

2013.1

PRIMEIROS SOCORROS



**INSTITUTO
FORMAÇÃO**
Cursos Técnicos Profissionalizantes

Prof^ª. Flávia Soares

PRIMEIROS SOCORROS

A expressão primeiros socorros é usada para caracterizar uma série de procedimentos adotados com o fim de preservar vidas sob risco iminente e em condições de urgência e/ou emergência. Esses procedimentos são realizados geralmente por pessoas comuns, com conhecimentos teóricos e práticos acerca das técnicas utilizadas.

Como o próprio nome sugere, são os procedimentos de emergência que devem ser aplicados a uma pessoa em perigo de vida, visando manter os sinais vitais e evitando o agravamento do quadro, até que ela receba assistência definitiva.

Primeiros socorros são todas as atividades de caráter técnico ou médico prestadas a uma pessoa que acaba de sofrer um mal súbito ou que tenha sido vítima de algum acidente. É muito importante que as medidas prestadas no atendimento sejam do conhecimento de todos, visando ao lado prático das técnicas, pois quando um acidente acontece, a situação de pânico instala-se nas vítimas e também em quem está prestando socorro, atrapalhando bastante o atendimento, caso não esteja acostumado com essas situações.

O treinamento repetidas vezes condicionará o socorrista à sequência utilizada em cada caso, eliminando aqueles minutos preciosos gastos com o ordenamento de ideias e que, muitas vezes, são o limite entre a vida e a morte.

Toda pessoa que estiver realizando o atendimento de 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 inconsequentes, que acabem transformando-o em mais uma vítima.

A seriedade e o respeito são premissas básicas para um bom atendimento de 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.

Identifica-se a necessidade de aplicação dos primeiros socorros em diversas situações, sendo as mais comuns em acidentes automobilísticos, atropelamento, acidentes domésticos, tumultos, incêndios, catástrofes da natureza, acidentes de trabalho e na indústria, guerras e conflitos, ou mesmo causas fisiológicas em pessoas que sofrem de algum mal, como, por exemplo, um ataque cardíaco (apoplexia).

Os primeiros socorros, como a própria expressão nos remete, são procedimentos utilizados primariamente apenas para se preservar a condição de vida de um indivíduo até a chegada de um médico profissional, ou uma equipe médica, para que sejam adotadas as medidas que a situação requer, conforme avaliação profissional e especializada.

Os procedimentos adotados nos primeiros socorros surgiram com o suíço Jean Henry Dunant, no ano de 1859, projeto apoiado pelo imperador francês Napoleão III, e tinha o intuito de instruir pessoas das comunidades locais, principalmente aquelas que viviam em estado de guerra.

Desde a sua criação até os nossos dias, as técnicas de primeiros socorros são tidas como de fundamental importância para a vida humana. Nota-se, estatisticamente, que muitas pessoas feridas e/ou acidentadas acabam vindo a óbito antes de chegar a uma unidade de saúde, devido à falta de um atendimento adequado nos primeiros socorros, atendimento esse que poderia ser realizado por qualquer tipo de pessoa devidamente e previamente instruída.

CONCEITOS APLICADOS AOS PRIMEIROS SOCORROS

- ✓ **Primeiros Socorros:** São os cuidados imediatos prestados a uma pessoa cujo estado físico coloca em perigo a sua vida ou a sua saúde, com o fim de manter as suas funções vitais e evitar o agravamento de suas condições, até que receba assistência médica especializada.

- ✓ **Socorrista:** Atividade regulamentada pelo Ministério da Saúde, segundo a portaria nº 824 de 24 de junho de 1999. O socorrista possui um treinamento mais amplo e detalhado que uma pessoa prestadora de socorro.
- ✓ **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.
- ✓ **Emergência:** Estado grave, que necessita atendimento médico embora não seja necessariamente urgente.
- ✓ **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 a informação a partir de uma relato da vítima.

ASPECTOS LEGAIS DO SOCORRO

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

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

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

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

DIREITOS DA PESSOA QUE ESTIVER SENDO ATENDIDA

O prestador de socorro deve ter em mente que a vítima possui o direito de recusa do atendimento. No caso de adultos, esse direito existe quando eles estiverem conscientes e com clareza de pensamento. 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, isto poderá ser considerado como violação dos seus direitos;
- ✓ Converse com a vítima, informe a ela que você possui treinamento em primeiros socorros, que irá respeitar o direito dela de recusar o atendimento, mas que está pronto para auxiliá-la no que for necessário;
- ✓ Arrole testemunhas de que o atendimento foi recusado por parte da vítima;
- ✓ No caso de crianças, a recusa do atendimento pode ser feita pelo pai, pela mãe ou pelo responsável legal. Se a criança é retirada do local do acidente antes da chegada do socorro especializado, o prestador de socorro deverá, se possível, arrolar testemunhas que comprovem o fato;
- ✓ O consentimento para o atendimento de primeiros socorros pode ser formal, quando a vítima verbaliza ou sinaliza que concorda com o atendimento, após o prestador de socorro ter se identificado como tal e

ter informado à vítima de que possui treinamento em primeiros socorros, ou implícito, quando a vítima esteja inconsciente, confusa ou gravemente ferida a ponto de não poder verbalizar ou sinalizar consentindo com o atendimento. Neste caso, a legislação infere que a vítima daria o consentimento, caso tivesse condições de expressar o seu desejo de receber o atendimento de primeiros socorros.

- ✓ O consentimento implícito pode ser adotado também no caso de acidentes envolvendo menores desacompanhados dos pais ou responsáveis legais. Do mesmo modo, a legislação infere que o consentimento seria dado pelos pais ou responsáveis, caso estivessem presentes no local.

IDENTIFICAÇÃO DE EMERGÊNCIAS

Têm-se percebido na maioria dos casos de acidentes, que as pessoas leigas dotadas apenas de boa vontade e solidariedade, no atendimento a uma vítima sem as devidas instruções acerca de primeiros socorros e suas técnicas, que elas acabam causando muito mais danos, do que benefícios, agravando ainda mais a situação de um ferido e/ou intoxicado, do que colaborando para a melhoria de um quadro clínico.

O tempo decorrido para que uma pessoa leiga identifique uma situação de risco, por exemplo, é muito maior do que uma que teve um preparo para lidar com situações de emergência, o que pode decisivamente interferir na recuperação de uma vítima.

O treinamento em primeiro socorros, então, acaba tornando-se fundamental, não só pelos fatores ético e moral, mas também devido à realidade social em que vivemos atualmente, quando as pessoas estão a todo tempo expostas a acidentes.

Uma pessoa devidamente capacitada adquire, dentre as técnicas de primeiros socorros, a característica de encarar lucidamente e com tranquilidade as situações adversas de um acidente, onde pessoas não treinadas, normalmente, perdem o controle emocional, colaborando, assim, para um aumento de risco, tanto para a(s) vítima(s) quanto para ela própria.

AS FASES DO SOCORRO

1- AVALIAÇÃO DA CENA

- ✓ **Clínica:** Causada por condições fisiológicas da vítima, como um mal-estar, um ataque cardíaco, desmaios, intoxicações, etc.
- ✓ **Trauma:** Gerada por mecanismos de troca de energia, como colisões automobilísticas, quedas, queimaduras choques em geral, etc.

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 gravidade das mesmas e todas as outras informações que possam ser úteis para a notificação do acidente. Proceder da seguinte forma:

- a) Manter a vítima deitada, em posição confortável, até certificar-se de que a lesão não tem gravidade;
- b) Investigar particularmente a existência de hemorragia, envenenamento, parada respiratória, ferimentos, queimaduras e fraturas;
- c) Dar prioridade ao atendimento dos casos de hemorragia abundante, inconsciência, parada cardiorrespiratória, estado de choque e envenenamento, pois EXIGEM SOCORRO IMEDIATO.
- d) Verificar se há lesão na cabeça, quando o acidentado estiver inconsciente ou semiconsciente. Havendo hemorragia por um ou ambos os ouvidos, ou pelo nariz, PENSAR em fratura de crânio;
- e) Não dar líquidos a pessoas inconscientes;
- f) Recolher, em caso de amputação, a parte seccionada, envolva-a em um pano limpo para entrega IMEDIATA ao médico;
- g) Certificar de que qualquer providência a ser tomada não venha a agravar o estado da vítima;
- h) Chamar o médico ou transportar a vítima, SE NECESSÁRIO. Fornecer as seguintes informações:
 - ✓ Local, horário e condições em que a vítima foi encontrada;

- ✓ Quais os Primeiros Socorros a ela prestados.

- i) Inspirar confiança - EVITAR PÂNICO;
- j) Comunicar a ocorrência a autoridade policial local.

A avaliação prévia da cena do ocorrido é de fundamental importância uma vez que através dessa medida é possível dimensionar os riscos existentes na cena, evitando-se até que a própria pessoa que presta o socorro acabe por se tornar mais uma vítima.

Deve-se seguir 4 etapas na fase de avaliação da cena, a fim de se isolar os riscos e poder promover um socorro efetivo até a chegada de profissionais:

- 1- Segurança:** É necessário verificar se a cena é segura para poder ser abordada, e assim procurar tornar o ambiente adequado para o atendimento prévio. Por exemplo, no caso de acidentes de trânsito, deve-se procurar improvisar um espaço de maneira a desviar o fluxo de veículos, sinalizando aos carros que vêm no sentido do problema ocorrido.
- 2- Cinemática:** Verificar como se deu o acidente ou mal sofrido pela vítima, perguntando a ela, se estiver plenamente consciente, ou a pessoas próximas que testemunharam o ocorrido.
- 3- Bio-proteção:** Deve-se procurar maneiras de evitar possíveis infecções através do contato direto com o sangue das vítimas, usando luvas cirúrgicas se possível, em situações adversas não deve-se abortar os procedimentos por falta de instrumentos.
- 4- Apoio:** Deve-se procurar auxílio de pessoas próximas da cena, no sentido de ajudar a dar o espaço necessário para o atendimento prévio, chamar imediatamente o socorro especializado, desviar o trânsito de veículos, procurar manter a ordem e a calma entre as outras pessoas, etc. No caso de não haver pessoas por perto isso deve ser feito com o máximo de agilidade e tranquilidade, pela própria pessoa que presta o socorro inicial.

2- SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO

Solicitar se possível a outra pessoa que peça auxílio chamando o socorro especializado comunicando a provável causa do acidente, o número de vítimas, a gravidade das mesmas e todas as outras informações que ele precisar. Estas informações você terá obtido anteriormente, durante a fase de avaliação do ambiente.

3- SINALIZAÇÃO

Efetuar, sempre que necessário, a sinalização do local para evitar a ocorrência de novos acidentes. Pode ser feita com cones, fita zebra, ou qualquer objeto que chame a atenção de outras pessoas para o cuidado com o local, na falta destes recursos, pode-se pedir para que uma pessoa fique sinalizando a uma certa distância.

4- ATENDIMENTO

Ao iniciar o atendimento, deve-se ter em mente o que fazer e o que não fazer. Manter o autocontrole é imprescindível nesta fase. Não minta para a vítima. Procure expressar segurança e confiança no que faz. No atendimento, a pessoa que estiver prestando os primeiros socorros deve realizar os dois exames básicos: exame primário e exame secundário.

5- EXAME PRIMÁRIO

O exame primário consiste em verificar:

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

Este exame deve ser feito em 2 minutos ou menos. Se a vítima não estiver respirando, mas apresentar batimentos cardíacos (pulso), iniciar a respiração artificial conforme o procedimento. Caso não haja sinal de pulso, iniciar a RCP segundo o procedimento.

6- EXAME SECUNDÁRIO

Consiste na verificação de:

- ✓ Avaliar o nível de consciência.
- ✓ Escala de Coma de Glasgow.
- ✓ Avaliar os 4 sinais vitais:
 - pulso.
 - respiração.
 - pressão arterial (PA), quando possível.
 - temperatura.
- ✓ Avaliar os 3 Sinais Diagnósticos:
 - tamanho das pupilas;
 - enchimento capilar (perfusão sangüíneas das extremidades);
 - cor da pele.

EXAME CLÍNICO DAS PUPILAS	
SITUAÇÃO DAS PUPILAS	POSSÍVEL QUADRO CLÍNICO
Pupilas com o mesmo diâmetro e com contornos regulares	Normal
Pupilas com diâmetros diferentes e / ou com contornos irregulares	Acidentes vascular encefálico, traumatismos cranianos diversos e hipóxia cerebral localizada.
Pupilas dilatadas e com ausência de resposta à luz	Hipóxia cerebral grave ou óbito.
Pupilas dilatadas e com presença de resposta à luz	Hipóxia cerebral grave, recente PCR, AVE e traumatismos cranianos diversos.
Pupilas contraídas e/e com contornos irregulares	Uso de substância psicotrópicas.

Quadro 1: Exame clínico das pupilas.

- ✓ Realizar o exame físico na vítima:
 - pescoço;
 - cabeça;
 - tórax;
 - abdômen;
 - pelve;
 - membros inferiores;
 - membros superiores;
 - dorso.

O que o prestador de primeiros socorros deve observar ao avaliar o pulso e a respiração:

Pulso:

- Frequência: É aferida em batimentos por minuto, podendo ser normal (normocárdico), lenta (bradicárdico) ou rápida (taquicárdico).
- 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:

- Frequência: É aferida em respirações por minuto, podendo ser: normal (eupneico), lenta (bradipneico) ou rápida (taquipneico).
- 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.

CONDIÇÕES GERAIS DA VÍTIMA

É preciso, após a avaliação e devido preparo da cena, analisar a condição da vítima de acidente ou mal clínico, para que se adote o procedimento adequado, de acordo com o que a situação exige.

Todos esses procedimentos devem ser efetuados com o máximo de agilidade e exatidão possíveis, uma vez que o tempo é um fator crucial para determinar ou não a sobrevivência, ou mesmo a recuperação sem sequelas de uma vítima. Portanto é necessário que o prestador de socorro seja decidido, mantenha a calma, e afaste curiosos a fim de proporcionar um maior espaço para se trabalhar da melhor maneira possível.

Deve-se obter um breve prognóstico sobre as condições da vítima, observando-se primeiramente os seus sinais, ou seja, tudo aquilo que se pode notar, examinando a pessoa lesada (respiração, palidez, pele fria, etc.) além de se examinar também os sintomas sentidos pelas vítimas informados por ela própria (náusea, vertigem, tontura, dor, etc.) e os sinais vitais, cuja ausência ou mesmo alteração indica uma grave irregularidade no funcionamento normal do organismo entre esses sinais estão: pulsação (batimento do coração), pressão arterial, respiração e temperatura corporal.

Estudos científicos mais recentes indicam a dor, tida então como sintoma, como um quinto sinal vital, partindo do princípio de que ela só é sentida por quem está ainda vivo.

Usa-se então, tanto pelo socorrista leigo, quanto pelo profissional um parâmetro para se medir e avaliar o nível de consciência da vítima chamado A.V.D.I (Alerta, Voz, Dor e Inconsciência):

- 1- **ALERTA:** Quando a pessoa que presta o socorro nota que, ao tocar a vítima, esta reage de uma forma instantânea e espontânea ao sinal do socorrista, numa situação de trauma ou clínica, esta se encontra na fase de alerta, ou fase A. Isto significa que a vítima ainda tem em suas funções corporais e atividade neurológica ativas, ou seja, o cérebro que sob risco, ainda está sendo suprido de oxigênio e funcionando.
- 2- **VOZ:** Nota-se que, quando a vítima passa a não responder a estímulos sonoros, como por exemplo ser chamada pelo nome, esta encontra-se na fase V, ou seja, está num processo de perda de consciência, uma vez que a audição é um dos últimos sentidos a se perder antes do cérebro ficar inconsciente.
- 3- **DOR:** Não havendo resposta aos estímulos sonoros, a vítima tem de ser submetida ao teste da chamada fase D, isto é para perceber se a pessoa ainda sente dores, o que indicaria um leve estado de consciência, o socorrista realiza um movimento com uma das mãos fechadas friccionando-a na região da junção de seus dedos, na região central do tórax da vítima.

Esta, por sua vez, tentando inibir o movimento do socorrista ou mesmo gesticulando ou demonstrando com expressões faciais que o friccionar de seu tórax a incomoda, indica que ainda sente dores. Caso não haja nenhum tipo de reação da vítima ao estímulo, deve-se considerar a etapa seguinte.

- 4- INCONSCIÊNCIA:** Nessa fase, a pessoa vitimada encontra-se totalmente inconsciente, ou seja, não está havendo atividade cerebral em seu organismo. Percebendo-se a inconsciência quando ela não reagiu a nenhum dos três estímulos anteriores (alerta, voz e dor), o que é muito preocupante, uma vez que o cérebro começa a ter danos irreversíveis a partir de 6 minutos sem receber oxigênio.

PRINCÍPIOS

- Agir com calma e confiança – evitar o pânico;
- Ser rápido, mas não precipitado;
- Usar bom senso, sabendo reconhecer suas limitações;
- Usar criatividade para improvisação;
- Demonstrar tranquilidade, dando ao acidentado segurança;
- Manter sua atenção voltada para a vítima quando estiver interrogando-a;
- Falar de modo claro e objetivo;
- Aguardar a resposta da vítima;
- Não atropelar com muitas perguntas;
- Explicar o procedimento antes de executá-lo;
- Responder honestamente as perguntas que a vítima fizer;
- Usar luvas descartáveis e dispositivos boca-máscara, improvisando se necessário, para proteção contra doenças de transmissão respiratória e por sangue;
- Atender a vítima em local seguro (removê-la do local se houver risco de explosão, desabamento ou incêndio)

O QUE NÃO FAZER

- ✓ Abandonar a vítima de acidente;
- ✓ Omitir socorro sob pretexto de não testemunhar;
- ✓ Tentar remover a vítima presa nas ferragens, sem estar preparado;
- ✓ Tumultuar o local do acidente;
- ✓ Deixar de colaborar com as autoridades competentes.

O QUE FAZER

- ✓ Cuidar da sua segurança;
- ✓ Tomar medidas de proteção;
- ✓ Análise global da(s) vítima(s) de acidente;
- ✓ Acionar Recurso Especializado.

COMO AGIR

- ✓ Manter a calma;
- ✓ Afastar os curiosos;
- ✓ Quando aproximar-se, ter certeza de que está protegido (evitar ser atropelado);
- ✓ Faça uma barreira, protegendo você e a vítima de um novo trauma;
- ✓ Chamar ajuda;

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM PRIMEIROS SOCORROS

Existem órgãos e setores governamentais especializados em atender situações de emergência, os quais deve-se em toda ocorrência ser acionados, ainda que os primeiros socorros já estejam sendo realizados. Esse contato explica-se porque todo caso acidental ou clínico, deve passar por uma avaliação médica para excluir possíveis sequelas e a fim de se restabelecer plenamente a vítima.

Abaixo, alguns telefones úteis e a atribuição específica de cada instituição, todos com ligação totalmente gratuita:

Corpo de bombeiros – 193:

Em casos de emergências, incêndios de acidentes domésticos, de trânsito, resgate de vítimas em que não é possível realizar os primeiros socorros, encarregados de realizar o transporte da(s) vítima(s) a uma unidade de saúde especializada de acordo com o caso específico.

Polícia Militar – 190:

Responsável por fazer atendimentos prévios, no caso de ser o primeiro serviço especializado a chegar ao local, manter a ordem do fluxo de trânsito e de pessoas (curiosos), apurar circunstâncias do acidente e em eventualidades realizar o transporte de vítimas.

SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) – 192:

É um serviço específico de atendimentos de urgência, criado por uma portaria do Ministério da Saúde, e gerido pela Secretaria de Saúde de cada estado ou município. Realiza um serviço de atendimento às vítimas de acidentes e estados clínicos que necessitam de acompanhamento, realizando um atendimento prévio no próprio local ou dentro de ambulâncias, enquanto a(s) vítima(s) são transportadas a um hospital ou unidade de saúde mais próximos.

Polícia Rodoviária Federal – 191:

Em casos de acidentes em rodovias mais isoladas de grandes centros, é recomendável acionar o serviço da PRF, pois é a instituição que provavelmente estará mais próxima da ocorrência, uma vez que é a polícia responsável por zelar do bom fluxo em rodovias nacionais.

Defesa Civil – 199:

É o órgão nacional responsável por organizar prevenções de acidentes e desastres naturais ou de grandes proporções e trabalhos de resposta a esses acontecimentos, como medidas de remoção de famílias em áreas potencialmente de risco de desmoronamentos, deslizamentos etc.

Disque Intoxicação (ANVISA) – 0800-722-6001:

É um serviço criado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com o objetivo de esclarecer pessoas e profissionais de saúde quanto às ocorrências envolvendo intoxicações dos mais diversos tipos.

Ao chamar estes serviços, o atendente fará algumas perguntas:

- ✓ Diga seu nome e o número do telefone;
- ✓ Local onde está a vítima (referencias);
- ✓ Diga o que foi que aconteceu - a natureza da emergência;
- ✓ Número de vítimas - condição da vítima e providências tomadas.

É importante também consultar a lista telefônica em sua região para saber os demais telefones úteis, de acordo com a localidade em que onde você reside e sempre tê-los à mão para eventuais situações que se faça necessário esse tipo de contato.

Em alguns estado brasileiros (como São Paulo, Distrito Federal), existe um sistema integrado que une os serviços de Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e Civil, Defesa Civil e serviços de saúde em geral, O chamado CIADE (no caso do Distrito Federal), em que a pessoa que aciona um dos números das instituições integradas é encaminhada segundo a especificidade de cada caso, conferindo maior agilidade em casos de emergências.

É indispensável que se saibam as técnicas de primeiros socorros antes de aplicá-las na pratica.

PRECAUÇÕES COM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Doenças Transmissíveis pelo Sangue

As mais graves: Hepatite B, Hepatite C e AIDS.

Precauções Universais:

- ✓ Prevenir com uso de EPI (luva e máscara)
- ✓ Atuar nas emergências
 - limpar a área
 - dispensar material utilizado

OBSERVAÇÃO: Contato com substâncias corporais:

- ✓ Lavar a área atingida e relatar o incidente;
- ✓ Se ocorreu em ambiente de trabalho, chamar seu médico ou um infectologista.

EQUIPAMENTOS PARA SOCORRO DE URGÊNCIA

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| ✓ Algodão hidrófilo | ✓ Líquido anti-séptico |
| ✓ Tesoura | ✓ Gase esterilizada |
| ✓ Soro fisiológico | ✓ Pinças |
| ✓ Atadura de gase | ✓ Barra de sabão |
| ✓ Válvula para RCP | ✓ Colar cervical |
| ✓ Xilocaina spray | ✓ Papel e caneta |
| ✓ Atadura de crepom | ✓ Compressas limpas |
| ✓ Talas variadas | ✓ Cotonete |
| ✓ Água oxigenada | ✓ Garrote |
| ✓ Bandagem | ✓ Esparadrapo |
| ✓ Luva de procedimentos | |

VIOLÊNCIAS URBANAS

Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

A violência nas cidades é um fenômeno que cresce a níveis assustadores no país. De um lado tem-se com um dos fatores principais para esse acontecimento a desigualdade social, típica dos países subdesenvolvidos. Do outro, o desemprego, que hora aumenta e hora diminui, porém continuasempre com números superiores aos esperados pela população.

Há diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com consequências distintas. Os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde.

De outra parte, acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão. Entretanto, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre um certo grau de imprecisão.

Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças – CID – sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros.

Na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, ensejando a discussão de que se tratava de um dos mais graves problemas

de saúde pública a ser enfrentado. A partir de então, essas mortes representam cerca de 15% dos óbitos registrados no País, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório.

Na ampla faixa etária dos 5 aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios – estes em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais – são os dois subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violências. A população masculina, além de armas de fogo, está também mais exposta a outros fatores de risco, como uso de álcool e de drogas.

A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, que acumulam cerca de 75% do total das mortes por causas violentas. Nas áreas rurais, entretanto, o fenômeno está também presente, embora a sua gênese e suas manifestações sejam diversas e pouco investigadas. Nelas são geradas mortes em conflitos pela terra, em áreas de garimpo, na rota do narcotráfico, ao lado do aliciamento e da exploração de crianças e adolescentes para a prostituição e o trabalho escravo. São também consideráveis as vítimas de intoxicações por agrotóxicos e de envenenamentos por animais peçonhentos.

