERCA TEMPO.

Distensão Muscular:

É a lesão provocada pelo estiramento do músculo (rompimento de fibras musculares), ou parte dele, por movimento brusco e/ou violento.

COMO SE MANIFESTA

- Dor intensa à movimentação;
- Edema (inchaço) no local.

COMO PROCEDER

- Evite movimentar a região lesionada;
- Aplique compressas geladas ou saco de gelo no local;
- Faça uma bandagem para sustentação do músculo;
- Caso seja necessário imobilize a região;
- Procure o médico.



↪ **Cãibra:**

É a contração espasmódica abrupta, vigorosa, involuntária e dolorosa de um ou mais músculos, podendo ocorrer durante o exercício ou em repouso.

COMO SE MANIFESTA

- Dor e contratura no local;
- Contração do músculo afetado.

COMO PROCEDER

- Promova o alongamento do músculo atingido;
- Aplique compressas quentes no local;
- Faça uma suave massagem no local;
- Procure o médico.

05 – LESÕES ARTICULARES MAIS FREQUENTES EM ATIVIDADES FÍSICAS:

↪ **Entorses:**

É a separação MOMENTÂNEA das superfícies ósseas ao nível da articulação, com comprometimento apenas ligamentar.

COMO SE MANIFESTA

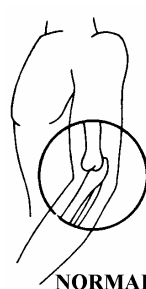
- Dor intensa à movimentação;
- Edema (inchaço) local;
- Perda da mobilidade local;
- Deformidade da articulação (pelo inchaço).

↪ **Luxações:**

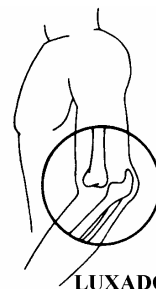
É o deslocamento da extremidade de um osso ao nível de sua articulação, com comprometimento de vários componentes articulares, bem como estruturas locais, podendo ser fechadas ou abertas.

COMO SE MANIFESTA

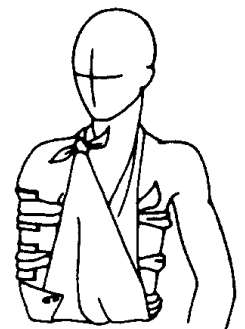
- Dor violenta;
- Edema local;
- Deformação visível da articulação;
- Impossibilidade de movimentação.



NORMAL



LUXADO





COMO PROCEDER

- Evite movimentar a região atingida;
- Aplique compressas geladas ou saco de gelo no local lesionado, não ultrapassando 20 minutos em cada aplicação;
- Proteja a região lesionada;
- Faça a imobilização atingindo as duas articulações próximas à lesão;
- Amarre as talas com ataduras ou tiras de pano com firmeza, SEM APERTAR, em 4 pontos:
 - ACIMA e ABAIXO DO LOCAL DA LESÃO (nunca em cima da lesão);
 - ACIMA e ABAIXO das articulações próximas à região;
- Avalie distalmente o PPSM;
- Remova a vítima para o hospital mais próximo.

IMPORTANTE: Não tente colocar o osso no lugar.

- Não use compressas quentes nas primeiras 24 horas;
- Não faça fricção, nem procure "alongar" a região lesionada;
- O entorse e a luxação são traumatismos que exigem cuidados médicos;
- NA DÚVIDA, IMOBILIZE.

06 – LESÕES ÓSSEAS MAIS FREQUENTES EM ATIVIDADES FÍSICAS:



Fraturas:

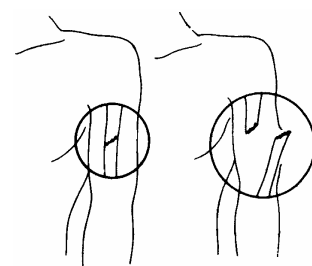
São traumatismos ósseos com o comprometimento da integridade do osso, apresenta deformação da continuidade da superfície óssea, podem ser causadas por força direta (traumatismo contundente) e ou indireta (contração muscular violenta ou projeção da força).

O PRIMEIRO SOCORRO consiste em impedir o deslocamento da parte lesionada, evitando assim seu agravamento.

As fraturas podem ser:

Fechadas - quando o osso quebrado não perfura a pele.

Exposta - quando o osso se expõe pelo rompimento da pele.

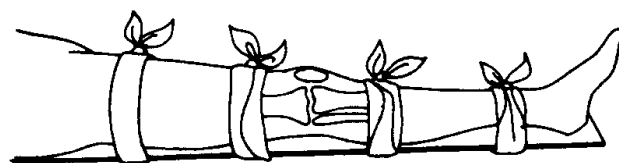


COMO SE MANIFESTA

- Dor e edema (inchaço) local;
- Dificuldade de movimentação;
- Posição anormal da região atingida;
- Sensação de atrito das partes ósseas no local da fratura (crepitação);
- Ruptura da pele com exposição do osso fraturado (fratura exposta).

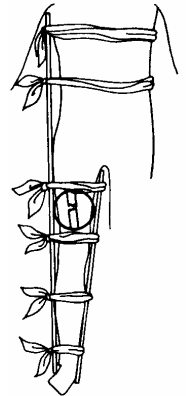
COMO PROCEDER

- Mantenha a vítima em repouso
- Evite movimentar a região atingida;
- Evite o estado de choque;





- Aplique compressas geladas ou saco de gelo no local lesionado, não ultrapassando 20 minutos em cada aplicação;
- Estanque a HEMORRAGIA (fratura exposta);
- Faça um curativo protetor sobre o ferimento, usando compressas, lenço ou pano limpo (fratura exposta);
- Imobilize o local;
- Proteja a região lesionada;
- Faça a imobilização de modo a atingir as duas articulações próximas a lesão;
- Amarre as talas com ataduras ou tiras de pano com firmeza, SEM APERTAR, em 4 pontos:
 - ACIMA e ABAIXO DO LOCAL DA LESÃO;
 - ACIMA e ABAIXO das articulações próximas à região lesionada;
- Avalie distalmente o PPSM;
- Remova a vítima para o hospital mais próximo.



