

## ATENDIMENTO DE PRIMEIROS SOCORROS

Masayuki Okumura

Carlos Henrique Okumura

**INVENTARIO DO LOCAL DO ACIDENTE:** No local do acidente automobilístico, você deve verificar se há veículos, vítimas ou qualquer objeto na pista, porque a nossa maior preocupação é mantê-la livre para o tráfego,

No caso de a pista estar ocupada, prejudicando a circulação do tráfego, devemos primeiramente, antes de pensar em dar atendimento ao acidentado, providenciar a sinalização do local, para evitar ser atropelado, ou evitar a provocação de acidentes secundários.

A SINALIZAÇÃO deverá ser feita com o que se dispuser no momento: triângulo refletivo, pedaços de pedras, madeiras, galhos de árvores, panos, papéis ou outro objeto que permita chamar a atenção dos motoristas de outros veículos. Se o acidente ocorrer à noite, ou em dias nublados, a sinalização deverá ser com objetos luminosos, como lanternas, latas com fogo, utilizando panos ou estopas em latas com combustível, de preferência o diesel. Os especialistas utilizam o cone refletivo.

**COMO FAZER A SINALIZAÇÃO:** não proceder como frequentemente observamos, quando os motoristas sinalizam o veículo acidentado com o triângulo refletivo junto ao veículo, ou pior, colocando o triângulo dentro do veículo, junto ao vidro traseiro, para evitar que o mesmo seja furtado; colocando a roda do carro junto ao para-choque traseiro, ou o assento do banco junto ao veículo.

A distância varia de acordo com o local da pista e o tráfego, variando de 5 a 10 metros, no mínimo, até 100 a 200 metros se o acidente ocorreu numa pista de alta velocidade ou numa curva. A sinalização é colocada em linha alargando a pista até atingir a largura do veículo.

Cuidado com o vazamento de gases, líquidos, poeiras, que podem ser altamente tóxicos. Neste caso, providenciar a retirada das vítimas do ambiente poluído. Prevenir incêndio, não permitindo aos curiosos acender fósforos ou fumar quando há vazamento de combustível, inflamá-

veis ou explosivos.

Verificar também rapidamente, se possível, o número de veículos envolvidos no acidente, quantas vítimas que necessitam de socorros imediatos ou a serem transportadas e se ha pessoas presas nas ferragens, afim de ser providenciado o seu resgate, pelo policial de trânsito, rodoviário ou pelos bombeiros, que estão mais familiarizados.

Na eventualidade de haver vítimas presas nas ferragens como frequentemente acontece procurar não retirar-las intempestivamente, arrancando-as das ferragens, mas sim, analisar calmamente a maneira mais conveniente, afastando as ferragens das vítimas, para depois providenciar o seu resgate, ou solicitar o auxílio dos bombeiros (Serviço de Buscas e Salvamento).

MEDIDAS PRIORITARIAS NO ATENDIMENTO: por ordem de importância- averiguar: 1- estado da consciência; 2- respiração; 3- sistema cárdio-respiratório incluindo hemorragias externas; 4- fraturas ou luxações; e 5- queimaduras.

ESTADO DE CONSCIÊNCIA: A vítima pode apresentar os seguintes graus de transtornos da consciência: a) consciente, perfeitamente lúcida; b) obnubilação ou confusão mental, quando não responde corretamente às perguntas; c) sonolência; d) agitação psico-motora; e) coma superficial, quando desmaiado, não responde às perguntas, mas reage quando estimulado, como quando beliscamos o braço ou a perna, ela movimenta o membro; f) coma profundo, quando (beliscamos) ela não reage aos estímulos dolorosos, sonoros, permanecendo apenas com o coração pulsando, com ou sem movimentos respiratórios, como é considerado, um morto com o coração batendo; e g) morte.

Se a vítima estiver consciente, procurar manter a serenidade que a situação requer. Perguntar se sente dor em alguma parte do corpo, formigamento, áreas de anestesia (local onde o corpo está esquecido). Observar qualquer anormalidade pelo corpo: se está gemendo ou gritando de dor ou susto.

As vezes a pessoa está consciente imediatamente após o acidente, chegando a conversar, identificar-se normalmente e subitamente desmaia, perde a consciência. Denominamos este período de INTERVALO LÚCIDO, que é o tempo que medeia entre o acidente e a perda de consciencia, de

grande importância para o médico neuro-cirurgião, porque geralmente requer intervenção cirúrgica, necessita ser operado devido ao sangramento dentro da cabeça (hematoma intra craneano).