Menos frequentes, porém importantes, são as causas externas relacionadas à autoagressão, como o suicídio e as tentativas não consumadas. No tocante à morbidade por acidentes e violências, ainda é bastante precário o conhecimento disponível, seja em nível nacional, seja regional ou mesmo local. Dados das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH – mostram que, em 1996, foram registradas 679.511 internações por essas causas, somente nos hospitais ligados ao SUS. A preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade indica que esses eventos se devem, sobretudo, a acidentes de trabalho e de trânsito. As fraturas, principalmente de membros, motivaram 37,5% das internações, destacando-se também, como causa de internação, as queimaduras entre crianças menores de cinco anos de idade.

O impacto econômico dos acidentes e das violências no Brasil pode ser medido diretamente por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, e dias de permanência geral.

O adulto jovem apresenta-se como vítima importante, fato que evidencia não só um dano social, mas perdas na população economicamente ativa.

O novo Código de Trânsito Brasileiro – CTB –, que entrou em vigor em 22 de janeiro de 1998, por meio da Lei N.º 9.503, privilegia as questões de segurança e de preservação da vida. Uma de suas características é o expressivo conjunto de medidas de prevenção que contém, não sendo, por conseguinte, um instrumento apenas punitivo. A sua implantação configura, assim, o mecanismo legal e eficaz para a diminuição dos principais fatores de risco, envolvendo condutor, pedestre, veículos e via pública.

O retardamento da implantação completa do CTB e a precária fiscalização na aplicação das leis já implantadas comprometem os resultados esperados de redução da violência no trânsito. A sensibilização da sociedade quanto à relevância do Código é fundamental. A implantação efetiva do CTB requer, por outro lado, a superação do atraso tecnológico nas questões do trânsito brasileiro, como a baixa confiabilidade das estatísticas referentes à frota das pessoas habilitadas, bem como em relação às vítimas e às ocorrências de acidentes de trânsito; o precário controle de tráfego, inspeção e segurança veicular; a desagregação de normas e procedimentos relativos à engenharia de trânsito; a fiscalização inadequada; e o treinamento ultrapassado para a habilitação de novos condutores, além da capacitação técnica de recursos humanos. Acrescente-se a isso o insuficiente conhecimento acerca desses eventos e vítimas, visto que os dados de atendimentos em prontos socorros, por exemplo, não estão abrangidos nas estatísticas oficiais.

Em relação aos acidentes e às violências, são várias as fontes a partir das quais se pode investigar, cada uma constituída de modo a satisfazer as necessidades institucionais que as geram. Além disso, sofrem

diretamente as influências das limitações características dos sistemas de notificação, às vezes difíceis de serem compatibilizados.

As principais fontes oficiais de informação para o estudo dos acidentes e das violências, nas diferentes fases do evento até a morte, são o Boletim de Ocorrência Policial (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do DENATRAN; a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS); e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox).

O BO, instrumento utilizado nas Delegacias de Polícia nos níveis estadual e municipal, é uma fonte que pode ser complementada pelo Boletim de Ocorrência gerado pela Polícia Militar. Não é padronizado em nível nacional e, em geral, informa melhor os eventos mais graves que chegam ao conhecimento da polícia.

Por intermédio dos Boletins de Registro de Acidentes de Trânsito, os Detran estaduais, os Departamentos de Estrada nos três níveis de governo e os órgãos executivos municipais coletam os dados relativos aos acidentes ocorridos nas vias sob sua jurisdição, utilizando documentos distintos que identificam veículos, condutores, passageiros, pedestres e condições das vias. Esses dados são sintetizados pelo DENATRAN, que recebe as informações de acidentes de trânsito registrados pelos

A CAT, por sua vez, é o instrumento de notificação utilizado em nível nacional pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS – para fins de concessão de benefícios. Dada a sua ampla aplicação em todo o Território Nacional, constitui-se na principal fonte de informação para o estudo da morbimortalidade ocupacional. Além do reconhecido subregistro, essa fonte exclui os autônomos, os empregados domésticos, os vinculados a outros sistemas previdenciários e os sem carteira assinada. Tais limitações, particularmente considerando a grande parcela de trabalhadores inseridos no setor informal da economia, dificultam a conformação do perfil epidemiológico da população trabalhadora do País.

Nos acidentes ampliados – incêndios, explosões e vazamentos envolvendo produtos químicos perigosos –, embora conhecidos pelo seu impacto nas comunidades e no meio ambiente, 90% das vítimas imediatas são os próprios trabalhadores. Algumas vezes, resultam em verdadeiras catástrofes, provocando dezenas, centenas ou milhares de mortes em um único evento.

O Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, que abarca informações das instituições públicas e conveniadas ou contratadas pelo SUS, engloba em torno de 80% da assistência hospitalar do País e sua massa de dados diz respeito a cerca de 13 milhões de internações/ano.

Implantado no País em 1975, o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde – SIM/MS – é gerido pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde. Embora abrangente, atualmente, mais de 900 mil óbitos/ano, a sua cobertura não é ainda completa em algumas áreas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Quanto à qualidade das informações relativas a acidentes e a violências, algumas deixam a desejar. Os dados, nesse contexto, têm origem nas Declarações de Óbitos – DO – preenchidas nos Institutos de Medicina Legal. A qualidade das informações é ainda discutível, na medida em que, algumas vezes, não existe detalhamento quanto ao tipo ou intencionalidade da causa externa responsável pelas lesões que provocaram o óbito. Nesses casos, sabe-se apenas que se trata de uma morte decorrente de causas externas. Tal ocorrência vem sendo verificada em cerca de 10% do total de mortes por acidentes e violências no País, alcançando, em algumas áreas, valores bem mais elevados. Em determinadas localidades, essa distorção tem sido sanada ou minimizada com o auxílio de informações de outras fontes, tais como consultas ao prontuário hospitalar, laudos de necropsia ou utilização de noticiários de jornais.

Com o crescimento da violência no Brasil, os leitos hospitalares têm se tornado ainda mais escassos. Conseqüentemente, torna-se insuficiente o número de profissionais e de leitos em unidades de terapia intensiva e de recuperação pós-anestésica, bem como os serviços de imagem. Acresce-se, ainda, o estrangulamento da capacidade operacional dos laboratórios. Esses problemas se agravam nos serviços de

pediatria, neonatologia, cardiologia, ortopedia, traumatologia e atendimento a queimados, nos quais a demanda por atendimento é bem maior do que a oferta de unidades de saúde.

Em relação a recursos humanos, tanto em termos numéricos quanto de capacitação, muito há que ser feito. As universidades devem participar mais ativamente na formação de profissionais, capacitando-os para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, bem como para o desenvolvimento de medidas preventivas. A inexistência de diretrizes institucionais nos serviços públicos que favoreçam a atuação dos profissionais nessa área gera desmotivação e êxodo, ficando tais serviços, por vezes, a cargo daqueles que não dispõem ainda de experiências suficientes.

Sob o ponto de vista das sequelas decorrentes das lesões devidas a acidentes e a violências, quando não levam o paciente diretamente à morte, podem demandar uma internação, às vezes longa, com gastos elevados. Além disso, há a possibilidade de gerarem sequelas permanentes e incapacidades. Entre os danos produzidos no paciente, que exemplificam essa última situação, destacam-se as lesões medulares traumáticas.

O impacto da deficiência pode trazer implicações para o estado funcional do indivíduo, que engloba as funções física, psíquica e social; na capacidade de reinsertão; na disposição do paciente para levar uma vida independente, retomando papéis sociais relevantes; e na disponibilidade para beneficiar-se das ajudas tecnológicas oportunas. As alterações físicas interferem diretamente na função do indivíduo, comprometendo sua independência para a realização de atividades relacionadas ao cuidado pessoal, mobilidade, atividades ocupacionais e profissionais.

O grupo de crianças, adolescentes e jovens, que engloba os indivíduos na faixa etária de zero a 24 anos de idade, tem sido vítima de diferentes tipos de acidentes e de violências. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extra-domiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico. Por essa razão, estabelece-se a seguinte classificação estratégica:

- acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes extra-domiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); e
- violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violências extra-domiciliares (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem como as violências auto-infligidas (como a tentativa de suicídio).

A Constituição de 1988, em seu Artigo 227, estabeleceu os direitos fundamentais desse grupo, os quais alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA –, criado pela Lei N.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Esse Estatuto, no tocante aos casos de violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de saúde – Artigos 13, 47 e 245 –, define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes, em especial ao Conselho Tutelar, cabendo aos setores de saúde e de educação a notificação e a prevenção destes casos; à saúde cabe, especificamente, o atendimento psicossocial eméxico. Em continuidade à promoção e ao fomento da garantia dos direitos dessa população, o Brasil tornou-se, em 1990, signatário da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que provê os princípios referentes aos padrões mínimos para o tratamento da infância no mundo.

No segmento populacional representado pelas mulheres, as violências físicas e sexuais são os eventos mais frequentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados, com maior frequência, maridos, companheiros e parentes próximos.

O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e outros

órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida. Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento que, muitas vezes, é o próprio agressor.

Os maus-tratos contra os idosos, aqui consideradas as pessoas a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, dizem respeito às ações únicas ou repetidas que causam sofrimento ou angústia – ou, ainda, a ausência de ações que são devidas –, que ocorrem numa relação em que haja expectativa de confiança.

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária. Uma situação de elevado risco é aquela em que o agressor é seu dependente econômico. Aliam-se a esse outros fatores de risco: quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na vida cotidiana.

As quedas, causadas pela instabilidade visual e postural, comuns à idade, representam os principais acidentes entre os idosos. Um terço desse grupo que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização por queda. Cerca de metade dos idosos que sofrem esse tipo de fratura falece dentro de um ano; a metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente do cuidado de outras pessoas, aumentando os custos da atenção à saúde e retirando pelo menos um familiar da atividade econômica ativa, por um longo período.

A violência urbana é um dos problemas mais preocupantes na contemporaneidade. Entre os múltiplos fatores que colaboram para a ocorrência desse problema, podemos considerar: desemprego, as aglomerações na periferia, a impunidade, entre outros.

O desemprego atinge grande parcela da população brasileira, muitos dessas pessoas se envolve em atividades ilícitas como estratégia para conseguir os recursos que necessita pra sua sobrevivência.

Muitas pessoas migram para outra cidade em busca de trabalho, por falta de condições financeiras se instalam em periferias, causando grandes aglomerações com isso leva a disputa de espaço, e a escassez de privacidade, provocando grandes conflitos entre os moradores.

Outro fator que contribui para a violência é a impunidade, pois pessoas de classe alta, policiais, delegados, políticos, corruptos, na maioria da vezes fica imune a impunidade, levando assim o crescimento da violência.

Além desses fatores, há adolescentes desregrados e ilimitados pelos pais, crise familiar, reprovação escolar, tráfico em geral, confronto entre gangs rivais, falta de influência política, machismo, discriminação em geral e tantos outros.

Apesar de todas as causas citadas acima, a mais importante delas é a má distribuição de renda que resulta na privação da educação e melhores condições de moradia. Todo esse círculo vicioso se origina a partir da falta de condições de uma vida digna que faz com que as pessoas percorram caminhos ilegais e criminosos. Existem autoridades que acreditam na solução da violência por meio de reforço policial, equipamentos de segurança e na invasão de regiões onde o tráfico se localiza, porém tais situações somente geram maiores problemas, pois nessas situações pessoas inocentes que são vítimas dessa situação acabam sendo “confundidas” e condenadas a pagar por algo que não cometeu.

A violência urbana engloba uma série de violências como a doméstica, escolar, dentro das empresas, contra os idosos e crianças e tantos outros que existem e que geram esse emaranhado que se tem conhecimento. Inúmeras são as ideias e os projetos feitos para erradicar a violência urbana, porém

cabe a cada cidadão a tarefa de se auto-analisar para que a minúscula violência que se tem feito seja eliminada a fim de que grandes violências sejam suprimidas pela raiz.

Em virtudes dos fatos mencionados, possíveis soluções para diminuir a violência seria a desconstitucionalização dos policiais para acabar com o modelo único a todos os estados, e a normatização do Sistema Único de Segurança Pública, cursos profissionalizantes gratuitos para a diminuição do desemprego, entre outros.

AS CAUSAS

Se a violência é urbana, pode-se concluir que uma de suas causas é o próprio espaço urbano. Os especialistas na questão afirmam que nas periferias das cidades, sejam grandes, médias ou pequenas, nas quais a presença do Poder Público é fraca, o crime consegue instalar-se mais facilmente. São os chamados espaços segregados, áreas urbanas em que a infra-estrutura urbana de equipamentos e serviços (saneamento básico, sistema viário, energia elétrica e iluminação pública, transporte, lazer, equipamentos culturais, segurança pública e acesso à justiça) é precária ou insuficiente, e há baixa oferta de postos de trabalho.

Esse e os demais fatores apontados pelos especialistas não são exclusivos do Brasil, mas ocorrem em toda a América Latina, em intensidades diferentes. Não é a pobreza que causa a violência. Se assim fosse, áreas extremamente pobres do Nordeste não apresentariam, como apresentam, índices de violência muito menores do que aqueles verificados em áreas como São Paulo, Rio de Janeiro e outras grandes cidades. E o País estaria completamente desestruturado, caso toda a população de baixa renda ou que está abaixo da linha de pobreza começasse a cometer crimes.

Outros dois fatores para o crescimento do crime são a impessoalidade das relações nas grandes metrópoles e a desestruturação familiar. Esta última é causa e também efeito. É causa porque sem laços familiares fortes, a probabilidade de uma criança vir a cometer um crime na adolescência é maior. Mas a desestruturação de sua família pode ter sido iniciada pelo assassinato do pai ou da mãe, ou de ambos.

No entanto, alguns especialistas afirmam que essa causa deve ser vista com cautela. Desestrutura familiar, por exemplo, não quer dizer, necessariamente, ausência de pai ou de mãe; ou modelo familiar alternativo. A desestrutura tem a ver com as condições mínimas de afeto e convivência dentro da família, o que pode ocorrer em qualquer modelo familiar.

Quando o jovem procura o primeiro emprego, objetivando sua inserção no mercado formal de trabalho, e não obtém sucesso – tem relação direta com o aumento da violência, porque torna o jovem mais vulnerável ao ingresso na criminalidade. Na verdade, o desemprego, ou o subemprego, mexe com a auto-estima do jovem e o faz pensar em outras formas de conseguir espaço na sociedade, de ser, enfim, reconhecido.

Sem conseguir entrar no mercado de trabalho, recebendo um estímulo forte para o consumo, sem modelos próximos que se contraponham ao que o crime organizado oferece (o apoio, o sentimento de pertencer a um grupo, o poder que uma arma representa, o prestígio) um indivíduo em formação torna-se mais vulnerável.

O crescimento do tráfico de drogas, por si só, é também fator relevante no aumento de crimes violentos. As taxas de homicídio, por exemplo, são elevadas pelos “acertos de conta”, chacinas e outras disputas entre traficantes rivais.

E, ainda, outro fator que infla o número de homicídios no Brasil é a disseminação das armas de fogo, principalmente das armas leves. Discussões banais, como brigas familiares, de bar e de trânsito, terminam em assassinato porque há uma arma de fogo envolvida.

OS CAMINHOS PARA A SOLUÇÃO

Para um enfrentamento das causas, a participação de toda a sociedade – tanto cobrando soluções do Poder Público como se organizando em redes comunitárias de proteção e apoio, de desenvolvimento social e

mesmo de questões de segurança pública – é um caminho apontado pelos especialistas. Não significa substituir as funções do Estado, mas trabalhar em conjunto. E é importante não transformar o diagnóstico, a identificação das causas, em motivo para mais violência. Afirmar que as áreas urbanas mais desprovidas de recurso facilitam a criminalidade não significa dizer que os moradores dessas áreas sejam culpados. Na verdade, além de enfrentar condições precárias de subsistência, essa população ainda é a principal vítima de crimes violentos.

Grande parte das ações necessárias está na gestão urbana, que compete aos municípios. Como a segurança pública é tarefa dos Estados, é preciso haver integração entre políticas urbanas e políticas de segurança pública.

A escola também é um ponto importante: espaço privilegiado de convívio e de formação da pessoa, precisa ter qualidade e se integrar à comunidade a sua volta. Escolas que permanecem abertas nos finais de semana, para uso da comunidade, conseguem quase eliminar o vandalismo em suas dependências.

Além de uma escola pública melhor, fazem parte da lista de ações recomendadas por quem estuda a violência uma polícia melhor equipada e um Poder Judiciário mais ágil e, se necessário, mais rigoroso. Para proteger-se dos crimes contra o patrimônio, como fraudes, furtos e roubos, o sociólogo Tulio Kahn recomenda estratégias de “bloqueamento de oportunidades”: dificultar o acesso dos criminosos aos alvos por eles visados.

O ladrão age quando tem a oportunidade facilitada e pelo valor que possa obter com o produto do roubo. A mudança de alguns hábitos e a adoção de comportamentos preventivos, somadas a equipamentos de segurança que possam incluir de simples trancas reforçadas a sofisticados sistemas de monitoramento eletrônico de residências são recomendados pelos especialistas em segurança. A instalação de equipamentos deve levar em conta o patrimônio a ser protegido e, claro, a disponibilidade financeira.

De uma maneira mais ampla, não basta somente proteger a si mesmo. Adalberto Botarelli, psicólogo social, cita o pensamento do filósofo Espinosa, segundo o qual agimos governados por três questões: 1) uma lógica transcendental, não se faz uma coisa porque é pecado; ou 2) uma lógica do medo, não se faz pela punição possível; ou 3) pelo bem comum, porque o bem do outro é o bem de si próprio – é a lógica da ética do bem comum. De acordo com a ética do bem comum, uma pessoa não vai se preocupar com a redução dos assaltos por ser um bem para si mesma, mas por ser um bem para toda a sociedade. Nessa lógica, não existe propriamente uma defesa contra a violência, mas sim a redução do medo.

CUSTOS DA VIOLÊNCIA URBANA

O Brasil contabiliza cerca de 30 homicídios para cada 100 mil habitantes ante a média mundial de 5. O resultado anual de homicídios pode ser comparado ao número de vítimas de uma guerra civil. Em 2001, foram notificados 1 milhão de crimes contra o patrimônio na cidade de São Paulo, sem considerar aqueles que não tiveram o registro da ocorrência nas Polícias Civil e Militar, e que são a maioria, de acordo com pesquisa do Gabinete de Segurança Institucional (GSI), da Presidência da República.

A segurança deve ser considerada um direito de cidadania, pois significa liberdade (respeito ao indivíduo) e ordem (respeito às leis e ao patrimônio), que são fundamentais para o desenvolvimento econômico e social. Estudos da Fundação Getúlio Vargas (FGV) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento estimam que os custos da violência atingem 10% do PIB, algo em torno de R\$ 130 bilhões. São recursos que deixam de gerar empregos na cadeia produtiva, de investimentos e consumo, favorecendo a expansão apenas dos serviços especializados de segurança.

O estudo da FGV calcula que o número de vigilantes hoje no Brasil é 3,5 vezes o contingente das forças armadas nacionais, com o agravante de que esses primeiros possuem qualificação discutível e andam armados.

A violência urbana afeta, de forma incisiva, as decisões de investimento no País. Nem mesmo a justificativa do potencial mercado consumidor é suficiente para revertê-la. Nenhuma empresa quer pôr em risco a vida

de seus profissionais e a segurança de seu patrimônio. Ademais, a liberalização comercial global facilita a importação de produtos que poderiam ser produzidos no Brasil. Isto é, a violência é fator competitivo no mercado internacional e, contrariando as nossas necessidades, exporta empregos.

Nesse contexto, o setor turístico brasileiro, de enorme potencial e diferenciais, acaba sendo o maior prejudicado. O turismo tem capacidade de gerar empregos em escala, até mesmo porque a qualificação de sua mão-de-obra é muito rápida. Solução perfeita para reduzir o desemprego no País e que a violência urbana solapa.

O tipo de violência urbana que se presencia no Brasil é fundamentado no crime organizado, que é a pior de todas, pois cria um poder paralelo. Para o Estado, a violência urbana também representa dispêndios significativos. São retirados recursos da saúde, da educação e do saneamento básico para financiar a infraestrutura penitenciária, os serviços de apoio às vítimas etc. O Estado também perde com o abalo na confiança da população em suas instituições.

O cidadão é muito penalizado com a violência urbana, pela perda de sua liberdade, com os riscos presentes no cotidiano, com a menor oferta de empregos e com a deterioração dos serviços públicos. Para as famílias, a perda do pai ou da mãe, na faixa etária entre 25 e 40 anos, deixa uma legião de órfãos que terá de mendigar ou aderir ao crime organizado para obter seu sustento.

A violência é um ciclo que começa e termina nele mesmo, sem benefício para ninguém, a não ser para os líderes do crime organizado, na exploração daqueles que, direta ou indiretamente, foram ou serão suas vítimas.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A violência é um fenômeno que sempre fez parte da experiência humana. Nos últimos anos, contudo, vem-se destacando entre as principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Embora apresente concepção complexa, pode-se definir a violência como "o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação." Estima-se que, a cada ano, as causas violentas sejam responsáveis por mais de um milhão de mortes no mundo, em sua maior parte pessoas de 15 a 44 anos de idade e, mais frequentemente, homens. No ano 2000, do total de mortes por causas violentas no mundo, 49,1% foram suicídios, 31,3% foram homicídios e 18,6% estiveram relacionadas a guerras. Mais de 90% dessas mortes ocorreram em países de baixa renda, com predominância dos homicídios.

Na abordagem da violência pela Saúde Pública, é fundamental levantar o maior número possível de conhecimentos básicos de todos seus aspectos e unir, sistematicamente, dados sobre sua extensão, características e consequências em nível local, nacional e internacional. Atualmente, vários estudos vem sendo desenvolvidos no intuito de caracterizar os eventos violentos e dimensionar seu impacto na vida das pessoas. Levantamento realizado por Schraiber (2006), demonstra que a produção brasileira sobre violência e saúde no período de 1980 a 2005 segue a tendência internacional, a qual dá continuidade aos estudos pioneiros sobre o tema, pautados no tratamento de dados de mortalidade por causas externas, caracterização da magnitude e importância dessas causas de morte em relação às demais, para logo evoluir no sentido da sistematização do entendimento da violência enquanto processo de causas múltiplas que se diferenciam e se articulam.

No Brasil, o monitoramento da violência para fins de vigilância epidemiológica é realizado por meio da análise dos dados da declaração de óbito (DO) e da autorização de internação em hospitais públicos – ou autorização de internação hospitalar (AIH) –, fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Ambos os registros são gerenciados pelo Ministério da Saúde e constituem importante ferramenta para o conhecimento da carga da violência no país. Em 2005, as causas externas (acidentes e violências) ocuparam

o terceiro lugar entre as causas de morte, totalizando 127.633 óbitos. Destes, os homicídios (37,3%) e suicídios (6,7%) apresentaram taxa anual de mortalidade de 25,8/100.000 e 4,6/100.000, respectivamente. No mesmo ano, ocorreram 788.701 internações por causas externas em hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de sua menor proporção participativa no total de hospitalizações, os homicídios (6%) e os suicídios (1,2%) apresentaram taxas anuais de hospitalização próximas às observadas entre os óbitos por essas causas, atingindo valores de 25,9/100.000 e 5,4/100.000 respectivamente.

O Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a divulgação de informações sobre os eventos violentos não fatais e suas vítimas nos diversos segmentos populacionais e cursos da vida: crianças, adolescentes, mulheres, idosos, deficientes físicos e trabalhadores. O VIVA estrutura-se em dois componentes: 1) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares; e 2) vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais.

De um total de 46.795 atendimentos de emergência por causas externas, 4.854 (10,4%) foram devidos à violência; destes, 3.535 (72,8%) para pessoas do sexo masculino e 1.319 (27,2%) para pessoas do sexo feminino. As maiores proporções de atendimentos foram observadas nas faixas etárias de 20 a 29 anos (35,1%), 30 a 39 anos (21,5%) e 10 a 19 anos (19,8%). Com relação à raça/cor da pele, os pardos representaram 52,9%, acompanhados de brancos (26,2%) e pretos (16,8%), enquanto amarelos (1,1%) e indígenas (0,3%) corresponderam às menores proporções no total de atendimentos. Homens de cor preta e indígenas foram vítimas de violência em frequência três vezes superior à observada para as mulheres dessas categorias.