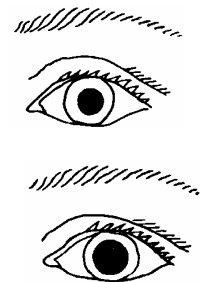
IMPORTANTE: Não tente reduzir a fratura (colocar o osso no lugar);
NA DÚVIDA, IMOBILIZE.

➡ Fratura de Crânio (cabeça):

Essa fratura pode estar associada a um Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), devendo por tanto, exigir por parte do prestador de socorro uma maior atenção.

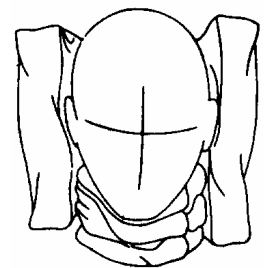
COMO SE MANIFESTA

- Perda de sangue pelas narinas ou ouvidos;
- Inconsciência ou não;
- Náuseas e vômitos podem surgir imediatamente ou horas após o acidente;
- Extravasamento de líquido pelas narinas ou ouvido;
- Hematoma orbitário (olhos de panda) uni ou bi lateral;
- Hematoma retro auricular (atrás da orelha);
- Pupilas assimétricas (anisocoria) e ou não reativas a luz.



COMO PROCEDER

- Mantenha a vítima em repouso e recostada;
- Avalie o estado neurológico da vítima (AVDI e ECG);
- Aplique compressas geladas ou sacos de gelo na região atingida;
- Estanque a HEMORRAGIA do ferimento;
- Evite o ESTADO DE CHOQUE;
- Inicie a respiração de socorro boca-a-boca, em caso de parada respiratória;
- Execute a compressão cardíaca externa, associada a respiração de socorro boca-a-boca, se a vítima apresentar ausência de pulso e pupilas dilatadas;
- Aplique corretamente o colar cervical e coloque lateralmente travesseiros ou almofadas, a fim de impedir movimentos para os lados;





- Remova **IMEDIATAMENTE** a vítima para o hospital mais próximo.

IMPORTANTE: Toda vítima com TCE **NECESSITA** de assistência médica **IMEDIATA**. **NÃO PERCA TEMPO!**

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG):

A escala de coma de *Glasgow* é um instrumento de avaliação e diagnóstico, que serve para acompanhar o estado neurológico da vítima (AVDI), uniformizando padrões clínicos mundiais sobre a vítima. Para tanto, são atribuídos valores numéricos às seguintes respostas da vítima: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. A pontuação somada em cada um destes itens reflete o *status* neurológico da vítima (AVDI).

A pontuação mínima é 03 e a máxima 15. Quanto menor a pontuação mais grave é a lesão, quanto maior a pontuação melhor é o estado da vítima. Pontuação menor ou igual a 08, a vítima é considerada em estado de coma.

Parâmetros	Resposta	Pontos	O que significa
ABERTURA OCULAR	Espontânea	4	Olhos abertos e piscando.
	Ao comando verbal	3	Abre os olhos só quando se fala com a pessoa.
	À dor	2	Abre os olhos só com algum estímulo doloroso.
	Sem resposta	1	Não abre os olhos de forma alguma.
MELHOR RESPOSTA VERBAL	Orientada	5	Sabe o nome, a idade, o dia da semana, onde mora, etc.
	Confusa	4	Confusão de idéias. Ainda responde a alguma pergunta.
	Palavras desconexas	3	Articula palavras inteiras mas sem sentido algum.
	Emite sons	2	Não fala nenhuma palavra, apenas sons ou ruídos.
	Sem resposta	1	Não emite nenhuma palavra ou som.
MELHOR RESPOSTA MOTORA	Obedece a comandos	6	Diante de um pedido, consegue erguer um membro
	Localiza a dor	5	Não move o membro, mas sabe onde está doendo.
	Flexão normal	4	Diante de um estímulo doloroso, afasta o membro deste.
	Flexão anormal	3	Decorticação: braços dobrados por cima do corpo, adução MS e extensão MI.
	Extensão anormal	2	Descerebração: corpo envergado. Punhos para fora.
	Sem resposta	1	Nenhuma reação motora.

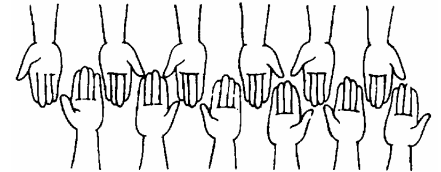


↳ Fratura de Coluna Vertebral (espinha):

Essa lesão deve ser sempre associada a um Traumatismo Raquimedular (TRM) considerada como potencialmente perigosa. Evite manipulações inadequadas.

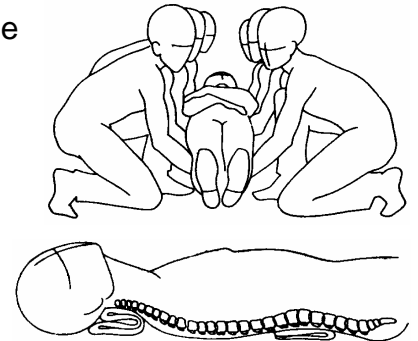
COMO SE MANIFESTA

- Dor local após forte traumatismo;
- Deformidade óssea;
- Alteração de sensibilidade, dormência, sensação de formigamento.