Se estiver consciente e não respirando, a assistência terá de ser mais urgente, pois se permanecer de 3 a 5 minutos sem respirar, a pessoa pode ter lesão cerebral irreversível, podendo permanecer inconsciente (coma profundo) com as funções vegetativas preservadas (o coração batendo e funções intestinais e urinárias normais).

DIAGNOSTICO DE MORTE: Dizer que uma pessoa está morta, é a situação mais difícil, mesmo para o médico de pronto socorro que adquiriu uma grande experiência no atendimento de politraumatizados.

Baseamo-nos nos seguintes sinais: 1) inconsciência; 2) parada respiratória; 3) parada cárdio-circulatória; 4) ausência de reflexos ( não reage quando estimulada); 5) paralisia de todo o corpo; 6) esfriamento; 7) palidez e 8) pupilas (menina dos olhos) completamente dilatadas e não reagem aos estímulos; denominamos midríase parálitica.

PARADA RESPIRATORIA: 1) ausência de movimento respiratório (o tórax e o abdome não se movimentam); 2) palidez da pele; 3) cianose. a pele, os lábios e as unhas ficam arroxeadas ou azuladas; 4) pele fria e úmida; 5) não ha eliminação de ar pela boca ou narinas, assim constatada: a- Colocando um espelho ou uma lâmina de vidro na frente do nariz ou da boca ela não fica embaçada; b- Colocando a palma da mão ou melhor o dorso, ou ainda a bochecha na frente do nariz, não se sente o ar; c- Suspendendo um pedaço de papel, um fio de linha ou flocos de algodão na frente do nariz, eles não se movimentarão, pois não ha deslocamento de ar respiratório.

Se a vítima ainda estiver respirando com dificuldade, ruidosamente e cianótica (arroxeadas), verificar, abrindo a boca, se eia não tem obstrução das vias aéreas por corpo estranho como dentadura, pedaços de alimentos, como pão, carne ou balas, chupetas, bola de borracha ou de chiclets, sangue ou vômitos. Nesse caso, colocar o dedo, em gancho, profundamente na garganta e procurar tira-lo. Antes de realizar esta manobra, aconselhamos estender o pescoço, esticando a

cabeça para trás.

As vezes, quando a vítima está inconsciente, há paralisia dos músculos da cabeça e pescoço, a língua cai para trás (para dentro da garganta) e obstrue a respiração. Nesta eventualidade procurar tracionar a língua para fora da boca, ou então, tracionar o queixo para cima e para trás contra a cabeça; com essa manobra, a língua, que estava caída fechando a garganta, volta à posição normal e a pessoa passa a respirar normalmente.

As crianças geralmente viajam nos carros brincando e frequentemente estão com a boca ocupada com chupeta, bala, alimentos como pedaço de carne, pão, ou outros objetos sólidos. Com o choque da breca, ou do acidente, ela se assusta e inspira profundamente e pode ficar engasgada pela obstrução da respiração. Se a criança for de colo, procurar retirar o corpo estranho colocando o dedo em gancho profundamente na garganta. No caso negativo, se o corpo estranho não conseguir ser retirado, deve se colocar o paciente imediatamente de bruço (de barriga para baixo) apoiado no seu antebraço (como o tintureiro costuma carregar as calças ou ternos passados), fechar o punho da outra mão e dar uma pancada seca nas costas.

Se for um adulto, após coloca-lo de pé, posicione-se por trás do mesmo, abrace-o com os dois braços ao nível da base do tórax (nas últimas costelas, com as mãos ao nível da boca do estômago-epigástrico) e comprima bruscamente com as duas mãos. Em ambas as manobras, nós comprimimos a base do tórax, que por sua vez comprime os pulmões, expelindo o ar pela garganta e expulsando o corpo estranho. Se estiver inconsciente, deita-lo no chão e comprimir o tórax e o abdome.

Constatada a parada respiratória ou dificuldade na respiração, a primeira medida a tomar é estender a vítima no chão, afrouxar as vestes (paletó, camisas, blusas; retirar a gravata ou ou outro vestuário para permitir uma respiração mais ampla).