A vigilância epidemiológica de violências constitui atividade relevante para a sociedade, pois, além de permitir o monitoramento e a análise de possíveis mudanças no perfil desses agravos, contribui para a educação da população e o planejamento de ações intersetoriais de prevenção.

No Brasil, a abordagem da violência pela Saúde Pública encontra-se nas etapas iniciais, buscando obter maior conhecimento das características e causas da violência, bem como a identificação de seus fatores de risco. Todavia, muitas dessas informações continuam inacessíveis para gestores e tomadores de decisão, seja pelo atual modelo de vigilância, seja pela intrincada rede de fatores que favorecem o silêncio acerca da temática violência, principalmente quando as vítimas são mulheres, crianças e idosos.

De maneira geral, os homens representaram a maior proporção de vítimas de violência atendidas nas unidades de urgência e emergência. Em 2005, foram registrados 47.578 homicídios no Brasil, dos quais 92% ocorreram em homens, resultando em uma taxa de mortalidade de 48,2/100.000 homens, valor 12 vezes maior que o da taxa observada entre mulheres. O fato de os homens constituírem a maior parcela de vítimas de agressão talvez possa ser justificado pelos padrões sócio-culturais cristalizados na noção de gênero, que os expõem a situações ou comportamentos de risco para a violência. Souza (2005), relaciona a maior ocorrência de agressões entre os homens a um dos grandes símbolos de masculinidade no mundo atual: as armas, como materialização do poder de submissão do outro a seus desejos e interesses e do poder de vida ou morte, por meio de objetos introduzidos desde cedo na vida do menino, na forma de brinquedos, para constituir seu universo masculino. Quanto à faixa etária, adolescentes e adultos jovens têm sido frequentemente identificados como as principais vítimas da violência, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), o que pode ser explicado por fatores como inexperiência, busca de emoções, prazer em experimentar situações de risco, impulsividade e abuso de substâncias psicoativas.

Crianças menores de 10 anos de idade representaram uma parcela importante entre as vítimas da violência, evidência de sua vulnerabilidade aos maus-tratos. Crianças e adolescentes são os dois grupos mais vulneráveis a sofrer violação de seus direitos, afetando, direta e indiretamente, sua saúde física,

mental e emocional, requerendo prestação do atendimento adequado, alívio do sofrimento e modos de prevenção sob um modelo ampliado de assistência à saúde.

Os negros (pretos e pardos) predominaram em todos os tipos de eventos violentos, confirmando as estatísticas encontradas no Brasil. Segundo análises realizadas a partir de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, a população negra apresenta os maiores coeficientes de mortalidade por causas externas. No período de 2000 a 2003, esses coeficientes mantiveram-se estáveis entre os brancos, enquanto na população parda e preta, observou-se crescimento no risco de morte por causas violentas. Embora um grupo social não se defina por relações de raça ou cor, diferenças étnicas associam-se a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver e de morrer de grupos de pessoas.

A literatura assinala os espaços públicos (ruas, bares e outros locais) como o principal cenário para a ocorrência de eventos violentos, especialmente quando envolvem agressores e vítimas do sexo masculino. No espaço privado do lar, ocorre a maioria das violências contra a o sexo feminino. O domicílio, onde grande parte dos eventos violentos tomou lugar, favorece a ocorrência de agressões e abusos contra crianças, adolescentes e mulheres. Ao permanecer mais tempo em seus lares, essas pessoas acabam sendo violentadas, mais frequentemente, nesse ambiente privado. Qualquer membro da família pode se tornar, em determinadas circunstâncias, vítima ou autor de violência. As crianças e os adolescentes, entretanto, mais indefesos e dependentes da família e da sociedade, são as principais vítimas desse tipo de violência, tanto em extensão como em gravidade dos danos e suas consequências.

De maneira geral, a predominância dos atendimentos de emergência por violência, notificados pelo VIVA em 2006, foram prestados a vítimas do sexo masculino, jovens de 20 a 29 anos de idade, indivíduos da raça negra e pessoas com baixo nível de escolaridade.

VIOLÊNCIA, ABUSO E NEGLIGÊNCIA FAMILIARES

Os Serviços de Emergências (SEs) constituem, com frequência, os primeiros lugares onde as vítimas de violência, abuso ou negligência familiares procuram cuidado. A cada ano cerca de 3 a 4 milhões de mulheres são espancadas, 1,5 milhão de crianças sofrem abuso grave, cerca de 5 milhões de crianças sofrem maus tratos e 2,5 milhões de idosos sofrem abuso ou negligência (SMELTZER e BARE, 2002). Na média, entre 6 a 28% das mulheres observadas no SE sofreram abuso, com até 6% dessas pacientes procurando tratamento para uma queixa relacionada a um evento recente. Das visitas ao SE, entre 20 e 35% relacionam-se com o abuso contínuo. O abuso do idoso toma muitas formas, incluindo o abuso físico e psicológico, negligência, violação dos direitos pessoais e abuso financeiro.

Manifestações Clínicas

Quando as vítimas de abuso procuram tratamento, elas podem apresentar-se com lesões físicas ou problemas de saúde, como ansiedade, insônia ou sintomas gastrointestinais, que estão relacionados ao estresse. Em geral, eles não identificam seus abusadores.

A possibilidade de abuso deve ser investigada sempre que uma pessoa se apresenta com múltiplas lesões, as quais se encontram em estágios variados de evolução, quando as lesões são inexplicadas ou quando a explicação não se ajusta ao quadro físico. A possibilidade de negligência deve ser investigada sempre que uma pessoa dependente com recursos adequados e um prestador de atendimento designado mostrarem evidência de desatenção para a higiene, nutrição ou necessidades médicas conhecidas, tais como não-cumprimento das prescrições de medicamentos ou falta às consultas com os profissionais de saúde.

Nos SEs, as lesões físicas mais comuns são contusões inexplicadas, lacerações, abrasões, traumas cranianos ou fraturas. As manifestações clínicas mais comuns da negligência são a desnutrição e a desidratação.

Histórico

A equipe de enfermagem nos SEs encontram-se em uma posição ímpar para empreender a detecção precoce e as prescrições para as vítimas de violência doméstica. Isso requer uma aguda consciência dos sinais de possível abuso, maus-tratos e negligência. A equipe deve estar habilitada nas técnicas de

entrevista prováveis de gerar as informações exatas. Uma história cuidadosa é crucial no processo de avaliação. As perguntas feitas em privacidade – longe de outros – podem ser valiosas na geração de informações sobre abuso, maus-tratos e negligência.

Sempre que as evidências levem alguém a suspeitar de abuso com cuidados ou negligência é importante um histórico com cuidadosa documentação das descrições dos eventos e desenhos ou fotos das lesões, porque o registro médico pode ser utilizado como parte de um documento legal.

É crucial avaliar a aparência geral do paciente e as interações com outras pessoas significativas, um exame de toda a área de superfície do corpo e um exame do estado mental.

As seguintes perguntas podem ser valiosas quando se avalia o paciente para abuso, maus-tratos e negligência:

- Observei que você tem inúmeras equimoses. Você pode me dizer como elas ocorreram? Alguém o machucou?
- Às vezes os pacientes me contam que foram machucados por alguém em casa. Isso poderia ter ocorrido com você?
- Você tem medo de alguém em casa? Ou de alguém com quem você tenha contato?
- Alguém deixou de ajudá-lo a se cuidar quando você precisou de ajuda?
- Alguém o impediu de ver seus amigos ou outras pessoas que você quisesse ver?

Tratamento

Sempre que se suspeitar de abuso, maus-tratos ou negligência, a principal preocupação do profissional de saúde deve ser a segurança e o bem-estar do paciente. O tratamento focaliza as consequências do abuso, violência ou negligência e a prevenção da lesão adicional. Os protocolos das maioria dos SEs indicam que deve ser usada uma abordagem multidisciplinar. Enfermeiras, médicos, assistentes sociais e agências comunitárias trabalham em colaboração para desenvolver e implementar um plano para satisfazer às necessidades do paciente.

Quando em risco imediato, o paciente deve ser separado da pessoa abusadora ou negligenciadora, sempre que possível. Com base nesse risco, nas lesões ou condições clínicas negligenciadas, justifica-se a hospitalização até que sejam feitos planos alternativos. Entretanto, devemos lembrar que as fontes pagadoras podem não aprovar a hospitalização que se fundamenta apenas no abuso ou negligência.

Quando se considera que o abuso ou negligência é o resultado do estresse vivenciado por um cuidador que não é mais capaz de lidar com a carga do cuidado para uma pessoa idosa ou com doença crônica, podem ser necessários os serviços de asilo. Os grupos de apoio podem ser valiosos para esses cuidadores.

Na maioria dos estados, existem leis de notificação compulsória que exigem dos profissionais de saúde relatar a suspeita de abuso para uma agência oficial. Não é necessário que o profissional de saúde prove nada. Da mesma forma, os profissionais de saúde que relatam a suspeita de abuso estão imunes à responsabilidade civil e criminal quando o relato é feito de boa-fé. Muitos estados possuem linhas de emergência nas 24 horas para uso pelos profissionais de saúde e pacientes que procuram respostas para dúvidas sobre abuso e negligência.

RISCOS E PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A prevenção de acidentes de trabalho com material biológico é uma importante etapa na prevenção da contaminação de trabalhadores da saúde por patógenos de transmissão sanguínea. Dados epidemiológicos sobre os acidentes, incluindo as circunstâncias associadas com a transmissão ocupacional por estes patógenos, são essenciais para o direcionamento e a avaliação das intervenções nos níveis local, regional e nacional. Os CDC (Centro de Controle de Doenças) estimam que, a cada ano, ocorram 385.000 acidentes com perfurocortantes entre os trabalhadores da saúde que atuam em hospitais, uma média de 1.000 exposições por dia.

Diferentes estudos indicam que mais de 50% dos trabalhadores da saúde não notificam a ocorrência de exposições percutâneas envolvendo material biológico.

Os acidentes com agulhas e outros perfurocortantes usados nas atividades laboratoriais e de assistência à saúde estão associados à transmissão ocupacional de mais de 20 diferentes patógenos. O vírus da hepatite B (HBV), o vírus da hepatite C (HCV) e o vírus da aids (HIV) são os patógenos mais comumente transmitidos durante as atividades de assistência ao paciente.

A equipe de enfermagem é que sofre o maior número de acidentes com perfurocortantes. Entretanto, outros trabalhadores que prestam assistência aos pacientes (como médicos e técnicos), pessoal de laboratório e trabalhadores de equipes de suporte (por exemplo, trabalhadores de serviços de higienização/limpeza) também estão sujeitos a este risco. A equipe de enfermagem é o grupo ocupacional predominante em parte porque é o maior segmento da força de trabalho em muitos hospitais. Quando as taxas de acidentes são calculadas com base no número de trabalhadores naquela ocupação ou número de horas trabalhadas, outras ocupações podem apresentar taxas mais elevadas de acidente.

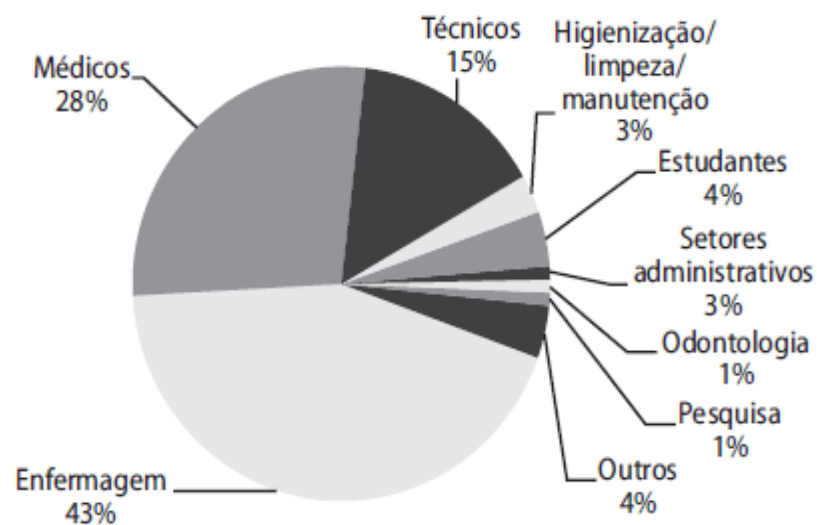


Gráfico 1: Grupos de trabalhadores da saúde expostos a sangue ou outros materiais biológicos.

Fonte: NaSH – junho/1995 a dezembro/2003.

Embora os perfurocortantes possam causar acidentes em qualquer lugar no serviço de saúde, dados mostram que a maioria (39%) dos acidentes ocorrem em unidades de internação, particularmente nas enfermarias/quartos, em unidades de terapia intensiva e no centro cirúrgico.

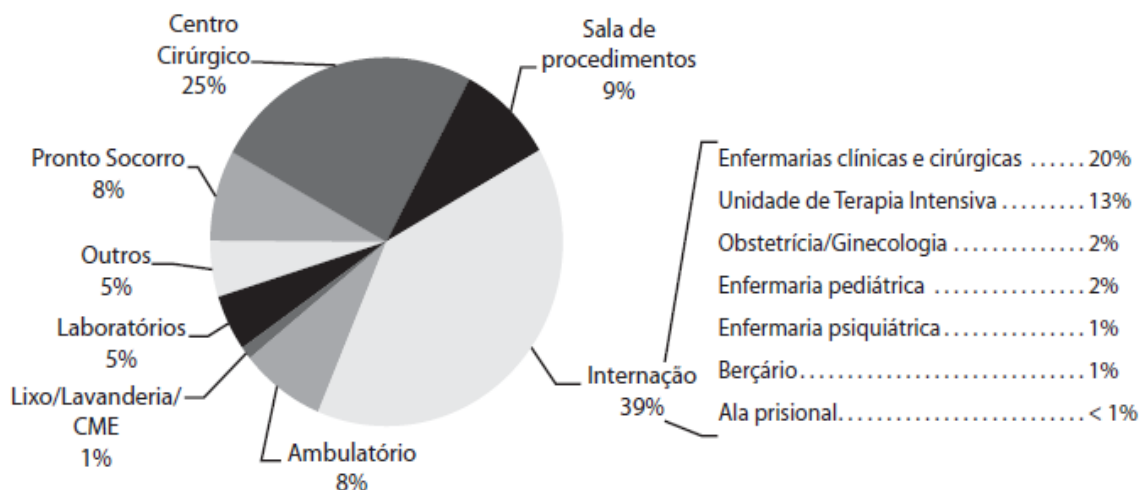


Gráfico 2: Locais de ocorrência dos acidentes com sangue ou outros materiais biológicos.

Fonte: NaSH – junho/1995 a dezembro/2003.

Os acidentes ocorrem mais frequentemente após o uso e antes do descarte de um perfurocortante (40%), durante seu uso em um paciente (41%) e durante ou após o descarte (15%).

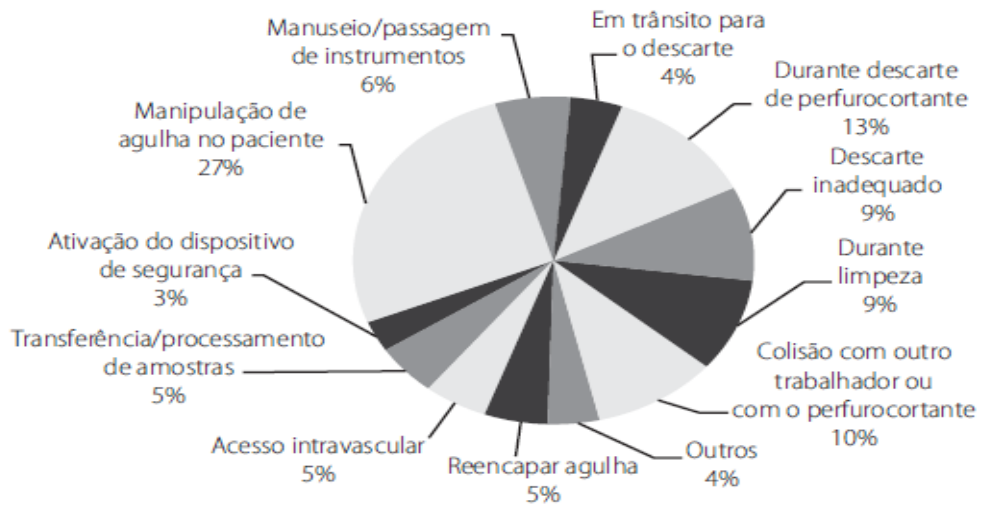


Gráfico 3: Circunstâncias de ocorrência de acidentes percutâneos envolvendo agulhas.

Fonte: NaSH – junho/1995 a dezembro/2003.

Embora muitos tipos de perfurocortantes possam estar envolvidos, dados indicam que seis dispositivos são responsáveis por aproximadamente oitenta por cento de todos os acidentes. Esses dispositivos são: Seringas descartáveis/agulhas hipodérmicas (30%); Agulhas de sutura (20%); Escalpes (12%); Lâminas de bisturi (8%); Estiletes de cateteres intravenosos (IV) (5%) e Agulhas para coleta de sangue (3%).

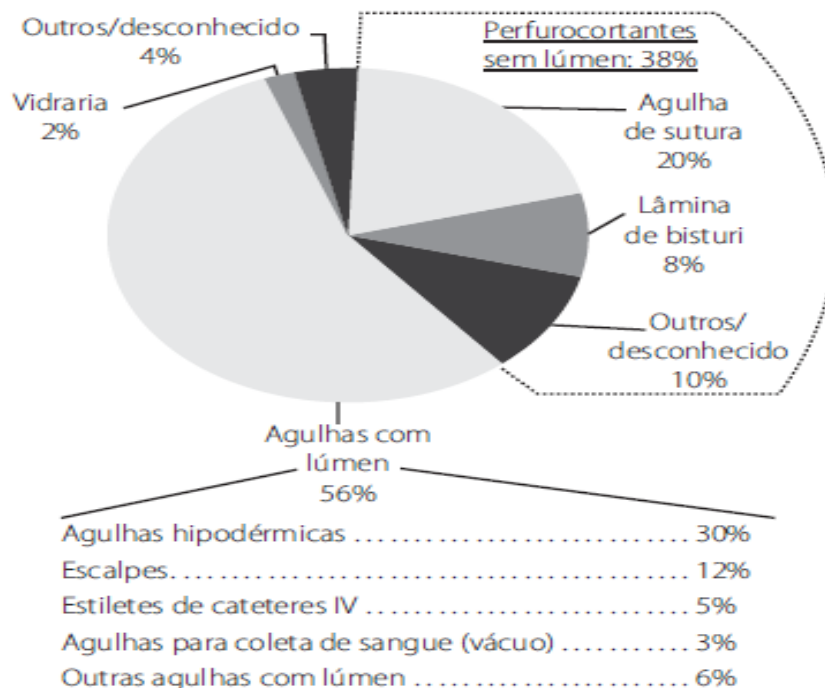


Gráfico 4: Tipos de perfurocortantes envolvidos nos acidentes percutâneos.

Fonte: NaSH – junho/1995 a dezembro/2003.

ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES

As precauções universais (atualmente denominadas precauções padrão ou precauções básicas) estabelecem conceitos importantes e são uma abordagem com eficácia demonstrada para prevenção de exposições cutâneas e de mucosas. Entretanto, seu foco principal está no controlado comportamento e das atitudes individuais, exemplificado pelo uso de equipamentos de proteção individual e por mudanças nas práticas de trabalho de cada indivíduo (por exemplo, tomar mais cuidado no manuseio de perfurocortantes), que isoladamente podem não ter um impacto significativo na prevenção de acidentes envolvendo perfurocortantes. Além disso, embora os equipamentos de proteção individual (como luvas, protetores faciais) protejam a pele e as mucosas do contato com sangue ou outros materiais biológicos, representando assim uma barreira às exposições, muitos são facilmente penetrados por agulhas e outros perfurocortantes. Dessa forma, apesar de estratégias usadas há mais de uma década para reduzir a incidência de acidentes com perfurocortantes (por exemplo, coletores rígidos para descarte de perfurocortantes) continuarem importantes atualmente, intervenções adicionais são necessárias.

Em anos recentes, os serviços de saúde vêm adotando como modelo para seus programas de prevenção o conceito de hierarquia de controles usado na higiene do trabalho para priorizar as intervenções de prevenção. Na hierarquia da prevenção de acidentes com perfurocortantes, a primeira prioridade é eliminar e reduzir o uso de agulhas e outros perfurocortantes onde for possível. A próxima é isolar o perigo através do uso de um controle de engenharia no ambiente ou no próprio perfurocortante, dessa forma impedindo que o elemento perfurante ou cortante fique exposto em qualquer lugar do ambiente de trabalho.

Quando essas estratégias não estão disponíveis ou não fornecem proteção completa, só então é que o foco deve ser na implementação das mudanças na prática de trabalho e do uso de equipamentos de proteção individual.

Os trabalhadores da saúde têm dificuldades em alterar práticas antigas e que já se tornaram hábitos.

Essa observação é corroborada por estudos conduzidos nos anos seguintes à implementação das precauções universais, quando a adesão observada às práticas recomendadas não foi satisfatória. A mesma observação é verdadeira para perfurocortantes com dispositivos de segurança – serviços de saúde têm dificuldade em convencer os trabalhadores a adotarem os novos perfurocortantes e procedimentos.

PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR ACIDENTES

- ✓ **Estabelecer metas para redução de acidentes:** Com base na lista de prioridades, estabelecer metas para redução de tipos específicos de acidentes durante um período determinado (por exemplo, seis meses, um ano). Essas metas devem fornecer expectativas razoáveis baseadas nas intervenções disponíveis e na probabilidade de serem bem-sucedidas.
- ✓ **Especificar intervenções:** Deve-se empregar uma ou mais das seguintes estratégias a cada problema identificado e que deverá sofrer intervenção:
 - Substituir por procedimento alternativo que não inclua perfurocortantes;
 - Implementar um perfurocortante com dispositivo de segurança para prevenção de acidentes;
 - Recomendar mudanças nas práticas de trabalho;
 - Alterar uma política ou um procedimento;
 - Reforçar a capacitação dos trabalhadores sobre o problema específico.

O plano de ação deve refletir cada estratégia usada e descrever as etapas, o cronograma e a responsabilidade pela implementação.

- ✓ **Identificar indicadores de desempenho:** Indicadores são ferramentas para monitorar o progresso, eles indicam quando um objetivo é atingido. É importante incluir dados que não sejam simplesmente o número de acidentes. Não é possível interpretar de forma precisa as mudanças na frequência ao longo do tempo, principalmente devido à subnotificação decorrente da falta de comunicação dos acidentes

pelostrabalhadores. Os seguintes indicadores podem ser usados para medir o impacto de uma intervenção na ocorrência de acidentes:

- Aumento no número de perfurocortantes com dispositivo de segurança adquiridos;
- Alterações na frequência de certos tipos de acidentes;
- Nível de adesão às medidas de controle de engenharia recentemente implementadas;
- Alterações nas taxas de acidente, por exemplo, específica por perfurocortante ou por ocupação/função.

PROCEDIMENTOS DE REGISTRO, NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES E SITUAÇÕES DE RISCO

Muitos serviços de saúde têm procedimentos para registrar, notificar e documentar as exposições dos trabalhadores a sangue ou outros materiais biológicos. Além disso, muitas instituições iniciaram ou estão iniciando procedimentos para identificar situações de risco ou “quase acidentes” que poderiam levar a acidentes com perfurocortantes e outros eventos adversos. Este é um método pró-ativo de prevenir acidentes e seus danos antes que eles aconteçam. Registros adequados dos acidentes e boas avaliações sobre as situações de risco são fontes importantes de informação para o planejamento das ações de prevenção. Para obter essas informações, é necessário que os trabalhadores da saúde saibam o que e como notificar, além de possuírem motivação para seguir os procedimentos estabelecidos.

Ambas as atividades exigem formulários para registrar dados relevantes, bem como um arquivo central para as informações coletadas.