COMO PROCEDER

- Mantenha a vítima em REPOUSO ABSOLUTO;
- Estabilize a coluna cervical com a pegada de trauma e o colar cervical;
- Evite o ESTADO DE CHOQUE;
- Utilize uma SUPERFÍCIE DURA: maca, tábua, porta, etc., para o transporte do acidentado;
- Na pegada de rede solicite ajuda de pelo menos seis pessoas, totalizando com você sete. Para realizar o rolamento em 90°, três pessoas, com você quatro, colocando o acidentado na maca;
- Movimente o acidentado COMO UM BLOCO, isto é, desloque todo o corpo ao mesmo tempo, evitando mexer separadamente a cabeça, o pescoço, o tronco, os braços e as pernas;
- Imobilize o acidentado em decúbito dorsal (deitado de costa) ou em decúbito ventral (deitado de barriga para baixo), preenchendo as curvaturas do corpo com panos dobrados, afim de evitar a movimentação da coluna;
- Evite paradas bruscas do veículo durante o transporte;
- SOLICITE, sempre que possível, a ASSISTÊNCIA DE UM MÉDICO na REMOÇÃO da vítima.



IMPORTANTE: A movimentação inadequada poderá causar ao acidentado DANOS IRREPARÁVEIS (lesão raquimedular).

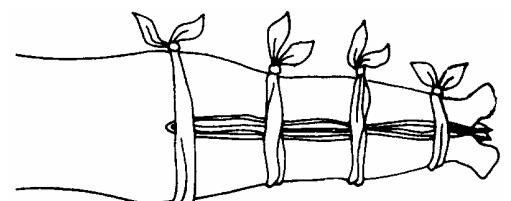
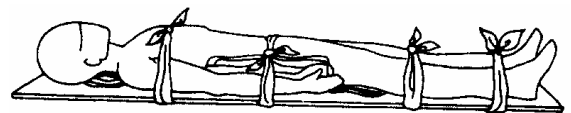
↳ Fratura de Pelve (bacia):

COMO SE MANIFESTA

- Dor local após forte traumatismo, que se agrava com a movimentação.
- Deformidade óssea;
- Crepitação.

COMO PROCEDER

- Mantenha a vítima em REPOUSO ABSOLUTO e em decúbito dorsal;

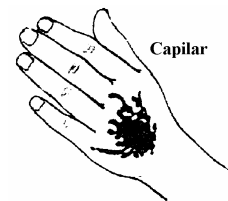
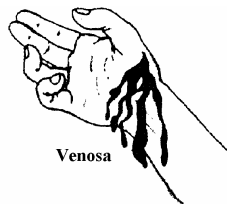
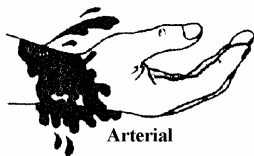




- Utilize uma SUPERFÍCIE DURA (maca, tábua, porta, etc.), para o transporte do acidentado;
- Solicite a ajuda de pelo menos cinco pessoas para transferir o acidentado, do local em que foi encontrado para a maca;
- Movimente o acidentado COMO UM BLOCO, isto é, desloque todo o corpo ao mesmo tempo, evitando mexer separadamente a cabeça, o pescoço, o tronco, os braços e as pernas;
- Proteja lateralmente a bacia, usando travesseiros, almofadas ou cobertores dobrados;
- Coloque entre as pernas um pano dobrado (um paletó, por exemplo);
- Imobilize a bacia com faixa de pano bem larga ou lençol, fixando o acidentado na maca;
- Amarre com uma faixa de pano o tórax, os joelhos e os tornozelos, para maior firmeza na imobilização;
- Evite o ESTADO DE CHOQUE;
- Remova IMEDIATAMENTE a vítima para o hospital mais próximo.

IMPORTANTE: A fratura de pelve pode ocasionar perfuração de órgãos internos, hemorragia e conseqüentemente estado de choque. EVITE A MOVIMENTAÇÃO DESNECESSÁRIA DO ACIDENTADO.

07 – HEMORRAGIAS :



É a perda de sangue provocada pelo rompimento de um vaso sangüíneo, podendo ser arterial, venosa ou capilar.

Toda hemorragia deve ser controlada IMEDIATAMENTE. A hemorragia abundante e não controlada pode causar a morte de 3 a 5 minutos.

Classificação quanto ao volume de sangue perdido:

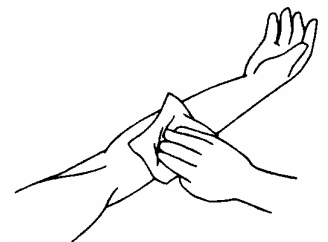
- | | |
|------------|---|
| Classe I | perda de até 15% do volume sangüíneo (adulto de 70 kg = até 750 ml de sangue), apresenta discreta taquicardia; |
| Classe II | perda de 15 a 30% do volume sangüíneo (adulto de 70 kg = até 750 a 1.500 ml de sangue), apresenta taquicardia, taquipneia, queda da PA e ansiedade; |
| Classe III | perda de 30 a 40% do volume sangüíneo (adulto de 70 kg = 2 litros, de sangue), apresenta taquicardia, taquipneia, queda da PA e ansiedade, insuficiente perfusão; |
| Classe IV | perda de mais de 40% do volume sangüíneo (adulto de 70 kg = acima de 2 litros, de sangue), apresenta acentuado aumento da FC e respiratória, queda intensa da PA. |



Hemorragias:

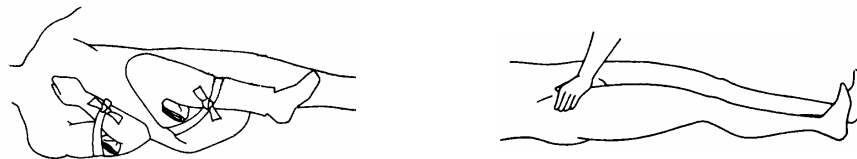
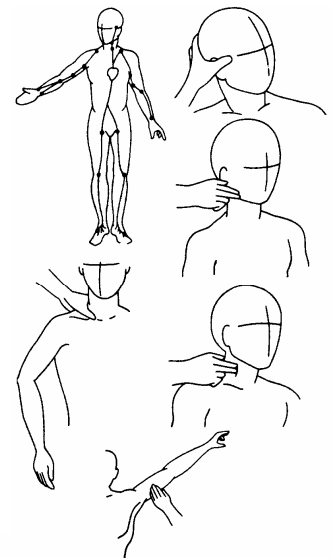
COMO PROCEDER (técnicas de hemostasia):

- Mantenha a região que sangra em posição mais elevada que o resto do corpo;





- Use uma compressa ou um pano limpo sobre o ferimento, pressionando-o com firmeza, a fim de estancar o sangramento;
- Comprima com os dedos ou com a mão os PONTOS DE PRESSÃO, onde os vasos são mais superficiais, caso continue o sangramento;
- Dobre o joelho - se o ferimento for na perna; o cotovelo - se no antebraço, tendo o cuidado de colocar POR DENTRO da parte dobrada, bem junto da articulação, um chumaço de pano, algodão ou papel;
- Evite o ESTADO DE CHOQUE;
- Remova IMEDIATAMENTE a vítima para o hospital mais próximo.



08 – DESMAIO E ESTADO DE CHOQUE:

É o conjunto de manifestações que resultam de um desequilíbrio entre o volume de sangue circulante e a capacidade do sistema vascular, causados geralmente por: choque elétrico, hemorragia aguda, queimadura extensa, ferimento grave, envenenamento, exposição a extremos de calor e frio, fratura, emoção violenta, distúrbios circulatórios, dor aguda e infecção grave.

TIPOS DE ESTADO DE CHOQUE:

Choque Cardiogênico: Incapacidade do coração de bombear sangue para o resto do corpo. Possui as seguintes causas: infarto agudo do miocárdio, arritmias, cardiopatias.

Choque Neurogênico: Dilatação dos vasos sanguíneos em função de uma lesão medular. Geralmente é provocado por traumatismos que afetam a coluna cervical (TRM e/ou TCE).

Choque Séptico: Ocorre devido a incapacidade do organismo em reagir a uma infecção provocada por bactérias ou vírus que penetram na corrente sanguínea liberando grande quantidade de toxinas.

Choque Hipovolêmico: Diminuição do volume sanguíneo. Possui as seguintes causas:

- Perdas sanguíneas - hemorragias internas e externas;
- Perdas de plasma - queimaduras e peritonites;
- Perdas de fluídos e eletrólitos - vômitos e diarreias.

Choque Anafilático: Decorrente de severa reação alérgica. Ocorrem as seguintes reações:

- Pele: urticária, edema e cianose dos lábios;

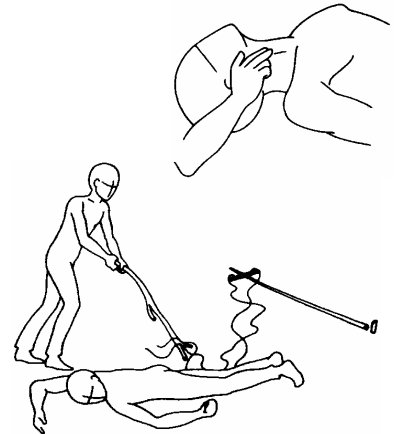
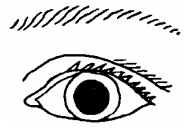


Sistema respiratório: dificuldade de respirar e edema da árvore respiratória;

Sistema circulatório: dilatação dos vasos sanguíneos, queda da PA, pulso fino e fraco, palidez.

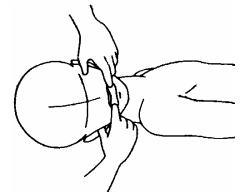
COMO SE MANIFESTA

- Pele fria e úmida;
- Sudorese (transpiração abundante) na testa e nas palmas das mãos;
- Palidez;
- Sensação de frio, chegando às vezes a ter tremores;
- Náusea e vômitos;
- Respiração curta, rápida e irregular;
- Perturbação visual com dilatação da pupila, perda do brilho dos olhos;
- Queda gradual da PA;
- Pulso fraco e rápido;
- Enchimento capilar lento;
- Inconsciência total ou parcial.



COMO PROCEDER

- Realize uma rápida inspeção na vítima;
- Combata, evite ou contorne a causa do estado de choque, se possível;
- Mantenha a vítima deitada e em repouso;
- Controle toda e qualquer hemorragia externa;
- Verifique se as vias aéreas estão permeáveis, retire da boca, se necessário, secreção, dentadura ou qualquer outro objeto;
- Inicie a respiração de socorro boca-a-boca, em caso de parada respiratória;
- Execute a compressão cardíaca externa associada à respiração de socorro boca-a-boca, se a vítima apresentar ausência de pulso e dilatação das pupilas (midríase);
- Afrouxe a vestimenta da vítima;
- Vire a cabeça da vítima para o lado, caso ocorra vômito;
- Eleve os membros inferiores cerca de 30 cm, exceto nos casos de choque cardiogênicos (infarto agudo do miocárdio, arritmias e cardiopatias) pela dificuldade de trabalho do coração;
- Procure aquecer a vítima;
- Avalie o *status* neurológico (ECG);
- Remova **IMEDIATAMENTE** a vítima para o hospital mais próximo.



09 – QUEIMADURAS, INSOLAÇÃO E INTERMAÇÃO

↳ **Queimaduras:**

São lesões dos tecidos produzidas por substância corrosiva ou irritante, pela ação do calor ou frio e de emanção radioativa. A gravidade de uma



queimadura não se mede somente pelo grau da lesão (superficial ou profunda), mas também pela extensão ou localização da área atingida.

CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS

1º Grau: lesão das camadas superficiais da pele com:

- Eritema (vermelhidão);
- Dor local suportável;
- Inchaço.

2º Grau: Lesão das camadas mais profundas da pele com:

- Eritema (vermelhidão);
- Formação de Flictenas (bolhas);
- Inchaço;
- Dor e ardência locais, de intensidades variadas.

3º Grau: Lesão de todas as camadas da pele, comprometendo os tecidos mais profundos, podendo ainda alcançar músculos e ossos. Estas queimaduras se apresentam:

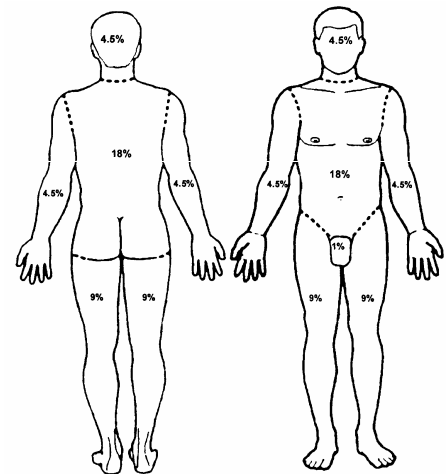
- Secas, esbranquiçadas ou de aspecto carbonizadas,
- Pouca ou nenhuma dor local;
- Pele branca escura ou carbonizada;
- Não ocorrem bolhas.

Queimaduras de 1º, 2º e 3º grau podem apresentar-se no mesmo acidentado. O risco de morte (gravidade do caso) não está no grau da queimadura, e sim na EXTENSÃO da superfície atingida e ou da localidade da lesão. QUANTO MAIOR A ÁREA QUEIMADA, MAIOR A GRAVIDADE DO CASO.

AVALIAÇÃO DA ÁREA QUEIMADA

Use a "regra dos nove" correspondente a superfície corporal:

Genitália	1%
Cabeça	9%
Membros superiores	18%
Membros inferiores	36%
Tórax e abdômen (anterior)	18%
Tórax e região lombar (posterior)	18%



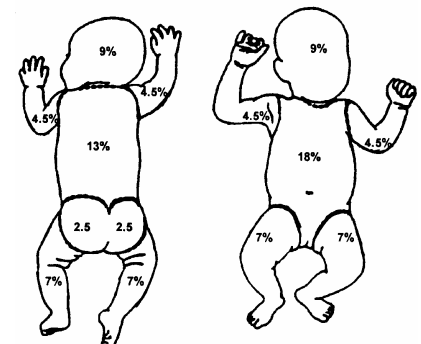
Considere:

Pequeno queimado - menos de 10% da área corpórea;

Grande queimado - Mais de 10% da área corpórea;

IMPORTANTE: Área corpórea para crianças:

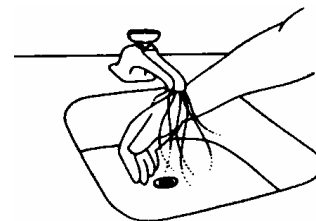
Cabeça	18%
Membros superiores	18%
Membros inferiores	28%
Tórax e abdômen (anterior)	18%
Tórax e região lombar (posterior)	13%
Nádegas	5%





COMO PROCEDER

- Afastar a vítima da origem da queimadura;
- Retire as vestes, se a peça for de fácil remoção. Caso contrário, abafe o fogo envolvendo-a em cobertor, colcha ou casaco;
- Lave a região afetada com água fria e abundante (1º grau);
- Não esfregue a região atingida, evitando o rompimento das bolhas;
- Aplique compressas úmidas e frias utilizando panos limpos;
- Faça um curativo protetor com bandagens úmidas;
- Mantenha o curativo e as compressas úmidas com soro fisiológico;
- Não aplique unguentos, graxas, óleos, pasta de dente, margarina, etc. sobre a área queimada;
- Mantenha a vítima em repouso e evite o estado de choque;
- PROCURE UM MÉDICO.



IMPORTANTE: Nas queimaduras por soda cáustica, devemos limpar as áreas atingidas com uma toalha ou pano antes da lavagem, pois o contato destas substâncias com a água cria uma reação química que produz enorme quantidade de calor.



Insolação:

É uma perturbação decorrente da exposição DIRETA e PROLONGADA do organismo aos raios solares.

COMO SE MANIFESTA

- Pele seca, quente e avermelhada;
- Pulso rápido e forte;
- Dor de cabeça acentuada;
- Sede intensa;
-
- Temperatura do corpo elevada;
- Dificuldade respiratória;
- Inconsciência.



COMO PROCEDER

- Remova a vítima para um lugar fresco e arejado;
- Afrouxe as vestes da vítima;
- Mantenha o acidentado em repouso e recostado;
- Aplique compressas geladas ou banho frio, se possível;
- Procure o hospital mais próximo.



Intermação:

Perturbação do organismo causada por excessivo calor em locais úmidos e não arejados, dificultando a regulação térmica do organismo.

COMO SE MANIFESTA



- Dor de cabeça e náuseas;
- Palidez acentuada;
- Sudorese (transpiração excessiva);
- Pulso rápido e fraco;
- Temperatura corporal ligeiramente febril;
- Inconsciência.

COMO PROCEDER

- Remova a vítima para um lugar fresco e arejado;
- Afrouxe as vestes da vítima;
- Mantenha o acidentado deitado com a cabeça mais baixa que o resto do corpo.