Quando há parada respiratória, a reanimação poderá ser feita de duas maneiras:

1- RESPIRAÇÃO BOCA A BOCA - É a mais indicada em casos de acidente de trânsito, a não ser que a vítima esteja com lesão da boca, com fratura dos maxilares e sangramento abundante, que prejudicaria a respiração artificial. Neste caso, se as narinas estiverem livres, podemos fechar a boca e praticar a respiração artificial pelas narinas da vítima. Se ela for criança, emborcamos a nossa boca englobando a boca e o nariz da mesma e assopramos delicadamente somente o ar contido nas bochechas

Colocar a vítima estendida no sólo, tracionar o queixo contra a cabeça, esticar o pescoço para trás, fechar as narinas pinçando com os dedos (indicador e polegar), encher o seu peito profundamente, encaixar firmemente a boca na da vítima para evitar o escape de ar pelos lados e assoprar todo o ar de seu pulmão na boca da mesma. Notar que o tórax se eleva. Retirar a boca, encher novamente o seu pulmão de ar, enquanto o peito da vítima volta à sua posição de repouso, saindo passivamente o ar dos pulmões, como acontece quando comprimimos uma esponja.

Repita a manobra 16 a 20 vezes por minuto, ou então contar de 1 a 4 entre uma respiração e outra. Continue sem parar até que se percebe que a respiração volta à normalidade.

Quando não tiver outros meios, se a vítima estiver respirando pela boca com dificuldade, e pela boca estiver saindo bolhas de ar misturadas com sangue, nós devemos tentar a respiração artificial.

2- MASSAGEM RESPIRATORIA EXTERNA: A respiração artificial praticada pela compressão do tórax não é indicada em vítimas de acidente de trânsito, porque ela poderá apresentar também fratura de costelas. Neste caso, ao comprimir o tórax, a costela fraturada poderá perfurar o pulmão.

A massagem respiratória, pela compressão do tórax está indicada quando ha parada respiratória em consequencia de queda de veículo na água de rios ou lagos; colocar a vítima de bruços (decúbito ventral) e comprimir o tórax e abdome simultaneamente, para também expulsar a água ingerida ou aspirada. A outra eventualidade seria na circunstância de haver lesão de face atingindo o nariz e boca, con

traíndicando a respiração boca a boca.

Em casos extremos, quando a pessoa está morrendo, pode se tentar fazer a traqueostomia, que consiste em fazer um corte na vertical logo abaixo do pomo de Adão (laringe) e praticar um orifício na traqueia, ou com uma agulha de injeção grossa, perfurar a traqueia, principalmente se se tratar de uma criança.

HEMORRAGIA: A hemorragia pode ser de três tipos: 1) arterial; 2) venosa e 3) capilar.

Um ferimento apresenta hemorragia arterial quando o sangue sai em jato intermitente e é de coloração vermelha viva; venosa quando o sangue é de coloração escura, vinhosa e escorre da ferida, sem pulsação; e a capilar quando fica porejando um líquido vermelho claro, róseo, característica das esfoladuras ou equimoses. Quando a pele mantém-se íntegra, o sangramento se localiza profundamente, não se exterioriza, constituindo o hematoma.

A parada da hemorragia pode ser conseguida de duas maneiras: 1- COMPRESSÃO - que consiste em apertar a ferida com pano, ou os dedos. Esse método é o mais eficaz, porque comprimimos apenas o vaso (artéria ou veia) que está sangrando, permitindo a circulação do sangue por outras vias que não foram lesadas.

Às vezes podemos salvar a vida de um indivíduo, apenas colocando um pano (gase ou lenço) na ferida e comprimindo durante 10 minutos, em média, até que o sangramento cesse. Esse tempo é suficiente para o sangue extravazado se coagular, estancando a hemorragia.

As pessoas hemofílicas têm hemorragias profusas, as vezes fatais, porque o sangue não se coagula, o mesmo acontecendo com aqueles que usam medicação anticoagulante.

2- GARROTE OU TORNIQUETE - consiste em laçar o membro sangrante, apertando acima da lesão (mais próximo do coração). Utilizar o laço feito com uma fita de no mínimo 1 cm. de largura, porque um fio fino de barbante ou metálico poderá ferir o membro, causando corte profundo.

No garrote ou torniquete, frequentemente utilizado, laçamos o

membro sangrante acima do ferimento com um lenço ou borracha, e apertamos por intermédio de um objeto cilíndrico, como lapis ou caneta, ou madeira que é passado por dentro do laço; torcendo-o lentamente, produz-se a interrupção da circulação. Recomenda-se torcer o suficiente para produzir a parada da hemorragia, sendo contraindicada uma compressão maior porque, além de não ter maior utilidade, poderá provocar o esmagamento de músculos, vasos e nervos.