Todo serviço de saúde deve ter um procedimento por escrito que descreva como e onde os trabalhadores devem procurar avaliação e tratamento médicos após uma exposição ocupacional a sangue ou outro material biológico, incluindo os acidentes percutâneos. Para garantir que as profilaxias pós-exposição sejam iniciadas a tempo, o procedimento deve encorajar a notificação assim que o acidente acontecer e conter as instruções para o atendimento médico imediato em qualquer horário de trabalho (diurno ou noturno).

Em alguns casos, isso exigirá a designação de diferentes locais para avaliação e atendimento do acidentado. O sistema de notificação e documentação deve assegurar que as notificações de funcionários e outros trabalhadores expostos (por exemplo, estudantes, autônomos, voluntários) sejam mantidos em sigilo.

É importante que os profissionais responsáveis pelo atendimento dos trabalhadores que se expuseram a sangue ou outros materiais biológicos sejam capacitados quanto ao protocolo da instituição sobre as recomendações pós-exposição, incluindo os exames a serem realizados no momento do acidente, quem contatar para acompanhamento do paciente-fonte e onde as notificações preenchidas serão armazenadas (geralmente sob responsabilidade do SESMT/segurança e saúde ocupacionais ou do controle de infecção).

Para permitir um monitoramento eficaz dos acidentes com perfurocortantes e subsidiar o planejamento e a execução das ações de prevenção, os formulários devem levantar minimamente os seguintes dados:

- Código de identificação único para cada ocorrência (os registros devem ser mantidos de forma a proteger a identidade do trabalhador acidentado);
- Data, hora e localização do acidente;
- Ocupação e função do trabalhador;
- Departamento ou local de trabalho onde o acidente ocorreu;
- Tipo de perfurocortante envolvido no acidente, indicando se este possuía ou não um dispositivo de segurança;
- Marca do perfurocortante;
- Qual era o procedimento, a tarefa ou a técnica em curso no momento do acidente; e
- Quando e como se deu a ocorrência.

Perfurocortantes com dispositivos de segurança são desenvolvidos especificamente para prevenir acidentes entre trabalhadores da saúde. Relatórios sobre incidentes e acidentes devem incluir todas as informações necessárias sobre esses dispositivos para que seja possível apurar se o acidente ocorreu devido a:

- Falha no design do dispositivo;
- Defeito de fabricação;
- Falha daquele dispositivo em particular;
- Falha do operador (por exemplo, falha em ativar o recurso de segurança);
- Outras circunstâncias (por exemplo, paciente movimentou-se e impossibilitou o uso do dispositivo de segurança).

Talvez os momentos mais óbvios para capacitação quanto às medidas de prevenção de acidentes com perfurocortantes sejam durante a capacitação inicial e outras capacitações periódicas. Entretanto, há muitas outras oportunidades, como durante a capacitação sobre os procedimentos que envolvem o uso de perfurocortantes, a introdução de novos materiais e outros.

Deve-se decidir exatamente quais informações serão passadas em cada uma dessas oportunidades de capacitação.

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) é, segundo a legislação brasileira, uma comissão constituída por representantes indicados pelo empregador e membros eleitos pelos trabalhadores, de forma paritária, em cada estabelecimento da empresa, que tem a finalidade de prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Características

A CIPA tem suporte legal no artigo 163 da Consolidação das Leis do Trabalho e na Norma Regulamentadora nº 5 (NR 5), aprovada pela Portaria nº 08/99, da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego. A NR 5 trata do dimensionamento, processo eleitoral, treinamento e atribuições da CIPA.

A CIPA deverá ter mandato de um ano, e ser assim constituída: igual número de representantes do empregador (indicados pela empresa) e de representantes dos empregados (eleitos); o presidente da CIPA deve ser escolhido pela empresa, dentre os membros por ela indicados; o vice-presidente da CIPA deve ser eleito dentre os representantes eleitos titulares, em eleição de que participam todos os representantes eleitos, inclusive os suplentes; o secretário da CIPA pode ser escolhido entre os membros da Comissão ou até mesmo ser um funcionário que dela não faça parte, mas seu nome precisa ser necessariamente aprovado por todos os cipeiros, eleitos e indicados. Cabe ao presidente e ao vice-presidente da CIPA mediar conflitos, elaborar o calendário de reuniões ordinárias e constituir Comissão Eleitoral para a regular o processo de eleição da CIPA subsequente. Cabe ao secretário da CIPA elaborar as atas das reuniões ordinárias da Comissão.

Atuação

O objetivo da CIPA é "observar e relatar as condições de risco nos ambientes de trabalho e solicitar medidas para reduzir até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos..." Sua missão é, portanto, a preservação da saúde e integridade física dos trabalhadores.

Seu papel mais importante é o de estabelecer uma relação de diálogo e conscientização, de forma criativa e participativa, entre gerentes e empregados, em relação à forma como os trabalhos são realizados, objetivando sempre melhorar as condições de trabalho, visando a humanização do trabalho. Não obstante,

a CIPA é um órgão supra corporativo e independente, não subordinado a nenhuma área da empresa nem a nenhum funcionário desta.

Quando o estabelecimento não se enquadra na obrigatoriedade de constituição de CIPA, é exigida a designação de uma pessoa com o treinamento específico, para desempenhar as atribuições da Comissão.

Garantia de Emprego

A Consolidação das Leis do Trabalho e a Constituição Federal Brasileira garantem aos membros titulares da CIPA eleitos (os representantes dos empregados) dois anos de estabilidade no emprego, durante os quais só poderão ser desligados através de demissão por justa causa. O período de estabilidade, na verdade, tem uma duração um pouco maior do que dois anos: vai do momento de registro da candidatura do empregado à CIPA até um ano após o término de seu mandato.

Hoje é reconhecida também a estabilidade do suplente eleito, conseguida através de jurisprudência.

AÇÕES DE ENFERMAGEM ACERCA DOS ASPECTOS MAIS RELEVANTES DA ATENÇÃO AO NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR

Conceitua-se atendimento pré-hospitalar (APH) como um conjunto eficaz de procedimentos cientificamente comprovados, preestabelecidos e exaustivamente ensaiados, executados no lapso temporal compreendido entre o instante em que ocorre um acidente até a chegada da vítima à unidade hospitalar, sendo entregue a equipe médica de plantão.

É toda e qualquer assistência realizada direta ou indiretamente fora do âmbito hospitalar através dos diversos meios e métodos disponíveis, com uma resposta adequada à solicitação a qual poderá variar de um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando a manutenção da vida e/ou a minimização das sequelas. (LOPES e FERNANDES, 1999).

Segundo o Ministério da Saúde, o atendimento pré-hospitalar pode ser definido como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar sequelas ou até mesmo a morte. (RAMOS e SANNA, 2005).

O reconhecimento da efetividade da assistência precoce às pessoas em situação de emergência, seja por mal súbito, acidentes ou violência, resultou no surgimento de vários serviços de saúde públicos e privados, de atendimento pré-hospitalar (APH) e de remoção inter-hospitalar. (GENTIL, RAMOS e WHITAKER, 2008). As urgências e emergências sejam elas clínicas ou traumáticas representam um fator de risco de vida importante quando não atendidas em tempo hábil e de maneira adequada, exigindo dessa forma, intervenção competente, segura e livre de risco.

Em todo o mundo, na tentativa de diminuir os custos sociais e aprimorar o cuidado as vítimas, inúmeras tecnologias têm sido incorporadas ao atendimento do politraumatizado, no entanto, nem sempre é possível evidenciar o real impacto do atendimento na sobrevivência das vítimas, pois muitos fatores concorrem para esse resultado.

O desenvolvimento desses serviços culmina com a necessidade de profissionais qualificados que atendam as especificidades do cuidado de enfermagem a ser realizado durante o atendimento pré-hospitalar ou a remoção inter-hospitalar, com vistas à prevenção, proteção e recuperação da saúde. (GENTIL, RAMOS e WHITAKER, 2008).

As equipes de atendimento de emergência, entre elas os profissionais de APH, enfrentam situações muito específicas e são particularmente vulneráveis, já que em seu cotidiano convivem com o contínuo sofrimento humano na luta contra o tempo para salvar vidas em condições e ambientes adversos.

A finalidade do APH na assistência à pessoa que sofreu acidente, é mantê-la viva até a chegada ao local onde será possível curá-la, diminuir as sequelas, possibilitando melhor qualidade de vida ou mesmo sua própria vida.

A avaliação da gravidade do trauma e a instituição de manobras para manutenção básica da vida, no local do evento, podem representar a oportunidade de sobrevivência para as vítimas até a sua chegada ao hospital. Além disso, nessa fase, por meio do processo de triagem, torna-se possível a adequação de recursos humanos e materiais às reais necessidades da vítima, podendo, desta forma, exercer influência nas taxas de morbidade e mortalidade para tal, é necessária a existência de serviços de atendimento pré-hospitalar.

Todavia a atuação do enfermeiro não se restringe apenas à assistência direta, já que o enfermeiro, neste sistema, além de executar o socorro às vítimas em situação de emergência e fora do ambiente hospitalar, também desenvolve atividades educativas como instrutor, participando na revisão dos protocolos de atendimentos, elaborando material didático, além de atuar junto à equipe multiprofissional na ocorrência de calamidades e acidentes de grandes proporções.

HISTÓRIA DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Ainda no século XVIII, os primórdios do atendimento a urgência e emergência foram durante as grandes guerras do período napoleônico, quando em 1792 o cirurgião da Grande Armada de Napoleão Bonaparte idealizou uma “ambulância” (uma carroça puxada por cavalos), Baron Dominique Jean Larrey, deu início aos cuidados dos soldados feridos, os quais eram transportados em carroças de tração animal para lugares longe dos campos de batalha onde recebiam os primeiros atendimentos pelos militares médicos. Só durante as guerras do Vietnã e da Coreia é que aparece a figura do enfermeiro no APH prestando atendimento aos feridos.

Naquela época Dr. Dominique desenvolveu alguns princípios de atendimento de urgência usados até hoje como: rápido acesso ao paciente por profissional treinado, tratamento e estabilização no campo de batalha, rápido transporte aos hospitais de campanhas com apropriados cuidados médicos durante o transporte. Essa experiência desenvolvida pelo cirurgião alastrou-se para as outras guerras que serviram de alavanca para o desenvolvimento do atendimento ao traumatizado.

A iniciativa de atendimento aos soldados no campo de batalha continuou no século XIX e levou à formação da Cruz Vermelha Internacional, em 1863, organização que, ao longo do tempo, demonstrou a necessidade de atendimento rápido aos feridos, tendo sua atuação destacada nas Guerras Mundiais do século XX, tempos depois, no mesmo século, os combatentes receberam treinamento de primeiros socorros a fim de prestar atendimento a seus colegas logo após a ocorrência de uma lesão no campo de batalha. As vítimas também recebiam os cuidados durante o transporte até o hospital de guerra. (RAMOS e SANNA, 2005).

Florence Nightingale foi a introdutora e a criadora da enfermagem moderna, em 1854 ela foi colocada na direção das Female Nursing Establishment for the English General Hospital, na Turquia durante a guerra da Criméia, e em seis meses sob a liderança, o número de mortes nos hospitais militares caiu de 47% para 2.2%. No século XX, as enfermeiras também foram participantes ativas no atendimento aos feridos na I e II Guerras Mundiais, nas Guerras do Vietnã e da Coreia. A experiência de guerra neste século demonstrou que a estabilização da vítima no local da ocorrência da lesão e o seu transporte rápido diminuíram tanto a mortalidade como morbidade. (THOMAZ e LIMA, 2000).



Figura 1: Ambulância do Serviço de Saúde do Exército durante a I Grande Guerra Mundial 1914-1918.

Disponível em: <http://restosdecoleccion.blogspot.com/2009/10/ambulancias-antigas.html>.

Em 1955 na França, surgiram as primeiras equipes móveis de APH, somente em 1968 nasceu o SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência), já nos moldes do funcionamento que ocorre hoje. Em 1989, São Paulo foi a primeira cidade em implantar o serviço no Brasil com o Projeto Resgate, no Rio de Janeiro, na mesma época nasceu o Grupo de Emergência do Corpo de Bombeiros, em Porto Alegre, a implantação do SAMU se deu em 1995, através de um termo de cooperação técnica com a França. Estados Unidos da América (EUA) e França até hoje são as referências mundiais em APH, uma vez que possuem um sistema mais desenvolvido nos quais os enfermeiros tem sua função consolidada e reconhecida em seus sistemas de atendimento (RAMOS e SANNA,2005).

Ainda em 1955 na França, foram criadas as primeiras equipes móveis de reanimação, tendo como missão inicial a assistência médica aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito e a manutenção da vida dos pacientes submetidos a transferências inter-hospitalares.

A história do SAMU da França inicia-se, quando os médicos começaram a detectar a desproporção existente entre os meios disponíveis para tratar doentes e feridos nos hospitais e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar até então existentes. Assim, foi constatada a necessidade de um treinamento adequado das equipes de socorro e a importância da participação médica no local, com o objetivo de aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes, iniciando pelos cuidados básicos e avançados essenciais, cuidados estes centrados na reestruturação da ventilação, respiração e circulação adequadas.

Em 1965, criaram oficialmente os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR), dispondo agora das Unidades Móveis Hospitalares (UMH). Em 1968, nasceu o SAMU, com a finalidade de coordenar as atividades dos SMUR, comportando, para tanto, um centro de regulação médica dos pedidos, tendo as suas regras regulamentadas em decreto de 16/12/1987.

Na prática civil, os médicos demoraram a se mobilizar, mesmo diante do aumento progressivo das perdas de vidas humanas por traumas advindos de causas externas, principalmente acidentes de trânsito. Esta demora fez com que as autoridades sanitárias, inicialmente, delegassem as responsabilidades deste serviço aos responsáveis pelos resgates os militares do Corpo de Bombeiros, retirando a característica sanitária deste atendimento. (LOPES e FERNANDES, 1999).

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL

Identifica-se serviço pioneiro de APH no Brasil em fins do século XIX. Em 1893, o Senado da República aprovou a lei que estabelecia a presença do socorro médico de urgência em via pública, na capital do país, então Rio de Janeiro. Através do Decreto nº 395/1893 do Estado de São Paulo, estabeleceu a responsabilidade do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado para atender as ocorrências. A partir de 1910, com o Decreto nº 1392, tornou-se obrigatório a presença de profissionais médicos em acidentes e incêndios. (AZEVEDO, 2002).

No Brasil, o Atendimento Pré-Hospitalar teve início através de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, através de uma solicitação do Ministério da Saúde, o qual optou pelo modelo francês de atendimento, em que as viaturas de suporte avançado possuem obrigatoriamente a presença do médico, diferentemente dos Bombeiros. Neste período, foi dimensionada a real função do SAMU frente à população local e às autoridades competentes, vinculando de forma definitiva, o atendimento médico emergencial ao paciente crítico, agora em ambiente pré-hospitalar. (LOPES e FERNANDES, 1999).

Em São Paulo, 1989 foi criado o Projeto Resgate ou SAMU, chefiado por um capitão médico, baseado no modelo Francês, mais com influências do sistema Americano que foi adaptado a realidade local. Este sistema estava inicialmente vinculado ao Corpo de Bombeiro, ficando no quartel um médico da Secretaria da Saúde do Estado, que regulava as solicitações estas feitas através da linha (193) a qual possuía uma interligação com o sistema (192) da Secretaria de Saúde, CSA (Central de Solicitação de Ambulâncias). Os profissionais bombeiros na ocasião eram capacitados através de um curso nacionalmente padronizado e denominados de agentes de socorro urgentes, hoje conhecido de socorristas.

Os cursos de especialização em emergência ou em APH no Brasil ainda são recentes, diferente dos enfermeiros americanos e franceses, o brasileiro vem se qualificando nessa área, por meio de curso de especialização (latu-sensu) em emergência ou APH, atendendo as diretrizes do Ministério da Educação e do Conselho Federal de Enfermagem.

VIVÊNCIA ATUAL NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Atualmente é fácil ver ambulâncias transitando pelas ruas, fazendo atendimento domiciliar de urgência ou atendimento pré-hospitalar ao trauma.

O Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), oferece atendimento imediato às pessoas em risco iminente de morte, principalmente nos acidentes traumáticos, com o objetivo de reduzir o impacto do trauma na morbidade e mortalidade da população acometida. O Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) se caracteriza por oferecer atendimento às pessoas em situações de urgência ou emergência, no próprio local de ocorrência do evento, garantindo um atendimento precoce. Tais serviços são acionados por telefonia de discagem rápida por meio do número 192, padronizado em todo o território brasileiro.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

O tipo de trabalho desenvolvido pela equipe enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar é uma prática nova para os padrões da enfermagem tradicional, no Brasil a atividade do enfermeiro no pré-hospitalar, na assistência direta, vem desenvolvendo-se a partir da década de 90, com o início das unidades de suporte avançado, a partir de então o enfermeiro é participante ativo da equipe de atendimento pré-hospitalar e assume em conjunto com a equipe a responsabilidade pela assistência prestada as vítimas. (THOMAZ e LIMA, 2000).

Atualmente, no Brasil, o atendimento pré-hospitalar está estruturado em duas modalidades: o Suporte Básico à Vida (SBV) e o Suporte Avançado à Vida (SAV). O SBV consiste na preservação da vida, sem manobras invasivas, em que o atendimento é realizado por pessoas treinadas em primeiros socorros e atuam sob supervisão médica. Já o SAV, tem como características manobras invasivas, de maior complexidade e, por este motivo, esse atendimento é realizado exclusivamente por médico e enfermeiro.

Assim, a atuação da enfermagem está justamente relacionada à assistência direta ao paciente grave sob risco de morte. (RAMOS e SANNA, 2005).

Em 2002, através Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde, de 05 de novembro de 2002, que regulamenta e normatiza o APH, são definidas as funções do Técnico em Enfermagem, o perfil desse profissional bem como de toda a equipe que deve atuar nesse serviço. Nessa Portaria os técnico em enfermagem de Atendimento Pré-Hospitalar possuem as seguintes atribuições:

Assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências; realizar manobras de extração manual de vítimas. (PORTARIA Nº 2048 DE 5 NOVEMBRO, 2002).

Segundo Thomaz e Lima, 2000, os desempenhos das funções podem ser definidos em três fases distintas:

1ª Fase – Antes do atendimento – O equipe deve preparar-se organizando um checklist que inclui: checagem e reposição do material padronizado dentro do veículo de emergência; manutenção da padronização dos kits de atendimento, acesso venoso, vias aéreas, procedimento cirúrgico e de infusão venosa em neonato; checagem e reposição da caixa de medicamentos portátil, verificação do funcionamento de equipamentos (oxímetro de pulso, monitor-desfibrilador e ventilador); verificação do volume de oxigênio existente no cilindro.

2ª Fase – Durante o atendimento – Acessar a vítima com segurança; avaliar a cena (obtendo informações pertinentes para o atendimento); colher a história da vítima quando possível; realizar também a triagem para o atendimento, em caso de acidente com múltiplas vítimas; realizar a avaliação primária, isto é, determinar se existe risco imediato a vida da vítima; realizar avaliação secundária (pesquisa abrangente e detalhada do corpo da vítima); estabelecer prioridades para o atendimento; estabilizar a vítima se possível antes do transporte; prestar cuidados intensivos; auxiliando nos procedimentos de mais complexidade técnica; assegurar a manutenção do cuidado e evolução de todos os sinais e sintomas; prover um transporte de forma eficiente e segura a unidade hospitalar; e passar as informações a respeito do caso a equipe da sala de emergência.

3ª Fase – Após o atendimento – Fazer a reposição do material utilizado na ocorrência; recarregar equipamentos que necessitam de bateria; limpar e desinfetar equipamentos; limpar o veículo de emergência; providenciar reposição de oxigênio, se necessário, registrar a ocorrência em impresso próprio; e fazer relatório em livro de ocorrência de enfermagem.

SITUAÇÕES QUE REQUER O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.

O serviço de atendimento pré-hospitalar é um serviço dinâmico, atende 24 horas diárias em diversas ocorrências, acidentes de trânsito, quedas, queimaduras, agressões e etc. Dentre todas essas situações, algumas, apresentam desafios ético-legais aos profissionais envolvidos no atendimento. Os dilemas éticos surgem geralmente em situações onde há conflitos entre princípios ou valores, mais podem ser resolvidos de maneiras diversas, a partir de pesquisas e discussões sobre o tema. Entretanto nas situações de emergência quase nunca se dispõe do tempo a estas condutas.

Atualmente, nas situações de emergência, o consenso internacional recomenda o uso de protocolos do Advanced Trauma Life Support (ATLS), também conhecido como Suporte Avançado de Vida no Trauma (SAVIT). Portanto, a melhoria deste serviço na adoção destes protocolos é de responsabilidade da instituição no qual emprega o atendimento pré-hospitalar, a qual deverá facilitar a acessibilidade dos membros da equipe aos cursos de atualização periodicamente.

DEFINIÇÕES DOS VEÍCULOS DE APH TRIPULADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos. As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT - NBR 14561/2000, de julho de 2000.

CLASSIFICAÇÃO DAS AMBULÂNCIAS

TIPO A - Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

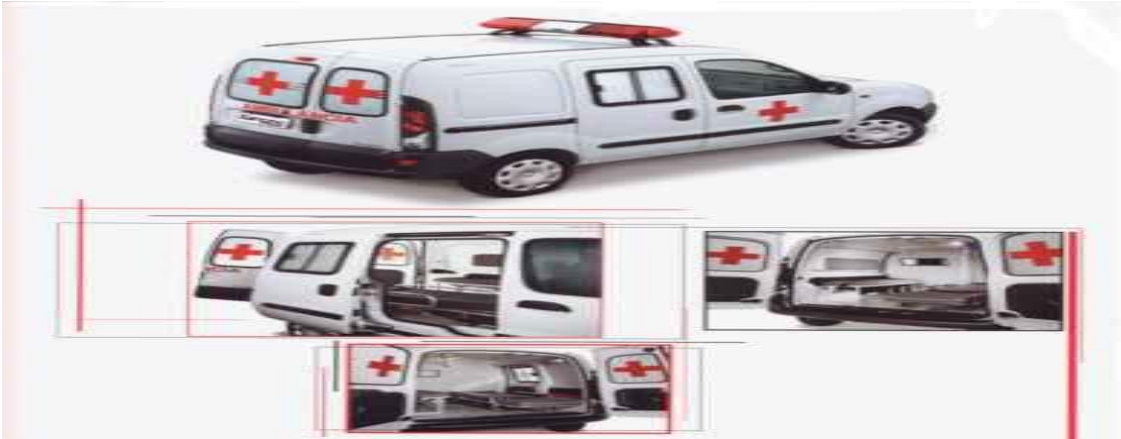


Figura 2: Ambulância de transporte.

TIPO B - Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

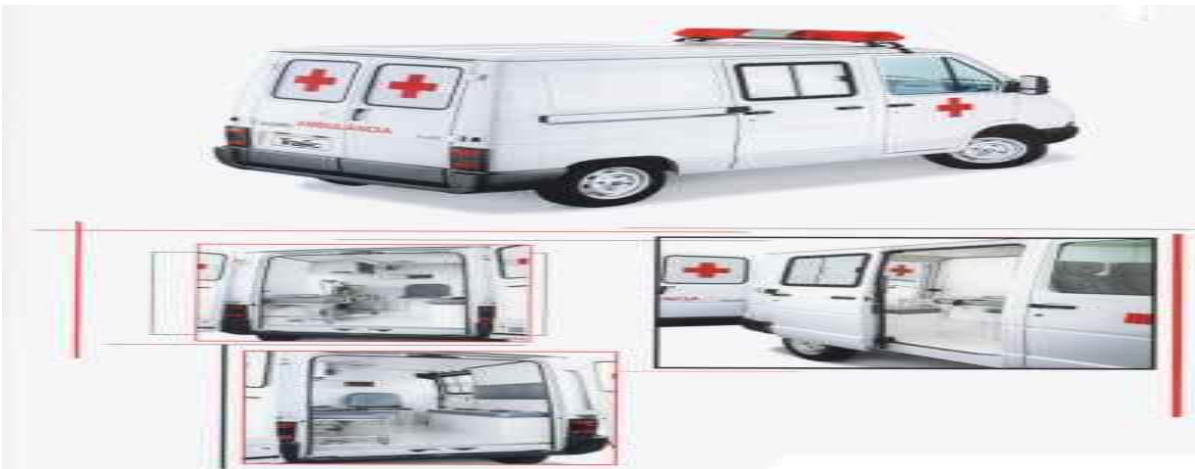


Figura 3: Ambulância de Suporte Básico.