10 – ASFIXIA E AFOGAMENTO

↪ **Asfixia:**

Dificuldade ou parada respiratória, podendo ser provocada por: choque elétrico, afogamento, deficiência de oxigênio atmosférico, **Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE)**, etc. A falta de oxigênio pode provocar seqüelas dentro de 3 a 5 minutos, caso não haja atendimento conveniente.

COMO SE MANIFESTA

- Atitudes que caracterizem dificuldade na respiração;
- Ausência de movimentos respiratórios;
- Inconsciência;
- Cianose (lábios, língua e unhas arroxeadas);
- Midríase (pupilas dilatadas);
- Respiração ruidosa;
- Fluxo aéreo diminuído ou ausente.



COMO PROCEDER

- Encoraje ou estimule a vítima a tossir;
- Caso a vítima esteja consciente, aplique 5 manobras de Heimlich.
- Caso esteja inconsciente, aplique duas insuflações e observe sinais da passagem do ar (expansão de tórax); caso não haja, intercale 5 Heimlich com a inspeção das vias aéreas para observar a expulsão do corpo estranho, e 2 insuflações, percebendo a parada respiratória e notando sinais da passagem do ar, mantenha 1 insuflação a cada 5 segundos



(12 ipm) até a retomada da respiração ou chegada do socorro especializado.

- Para lactentes conscientes, aplique 5 compressões do tórax intercalado de 5 tapotagens (como no desenho) e inspeção das vias aéreas;
- Para lactentes inconsciente, aplique duas insuflações (somente o ar que se encontra nas bochechas) e observe sinais da passagem do ar (expansão de tórax). Caso não haja, intercale 5 Heimlich (como no desenho) com a inspeção das vias aéreas para observar a expulsão do corpo estranho, e 2 insuflações, se perceber a parada respiratória e notar sinais da passagem do ar, mantenha 1 insuflação a cada 3 segundos (20 ipm) até a retomada da respiração ou chegada do socorro especializado.

Manobra de Heimlich



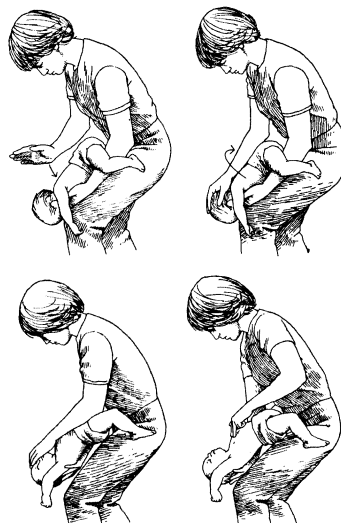
Consciente;



Inconsciente



Obeso ou Grávida;



Bebê e criança pequena.

- Em caso de parada cardiorrespiratória (ausência de pulso), executar a reanimação cárdio pulmonar (RCP);
- Procure o hospital mais próximo.

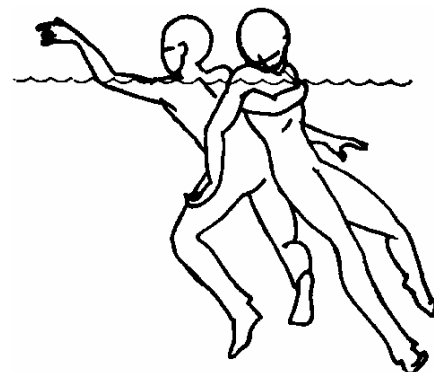
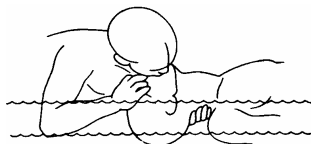


↪ Afogamento:

Asfixia provocada pela imersão em meio líquido. Geralmente ocorre por câimbra, mau jeito, onda mais forte, inundação ou enchente e por quem se lança na água sem saber nadar.

COMO SE MANIFESTA

- Agitação;
- Dificuldade respiratória;
- Inconsciência;
- Parada respiratória;
- Parada cardíaca.



COMO PROCEDER

- Tente retirar a vítima da água utilizando material disponível (corda, bóia, remo, etc.)
- Em último caso e se souber nadar muito bem, aproxime-se da vítima pelas costas, segure-a e mantenha-a com a cabeça fora d'água (cuidado com o AFOGAMENTO DUPLO);
- Coloque a vítima deitada em decúbito dorsal, quando fora d'água;
- Insista na respiração de socorro se necessário, o mais rápido possível;
- Execute a compressão cardíaca externa se a vítima apresentar ausência de pulso e midríase (pupilas dilatadas);
- Friccione vigorosamente os braços e as pernas da vítima, estimulando a circulação;
- Aqueça a vítima;
- Remova a vítima para o hospital mais próximo.

11 – RESSUSCITAÇÃO CÁRDIO PULMONAR (RCP):

Conjunto de medidas emergenciais que permitem salvar uma vida pela falência ou insuficiência do sistema respiratório ou cardiovascular. Sem oxigênio as células do cérebro morrem em 10 minutos. As lesões começam após 04 minutos a partir da parada respiratória.

CAUSAS DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR):

- Asfixia;
- Intoxicações;
- Traumatismos;
- Afogamento;
- Eletrocussão (choque elétrico);
- Estado de choque;
- Doenças.