O garrote ou torniquete deverá permanecer apertado durante pelo menos 15 a 20 minutos, tempo suficiente para provocar a coagulação do sangue. Se o indivíduo for transportado para local distante que requer mais de 1 hora para se chegar a um hospital, devemos afrouxar o garrote ou torniquete a cada 15 a 20 minutos, deixando sair um pouco de sangue e apertar a seguir, o suficiente para parar a hemorragia. Repetir a manobra até o sangramento parar, ou a chegada ao Pronto Socorro.

Ha ocasião em que a aplicação do garrote acima do sangramento não é suficiente para estancar a hemorragia, principalmente se for venoso caracterizado pelo escoamento de sangue escuro pela ferida, significando que o sangue vem da extremidade em direção ao coração. Neste caso, devemos passar outro garrote, agora, abaixo do ferimento.

Antes de pensar no garroteamento do membro, devemos tentar sustar a hemorragia, elevando o membro acima do nível do coração e comprimir a ferida por alguns minutos, nunca inferior a 10 minutos.

Nos sangramentos produzidos pelo ferimento de varizes de membro inferior, podemos estancar a hemorragia, apenas fazendo a pessoa sentar-se ou deitar no chão e elevar a perna numa altura superior ao coração, com uma discreta compressão, até a parada do sangramento. Cesada a hemorragia, devemos fazer um curativo compressivo antes de permitir a deambulação.

Além dos 3 tipos de vasos sanguíneos, contamos com um quarto. Este vaso, ao invés de conter sangue, transporta um líquido claro, constituído pela linfa ( vaso linfático). Sua lesão não requer muito cuidado, porque a quantidade de líquido perdido é insignificante e

ele se coagula rapidamente.

A secção completa de um vaso determina menor hemorragia do que a incompleta, porque quando é total, as extremidades se contraem, ocasionando um espasmo, que obstrue sua luz, facilitando a coagulação do sangue. Por exemplo; na amputação traumática completa, geralmente a hemorragia não é tão abundante.

FRATURAS - Dizemos que um osso apresenta fratura, quando ele está quebrado (apresenta uma solução de continuidade). A fratura pode ser: 1) SIMPLES OU FECHADA, quando o osso quebrado se encontra em sua posição normal protegido pela pele; e 2) fratura EXPOSTA quando a ponta do osso quebrado perfura a pele, tornando-se visível, ou quando ha lesão da pele e musculos, podendo se contaminar.

Além disso, denominamos fratura INCOMPLETA, ou em GALHO VERDE quando ele se quebra incompletamente, apresentando-se trincado ou rachado: geralmente não requer muito cuidado, pois sua imobilização é o suficiente para a consolidação. Fratura COMPLETA quando ele se quebra totalmente. Se ele se fragmenta em vários pedaços, denominamos de fratura MULTIPLA ou COMINUTIVA.

Deduzimos que ocorreu uma fratura, quando, após a agressão ao membro ou corpo, a vítima sente dores fortes, dificuldade de movimentação, com ou sem desvio do osso e frequentemente, com aumento de volume (inchaço) local.

Antes de tomar qualquer medida, devemos imobilizar o osso fraturado, porque, além de diminuir a dor produzida pelo atrito das extremidades ósseas, pode haver lesão de artéria ou veia e nervos que passam junto ao osso. Frequentemente a fratura determina o desvio das partes quebradas pela contração dos músculos, e a primeira medida a ser adotada, consiste no alinhamento do osso, puxando ou tracionando a extremidade do membro e procurando mante-lo fixo e tracionado.

Na fratura exposta nunca devemos reduzi-la, isto é, procurar colocar a extremidade do osso visível para dentro da pele, porque, estando contaminado, poderá provocar uma infecção (osteomielite). Nesta eventualidade, proteger a ferida e o osso com pano, limpo, imobilizar

o membro e transportar imediatamente para o hospital.

TRATAMENTO :

1- Tração com esparadrapo Se tivermos em mãos esparadrapo, podemos imobilizar o membro inferior fraturado, passando um esparadrapo largo ao longo da face interna do mesmo, voltar, fazendo uma alça ao nível do pé e grudar na face externa. Pela alça formada ao nível do pé, nós tracionamos e procuramos fixa-lo; podemos reforçar o esparadrapo com ataduras de gase ou de crepe.