TIPO C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).



Figura 4: Ambulância de Resgate.

TIPO D - Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.



Figura 5: Ambulância de Suporte Avançado.

TIPO E - Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil - DAC.



Figura 6: Aeronave de transporte médico.

TIPO F - Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.



Figura 7: Embarcação de Transporte Médico.

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

As situações de emergências podem ser compreendidas como aquelas geradoras de danos abruptos e extensivos à vida e à propriedade e que podem ser atendidas como recursos legais. Essas situações podem produzir perdas públicas e privadas que são acumuladas e prejudicam a economia, a qualidade de vida e as possibilidades de resposta de eventos adversos de maior magnitude.

A urgência ainda não se constitui como especialidade médica ou de Enfermagem e nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente. No que diz respeito à capacitação, habilitação e educação continuada dos trabalhadores do setor, observa-se ainda, a fragmentação e o baixo aproveitamento do processo educativo tradicional, e a insuficiência dos conteúdos curriculares dos aparelhos formadores na qualificação de profissionais para as urgências, principalmente, em seu componente pré-hospitalar.

Quanto tais fenômenos acontecem, as pessoas são atingidas não só fisicamente, mais também, psicológica e socialmente, aumentando as exigências para o setor da saúde que deverá atender a uma grande demanda nos hospitais e serviços e emergência que respondam às necessidades dos indivíduos.

As emergências são passíveis de tratamento, sendo que a intervenção e a tentativa de resolução devem ser feitas em um tempo considerado normalmente de até 24 horas, após seu início.

De acordo com Martinez e Nitschke (2001), as urgências médicas podem ser conceituadas como um evento vital pelos indivíduos e/ou pela sociedade, e apresentam uma gravidade considerada ameaçadora à integridade física ou psicológica da pessoa.

Os procedimentos de atendimento a vítimas seguem os protocolos estabelecidos que preconizam prioritariamente a liberação das vias aéreas com controle cervical, imobilização da vítima, oxigenação, controle de hemorragias, avaliação neurológica e controle da hipotermia, provendo atendimento e transporte adequado ao serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de urgência e emergência. No Brasil, somente a partir da década de 80 foi dada maior ênfase no treinamento dos profissionais que atuam no atendimento de emergência.

SÍNTESE

O serviço de atendimento pré-hospitalar é uma área de trabalho, que produz um produto, tendo como final a prestação de cuidados aos clientes em estado crítico, para manter a própria vida. Deste modo, o cuidado ao cliente, é resultado do empenho e sincronismo de toda uma equipe de trabalho que compreende de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e resgatistas.

Aequipe que atua em ambiente pré-hospitalar possui um ambiente de trabalho que causa desgaste emocional e físico muito grande podendo gerar estresse. Estes desenvolvem habilidades e competência no cuidado ao paciente clínico e politraumatizado, mais também é preparado para enfrentar desafios que são encontrados diariamente nas ruas. Os conhecimentos agregados nas ruas, de atendimento pré-hospitalar e salvamento, proporcionam a equipe qualidades ímpares no atendimento aos acidentes

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

1. Introdução

No atendimento a uma situação de emergência é essencial que a viatura destinada a atender estes tipos de ocorrência, esteja equipada com todo o equipamento e material indispensável a oferecer assistência pré-hospitalar a vítima traumatizada. Além disso, a equipe escalada na viatura deve estar perfeitamente treinada, com conhecimento profundo quanto à identificação rápida dos equipamentos e materiais, bem como, das técnicas de utilização dos mesmos, tornando assim o atendimento ágil e eficiente.

2. Classificação dos Equipamentos e Materiais

Para fins didáticos serão classificando os equipamentos e materiais da seguinte forma:

- ✓ Equipamentos de comunicação móvel e portátil;
- ✓ Equipamentos para segurança no local do acidente;
- ✓ Equipamentos de reanimação e administração de oxigênio;
- ✓ Equipamentos de imobilização e fixação de curativos;
- ✓ Materiais utilizados em curativos;
- ✓ Materiais de uso obstétrico;
- ✓ Equipamentos para verificação de sinais vitais;
- ✓ Macas e acessórios;
- ✓ Equipamentos de uso exclusivo do médico

3. Definição dos Equipamentos e Materiais

3.1. Equipamentos de Comunicação Móvel e Portátil:

- ✓ **Equipamentos de comunicação móvel, rádios VHF/FM:** são os mais utilizados no Corpo de Bombeiros, são capazes de identificar chamadas possuindo no mínimo 16 canais à 64 canais.



Figura 8: Rádio móvel.

- ✓ **Equipamentos de comunicação portátil – rádios VHF/FM:** O rádio Portátil possui várias opções e características que destacam seu desempenho sendo utilizados no Corpo de Bombeiros modelos que possuem desde 16 canais à 64 canais, sem visor ou com visor alfanumérico de 8 caracteres, várias faixas de frequência PL/DPL, VOX integrada e múltiplas opções de baterias.



Figura 9: Rádio portátil.

3.2. Equipamentos para Segurança no Local do Acidente

- ✓ **Equipamento de proteção individual:** este conjunto de equipamentos destinam-se a proteção do socorrista e da vítima, objetivando evitar a transmissão de doenças, seja pelo contato com a pele ou através da contaminação das mucosas; materiais de uso obrigatório no atendimento no interior das viaturas: luvas descartáveis, máscara de proteção facial, óculos de proteção, aventais e capacetes (em locais de risco iminente de acidentes)



Figura 10: EPI.

- ✓ **Equipamento de segurança no local:** este conjunto de equipamentos destinam-se a garantir a segurança das guarnições no local do acidente, bem como, das vítimas envolvidas e da população em geral, destacam-se entre esses materiais os cones de sinalização, lanternas, fitas para isolamento e extintores de incêndios.



Figura 11: Equipamentos de segurança.

3.3. Equipamentos de Reanimação e Administração de Oxigênio

- ✓ **Cânula orofaríngea ou Cânula de Guedel:** equipamento destinado a garantir a permeabilidade das vias aéreas em vítimas inconscientes devido à queda da língua contra as estruturas do palato, promovendo a passagem de ar através da orofaringe. Possui vários tamanhos.



Figura 12: Cânula de Guedel.

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



Figura 13: Reanimador ventilatório Manual

- ✓ **Equipamento de administração de oxigênio portátil:** unidade portátil destinada a dar suporte de oxigênio a vítima acidentada no local da ocorrência inicial, com capacidade de 300 litros e fluxômetro a fim de dosar a administração de pelo menos 12 litros de oxigênio por minuto. Toda a ambulância possui uma segunda unidade fixa com capacidade de armazenamento maior, possibilitando a continuação da administração de oxigênio durante o deslocamento até o pronto socorro.



Figura 14: Oxigênio portátil.

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



Figura 15: Aspirador.

3.4. Equipamentos de Imobilização e Fixação de Curativos

- ✓ **Tala articulada de madeira e tala de papelão:** são equipamentos indispensáveis na imobilização de fraturas e luxações.
- ✓ **Bandagens triangulares e ataduras de crepom:** destinam-se à fixação de talas e curativos.
- ✓ **Cintos de fixação:** cintos flexíveis e resistentes que destinam-se a prender a vítima junto a tábua de imobilização.



Figura 16: Talas, bandagens e cintos de fixação.

- ✓ **Tração de fêmur:** equipamento destinado à imobilização de membros inferiores, com fraturas fechadas. Confeccionado em alumínio ou aço inox, possuindo regulagem de comprimento com fixação através de tirantes e sistema de catraca.



Figura 17: Tração de fêmur.

- ✓ **Colete de imobilização dorsal (ked):** equipamento destinado a retirada de vítimas do interior de veículos que estiverem sentadas, objetivando a imobilização da coluna cervical, torácica e lombar superior. Sua fixação dá-se através de tirantes flexíveis fixos e móveis.

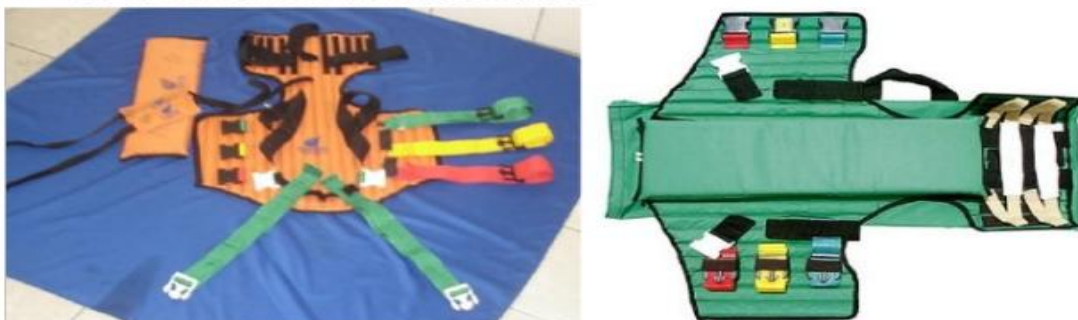


Figura 18: Colete de imobilização dorsal.

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



Figura 19: Colar Cervical.

- ✓ **Tábua de imobilização (prancha rígida):** equipamento destinado à imobilização da vítima deitada, de vários modelos e tamanhos, possuindo aberturas para fixação de cintos e imobilizadores de cabeça.
- ✓ **Imobilizador lateral de cabeça (head block):** equipamento destinado à imobilização total da cabeça da vítima acidentada. Confeccionado em espuma revestida de um material impermeável e lavável.



Figura 20: Tábua de imobilização com head block.

3.5. Materiais Utilizados em Curativos

- ✓ **Gaze, ataduras de crepom, bandagem, fita adesiva:** material indispensável na limpeza superficial de ferimentos e contenção de hemorragias em vítimas.



Figura 21: Materiais para curativos.

3.6. Materiais de Uso Obstétrico

- ✓ **Material de assistência ao parto:** material esterilizado, normalmente colocado em pacotes hermeticamente fechados, contendo campos duplos e simples, clamps para laqueadura umbilical, lençóis e tesoura.



Figura 22: Kit obstétrico.

3.7. Equipamentos para Verificação de Sinais Vitais

- ✓ **Esfigmomanômetro:** equipamento destinado à aferição da pressão arterial.
- ✓ **Estetoscópio:** aparelho destinado a ausculta cardíaca e pulmonar.



Figura 23: Esfigmomanômetro e estetoscópio.

- ✓ **Oxímetro de pulso portátil:** aparelho eletrônico destinado a medição da saturação periférica de oxigênio.



Figura 24: Oxímetro de pulso.

- ✓ **Desfibriladores automáticos externos (DEA):** equipamento destinado a verificação de arritmias ventriculares (taquicardia e fibrilação), que se confirmadas através da obediência aos comandos emanados, resultará na aplicação de choques buscando a reversão do quadro apresentado.



Figura 25: DEA.

3.8. Macas e Acessórios

- ✓ **Maca:** equipamento destinado ao transporte de vítima, sendo confeccionado em alumínio, com mecanismo de travamento, possibilitando que a maca aumente ou diminua a altura.



Figura 26: Maca retrátil.

- ✓ **Cobertor e manta aluminizada:** material destinado ao conforto térmico da vítima.



Figura 27: Cobertor e manta térmica.

3.9. Equipamentos de Uso Exclusivo do Médico

Pode estar disponível no próprio veículo de emergência ou em uma maleta médica que é transportado pelo médico quando se dirige à cena. Inclui:

- ✓ **Laringoscópio:** material de uso exclusivo do médico, destinado a visualização da laringe a fim de realizar o procedimento de colocação de cânulas de entubação endotraqueal.



Figura 28: Laringoscópio.

- ✓ **Cânulas de entubação endotraqueal:** equipamento que garante a ventilação manual ou mecânica, garantindo a permeabilidade das vias aéreas devido a um balonete que sela a traqueia.



Figura 29: Cânulas de entubação.

- ✓ **Monitor cardíaco:** equipamento destinado ao monitoramento das atividades cardíacas da vítima, objetivando o acompanhamento da melhora ou não do quadro clínico do paciente.



Figura 30: Monitor cardíaco.

- ✓ **Medicamentos:** são 'drogas' utilizadas no atendimento que aplicadas pelo médico buscam estabilizar o quadro geral do paciente até a chegada ao pronto socorro.



Figura 31: Medicamentos.

- ✓ **Cardioversor:** equipamento destinado ao monitoramento das atividades cardíacas, conjugado com a verificação de arritmias ventriculares (taquicardia e fibrilação), que se confirmadas resultarão na aplicação de choque, a fim de restabelecer os batimentos cardíacos do paciente. Este equipamento só é operado pelo médico de serviço.



Figura 32: Cardioversor.

PROCEDIMENTOS COMUNS DURANTE A EMERGÊNCIA

MONITORIZAÇÃO E SINAIS VITAIS

O objetivo da monitorização é o de alertar para alterações no estado clínico da vítima. Nenhuma medida fisiológica ou grupo de medidas pode refletir todos os aspectos da condição do paciente, mas uma análise do conjunto delas pode alertar a equipe de saúde para uma descompensação.

PARÂMETRO	MONITOR UTILIZADO
Pressão arterial	Monitor de PA
Frequência cardíaca	Oxímetro de pulso
Saturação arterial da hemoglobina	Oxímetro de pulso
CO ₂ no final da expiração	Capnógrafo



Figura 33: Oxímetro de pulso.

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA CONTÍNUA

A monitorização da ECG deve ser rotineira nas vítimas transportadas. Como a ausculta cardíaca e a palpação de pulso são difíceis em transporte, a monitorização permite a detecção de alterações na frequência cardíaca que costumam acompanhar mudanças nas condições clínicas. A hipoxemia e hipotensão são exemplos de distúrbios que ameaçam a vida e que se manifestam com alterações na frequência cardíaca. Lembrar que alterações no ritmo e frequência cardíacas tanto podem ocasionar quanto acompanhar a deterioração hemodinâmica. O monitor de ECG também permite verificar a confiabilidade dos dados obtidos através de oxímetros de pulso, comparando a frequência cardíaca e de pulso registradas. Vítimas com doença coronariana e traumatismos de tórax, quando transportados, são uma população de alto risco para desenvolvimento de distúrbios do ritmo cardíaco, sendo obrigatória sua monitorização.

OXIMETRIA DE PULSO

Deve ser utilizado em todos os transportes exceto em vítimas com lesões mínimas isoladas. A monitorização da saturação de oxigênio (SatO₂) no sangue arterial através da oximetria de pulso proporciona à equipe de socorro um importante parâmetro de avaliação clínica, pois a cianose e outros sinais clínicos de hipoxemia são insensíveis e tardios. Com a oximetria de pulso a hipoxemia pode ser identificada precocemente e corrigida através do uso de uma fonte de oxigênio suplementar.

Limitações: cuidado com vibração, movimentação do paciente, excesso de luz ambiente, vasoconstricção, hipotermia; isto produz um sinal de baixa qualidade e pode alterar a leitura do oxímetro.

OXIGENOTERAPIA

Consiste na administração de oxigênio numa concentração de pressão superior à encontrada na atmosfera. É utilizada para corrigir a deficiência de O₂.

A SatO₂ (92 a 100%) é a porcentagem dos locais de hemoglobina ligados com oxigênio.

A utilização da oxigenoterapia deve ser feita de modo criterioso, considerando seus efeitos fisiológicos e deletérios, assim como suas indicações e contra indicações.

A determinação de gases arteriais é o melhor método para averiguar a necessidade e a eficácia da oxigenoterapia. Podem ou não existir outros sinais de hipóxia como a cianose.

Sinais de hipóxia: A hipóxia é definida pela presença de uma SaO₂ menor que 90% em indivíduos que estejam respirando ar ambiente.

Sinais respiratórios: Taquipneia, respiração laboriosa (retração intercostal, batimento de asa do nariz), cianose progressiva.

Sinais cardíacos: Taquicardia (precoce), bradicardia, hipotensão e parada cardíaca.

Sinais neurológicos: Inquietação, confusão, prostração, convulsão e coma.

Outros: palidez.

Indicações: Tem como objetivo manter a pressão parcial de oxigênio no sangue arterial em valores normais ou próximos ao normal. É importante lembrar que a indicação da oxigenoterapia deve ter metas, logo devem ser definidos: o sistema de administração do O₂, o tempo da aplicação da técnica e a porcentagem do fluxo (O₂) ofertado.

A indicação da oxigenoterapia deve ser feita, primariamente, quando existir: SatO₂ menor que 88-90% em ar ambiente.

É indicado p/ adultos, crianças e lactentes c/ mais de 28 dias de vida, p/ corrigir a hipoxemia aguda, reduzir os sintomas associados a hipoxemia crônica e diminuir a carga de trabalho imposta pela hipoxia ao sistema cardiopulmonar. São indicada também p/ traumatismos graves, IAM, angina instável, recuperação pós-anestésica de procedimentos cirúrgicos e insuficiência respiratória crônica agudizada.

Objetivo: O objetivo do tratamento é aumentar a SatO₂ aumentando dessa maneira a CaO₂ (conteúdo de O₂ arterial = volume de gás contido em 100ml de sangue arterial). Se a causa da hipoxemia for uma relação inadequada ventilação/perfusão, níveis baixos de O₂ suplementar são eficazes na melhora da oxigenação do sangue arterial.

Efeitos fisiológicos do O₂:

- Melhora da troca gasoso pulmonar;
- Vasodilatação arterial pulmonar;
- Diminuição da resistência arterial pulmonar;
- Diminuição da pressão arterial pulmonar;
- Melhora do débito cardíaco;
- Diminuição do trabalho da musculatura cardíaca;
- Vasoconstrição sistêmica;

Efeitos tóxicos do O₂: O tempo e as concentrações de O₂ dependendo da forma administrada, podem levar a disfunções pulmonares devido a alterações no SNC, cardiovascular, pela liberação de radicais livres e até mesmo por efeitos citotóxicos.

Efeitos deletérios:

- Depressão do sistema respiratório;
- Redução do surfactante;
- Desidratação das mucosas;

Formas de administração de oxigenoterapia:

- **Sistema de baixo fluxo:** fornecem oxigênio por meio de um fluxo inferior à demanda do paciente. Desta forma, ocorre diluição do O₂ fornecido com o gás inspirado. Os sistema de baixo fluxo compreendem: o cateter nasal e máscara facial simples.

- **Sistema da alto fluxo:** suplantam a demanda inspiratória do paciente. É composto por: máscara com sistema reservatório, máscara com sistema de veturi, tenda facial (máscara de Hudson ou macronebulização).

Equipamentos:

Cânula nasal: é empregado quando o paciente requer uma concentração média ou baixa de O₂, sendo um paciente estável, também é utilizado em terapia domiciliar prolongada. É relativamente simples e permite que o paciente converse, alimente, sem interrupção de O₂.

* **Vantagens:** conforto maior que no uso do cateter; não necessita ser removida; pode comer, falar, facilidade de manter em posição.

* **Desvantagens:** não pode ser usada por pacientes com problemas nos condutos nasais, concentração de O₂ inspirada desconhecida; de pouca aceitação por crianças pequenas, não permite nebulização.

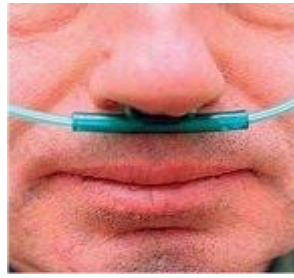


Figura 34: Cânula nasal.

Cateter nasal: É um dispositivo composto por um tubo plástico macio com vários pequenos orifícios em sua extremidade. Ele é introduzido na cavidade nasal, o posicionamento do cateter estimula a produção de secreção. Visa administrar baixas concentrações a moderadas de O₂. É de fácil aplicação, mas nem sempre é bem tolerada principalmente por crianças.

* **Vantagens:** método econômico e que utiliza dispositivos simples, facilidade de aplicação

* **Desvantagens:** nem sempre é bem tolerado em função do desconforto produzido, a respiração bucal diminui a fração inspirada de O₂, irritabilidade tecidual da nasofaringe, facilidade do deslocamento do cateter, não permite nebulização, necessidade de revezamento das narinas a cada 8 horas



Figura 35: Cateter nasal.

Máscara facial simples: utilizada para promover taxas mais altas de fluxo (10L/min) que pode ser confortavelmente utilizada.

* **Vantagem:** utilizar taxas altas de O₂, confortável.

* **Desvantagens:** interfere na alimentação e na expectoração.

Máscara com reservatório: O corpo da máscara armazena o O₂ entre as inspirações do paciente. É indicada para emergências e terapias de curto prazo que requerem concentrações de O₂ moderada ou elevada.



Figura 36: Máscara com reservatório.

Máscara de Venturi: Constitui o método mais seguro e exato para liberar a concentração necessária de oxigênio, sem considerar a profundidade ou frequência da respiração.

* **Vantagens:** fornece um nível estável de O₂, e útil em pacientes com hipercapnia crônica.



Figura 37: Máscara de Venturi.

IMOBILIZAÇÃO

É importante que seja efetuado a imobilização de todas as lesões, assim que haja suspeitas de fraturas ou trauma associado à história da vítima. Porém não devemos perder tempo imobilizando uma fratura quando a vida da vítima está em risco.

TÉCNICA DE IMOBILIZAÇÃO

- 1) Remover as roupas, anéis e pulseiras, que podem comprometer a vascularização da extremidade. Cortar com instrumento apropriado. Os anéis em extremidades edemaciadas.
- 2) Cobrir lesões abertas com bandagens estéreis.
- 3) Colocar extremidades em posição anatômica e alinhadas.
- 4) Não reduzir fraturas ou luxações no extra-hospitalar.
- 5) Antes e depois da imobilização verificar: pulsos distais, enchimento capilar, sensibilidade e motilidade.
- 6) No caso de uma luxação ou fratura de articulação, imobilizar a extremidade na posição em que foi encontrada. Exceto se houver evidência de comprometimento vascular e o transporte for longo.
- 7) A imobilização deve interessar a articulação distal e proximal a lesão.
- 8) Elevar extremidade após imobilização, se for possível.

EQUIPAMENTOS DE IMOBILIZAÇÃO

- 1) **Bandagens:** única opção pré-hospitalar para imobilização de fraturas de clavícula, cabeça do úmero e escápula. São utilizadas bandagens triangulares e em gravata, para aplicação como tipóias e como fixadores de auto imobilização (imobilização de uma extremidade na outra).
- 2) **Imobilizadores rígidos:** são dispositivos não flexíveis, adaptados ao corpo para manter estabilidade. Podem ser de madeira, papelão ortopédico ou alumínio. São úteis especialmente em lesões de mãos, pés, punhos, tornozelos, antebraços e pernas.
- 3) **Colete flexível tipo KED:** deve ser utilizado em vítimas que estejam com suspeita de TRM (trauma raquimedular). O KED também pode ser utilizado de forma invertida para imobilização de fraturas de pelve e de fêmur proximal.



Figura 34: Talas, prancha rígida, colar cervical e Ked.

ABORDAGEM DE LESÕES ESPECÍFICAS

1) Coluna vertebral: A imobilização da coluna cervical pode ser feita com um imobilizador de corpo inteiro como aprancha longa, associada ao colar cervical com dimensões apropriadas e estabilizador lateral de cabeça(head block). O importante é que o socorrista saiba que o colar cervical isoladamente não é um bom dispositivo imobilizador.

2) Pelve: As lesões pélvicas geralmente são causadas por acidentes automobilísticos ou atropelamentos. São identificadas no ambiente pré-hospitalar por dor e instabilidade com a palpação da pelve. Tem o potencial de causar o choque hipovolêmico devido ao intenso sangramento que provocam, deste modo mesmo que o paciente apresente aparente estabilidade circulatória ele é considerado como instável. Em pacientes com sinais de choque evidentes pode ser utilizado apenas a prancha longa que é um imobilizador de corpo inteiro. Pacientes aparentemente estáveis podemos aplicar o KED invertido associado a prancha longa.