COMO SE MANIFESTA

- Perda de consciência;



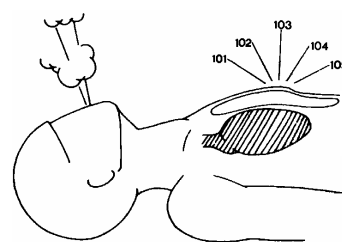
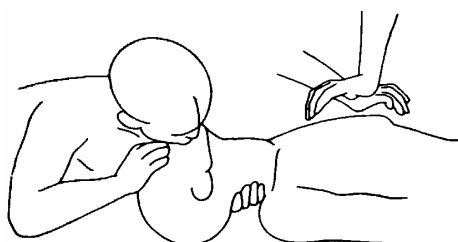
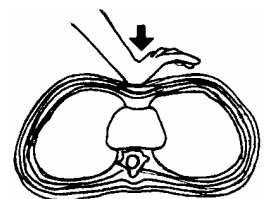
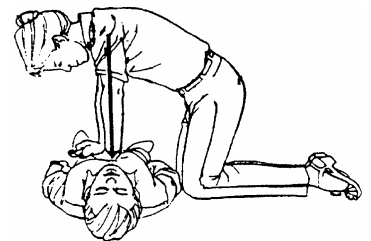
- Ausência de movimentos respiratórios;
- Ausência de pulso;
- Cianose (pele, língua, lóbulo da orelha e bases das unhas arroxeadas);
- Midríase (pupilas dilatadas e sem fotoreatividade).

COMO PROCEDER

- Verifique o estado de consciência da vítima, perguntando-lhe em voz alta: "Posso lhe ajudar?";
- Trate as hemorragias externas abundantes;
- Coloque a vítima em decúbito dorsal sobre uma superfície dura;
- Verifique se a vítima está respirando (VOS);
- Realize a hiperextensão do pescoço. Esta manobra não deverá ser realizada se houver SUSPEITA DE LESÃO NA COLUNA CERVICAL. - Nesse caso, realize a tração da mandíbula, sem inclinar e girar a cabeça da vítima ou empurre mandibular;
- Verifique se as vias aéreas da vítima estão desobstruídas aplicando-lhe duas insuflações pelo método boca-a-boca:



- Verifique se a vítima apresenta pulso, caso negativo inicie a compressão cardíaca externa:
 - Posicione as mãos sobre o esterno, 02 cm acima do processo xifóide;
 - Mantenha os dedos das mãos entrelaçados e afastados do corpo da vítima;
 - Mantenha os braços retos e perpendiculares ao corpo da vítima;
 - Inicie a compressão cardíaca comprimindo o peito da vítima em torno de 03 a 05 cm;
 - Realize as compressões de forma ritmada procurando atingir de 80 a 100 compressões por minuto;
 - Deve intercalar 02 insuflações a cada 30 compressões.
 - Após 01 ciclo (02 insuflações e 30 compressões 4 vezes) monitorar novamente os sinais vitais;
 - NÃO INTERROMPA A RCP, MESMO DURANTE O TRANSPORTE, ATÉ A RECUPERAÇÃO DA VÍTIMA OU A CHEGADA DO SOCORRO ESPECIALIZADO.



Até 30 compressões



CASOS ESPECÍFICOS

Ao executar a compressão cardíaca externa em adolescentes ou em crianças, pressione o tórax com uma das mãos, em lactentes apenas com a ponta dos dedos, sendo que para estes deve se fazer 1 insuflação (somente o ar nas bochechas) para 5 compressões, reavaliar a cada ciclo (01 insuflação e 5 compressões 20 vezes)

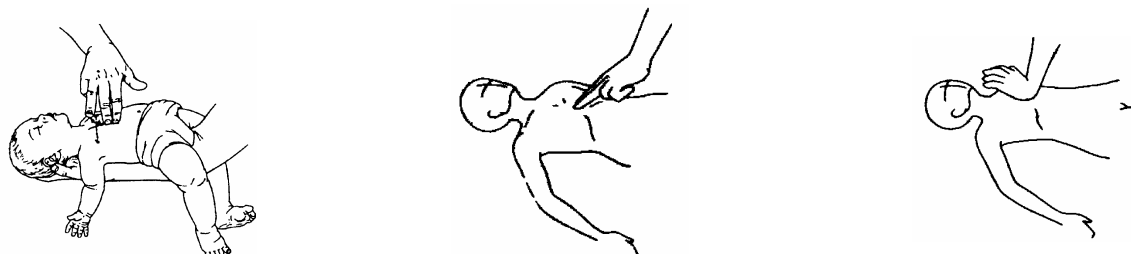


Tabela 1. Resumo do RCP para socorrista leigo (exceto p/ recém-nascido)

Etapa/Ação	Adultos: 8 anos ou mais	Crianças: 1 a 8 anos	Bebês: abaixo de 1 ano
Vias Aéreas	Abertura pelo mento (cabeça segura, abertura do queixo)		
Respiração Inicial	2 respirações sendo 01 segundo/cada		
Obstrução por Corpo Estranho	Pressão abdominal		Batidas nas costas e pressão no tórax
Compressões			
Localização das Compressões	No centro do peito entre os mamilos		Logo abaixo da linha dos mamilos
Método de Compressão – “Comprima com força, comprima rápido, permita o retorno do tórax”.	2 Mãos: 1 mão fechada com a outra por cima	2 Mãos: 1 mão fechada com a outra por cima 1 Mão: uma mão fechada	02 dedos
Profundidade da compressão	4 a 5 centímetros	De ½ a ⅓ da profundidade do tórax	
Taxa de Compressão	100 compressões/min		
Taxa de compressão-ventilação	30:2		
Desfibrilação			
DEA	Use pás para adultos. Não use pás para crianças.	Use após 5 ciclos de RCP. Use pás de crianças se disponível. Caso contrário use pás para adultos.	Não é recomendado para bebês abaixo de 1 ano.