2- Podemos utilizar duas tábuas, pedaços de madeira ou galhos de árvore, colocando um de cada lado do membro fraturado e enfaixar com ataduras ou com tiras de pano e amarrar ao longo de todo o membro.

3- Utilização de folhas de jornal ou papel, ou colocar pano dobrado entre os dois membros inferiores, imobilizando o fraturado contra o sãõ, com faixas ou tiras.

4- Goteiras gessadas ou de metal.

5- Talas infláveis, que têm a vantagem de, além de imobilizar, comprimir o membro, quando ele apresenta também hemorragia.

FRATURA DE COSTELAS: 1) Quando uma costela está fraturada, praticamente não necessita de imobilização.

2- Quando ha mais de uma costela fraturada, sem afundamento do tórax, podemos imobiliza-las para evitar a dor provocada pelos movimentos respiratórios. Utilizamos uma faixa resistente de pano e mandamos a vítima expirar profundamente e eliminar todo o ar dos pulmões. Nesse momento, com o torax em expiração, procuramos envolver todo o tórax com a faixa, antes que a vítima respire novamente e prendemos firmemente com esparadrapo, fita isolante, fita de crepe, durex, ou outra fita gomada de embrulho.

Nota: esta fita gomada ou esparadrapo deve envolver mais da metade do tórax para manter firme a compressão.

3- Quando ha fraturas múltiplas de costelas com afundamento do tórax, como nos casos de esmagamento, procuramos com pano dobrado preencher o local afundado e depois imobilizamos com faixas, ou ainda, podemos colocar esparadrapo largo tapando completamente o afundamento.

4- Na eventualidade de, além de fratura de costelas haver ferimento com perda de tecidos ( um buraco no tórax que fica soprando quando a vítima respira) nós podemos salva-la tamponando com a mão ou colocando um tampão de pano, comprimindo o local, impedindo a saída e entrada de ar no tórax. Se tiver esparadrapo largo, vedar, cobrindo completamente o curativo.

FRATURA DE CLAVÍCULA: É diagnosticada pela contusão, acompanhada de dor e desvio das pontas que fazem saliência sob a pele, na porção superior do tórax, perto do pescoço.

O tratamento consiste em passar uma faixa ou pano largo por trás do pescoço, na frente dos ombros , por baixo das axilas e amarrar nas costas, ou fazendo um enfaixamento em 8, por trás do pescoço.

Nota: EM TODOS OS CASOS DE FRATURA, O PRINCÍPIO FUNDAMENTAL DO TRATAMENTO CONSISTE NA IMOBILIZAÇÃO DE UMA ARTICULAÇÃO ACIMA E ABAIXO DO OSSO FRATURADO, IMOBILIZANDO PELO MENOS DUAS ARTICULAÇÕES.

COLUNA VERTEBRAL: A coluna é constituída por 32 ossos ( vértebras) que estão superpostas, tendo na parte posterior um canal onde se localiza a medula espinhal, que funciona como um tronco de telefone de onde saem os fios para as residências, representada pelos nervos que se dirigem para todos os órgãos e partes do corpo humano.

A situação mais temível no acidente de tráfego é a fratura ou luxação de coluna vertebral, nos segmentos cervical, dorsal ou torácico, e lombar.

Quando se atende uma vítima que se queixa de dor ao nível da coluna, qualquer que seja a altura, pensar sempre, em primeiro lugar, tratar-se de uma fratura ou luxação da região.

Sabemos que uma fraura simples, praticamente não causa danos maiores se a vítima for atendida pronta e corretamente. Apenas terá de esperar o tempo necessário para a sua consolidação. Mas, se a vítima for atendida de maneira errada, o osso fraturado pode se deslocar para trás e lesar a medula espinhal e a pessoa ficar paralisada temporária ou definitivamente.

De acordo com o local fraturado, a lesão da medula poderá pro

vocar paralisia e anestesia de segmentos correspondentes do corpo:

a) FRATURA DA COLUNA CERVICAL ( FRATURA DO PESCOÇO): Se a pessoa não morrer no local do acidente, ficará paralisada para o resto da vida ( paralisia dos dois membros superiores e inferiores, isto é, dos braços e pernas- também denominada tetraplegia), além do relaxamento dos esfíncteres da bexiga urinária e intestino, e impotência sexual;

b) FRATURA DE COLUNA DORSAL E LOMBAR: Pode ocasionar a paralisia e anestesia dos dois membros inferiores (paraplegia crural) e também produzir incontinência urinária e fecal, além da impotência sexual.