3) Fêmur: Podem ser complicadas com hemorragias graves. Pacientes com fraturas bilaterais são considerados como graves mesmo que aparentemente estejam estáveis. Em fraturas bilaterais o único imobilizador aplicado é a prancha longa, se a vítima estiver estável pode ser usado o KED invertido.

4) Quadril: as luxações posteriores do quadril são consideradas emergências devido ao alto risco de interrupção do fluxo sanguíneo na cabeça do fêmur e lesão do nervo ciático. O paciente apresenta flexão do quadril e rotação interna da coxa. A extremidade deve ser imobilizada na posição encontrada da maneira mais confortável sustentada por travesseiros.

EXTRICAÇÃO

É a retirada da vítima de um local, de onde ela não pode sair por seus próprios meios. No caso de confinamento, retire as ferragens e escombros da vítima e não a vítima das ferragens.

Sequência da Extricação

1. Reconheça a cena;
2. Obtenha acesso ao paciente;
3. Realize exame primário;
4. Imobilize o paciente dando prioridade a coluna cervical;
5. Afaste os obstáculos físicos;
6. Remova a vítima;

7. Reimobilize o paciente caso necessário;
8. Transporte à vítima.

EXTRICAÇÃO DE VEÍCULOS

1 - Chave de Rauteck: retira rapidamente e sem equipamento, vítima de acidente automobilístico do banco dianteiro. Está indicada em situações de risco de incêndio por exemplo.



Figura 35: Chave de Rauteck.

2 - Retirada de Capacete: As vítimas por acidentes de motocicleta, devem ter o capacete retirado antes da chegada da ambulância somente se houver inconsciência. Fixe a cabeça, solte a jugular do capacete, mantenha a fixação enquanto tira o capacete. Após retirar o capacete mantenha a fixação da cabeça e coloque o colar cervical.

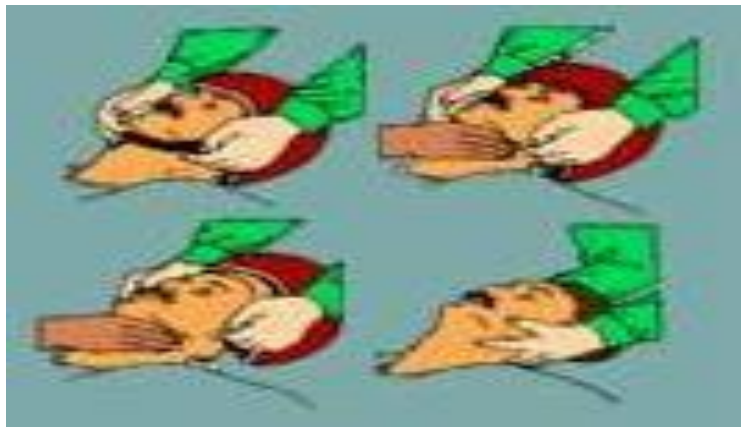


Figura 36: Retirada de capacete.

IMOBILIZAÇÃO COM COLAR CERVICAL

Tamanhos:

Neonatal – Rosa Pediátrico – Lilás Pequeno – Azul Médio – Laranja Grande – Verde

Técnica:

- 1) O profissional (1) deverá fazer a estabilização manual e o alinhamento da coluna cervical para uma posição neutra;
- 2) O profissional (2) deverá avaliar a região cervical, identificando possíveis contraindicações para a colocação do colar cervical e retirar suavemente os adereços e vestimenta do pescoço para que estes não interfiram no procedimento.

2.1)Contraindicações:

- Objeto encravado no local de colocação do colar.
- Ferimento com sangramento intenso (fazer curativo compressivo antes da colocação do colar).

3) Não sendo identificado nenhuma contraindicação, o profissional (2) deverá fazer a medição e a colocação do colar cervical adequado.

3.1) A escolha do tamanho do colar cervical.

- A escolha do tamanho ideal para o paciente é feita medindo-se (utilizando os dedos) a distância entre uma linha imaginária na base do pescoço (músculo trapézio) onde o colar ficará apoiado e o ângulo da mandíbula da vítima. Para se fazer esta medição o pescoço deverá estar alinhando e em posição neutra.
- A medida exata do colar é a distância entre o ponto de referência (fixação preta) e a borda inferior do plástico rígido. Não se deve medir até o acolchoado de espuma.

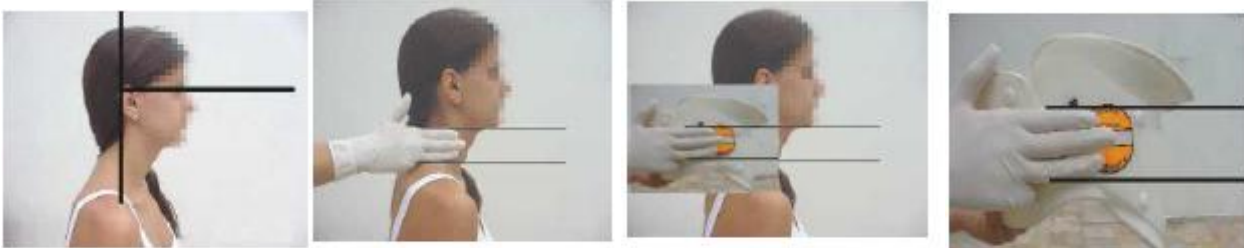


Figura 37:

Tamanho do colar cervical.

4) O profissional (2) deverá colocar o colar na vítima.

4.1) Vítima sentada:

- Colocar o colar cervical iniciando pela parte do queixo, deslizando o colar sobre o tórax da vítima até que seu queixo esteja apoiado firmemente sobre o colar (parte anterior);
- Passar a parte posterior do colar por trás do pescoço da vítima até se encontrar com a parte anterior.
- Ajustar o colar e prender o velcro observando uma discreta folga entre o colar e o pescoço da vítima.

4.2) Vítima deitada:

- Passar a parte posterior do colar por trás do pescoço da vítima;
- Colocar a parte anterior do colar cervical, encaixando no queixo da vítima de forma que esteja apoiado firmemente;
- Ajustar o colar e prender o velcro observando uma discreta folga entre o colar e o pescoço da vítima.

5) Observações:

- 5.1)** O uso isolado do colar não imobiliza adequadamente, portanto, o profissional (1) deverá manter a imobilização e o alinhamento da cervical até a colocação do paciente na prancha rígida e a fixação dos estabilizadores de cabeça;
- 5.2)** Os colares devem ser de tamanho adequado para cada paciente e não devem impedir a abertura da boca do paciente, espontânea ou realizada pelo profissional caso ocorra vômito;
- 5.3)** Sempre se deve observar se após a colocação do colar houve uma obstrução ou uma dificuldade de ventilação.

TRAUMAS

1. Introdução ao Trauma

É uma lesão caracterizada por uma alteração estrutural ou fisiológica resultante da ação de um agente externo que resulta na exposição a uma energia (mecânica, térmica, elétrica), esta energia pode ter origens bio-físico-químicas. As mortes ocasionadas por traumas ocupam entre a segunda ou terceira posição geral na morbidade dos países, (perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e neoplasias). Porém entre os indivíduos das faixas etárias inferiores a 40 anos é a principal causa de morte. Cada vítima de trauma

aparenta ter suas próprias apresentações de lesões, mas na verdade muitos pacientes possuem métodos similares de traumatismos. O conhecimento destes mecanismos de lesões permitirão ao médico e socorrista um rápido diagnóstico ou pelo menos a suspeita das lesões através de métodos usuais. No atendimento inicial do traumatizado devemos apreciar criteriosamente os mecanismos que produziram os ferimentos. Entendendo os mecanismos de trauma e mantendo um alto grau de suspeita, o socorrista ganha em aptidão para diagnosticar os ferimentos ocultos e um precioso tempo na instituição do tratamento. Todo ferimento potencialmente presente deve ser investigado, tendo em vista o mecanismo de trauma em questão.

Embora existam vários mecanismos de trauma os mais comuns relacionam-se como movimento, respondendo pela maioria das mortes por trauma.

Cinemática do Trauma

É portanto o processo de análise e avaliação da cena do acidente, com o escopo de se estabelecer um diagnóstico o mais precoce possível das lesões resultantes da energia, força e movimentos envolvidos. Através da cinemática do trauma o socorrista pode informar ao médico intervencionista e/ou regulador dados de suma importância para o tratamento mais adequado a ser dispensado na fase hospitalar, e também guiar seu próprio atendimento pré-hospitalar. Esta ciência é baseada em princípios fundamentais da física:

- **Primeira Lei de Newton** - "Todo corpo permanece em seu estado de repouso ou de movimento uniforme em linha reta, a menos que seja obrigado a mudar seu estado por forças impressas a ele".
- **Princípio da Inércia** - (Mesmo que um carro colida e pare, as pessoas no seu interior continuam em movimento até colidirem com o painel, direção, parafusos etc.)".

2. Fases da Cinemática do Trauma

Na avaliação da cinemática do evento que possa causar traumatismos em um indivíduo podemos dividir sua evolução em 3 fases: Pré-colisão, Colisão e Pós-colisão. (Consideremos a colisão não apenas como acidente automobilístico mas também colisão de qualquer objeto, corpo ou forma de energia contra o corpo humano).

2.1. Pré-colisão:

A história do incidente traumatizante começa com a pré-colisão com dados como ingestão de álcool ou drogas, doenças preexistentes, condições climáticas e ainda tamanho, peso, idade e sexo da vítima e/ou agressor.

2.2. Colisão:

A segunda e talvez a mais importante fase na anamnese do trauma é a "fase da colisão propriamente dita", fase esta que começa quando um objeto colide com outro e ocorre uma transmissão de energia entre eles. Os objetos podem estar em movimento ou um deles estacionado, e qualquer um dos objetos ou ambos, podem ser um corpo humano. Esta fase começa pelo início das trocas e transformações energéticas entre os corpos e termina quando a ação energética se extingue ou deixa de atuar sobre o organismo da vítima. São considerações importantes para o atendimento:

- ✓ A direção na qual a variação de energia ocorreu.
- ✓ Quantidade de energia transmitida.
- ✓ Forma com que estas forças afetaram o paciente. (Exemplo: altura da queda, calibre da arma, tamanho da lâmina).

2.3. Pós-colisão:

As informações conseguidas nas fases anteriores são usadas para melhor abordagem da vítima na fase pós-colisão, fase esta que inicia tão logo a energia se extingue ou deixa de atuar sobre o organismo da vítima. A energia pode ser transformada de uma forma em outra em um sistema isolado, mas não pode ser criada ou destruída; a energia total do sistema sempre permanece constante.

3. Trauma Contuso x Trauma Penetrante

Está diretamente relacionado ao tamanho da superfície de contato do objeto contra o corpo no momento do impacto. Se toda a energia do objeto está concentrada numa pequena área de contato com a superfície do corpo, se espera que a pele se rompa e o objeto penetre no corpo (trauma penetrante). Por outro lado, um objeto grande, a energia vai se espalhar por uma grande área da superfície corporal e a pele pode não ser rompida (trauma contuso). Da mesma forma podemos concluir que o trauma contuso cria uma cavidade temporária, já no trauma penetrante a cavidade pode ser temporária ou definitiva. Por exemplo: um projétil de arma de fogo, rompe e penetra na pele cavidade definitiva - e no seu trajeto pelo corpo pode provocar deslocamento de tecidos no sentido frontal e lateral - cavidade temporária.

4. Mecanismos de Lesão

4.1. Acidente Automobilístico – Colisão Frontal

4.1.1. Cabeça e Pescoço:

Quando a cabeça colide contra o para-brisa geralmente ocorrem ferimentos corto-contusos em crânio e face, possíveis lesões nos olhos, o crânio pode ser ainda comprimido e fraturado ocorrendo a penetração de fragmentos ósseos no cérebro. A coluna cervical sofre uma violenta compressão podendo ser angulada além de seus limites anatômicos, podendo sofrer luxação e/ou rupturas de vértebras com consequentes lesões aos tecidos moles do pescoço e medula espinhal.

4.1.2. Tórax e Abdômen:

Durante uma colisão, o movimento do corpo é suspenso, mas os órgãos da cavidade torácica e abdominal tendem a continuar o movimento para frente, estando sujeitos a se romperem no ponto onde estão ligados à parede torácica e abdominal (aorta ascendente, rins, baço, intestino delgado e grosso). Outra situação em consequência da desaceleração é a laceração do fígado, geralmente pela compressão do abdômen contra o volante. Com o aumento de pressão no abdômen, pode haver ruptura do diafragma.

4.1.3. Joelho:

Quando o ocupante do veículo continua o movimento para frente e para baixo depois que o carro para, o impacto do joelho contra o painel do veículo resulta em sua fratura ou luxação, com lesão de vasos que, se não detectada, pode levar até à amputação da perna. A energia do impacto do joelho contra o painel, se transmitida, causa fratura do fêmur e/ou fratura e luxação de quadril. Esse tipo de fratura costuma provocar forte hemorragia, colocando em risco a vida da vítima.

4.2. Acidente Automobilístico – Colisão Traseira

Se o veículo parado ou que se desloca lentamente sofre colisão na parte traseira, a energia do impacto provoca aceleração rápida e o lança à frente, assim como tudo o que está em contato com ela. Se não houver apoio para a cabeça, pode acontecer a hiperextensão do pescoço e o risco de lesão na medula espinhal. Geralmente, após a aceleração rápida, o veículo é obrigado a parar subitamente e seus ocupantes lançados para a frente, como no mecanismo de colisão frontal. Como o veículo sofre dois tipos de impacto (frontal e traseiro), o socorrista ficará atento a essa possibilidade e, na cena do acidente, buscará as lesões relacionadas aos dois tipos de situação.

4.3. Acidente Automobilístico – Colisão Lateral

O veículo sofre colisão na sua lateral, causando deslocamento no sentido do impacto. Toda a lateral do veículo é lançada sobre o lado do ocupante, que sofrerá lesões por duas maneiras: pelo movimento do carro – lesão bem discreta se o passageiro estiver com o cinto de segurança. Pela projeção da porta para o interior, comprimindo o passageiro. Recebendo o impacto no tórax, haveria fratura de costelas pelo lado da colisão, além de contusão pulmonar, tórax instável, ruptura de fígado ou baço. A compressão do ombro contra a clavícula causaria fratura desse osso. A força lateral aplicada pela porta do veículo sobre a cabeça

do fêmur,forçando-o medialmente, resultaria em sua fratura e em fratura da pelve.A coluna cervical está sujeita a flexão lateral e rotação pelo impacto lateral, e a combinação desses dois movimentos é responsável por lesões graves de colunacervical.O socorrista também deve estar atento à possibilidade de colisão dosocupantes do veículo entre si, principalmente entre cabeças e ombros.

4.4. Acidente Automobilístico – Capotamento

Num capotamento, o carro sofreuma série de impactos em diferentesângulos, assim como os ocupantes doveículo e seus órgãos internos. Assim,todos os tipos de ferimentosmencionados anteriormente podem ser esperados, além da probabilidade detrauma de coluna vertebral. Se asvítimas forem ejetadas do veículo (por estarem sem cinto de segurança), asituação geralmente é grave.

4.5. Cinto de Segurança

A maior parte das vítimas com as lesões descritas anteriormente não estavutilizando o cinto de segurança. Vinte e sete por cento (27%) das mortes que ocorremnos acidentes de trânsito se devem ao fato de as vítimas serem ejetadas do veículo.Estas têm seis vezes mais chances de morrer. Entre as vítimas que não vão a óbito,grande parte sofre trauma de coluna e fica com sequelas graves.As estatísticas comprovam que o cintode segurança realmente salva vidas,considerando-se mais adequado aquele quecruza tórax e abdômen e atravessa a pelve(cinto de 3 pontos).Nos acidentes automobilísticos cujasvítimas utilizam o cinto de segurança, aslesões geralmente são poucas e de menor gravidade.Quando o cinto utilizado apoiasomente a pelve, a energia do impacto é absorvida pelos tecidos moles da cavidadeabdominal, em retroperitônio, predispondo a lesões de órgãos abdominais internos.

Ainda assim, seguramente, as lesões são menos graves do que as de quem não usaqualquer cinto de segurança.

4.6. "Airbag"

Bastante útil na colisão frontal, o air bag absorve a energia lentamente,aumentando a distância de parada do corpo na desaceleração rápida, o que amorteceo impacto do corpo contra o interior do veículo.

Não registra grande benefício na colisão lateral, na colisão traseira, nocapotamento e tampouco numa segunda colisão, visto que ele desinsufla rapidamenteapós o impacto.

4.7. Acidente Automobilístico – Acidente de Motocicleta

Os acidentes de motocicleta são responsáveis por grande número de mortestodos os anos. O mecanismo de trauma é o mesmo da colisão de veículo e segue asleis da Física.O uso do capacete previne lesões de face e crânio.Numa colisão frontal contra um objeto, a moto inclina-se para a frente e omotociclista é jogado contra o guidom, esperando-se trauma de cabeça, tórax eabdômen. Caso pés e pernas permaneçam fixos no pedal e a coxa colida contra o guidom, pode ocorrer fratura bilateral de fêmur.Na colisão lateral do motociclista, geralmente há compressão de membrosinferiores provocando fraturas de tíbia e fíbula.

4.8. Acidente Automobilístico – Atropelamento

Na abordagem de vítima de atropelamento, é importante conhecer sua idade,pois existem mecanismos distintos de trauma entre adultos e crianças. Quando oadulto percebe estar prestes a ser atropelado, ele se vira de costas para o veículo, natentativa de se proteger; logo, as lesões se localizam nas regiões posterior e lateral docorpo. Por outro lado, as crianças encaram o veículo atropelador de frente.Existem três fases no atropelamento:

- ✓ Impacto inicial nas pernas, às vezes atingindo coxa e quadril;
- ✓ Tronco lançado contra o capô do veículo;
- ✓ Vítima caída no asfalto – geralmente o primeiro impacto na cabeça, compossibilidade de trauma de coluna cervical.

4.9. Quedas

A queda se caracteriza por uma desaceleração vertical rápida.No atendimento às vítimas de queda, o socorrista deve conhecer:

- ✓ altura da queda;
- ✓ tipo de superfície com que a vítima colidiu. Exemplos: gramado, concreto, etc.;
- ✓ parte do corpo que sofreu o primeiro impacto.

Como a velocidade na queda aumenta com a altura, grandes alturas predispõem a lesões mais graves. Como referência, considera-se grave a queda de altura três vezes maior que a altura da vítima.

4.10. LESÕES POR EXPLOSÃO

Essas lesões, antes relacionadas somente aos períodos de guerra, estão tornando-se cada vez mais comuns no mundo civilizado, visto acontecerem em refinarias, lojas de fogos de artifício, estaleiros, indústrias, minas e também em domicílios, pela explosão de botijões de gás. A explosão tem três fases:

- ✓ Causada pela onda de pressão proveniente da explosão, atingindo particularmente órgãos ocos ou contendo ar, como pulmões e aparelho gastrointestinal. Podem ocorrer sangramento pulmonar, pneumotórax, perfuração de órgãos do aparelho digestivo. A onda de pressão rompe parede de pequenos vasos sanguíneos e também lesa o sistema nervoso central. A vítima morre sem que se observem lesões externas. O socorrista, sempre atento a essas possibilidades, pesquisa sinais de queimadura nas áreas descobertas do corpo.
- ✓ Em vítima atingida por estilhaços e outros materiais provenientes da explosão, é possível encontrar lacerações, fraturas, queimaduras e perfurações.
- ✓ Se a vítima é lançada contra um objeto, haverá lesões no ponto do impacto e a força da explosão se transfere a órgãos do corpo. Elas são aparentes em muito similares àquelas das vítimas ejetadas de veículos ou que sofrem queda de grandes alturas.

5. Traumas Penetrantes

5.1. Ferimentos Por Arma Branca

A gravidade dos ferimentos por arma branca depende das regiões anatômicas atingidas, da extensão da lâmina e do ângulo de penetração, lembrando que o ferimento no abdômen superior pode atingir o tórax, e ferimentos abaixo do quarto espaço intercostal, podem penetrar o abdômen.

É fundamental, no atendimento pré-hospitalar de ferimentos por arma branca, cuja lâmina ainda se encontra alojada no corpo, não remover o objeto e, sim, imobilizá-lo junto ao corpo e transportar rapidamente a vítima ao hospital. A lâmina pode estar promovendo compressão das extremidades vasculares, o que contém hemorragias, só devendo ser removida em ambiente hospitalar.

5.2. Ferimentos Por Arma de Fogo

No atendimento a vítimas de acidentes por arma de fogo, o socorrista tenta informar-se sobre o tipo da arma, seu calibre e a distância de onde foi disparada.

Órgãos altamente densos, como ossos, músculos e fígado, sofrem mais danos do que os menos densos, lembrando que, ao percorrer o corpo, a trajetória da bala nem sempre será retilínea, sofrendo desvios e atingindo órgãos insuspeitados, considerando os orifícios de entrada e saída.

Ferida de entrada: Geralmente óbvia, pode não ser identificada se a vítima não for completamente despida e examinada.

Ferida de saída: Nem sempre existe (se o projétil não abandonar o corpo) e pode ser múltipla para um único projétil, devido à sua fragmentação ou à de ossos. Geralmente a ferida de saída é mais larga que a de entrada e apresenta bordos lacerados.

Feridas internas: Projéteis em baixa velocidade danificam principalmente os tecidos com os quais entram em contato. A alta velocidade produz prejuízos à distância, lesando tanto os tecidos com que o projétil faz contato, como transferindo energia cinética aos tecidos em redor. Nesse caso, a lesão é produzida por ondas de choque e pela formação de uma cavidade temporária ao redor da bala, com diâmetro trinta a quarenta vezes maior que o dela própria, criando imensa pressão nos tecidos. Com relação ao atendimento de paciente com ferimento por arma de fogo, transportá-lo rapidamente ao hospital, principalmente se o

ferimento atingir cabeça, tórax e abdômen. Mesmo pessoas atingidas enquanto usavam coletes à prova de bala podem apresentar contusões orgânicas graves, sendo mais sérias a miocárdica e a pulmonar.

TRAUMATISMOS

A equipe de enfermagem que atua nas unidades de cuidados críticos e em emergências também fazem parte integrante de uma equipe que atende indivíduos que sofrem traumatismo. Várias causas contribuem para cada tipo de lesão traumática. Os achados da avaliação comum e dos exames diagnósticos são usados para se determinarem o tipo e a extensão da lesão. Independentemente da causa, o traumatismo gera um potencial para complicações significativas e dano que põe em risco a vida. O grau de traumatismo depende da natureza da força (fechado ou penetrante) e da área do corpo atingida. Em geral, a assistência ao cliente que sofreu traumatismo centra-se no suporte das funções vitais do cliente, mantendo uma via respiratória adequada e oxigenação, corrigindo a lesão e minimizando as consequências das lesões traumáticas.

I. Introdução

A. Definição

- 1- O traumatismo é uma lesão advinda de força; pode ser acidental, auto-imposta ou um ato de violência que atinge vários sistemas e requer intervenções imediatas específicas para evitar perda do membro afetado ou da vida;
- 2- As vítimas comumente apresentam lesões em mais de um órgão ou sistema do corpo;
- 3- É a principal causa de morte de pessoas entre 1 e 44 anos;
- 4- As unidades de emergência dos centros para traumatismo com capacidade para intervenções sofisticadas têm diminuído atualmente as taxas de mortalidade e morbidade por lesão traumática.

B. Causas

- 1- Acidentes em veículos motorizados, incluindo carros, motocicletas, e pedestres;
- 2- Feridas por armas de fogo;
- 3- Feridas com facas ou outros objetos perfurocortantes;
- 4- Quedas;
- 5- Lesões relacionadas com esportes.

C. Tipos

- 1- O traumatismo é classificado como fechado ou penetrante;
- 2- O **traumatismo fechado** está associado a acidentes em veículos motorizados e quedas;
- 3- O **traumatismo penetrante** está associado a lesões, tais como feridas por facas e armas de fogo.

D. Fatores de Risco

- 1- Uso de álcool ou drogas ilícitas;
- 2- Sexo: os homens apresentam risco duas vezes maior de lesão fatal do que as mulheres;
- 3- Idade: pessoas entre 15 e 24 anos apresentam números mais altos de lesões traumáticas; as pessoas idosas apresentam números mais altos de lesões fatais.