American Heart Association (AHA) em 2005 para Ressuscitação Cardio-Pulmonar (RCP)

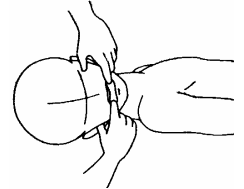


↪ Respiração de Socorro Método de Silvester (Modificado)

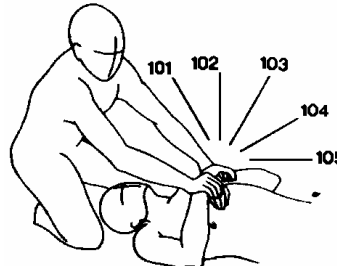
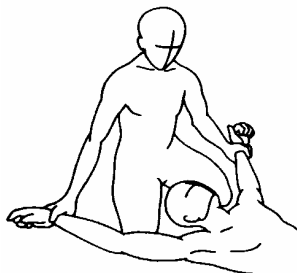
Este método é aplicado nos casos em que não se pode empregar o método boca-a-boca (traumatismos graves de face, envenenamento por cianureto, ácido sulfúrico, ácido clorídrico, soda cáustica, fenol e outras substâncias cáusticas). O MÉTODO SILVESTRE permite não só o restabelecimento dos MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS como os do CORAÇÃO

COMO PROCEDER

- Desobstrua a boca e a garganta da vítima, fazendo tração da língua e retirando corpos estranhos e secreção;
- Coloque a vítima em decúbito dorsal;
- Eleve o tórax da vítima com auxílio de um travesseiro, cobertor dobrado, casaco ou pilha de jornal, inclinando sua cabeça para trás, provocando a hiperextensão do pescoço;



- Ajoelhe-se, coloque a cabeça da vítima entre suas pernas e com os braços paralelos ao corpo;
- Segure os punhos da vítima, trazendo seus braços para trás e para junto de suas pernas (rente ao solo);
- Volte com os braços da vítima para frente (rente ao solo), cruzando-os sobre o peito (parte inferior do esterno 2 cm do processo xifóide);
- Pressione o tórax da vítima 05 vezes seguidas;
- Volte os braços da vítima para a posição inicial e reinicie o método.



12 – EQUIPAMENTOS PARA SOCORROS DE URGÊNCIA (SUGESTÃO):

Prepare sua caixa de primeiros socorros antes de precisar dela. Amanhã, uma vida poderá depender de você.

- Algodão	- Esparadrapo	- Papel e caneta
- Ataduras	- Estetoscópio	- Pinças hemostáticas
- Atadura elástica	- Gaze esterilizada	- Respirador "Ambu"
- Cobertor térmico	- Lenço Triangular	- Sabão
- Colar cervical	- Luva de procedimentos	- Soro fisiológico
- Compressas limpas	- Máscaras	- Talas variadas
- Curativos protetores	- Micropole	- Telefones úteis
- Cânulas de Guedel	- Maca rígida ou KED	- Tesoura
- Esfignomanômetro	- Óculos de proteção	- Válvula para RCP

13 – BIBLIOGRAFIA:BÁSICA:

- 01 - MANUAL DE PRIMEIROS SOCORROS
Cruz Vermelha - dist. pelo Sem. Meira Filho em 1992
- 02 - Apostila - ESTÁGIO DE SOCORROS DE URGÊNCIA
Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal
Companhia de Emergência Médica
- 03 - Apostila - TREINAMENTO DE PRIMEIROS SOCORROS
Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Treinamento - Metrô DF
- 04 - Apostila - ESTÁGIO DE SOCORROS DE URGÊNCIA
1ª / 2ª Companhia Independente de Emergência Médica
Seção de Ensino e Instrução - CBMDF
- 05 - Apostila - CURSO DE PRIMEIROS SOCORROS DA CVB/DF
Cruz Vermelha Brasileira do Distrito Federal
Departamento de Socorro - CVB/DF, 11ª edição
- 06 - PRIMEIROS SOCORROS - 2ª Edição
SENAC - Departamento Nacional
Diretoria de Formação Nacional - Rio de Janeiro 1991
- 07 - LIVRO DE PRIMEIROS SOCORROS - 2ª Edição
Stephen N. Rosemberg, M.D. - Johnson e Johnson
Editora Record
- 08 - PRIMEIRO SOCORROS PARA ESTUDANTES - 7ª Edição
Brente Q. Hafen; Keith J. Karren; Kathryn J. Frandsen
Editora Manole
- 09 – PRIMEIROS SOCORROS – J. David Bergeron, Glória Bizjak
Tradução: Maria Alice Fortes Gattos, Kazuko
Uchikawa Graziano, Arlete Silva – São Paulo 1999
Editora Atheneu
- 10 – TRAUMA – Atendimento Pré-Hospitalar.
Beatriz Ferrira Monteiro Oliveira; Mônica Koncke Fiúza Parolin e
Edison Vale Teixeira Jr.
Editora Atheneu
- 11 – PHTLS – Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado – Básico
e Avançado – Tradução da 5ª

COMPLEMENTAR:

- 01 - ATLAS DE ANATOMIA HUMANA
Aparelho de movimento - vol. 1
W.Kahle; H. Leonhardt e W. Platzer
Editora Atheneu - 1988
- 02 - ATLAS DE ANATOMIA HUMANA - Esplanctologia - vol. 2
W.Kahle; H. Leonhardt e W. Platzer
Editora Atheneu - 1988
- 03 - FISILOGIA HUMANA - 6ª edição
Arthur C. Guyton, M. D.
Editora Guanabara - 1988
- 04 - FISILOGIA HUMANA - 3ª edição



- Vander; Sherman e Luciano
Editora McGraw - Hill
- 05 - FISILOGIA - 3ª edição
Robert M. Berne; Matthew N. Levy
Editora Guanabara Koogan
- 06 - CINESIOLOGIA E ANATOMIA APLICADA - 7ª Edição
Philip J. Rasch
Editora Guanabara - 1991
- 07 - TRATADO DE ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA - 7ª Ed.
Suzane C. Smeltzer
Brenda G. Bare
Editora Guanabara - 1992

SITES:

<http://www.aph.com.br>
<http://www.saudeemmovimento.com.br>
<http://www.cvbb.org.br>
<http://www.cref7.org.br>