COMO EVITAR: fazendo o atendimento correto, que consiste em primeiro lugar verificar a sua posição:

1) Se a vítima estiver dentro do veículo, sentado no banco da frente e se queixar de dor no pescoço, às vezes acompanhado de formigamento, esquecimento (parestesia) , paralisia ou anestesia (não sente os membros) pensar em fratura ou luxação da coluna cervical (pescoço). Neste caso, não movimentar a cabeça da vítima. Se ela estiver no banco dianteiro, entrar pelo banco traseiro, com as duas mãos colocadas por trás do pescoço, envolve-lo, mantendo-o fixo. Pegar o colar de Shanz ou papelão grosso e fazer uma espécie de colarinho e envolver todo o pescoço. No caso de ter uma lâmina plástica mole e resistente, ou uma meia e enche-la de pano, algodão, ela também poderá servir de colarinho.

Depois de fazer essa imobilização, a vítima poderá ser resgatada do veículo e ser transportada de preferência sentada.

2) FRATURA DA COLUNA DORSAL OU LOMBAR: Nunca permitir que a vítima fique na posição de flexão ( dobrar o corpo para a frente) porque as vértebras fraturadas podem escorregar para trás e comprimir ou lesar a medula.

Se a vítima estiver estirada na pista, devemos mantê-la estendida, esticada, não permitindo que ela flexione o tronco (dobrar o tronco ou o corpo para frente). Se ela estiver inconsciente (desmaiada), mantê-la deitada em decúbito dorsal (de costa ou de barriga para cima) e manter a cabeça virada para um dos lados para evitar que ela,

se vomitar, não aspire o conteúdo do estômago para o pulmão.

A vítima deve ser transportada esticada, de preferência numa tábua ou maca. Quando na estrada não se dispuser de outros meios, principalmente os caminhoneiros podem utilizar o cobertor, colcha ou lona para servir de maca e transportar a vítima com suspeita de fratura ou luxação da coluna em decúbito ventral ( de barriga para baixo).

Para o resgate, ha necessidade de contarmos sempre com 3 pessoas no mínimo: enquanto um pega os ombros, a segunda as pernas, a terceira mantém a bacia nivelada na horizontal não permitindo a flexão.

NUNCA tentar atender uma vítima com suspeita de fratura de coluna dorsal ou lombar contando apenas com duas pessoas, uma carregando pelos pés e outra pelos braços ou ombros, e muito menos transporta-la colocando no banco trazeiro de um veículo pequeno (Fusca ou Fiat) toda dobrada, possibilitando o deslissamento ou torção da vértebra fraturada.

LEMBRAR SEMPRE que uma fratura de vértebra bem atendida ocasiona apenas o incômodo de exigir a permanência do colete gessado ou de lona durante alguns meses, enquanto que um atendimento mal feito, incorreto, poderá ocasionar a paralisia definitiva dos membros, com relaxamento dos esfincteres (bexiga e intestino).

3) FRATURA DE BACIA: Imobilização passando um cinto largo e apertado ao nível do quadril.

LUXAÇÃO: É a saída ou deslocamento do osso de sua articulação (junta). O osso para se manter articulado na junta, é preso pela cápsula articular e lateralmente pelos ligamentos. Quando um osso se desloca de sua junta e não volta para a sua posição normal, dizemos que houve uma luxação. Não procure reduzi-la (recolocar no seu lugar primitivo) porque é muito difícil e a manobra pode produzir fratura das bordas, piorando a situação porque transformamos em fratura-luxação, e o pedaço ou lasca de osso pode ficar entre eles, funcionando como um corpo estranho na articulação. Geralmente acaba necessitando cirurgia.

Aconselhamos não tentar a redução da luxação; procure imobilizar

zar do jeito que está e transporte imediatamente para um hospital, por que uma luxação é muito mais grave do que uma fratura, pela rotura da cápsula articular, dos ligamentos e dos vasos sanguíneos. É por isso que quando ha luxação, imediatamente a junta se incha e fica arroxeada.

**ENTORCE:** é mais benigno que a luxação. Consiste na saída e volta do osso na sua articulação. Nesse caso pode haver rotura de ligamentos ou frouxamento da cápsula articular, com rotura dos vasos sanguíneos. O tratamento consiste apenas na imobilização da articulação, com enfaixamento ou goteira gessada.