E. Achados da avaliação

- 1- Os achados da avaliação dependem dos órgãos ou sistemas que são lesionados;
- 2- As prioridades da enfermagem no atendimento ao cliente que apresenta traumatismo sempre devem ser aplicadas:
 - a) Manter pérvia via respiratória, ventilação e oxigenação do cliente;
 - b) Monitorar para choque;
 - c) Restaurar o volume de sangue circulante e a perfusão tecidual se ocorrer choque;
 - d) Correlacionar o mecanismo da lesão com a condição clínica do cliente;
 - e) Monitorar novos sinais de lesão;
 - f) Restaurar a mobilidade máxima;

- g) Fortalecer os grupos musculares envolvidos na sustentação de peso e na amplitude de movimentos;
- h) Prevenir complicações ortopédicas;
- i) Promover estratégias junto ao cliente para o enfrentamento efetivo da situação;
- j) Prevenir ou minimizar complicações.

F. Diagnóstico de enfermagem para o cliente que apresenta traumatismo

- 1- Padrão respiratório ineficaz;
- 2- Troca gasosa ineficaz;
- 3- Débito cardíaco reduzido;
- 4- Perfusão tecidual alterada;
- 5- Déficit do volume de líquidos;
- 6- Mobilidade física prejudicada;
- 7- Dor;
- 8- Risco para infecção;
- 9- Alterações sensoriais ou de percepção

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

A. Panorama

- 1- O traumatismo cranioencefálico ocorre após lesões fechadas ou penetrantes às estruturas cranianas ou cerebrais;
- 2- Inclui fraturas cranianas e dano ao tecido cerebral;
- 3- Os tipos de lesões cranioencefálicas incluem concussão, contusão, fraturas de crânio, hematoma epidural ou subdural e hemorragia subaracnóide.

B. Causas

- 1- A lesão cranioencefálica por aceleração é causada por um objeto em movimento que golpeia a cabeça;
- 2- A lesão cranioencefálica por desaceleração é causada quando a cabeça atinge um objeto parado.

C. Achados da avaliação

1. Concussão:

- a) Náusea;
- b) Vômito;
- c) Amnésia;
- d) Tontura;
- e) Irritabilidade;
- f) Intolerância;
- g) Desorientação ou confusão;
- h) Distúrbios visuais.

2. Contusão:

- a) Nível de consciência (NC) alterado;
- b) Náusea;
- c) Vômito;
- d) Distúrbios visuais;
- e) Fraqueza;
- f) Ataxia;
- g) Problemas de fala;
- h) Hemiparesia;
- i) Convulsões.

3. Fraturas cranianas (os achados dependem do tipo e do local da fratura):

- a) NC alterado;
- b) Cefaléia;
- c) Edema;
- d) Hematoma;
- e) Dor;
- f) Náusea;
- g) Vômito;
- h) Sudorese intensa;
- i) Rinorréia ou otorréia;
- j) Equimose periorbital ou outras evidências de sangramento.

4. Hematoma epidural (deterioração rápida):

- a) NC alterado;
- b) Cefaléia;
- c) Hemiparesia;
- d) Bradicardia;
- e) Hipertensão.

5. Hematoma subdural (semelhante a acidente cardiovascular e tumor):

- a) Cefaléia;
- b) Febre;
- c) Dilatação unilateral da pupila;
- d) Hemiparesia ou hemiplegia.

6- Hemorragia subaracnóide:

- a) Cefaléia;
- b) Rigidez de nuca;
- c) Fotofobia;
- d) Náusea;
- e) Vômito;
- f) Delírio;
- g) NC alterado;
- h) Síncope;
- i) Irritabilidade;
- j) Coma.

D. Achados do exame diagnóstico

- 1- Radiografias: revelam fratura medular, cervical ou craniana;
- 2- Tomografia computadorizada (TC): identifica o tipo, a localização e a extensão da lesão;
- 3- EEG: localiza a área de irritabilidade, mostra ausência de atividade cerebral, determina a presença de morte cerebral.

E. Assistência ao cliente**1. Objetivos:**

- a) Controlar a pressão intracraniana (PIC);
- b) Prevenir lesão secundária e complicações.

2. Estratégias:

- a) Monitorar a PIC;

- b) Tratar o aumento da PIC elevando a cabeceira do leito, afrouxando quaisquer artigo do vestuário ao redor do pescoço que possam impedir o retorno venoso;
- c) Manter a pressão arterial normotensa porque tanto a hipotensão como a hipertensão podem aumentar o edema cerebral;
- d) Administrar líquidos IV (solução glicosada com soro fisiológico a 0,9%; solução glicosada a 5%, se infundida, pode causar edema cerebral);
- e) Manter a temperatura corporal normal;
- f) Administrar anticonvulsivante CPM;
- g) Administrar diuréticos e glicocorticoides, CPM, para diminuir o edema cerebral;
- h) Prevenir que o cliente faça esforço para tossir, o que aumenta a PIC;
- i) Avaliar o estado neurológico e NC frequentemente;

TRAUMATISMO FACIAL

A. Panorama

- 1- É classificado pelo lado da face atingido e pelos ossos envolvidos, tais como fratura mandibular, orbital, maxilar, zigomática ou nasal;
- 2- Pelo fato de lesões medulares e fraturas de crânio frequentemente acompanharem fraturas faciais, estabilizar adequadamente a cabeça e o pescoço é essencial até que a fratura cervical seja descartada;
- 3- O deslocamento dos ossos ou cartilagem nasais, além de causar obstrução da via respiratória, é uma fonte potencial de infecção e pode resultar em preocupação cosméticas com a alteração da imagem corporal;
- 4- A primeira ação no tratamento do traumatismo facial é avaliar a perviedade da via respiratória;
- 5- Pelo fato de a face ser vascularizada, é comum que sangramento substancial acompanhe o traumatismo facial.

B. Causas

- 1- Acidente com veículos motorizados;
- 2- Violências;
- 3- Quedas;
- 4- Lesões relacionadas com esportes.

C. Achados da avaliação

- 1- Sangramento;
- 2- Estruturas faciais assimétricas;
- 3- Dor;
- 4- Movimento ocular desigual ou alteração na visão.

D. Achados do exame diagnóstico

- 1- Radiografias faciais identificam a localização e o tipo de fratura.

E. Assistência ao cliente

1. Objetivos

- a) Manter uma via respiratória pérvia;
- b) Restaurar alguma deformidade facial;
- c) Restaurar a capacidade funcional.

2. Estratégias

- a) Manter uma via respiratória pérvia;
- b) Avaliar e registrar ritmo contínuo do eletrocardiograma (ECG), sinais vitais, estado mental, débito urinário e sinais e sintomas que indiquem alterações nesses parâmetros;
- c) Fornecer suporte nutricional. Solicitar avaliação de um nutricionista;
- d) Fornecer suporte psicológico para o cliente e a família;

- e) Aliviar dor grave com analgésicos ou narcóticos prescritos;
- f) Avaliar movimentos de visão e extra-oculares nos clientes que apresentam fraturas orbitais e maxilares.

LESÃO MEDULAR

A. Panorama

- 1- É um traumatismo na medula espinhal causado por hemorragia, concussão, contusão, laceração ou redução do suprimento sanguíneo;
- 2- Pode ser classificada, de acordo com o tipo e a causa, como completa ou incompleta ou de acordo com o nível da lesão;
- 3- Devido a maior amplitude de mobilidade na coluna vertebral em determinadas áreas as vértebras mais comumente lesionadas são a 5º, 6º e 7º cervicais; a 12º torácica; e a 1º lombar;
- 4- A gravidade da lesão medular depende da área da coluna lesionada;
- 5- A assistência imediata e adequada ao cliente no local do acidente pode reduzir danos adicionais e preservar a função neurológica remanescente;
- 6- Embora a expectativa de vida de um cliente que sofreu lesão medular seja estimada em apenas 5 anos a menos do que uma pessoa que não apresenta lesão semelhante, a qualidade de vida é a principal preocupação.

B. Causas

- 1- Acidentes em veículos motorizados;
- 2- Feridas por armas de fogo;
- 3- Acidentes por mergulho;
- 4- Lesões relacionadas com esportes;
- 5- Quedas.

C. Achados da avaliação: dependem da localização e do tipo de lesão

- 1- Dor no pescoço ou nas costas;
- 2- Sensibilidade ou deformidade vertebral;
- 3- Adormecimento ou formigamento de extremidades;
- 4- Fraqueza muscular, paralisia;
- 5- Incontinência urinária e intestinal;
- 6- Hipotensão.

D. Assistência ao cliente

1. Objetivos

- 1- Imobilizar o cliente;
- 2- Restabelecer a posição normal;
- 3- Estabilizar a coluna vertebral;
- 4- Prevenir complicações.

2. Estratégias

- 1- Estabilizar a coluna para evitar dano adicional;
- 2- Considerar dispositivos especiais para imobilização, tais como coletes apropriados;
- 3- Preparar o cliente para cirurgia para fratura espinhal ou compressão medular;
- 4- Manter a via respiratória pérvia para oxigenação adequada;
- 5- Mudar o cliente de decúbito a cada 2 horas no máximo;
- 6- Manter hidratação adequada;
- 7- Usar um colchão de alívio para pressão ou cama terapêutica.

TRAUMATISMO TORÁCICO

A. Panorama

- 1- São a principal causa de morte em vítimas de traumatismos;
- 2- Os tipos de lesões torácicas incluem: fraturas de vértebras, contusão miocárdica ou pulmonar, tamponamento cardíaco, pneumotórax e hemotórax;

B. Causas

- 1- Ocorre após uma lesão fechada ou penetrante no tórax, que pode implicar dano às estruturas ósseas do tórax, do coração ou dos pulmões;
- 2- Tanto as lesões fechadas como as penetrantes podem produzir pneumotórax.

C. Achados da avaliação

- 1- Dispnéia;
- 2- Dor torácica, especialmente durante a inspiração;
- 3- Taquipnéia, dilatação da cavidade nasal e outros sinais de angústia respiratória;
- 4- Hemoptise;
- 5- Sons respiratórios diminuídos.

D. Assistência ao cliente

1. **Objetivo:** prevenir comprometimento respiratório e complicações devidas a lesão.

2. Estratégias

- 1- Manter via respiratória pérvia;
- 2- Avaliar e registrar o ritmo contínuo do ECG, os sinais vitais, o estado mental, os sons cardíacos, o débito urinário, e quaisquer sinais e sintomas que indiquem alterações que indiquem alterações nesses parâmetros;
- 3- Realizar reposição sanguínea, se prescrita;
- 4- Preparar o cliente para inserção de dreno torácico para remover líquido ou ar acumulado do tórax e possibilitar reexpansão do pulmão;
- 5- Monitorar drenagem para quantidade e coloração e registrar;
- 6- Promover cuidado do curativo do dreno torácico de acordo com as normas da instituição, para evitar infecção e promover a cicatrização.

TRAUMATISMO ABDOMINAL

A. Panorama

- 1- Mais de 50% dos clientes que apresentam traumatismo fechado do abdome também apresentam lesão cranioencefálica, torácica ou de extremidades;
- 2- O traumatismo abdominal comumente causa perda maciça de sangue e choque;
- 3- A lesão das estruturas retroperitoneais, tais como pâncreas e duodeno, pode causar perda de sangue de até 4 litros, que pode não ser detectado imediatamente;
- 4- O baço é um dos órgãos mais frequentemente lesionados, o que pode causar hemorragia maciça;
- 5- A lesão da aorta abdominal, da veia cava inferior ou dos vasos hepáticos pode causar sangramento maciço rápido.

B. Causas

- 1- Ocorre após uma lesão fechada ou penetrante do abdome, que pode causar lesão fechada ou penetrante do abdome, que pode causar lesão aos órgãos internos;
- 2- Os órgão maciços, tais como baço, pâncreas, rins e útero, geralmente sofrem traumatismo penetrante;
- 3- Os órgãos ocos, tais como o estômago, a bexiga e os intestinos, geralmente sofrem traumatismo fechado.

C. Achados da avaliação

- 1- Ausência de sinais e sintomas não exclui a presença de lesão maior;

- 2- Dor abdominal, variando de leve a aguda;
- 3- Angústia respiratória devida a distensão abdominal;
- 4- Sinais de hipovolemia, tais como pressão arterial reduzida, taquicardia, e palidez;
- 5- Feridas
- 6- Abrasões;
- 7- Hematomas no abdômen.

D. Assistência ao cliente

1. Objetivos

- a) Corrigir o déficit de volume;
- b) Evitar complicações do choque e infecção.

2. Estratégias

- a) Administrar, imediatamente, segundo prescrição, reanimação com líquidos, com soro fisiológico ou lactato de Ringer;
- b) Realizar reposição sanguínea, segundo prescrição;
- c) Avaliar a ferida para sinais de evisceração: se presentes, cobrir com um curativo umedecido em soro fisiológico e não tentar reposicionar o órgão eviscerado;
- d) Administrar antibiótico como medida profilática, devido à alta probabilidade de infecção, conforme prescritos;
- e) Ensinar o cliente a identificar os sinais e sintomas de possível obstrução intestinal ou infecção que requeira atenção médica;
- f) Administrar analgésico CPM, para tratamento da dor;
- g) Inserir uma sonda nasogástrica para descomprimir o estômago e remover o conteúdo gástrico.

TRAUMATISMO DE MEMBRO

A. Panorama

- 1- Ocorre em todas as faixas etárias e é a principal fonte de incapacidade;
- 2- Os tipos mais comuns de traumatismos de membros são distensões, torções e fraturas;
- 3- O traumatismo de membro pode resultar em uma ferida aberta;
- 4- A desinfecção da ferida e a limpeza completa do local são essenciais para evitar infecção;
- 5- Algumas soluções que contêm sabões anti-sépticos podem ser tóxicas para as células e prejudicar as defesas locais e a cicatrização da ferida.

B. Causas

- 1- O traumatismo ocorre após uma lesão fechada ou penetrante das extremidades superiores ou inferiores;
 - a) Distensões são lesões que ocorrem no músculo na área do tendão;
 - b) Torções são lesões do ligamento que ocorrem devido a uma força maior que aquela que causa uma distensão;
 - c) As distensões e as torções são causadas por qualquer tipo de movimento ou força de um arranco;
 - d) Fraturas são rupturas ou quebra de um osso, comumente são causadas por uma força ou objeto penetrante que é suficiente para fissurar ou quebrar o osso;
- 2- O atendimento imediato é essencial para se evitar dano adicional ou perda do membro;
- 3- O traumatismo superficial pode resultar de abrasões, lacerações, lesões por perfuração, feridas por esmagamento ou mordeduras de animais;

C. Achados da avaliação

1- Distensões ou torções:

- a) Dor;

- b) Edema;
- c) Perda breve da função;
- d) Descoloração.

2- Fraturas:

- Dor;
- Edema;
- Sensibilidade;
- Descoloração;
- Perda do movimento.

D. Assistência ao cliente

1- Objetivo

- a) Imobilizar a área atingida para possibilitar cicatrização e evitar lesão adicional.

2- Estratégias

- a) Imobilizar a distensão ou torção com uma bandagem de compressão;
- b) Imobilizar o membro acima e abaixo do local da fratura, usando uma tala, gesso, pinos cirúrgicos, tipóia ou tração, o que é feito pelo médico;
- c) Aplicar uma bolsa fria intermitentemente por 24 a 48 horas para diminuir o edema, segundo prescrição;
- d) Avaliar a coloração, a temperatura, o enchimento capilar, a presença de pulso abaixo da lesão e a sensibilidade do membro;
- e) Elevar o membro para promover o retorno venoso e diminuir o edema;
- f) Administrar analgésico, CPM;

ACIDENTES POR VARIAÇÕES TÉRMICAS

SENSAÇÃO DE CALOR

Este vem a ser o primeiro estágio dos distúrbios pelo sistema de ganho e perda de calor corpóreo. A princípio vai caracterizar-se por um incômodo ocasionado pelo desconforto térmico, em que o corpo irá reter grande quantidade de calor.

Sinais e Sintomas

Entre os sinais e sintomas mais expressivos destacam-se: estresse físico, sudorese moderada a severa, ruborização do tecido epitelial, causada por uma vasodilatação com congestão cutânea, sede intensa, elevação da temperatura corporal, boca seca e alteração da frequência cardiorrespiratória.

Atendimento pré-hospitalar

Deixar a pessoa sentada à sombra, abanando-a, manualmente, utilizar ventilador, retirar o excesso de roupa, aplicar água à temperatura ambiente no rosto, sugerir que a vítima tome um banho frio. A mesma deverá descansar até estar totalmente recuperada.

INSOLAÇÃO

Tem como causa a exposição prolongada e sob ação direta dos raios solares. A incidência dos raios solares de forma excessiva no corpo humano pode vir a ocasionar um distúrbio no equilíbrio térmico corporal da vítima.

Sinais e Sintomas

Na insolação as principais características são: dor de cabeça, vermelhidão da pele, falta de ar, tontura, câibras, náuseas, hipertermia, pele ressecada, sudorese e pré-disposição para se chegar ao estado de choque.

Atendimento pré-hospitalar

A vítima deverá ser imediatamente retirada do sol, para um lugar com temperatura agradável e bem ventilado, em seguida, deitada (na posição de decúbito dorsal) e com o nível das pernas ligeiramente elevado em relação ao corpo. Retirar o excesso de roupas. Inicia-se o procedimento visando reduzir lenta e gradativamente a temperatura do corpo da vítima, que indiretamente já começou a ocorrer, a partir do momento em que a mesma foi colocada na sombra. Panos limpos e molhados (tipo toalha) deverão ser envolvidos no corpo do acidentado.

O socorrista deverá acompanhar os sinais vitais da vítima, pulsação, batimentos cardíacos e frequência respiratória. Devido à sudorese, a vítima, estando consciente, deverá ser reidratada para a reposição dos líquidos perdidos. E iniciar o transporte para o hospital, tão logo seja possível. A redução da temperatura corpórea deverá ser progressiva a fim de não gerar na vítima um choque térmico e, conseqüentemente, um colapso cardiovascular. Suspender o resfriamento corpóreo, tão logo a vítima recobre os sentidos.

EXAUSTÃO (POR CALOR EXCESSIVO)

É um estágio inicial, que se não for interrompido, poderá levar a um quadro clínico de intermação. Há um desgaste físico exagerado e uma violenta transpiração.

Sinais e Sintomas

Poderão ser claramente observados: sudorese excessiva, elevação da temperatura corpórea, aumento da frequência cardiorrespiratória, taquicardia, tonturas, mal estar, vômito, câibras, sede.

Tratamento

A exaustão por calor excessivo geralmente não requer internação hospitalar e quando muito, por precaução, algumas horas no repouso, para que o mesmo possa se recuperar. Esse indivíduo deve ser mantido em repouso no leito, em ambiente ventilado e serem ofertados água fresca, sucos e alimentos leves, para agilizar a recuperação. Não havendo necessidade de ser hidratado por via venosa, a oral é suficiente.

DESIDRATAÇÃO

Em países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, é alto o índice de mortalidade infantil por desidratação, em razão de diarreias e vômitos. Geralmente, o problema tem origem nas más condições de vida, higiene, saneamento básico, alimentação e educação, em regiões de extrema pobreza, onde não há atendimento médico disponível.

Não havendo uma intervenção de forma a conter este processo de desidratação, a criança irá entrar em estado de choque hipovolêmico, podendo vir até morte.

Sinais e Sintomas

Tecido epitelial com perda de elasticidade, olhos profundos, sensação de boca seca.

Atendimento pré-hospitalar

Uma medida simples vem sendo adotada com sucesso, trata-se do “soro caseiro”. Sua fórmula é:

- 1- Meio copo com água fervida e filtrada;
- 2- Uma colher de açúcar;
- 3- Uma pitada de sal.

Mexer e ir dando o soro em colheradas à criança. Mesmo que a criança vomite, insistir.

INTERMAÇÃO

Trata-se da permanência do indivíduo em local abafado, fechado e quente, por tempo excessivo, em que o organismo é exposto à níveis de temperatura bem acima da capacidade térmica corporal, ocasionando um elevado desgaste físico por ação do calor.

A intermação pode ser vista sob um segundo prisma, por virtude do forte exercício muscular desprendido pela pessoa nos limites de um ambiente inadequado, quer na atividade laborativa do trabalhador (exemplos: próximos a fornos siderúrgicos, fornos de padaria, na operação de grandes caldeiras industriais, etc.), quer na prática desportiva, sendo uma das grandes causas de morte de atletas e adeptos.

Sinais e Sintomas

Poderão ser claramente observados: sudorese excessiva, elevação da temperatura corpórea, aumento da frequência cardiorrespiratória, taquicardia, tonturas, mal estar, vômito, câibras, sede. Os mesmos da exaustão.

HIPOTERMIA/GELADURA

O corpo humano, como as máquinas, necessita de uma temperatura máxima e mínima para o seu perfeito funcionamento. Na hipotermia, a temperatura corpórea atinge níveis médios-baixos, que comprometem as funções orgânicas.

A geladura é causada por um excesso de exposição do corpo humano ao frio. E as consequências serão sentidas em todo o organismo. A temperatura corpórea atinge níveis muito baixos.

Em países frios, onde o inverno é rigoroso, com o congelamento de rios e lagos, não são raros os acidentes envolvendo quedas em águas geladas. Neste caso, será grande a extensão da área corporal afetada. Sendo prolongada a exposição ao frio, o acidentado poderá entrar em estado de choque e ter parada cardiorrespiratória. Geralmente é um acidente de graves consequências.

Sinais e Sintomas

Hipotermia

A. Nível 1

O esfriamento corporal inicia-se quando o organismo passa a apresentar uma temperatura que varia de 36°C, em que o indivíduo passa a sentir um leve desconforto térmico e pequenas ondas de calafrios.

B. Nível 2

Neste nível de hipotermia, a temperatura corporal da vítima atinge uma faixa que vai de 35,5°C até 34,5°C. Ocorre uma redução da circulação sanguínea ao nível do tecido epitelial. Há alterações cardiorrespiratórias, com queda da pressão arterial e da pulsação. O indivíduo apresenta grandes sensações de calafrios, identificados claramente por espasmos musculares (inclusive com o choque dos maxilares – “bater queixo”). As extremidades (dedos, ponta do nariz, orelhas) estão frias, há calafrios, tremores e fraqueza nas pernas, na esperança de conter a perda de calor. Apresentando ainda palidez.

Geladura

C. Nível 3

Agora a geladura entra em uma perigosa faixa de temperatura corpórea, que vai de 34,5°C a 30°C. As alterações cardiorrespiratórias serão elevadas. A vítima apresenta alto estresse físico e emocional, sonolência, tonturas, cianose nos lábios e leitos ungueais e dilatação das pupilas.

D. Nível 4

A temperatura do corpo humano continua caindo e atinge a faixa que vai de 30°C até 27°C. A vítima apresenta rigidez muscular, câibras, convulsões, dispneia, taquicardia e síncope.

E. Nível 5

A vítima passa a apresentar uma temperatura que vai de 27°C até 24°C. Este nível é caracterizado pelo estado de inconsciência, elevada rigidez muscular e estado de choque.

F. Nível 6

Agora o organismo atinge uma temperatura igual ou inferior a 24°C. A vítima, já em estado de choque, apresenta parada cardiorrespiratória e óbito.

Atendimento pré-hospitalar

Inicialmente, retirar o acidentado da exposição ao frio. Substituir as roupas molhadas por roupas secas. Cobrir a vítima com o que dispuser: casaco, colcha, lençol e/ou cobertor. Iniciar o transporte da vítima para o hospital.

ENREGELAMENTO

Trata-se do resfriamento de determinada parte do corpo, tendo como principal consequência a lesão aos tecidos da área atingida.

Sob o efeito prolongado do frio, a água existente dentro e fora das células, tende conseqüentemente a se resfriar ou até mesmo a atingir o ponto térmico do congelamento. Este fato comprometerá a oxigenação celular, podendo levar à necrose tecidual. O ferimento provocado é a queimadura por frio.

É o acidente causado por um excesso de exposição de partes do corpo a temperaturas muito baixas. Portanto, a diferença da geladura para o enregelamento é que o segundo é localizado, enquanto o primeiro é geral.

Sinais e Sintomas

Os sinais e sintomas específicos são: redução da circulação sanguínea no tecido epitelial, perda de parte da sensibilidade local, sensação de formigamento, dor de leve a moderada, câibras e lesões nas partes atingidas. As partes do corpo mais vulneráveis são: mãos, pés, dedos, faces do rosto, nariz, orelhas e bochechas.

Nos casos mais comuns, em que é relativamente pequena a área afetada, o acidentado, a princípio, não tem noção da potencialidade de perigo existente neste ferimento. Este ferimento por resfriamento é classificado em quatro níveis: primeiro, segundo, terceiro e quarto graus.

Fases do enregelamento

1- Ferimento em 1º grau

É uma lesão com caráter superficial, podendo atingir as pontas dos dedos dos pés e das mãos, ponta do nariz e orelhas. Afeta somente a primeira camada da pele. O tecido epitelial apresenta sinal de rubor, inchaço local e hipersensibilidade.

A lesão por resfriamento em 1º grau geralmente é indolor, enquanto a região atingida é mantida com a mesma temperatura. Com o reaquecimento, a área apresenta um formigamento com leve ardência, baixa sensibilidade e ruborização da pele.

2- Ferimento em 2º grau

Esta é uma lesão que atinge, além do tecido superficial da pele (a epiderme), também a derme e o tecido celular subcutâneo. Tão logo se inicie o descongelamento, há o surgimento de bolhas, que tendem a aumentar.

A lesão por resfriamento em 2º grau apresenta um quadro clínico de ausência de dor e uma coloração esbranquiçada. Após o reaquecimento, a área apresentará dor forte, ardência e latejamento e terá uma coloração avermelhada, com o surgimento de bolhas.

3- Ferimento em 3º grau

É uma lesão mais profunda e atinge também os músculos e os ossos. Sua presença é mais comum nas mãos e nos pés.

A lesão em 3º grau apresenta uma cor amarelo-escura, tendo o tecido epitelial uma textura endurecida. Com o início do reaquecimento, o ponto atingido apresentará forte dor e passará da cor amarela para a cor arroxeada ou avermelhada, com aparecimento de pequenas bolhas d'água.

4- Ferimento em 4º grau

Neste último estágio, todos os tecidos da região foram duramente atingidos, entre ossos, músculos, tendões, vasos e artérias, havendo sério comprometimento. Havendo uma dormência, inexistente edema e formação de bolhas, e a coloração da pele é esbranquiçada.

Atendimento pré-hospitalar

O socorrista deverá segurar a vítima por uma parte do corpo que esteja aquecida.

Nos casos de ferimentos de 1º e 2º graus, o socorrista deverá providenciar o reaquecimento da área atingida, com o próprio calor do corpo, com água morna (entre 35°C e 40°C), ou com uso de cobertor

térmico. Havendo bolhas, estas partes lesionadas deverão ser cobertas com curativo, para que o atrito não aumente os ferimentos.

Em caso de ferimento de 3º e 4º graus, ou mesmo a geladura grave generalizada, por imersão em águas frias, envolver o corpo da vítima em colcha grossa ou cobertor, colocar gaze entre as áreas de contato de pele com pele e iniciar imediatamente o transporte para o atendimento médico-hospitalar, sem reaquecer a vítima. Monitorar os sinais vitais, em hipótese alguma poderá ocorrer mais perda de calor.

RETIRADA DE CORPOS ESTRANHOS

O termo corpos estranhos na prática médica é usado quando elementos estranhos se alijam em cavidades naturais do corpo. Os lugares mais comuns, encontrados em pronto-socorros, são olhos, nariz, ouvidos, gargantas e ânus, sendo esse último local quase sempre ocorrendo em indivíduos homossexuais.

Olhos

Os olhos possuem um reflexo natural e muito eficaz que impede, apesar da sua vulnerabilidade, a penetração de corpos estranhos. O corpo estranho que mais comumente atinge os olhos são terra e areia, trazidas pelo vento ou atiradas por terceiros. Esses elementos podem alojar-se nas conjuntivas, córneas ou mesmo penetrar ou ficar encravados na córnea.

O fechamento do mesmo, com a formação natural das lágrimas, na maioria dos casos, resolve o problema com sua passagem para o canto dos olhos, onde poderá ser retirado facilmente. A conduta deverá ser a colocação de colírio e observação do corpo estranho e sua retirada com cotonete molhado. Se o objeto estiver encravado, o mais correto a fazer é fechar o olho, colocar um tampão e encaminhar a vítima a um oftalmologista.

Nariz

É muito comum em crianças que têm a mania de introduzir caroço de feijão, milho, pedra, etc. ou mesmo insetos que em um momento de descuido penetram pelo orifício externo do nariz. A conduta consiste em fazer a pessoa respirar pela boca, tapar o nariz desobstruído e forçar a saída de ar com violência para o jato de ar expulsar o objeto estranho. Caso não dê resultado, a conduta será encaminhá-la ao pronto-socorro, onde o médico com aparelhos fará sua retirada.

Ouvido

Da mesma forma como no nariz, essa ocorrência é muito comum em crianças, que comumente apresentam hábito de introduzir cereais como milho, feijão e outros anteriormente citados nesses orifícios. Entretanto, nesta região torna-se um pouco mais difícil de ser retirado, e recomenda-se um encaminhamento hospitalar para estas complicações.

CATÁSTROFES OU ACIDENTES COM MULTIPLAS VÍTIMAS

1- Introdução

Pela Organização Mundial de Saúde (OMS), catástrofe é um fenômeno ecológico súbitode magnitude suficiente para necessitar de ajuda externa. No atendimento pré-hospitalar, catástrofe é aquela situação em que as necessidades de atendimento, excedem os recursos materiais e humanos imediatamente disponíveis, havendo necessidade de medidas extraordinárias e coordenadas para se manter a qualidade básica ou mínima de atendimento.

É um desequilíbrio entre os recursos disponíveis e os prescindíveis para o atendimento, de modo que quanto maior for esse desequilíbrio, mais sérias serão as consequências às vítimas do evento. Normalmente as catástrofes exigem ajuda externa.



Figura 38:

Catástrofe.

Os acidentes com múltiplas vítimas são aqueles que apresentam desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades, e que, apesar disso, podem ser atendidos com eficiência desde que se adote a doutrina operacional protocolada.

É fácil concluir que um acidente pode ser uma catástrofe ou um evento normal, dependendo da capacidade de resposta dos órgãos atuantes.

As enchentes são as principais causas de catástrofes naturais no mundo. Os afogamentos, hipotermia, os traumas diversos por escombros são as principais causas de morte. Entre os sobreviventes a minoria necessita de atendimento médico de urgência e são ferimentos leves. O grande problema são as doenças infectocontagiosas, que necessitam de cuidados de saúde pública. Nos casos de terremotos, o número de vítimas pode ser enorme, com quebra de toda a estrutura da comunidade, a ajuda muitas vezes é demorada, há um número grande de vítimas com lesões por esmagamento, presas em escombros que necessitam de atendimento pré-hospitalar e hospitalar de urgência.

As catástrofes provocadas pelo homem são os acidentes com trens, explosões, incêndios, acidentes com materiais tóxicos ou radioativos, guerras, entre outros.

No nosso país, onde temos como principais catástrofes naturais as enchentes, normalmente não se faz necessário o atendimento pré-hospitalar devido aos danos serem basicamente materiais, os serviços de atendimento pré-hospitalares atuam, na grande maioria das vezes, em catástrofes provocadas pelo homem e acidentes com múltiplas vítimas.

Como parâmetro de magnitude, consideramos acidente com múltiplas vítimas aqueles eventos súbitos com mais de 5 (cinco) vítimas graves.

2. Acidentes com Múltiplas Vítimas

O atendimento a acidentes com múltiplas vítimas é um desafio no qual os serviços de atendimentos pré-hospitalares e os hospitais se deparam com frequência. Diariamente temos em nosso país acidentes dos mais variados tipos com número de vítimas superior a cinco.

Diante dessas situações ocorre uma incapacidade dos serviços de lidarem com esse problema, havendo, desta forma, necessidade de se estar preparado e treinado para atender esses acidentes.

O conceito do melhor esforço, ou seja, o melhor atendimento para a vítima mais grave deve dar lugar ao conceito de o melhor atendimento para o maior número possível de vítimas, no momento que elas mais precisam e no menor tempo possível. Assim 3 princípios básicos no atendimento dessas situações são fundamentais: triagem, tratamento e transporte.

Para que estes três princípios básicos sejam plenamente atendidos é necessário que haja comando, comunicação e controle, que são pontos capitais, indispensáveis para o sucesso do atendimento.

É preciso que haja um comandante da área no local, junto a um Posto de Comando, identificável por todos e que todos obedeçam a suas ordens e orientações; um coordenador médico para chefiar as atividades médicas locais e um coordenador operacional (Oficial de Socorro) para as atividades de salvamento, todos trabalhando conjuntamente.

É necessário que haja comunicação entre as equipes de atendimento, bem como comunicação com a central de operações. Tal comunicação não deve interferir na rede de comunicações da unidade, para evitar congestionamento.

Congelar a área mediante o controle total do local do acidente é o primeiro objetivo do comandante da área. Este objetivo visa limitar a extensão do acidente, organizar ações e medidas efetivas de segurança, proteção e atendimento pré-hospitalar a todas as vítimas envolvidas, no menor tempo possível. A função de comando tem por objetivo evitar três grandes transtornos:

- Ocorrência de novos acidentes;
- Tratamento e transporte inadequado das vítimas aos hospitais;
- Que o caos local seja transferido ao hospital mais próximo.

Para exemplificar podemos citar um acidente com ônibus na BR-116, próximo à Curitiba: 140 passageiros; 36 mortos no local e mais de 50 feridos. Um só hospital recebeu 40 vítimas de uma só vez, enquanto outros dois receberam 12 e 08 vítimas respectivamente.

3. Triagem

A doutrina do atendimento a acidentes com múltiplas vítimas (AMUV), diante do desequilíbrio momentâneo dos recursos disponíveis em relação ao grande número de vítimas, preconiza: empregar todos os esforços para o maior número de vítimas.

Assim sendo, no atendimento a múltiplas vítimas, triagem significa atendê-las, classificando-as em graus de prioridades para que resulte no salvamento do maior número de vítimas, empregando o critério do melhor atendimento para o maior número de vítimas.

A triagem consiste numa avaliação rápida das condições clínicas das vítimas para estabelecer prioridades de tratamento médico. É uma tática que determina prioridades de ação que, quando bem utilizada, determina sucesso na diminuição da mortalidade e morbidade das vítimas de acidentes coletivos.

Cabe à primeira guarnição que chega no local do acidente, procurar congelar a área e iniciar a triagem preliminar, enquanto solicita apoio, visando salvar o maior número de vítimas de óbito iminente. A triagem é dinâmica e repetida, pois as vítimas podem evoluir para melhor ou pior estado de saúde. A triagem consiste de ações simples e rápidas, gastando no máximo de 60 a 90 segundos por vítima.

Com a chegada do médico ao local, o profissional socorrista ou bombeiro repassa todo o histórico do atendimento a ele, que assumirá a coordenação médica da situação, dando continuidade à triagem e organização das demais ações de natureza médica no local do sinistro, simultaneamente o Comandante da Área desenvolverá as atividades gerenciais e o Coordenador Operacional desenvolverá as atividades de salvamento.

A tática de triagem deve ser utilizada quando os recursos de pessoal e de material forem insuficientes frente a um acidente que envolve várias vítimas. Por exemplo, num acidente com ônibus, com várias vítimas, onde os recursos imediatamente disponíveis são insuficientes, a triagem é necessária. Diferentemente, num desabamento de prédio, onde há várias vítimas presas nos escombros, o resgate é lento e cada vítima pode receber atendimento médico pleno e ser transportada adequadamente ao hospital, não sendo necessário procedimento urgente de triagem.

A tática de triagem, obedece a técnica denominada START (simples triagem e rápido tratamento) por ser um método simples, que se baseia na avaliação da respiração, circulação e nível de consciência, dividindo as vítimas em quatro prioridades e utiliza cartões coloridos para definir cada uma das prioridades. A Prioridade de Atendimento às Vítimas obedece a seguinte ordem:

3.1. Cartão Vermelho

Vítimas que apresentam risco imediato de morte; apresentam respiração somente após manobras de abertura de vias aéreas ou a respiração está maior que 30 movimentos respiratórios por minuto;

necessitam de algum tratamento médico antes de um transporte rápido ao hospital; necessitam ser transportadas rapidamente ao hospital para cirurgia.

3.2. Cartão Amarelo

Vítimas que não apresentam risco de morte imediato; necessitam de algum tipo de tratamento no local enquanto aguardam transporte ao hospital.

3.3. Cartão Verde

Vítimas com capacidade para andar; não necessitam de tratamento médico ou transporte imediato, possuem lesões sem risco de morte.

3.4. Prioridade Preto

Vítimas em óbito ou que não tenham chance de sobreviver; não respiram, mesmo após manobras simples de abertura da via aérea.

4. Detalhamento das Áreas de Prioridade

Na área destinada às vítimas com Cartão Vermelho vão todos os pacientes com risco de morte imediato e que terão uma evolução favorável se os cuidados médicos forem iniciados imediatamente. Aqui também irão os pacientes que necessitam de um transporte rápido até o hospital para serem estabilizados no centro cirúrgico.

São os pacientes com:

- Choque;
- Amputações.
- Lesões arteriais;
- Hemorragia Severa;
- Lesões por inalação;
- Queimaduras em face;
- Lesão de face e olhos;
- Lesões intra-abdominais;
- Insuficiência Respiratória;
- Pneumotórax Hipertensivo
- Lesões extensas de partes moles;
- Queimaduras de 2º grau maior que 20% a 40%, ou de 3º grau maior que 10 a 30%;

Na área destinada às vítimas com Cartão Amarelo vão aquelas vítimas que necessitam de algum atendimento médico no local e posterior transporte hospitalar, porém que não possuem risco de morte imediato. São os pacientes com:

- Fraturas;
- TCE (trauma cranioencefálico) leve, moderado;
- Queimaduras menores;
- Traumatismos abdominais e torácicos;
- Ferimentos com sangramento que necessitam suturas.

Na área destinada às vítimas com Cartão Verde vão as vítimas que apresentam pequenas lesões, geralmente estão sentadas ou andando, sem risco de morte e que podem ser avaliadas ambulatorialmente. São os pacientes que causam mais problemas na cena do acidente, geralmente estão com dor e em estado de choque e tendem a ser pouco cooperativos. Não entendem o fato de estarem agrupados numa certa área recebendo cuidados mínimos. É extremamente importante um apoio psicológico para manter essas vítimas nessas áreas, pois do contrário elas tendem a deixar o local, indo sobrecarregar o hospital mais próximo. São os pacientes com:

- contusões;
- hematomas;

- escoriações;
- pequenos ferimentos.

Na área destinada às vítimas com Cartão Preto vão as vítimas em óbito. Naquelas situações em que há um desequilíbrio entre os recursos médicos e o número de vítimas, todos os pacientes com traumatismos severos, com poucas chances de sobrevivência, também vão para essa área. São os pacientes:

- em óbito;
- múltiplos traumas graves;
- queimaduras de 2 e 3 grau extensas.

5. Técnica START

Nesta técnica, cabe à primeira guarnição que chega no local do acidente, procurar congelar a área e iniciar a triagem preliminar, enquanto solicita apoio, visando salvar o maior número de vítimas de óbito iminente. Assim os socorristas deverão realizar a triagem observando a RESPIRAÇÃO, PERFUSÃO e NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.

5.1. Respiração

Avaliar as frequências respiratória e a qualidade da respiração das vítimas. Se a vítima não respira, checar presença de corpos estranhos causando obstrução da via aérea.

Remover dentadura e dentes soltos. Alinhar a cabeça cuidando da coluna cervical. Se após esse procedimento não iniciar esforços respiratórios, cartão PRETO. Se iniciar respiração, cartão VERMELHO.

Se a vítima respira numa frequência maior do que 30 movimentos respiratórios por minuto, cartão VERMELHO.

Vítimas com menos de 30 movimentos respiratórios por minuto não são classificadas nesse momento, deve-se avaliar a perfusão.

5.2. Perfusão

O enchimento capilar é o melhor método para se avaliar a perfusão. Pressione o leito ungueal ou os lábios e solte. A cor deve retornar dentro de 2 segundos. Se demorar mais de 2 segundos, é um sinal de perfusão inadequada, cartão VERMELHO.

Se a cor retornar dentro de 2 segundos a vítima não é classificada até que se avalie o nível de consciência.

5.3. Nível de Consciência

É utilizado para as vítimas que estejam com a respiração e perfusão adequadas. O socorrista solicita comandos simples do tipo “Feche os olhos”; “Aperte minha mão”; “Ponha a língua para fora”. Se a vítima não obedece a esses comandos, cartão VERMELHO. Se a vítima obedece a esses comandos, cartão AMARELO.

O cartão VERDE é usado para os pacientes que estejam andando, ou que não estejam em nenhuma das situações acima.

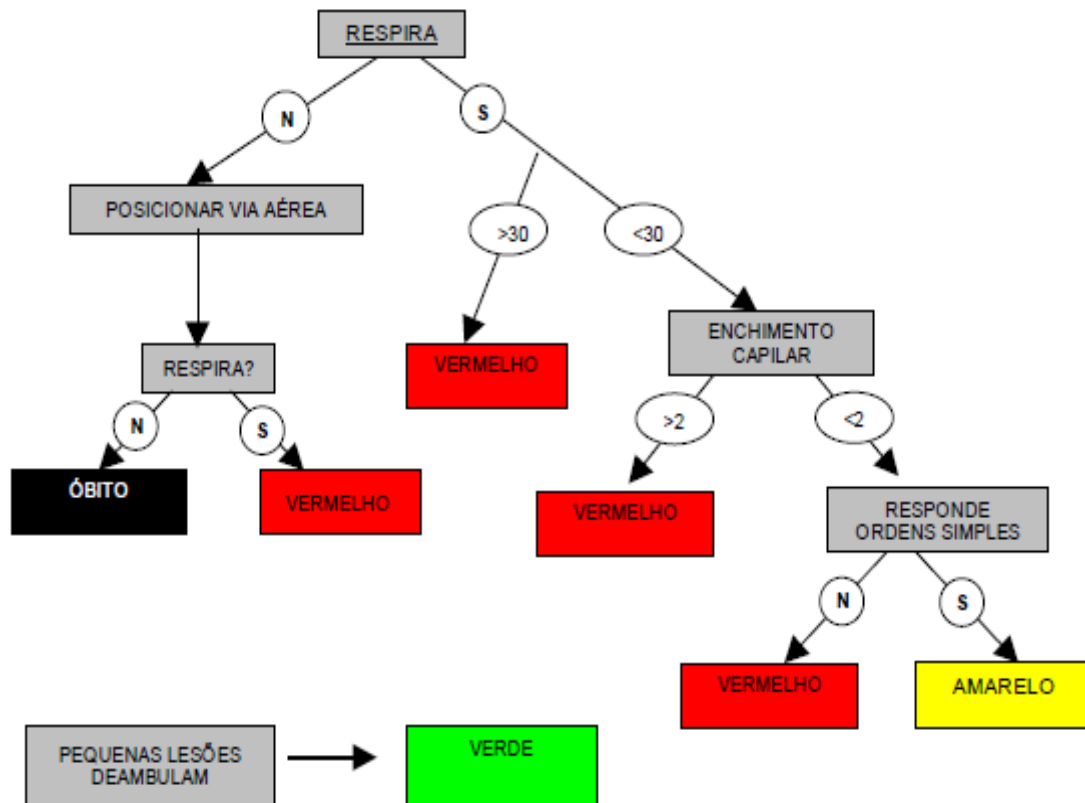


Figura 39: Triagem.

5.4. O Coordenador Operacional

Define uma área segura de coleta das vítimas e as quatro áreas de prioridades, próximas ao local do acidente, designando responsáveis para cada área.

Em cada uma das áreas de prioridades, equipes de médicos, enfermeiros e socorristas atuam realizando os procedimentos necessários para estabilização e imobilização. Além dessas tarefas, essas equipes fazem a identificação, com anotação de dados em cartão que fica preso a cada uma das vítimas, preparando-as para o transporte. O encaminhamento das vítimas a rede hospitalar deverá ser coordenado pelo médico local, que de acordo com as necessidades da vítima e a orientação de um médico coordenador na Central de Operações, em contato com a rede hospitalar, define o hospital mais adequado. Desta forma são funções do Coordenador Médico:

- assumir a coordenação das atividades médicas;
- identificar-se como médico coordenar;
- gerenciar a triagem das vítimas;
- definir prioridades médicas;
- definir e estabelecer áreas de prioridade;
- organizar e distribuir recursos;
- comandar atividades médicas.

Deve haver um Bombeiro Militar responsável pela chegada e organização das ambulâncias que devem ficar à distância do ponto de triagem e atendimento, de modo a receber somente vítimas por ordem do Coordenador Médico. Este Bombeiro Militar controlará o fluxo de entrada e saída dos veículos sem que haja congestionamento, garantindo que nenhuma ambulância deixe o local sem a liberação da Coordenação Operacional, promovendo a aproximação das ambulâncias somente quando forem solicitadas para realizar o transporte, além de impedir que vítimas que estejam andando sejam atendidas no interior das ambulâncias sem passar pela triagem.

Além dessas ações os Bombeiros Militares deverão realizar o isolamento, o provimento de recursos materiais e o relacionamento com as demais autoridades e órgãos presentes no local do acidente. Assim sendo, são funções do Coordenador Operacional:

- assumir o comando, coordenação e controle da cena do acidente;
- identificar-se como Coordenador Operacional;
- congelar a área;
- definir e estabelecer áreas de prioridade médica, em local seguro;
- dar prioridade e apoio às atividades médicas;
- coordenar isolamento, combate a incêndio, proteção às vítimas, transporte e apoio logístico;
- organizar e distribuir o meios disponíveis para atenção às vítimas.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO T.MVE.. **Atendimento Pré-Hospitalar na Prefeitura do Município de São Paulo**: Análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais Fundamentada na promoção da saúde. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
- GENTIL, Rosana Chami; RAMOS, Laís Helena; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, Abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 mar. 2013.
- ; LOMBA, André. **Emergências: Pré-Hospitalares e Segurança do Trabalho**. Olinda: Saúde Total, 2006. Vol. 5.
- LOPES SLB & FERNANDES RJ. **Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar**. Medicina, Ribeirão Preto, 32: 381-387, out./dez. 1999. Disponível em: <http://www.cobralt.org/artigos/artigo_cientifico_cobralt_9.pdf>. Acesso em: 26 Mar. 2013.
- MARTINEZ, M.; NITSCHKE, C. **Teoria pragmática e ética da regulação e da atenção às urgências médicas**, In: SANTOS, J.S dos (Org). Sistema de urgência e emergência de Ribeirão Preto e região. Ribeirão Preto: HCRP-FM-USP, 2001. p.23-27.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações de saúde** [dados na Internet]. Brasília: MS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 27 mar. 2013.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde**. Brasília: MS; 2005.
- _____. **Política nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e violências**. PORTARIA GM/MS Nº 737 DE 16/05/01. Publicadano DOU Nº 96 SEÇÃO 1e – DE 18/05/01. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2013.
- _____. **Portaria n.º 2048/GM de 5 de novembro de 2002** – Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23606>. Acesso em: 27 mar. 2013.
- RAMOS, Viviane Oliveira; SANNA, Maria Cristina. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2013.
- RAPPARINI, Cristiane; REINHARDT, Érica Lui. **Manual de implementação**: programa de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes em serviços de saúde. São Paulo: Fundacentro, 2010. 161 p..
- SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, COUTO MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, 2006; n.40, p. 112-120.
- SIATE. **Manual do Atendimento pré-hospitalar**. Corpo de Bombeiros do Paraná. 2006. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/50278005/Manual-do-Atendimento-Pre-Hospitalar-SIATE>>. Acesso em: 26 mar. 2013
- SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda G.. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, vols. I, 2, 3 e 4.
- Souza E.R.. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2005; v.10, p.59-70.
- THOMAZ, R.R, Lima.F.V.. Atuação do Enfermeiro no Atendimento Pré hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v13, n13 set. 2000. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_3/pdf/art7.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2013.