**CONTUSÃO DO TORNOZELO:** Consiste apenas na pancada da região, sem lesão da pele. Muitas vezes ela é confundida com luxação, que é mais grave.

**FRATURA OU CONTUSÃO CRANEANA:** O cérebro ou o miolo é um dos órgãos mais importante do organismo porque comanda todas as funções vitais.

Nos acidentes de trânsito, principalmente no Brasil, onde os motoristas e acompanhantes ainda não se conscientizaram da importância do uso do cinto de segurança, 32% das lesões estão situadas na cabeça.

Em consequencia de um traumatismo de cabeça, o indivíduo pode se apresentar: a) consciente ou b) inconsciente, ou nos seus graus intermediários: confuso ou obnubilado, sonolento e agitado.

Todos esses graus de consciência requerem cuidados especiais, porque mesmo consciente, a vítima pode ter lesão cerebral.

As vezes a vítima pode estar perfeitamente consciente no momento do acidente e minutos ou horas depois perder a consciência. Esta situação é muito importante para o médico, porque geralmente requer operação.

O tempo decorrido entre o momento do acidente e a perda de consciência denominamos INTERVALO LUCIDO. Pode estar ocorrendo que em consequencia do taumatismo, haja hemorragia dentro da cabeça e o sangue aí acumulado se coagula e forma uma espécie de tumor (hematoma)

que vai progressivamente comprimindo o cérebro. O indivíduo pode sentir dores de cabeça, tontura, vomitar, o pulso torna-se lento e vem a desmaiar.

Como nós nunca sabemos exatamente quando vai ocorrer a perda de consciência, devemos transportar a vítima o mais rapidamente possível para um hospital, porque a compressão do cérebro pode determinar parada respiratória e cardíaca, e é preferível que isto ocorra no hospital, sob o cuidado do médico. Se ocorrer a parada durante o transporte, fazer a reanimação respiratória ou cárdio-respiratória durante o trajeto.

Quando se atender uma vítima de acidente, se ela apresentar perda de sangue ou líquido claro (como água de rocha) pelas narinas ou ouvido, e se ela não for portadora de lesões superficiais nestes órgãos, pensar em fratura da cabeça e transporta-la sempre para o hospital.

A lesão do cérebro pode determinar a paralisia da pupila (menina dos olhos) ocasionando a sua dilatação (midríase), que pode ser bilateral. Quando a midríase (dilatação da menina dos olhos) é unilateral, a dilatação da pupila denota a lesão cerebral desse lado, e essa situação nós denominamos de anisocoria ( dilatação do lado lesado e normal do lado sã do cérebro), e incidindo um feixe de luz ( da lanterna ou do sol) ela não reage.

LEMBRAR SEMPRE QUE CONSIDERAMOS UMA VITIMA DE ACÍDENTE COMO UMA BRASA EM SUAS MÃOS, procure passar o mais rapidamente possível para as mãos de outra pessoa, de preferência um médico.

QUEIMADURA: Denominamos queimadura à lesão da pele pelo calor, em consequencia do contato de fogo, líquido quente ou vapores.

Classificamos a queimadura em 3 graus:

1- QUEIMADURA DO PRIMEIRO GRAU: quando apenas a camada superficial da pele se queima (epiderme). O exemplo típico temos quando a pessoa se expõe durante tempo prolongado aos raios solares (praia, piscina), ficando a pele completamente avermelhada. É muito dolorosa.

2- QUEIMADURA DO SEGUNDO GRAU: Quando a lesão é mais profunda, atin

gindo toda a derme. Além da coloração vermelha, surgem as bolhas.

3- QUEIMADURA DO TERCEIRO GRAU: Quando, além de todas as camadas da pele, os tecidos mais profundos também se queimam, como músculos e até o osso, e a pele fica avermelhada e às vezes branco-amarelada.

Quando deparar com um queimado, procure envolvê-lo com um pano limpo ou de preferência um plástico, que tem a vantagem de além de protegê-lo da contaminação, manter o calor do corpo e não aderir.

Nunca colocar pomadas, óleos ou pós, porque prejudicam o paciente, uma vez que, ao chegar ao hospital, o médico tem que fazer o curativo, que consiste em lavar amplamente com soro fisiológico estéril e depois envolver com curativo vaselinado. Qualquer curativo que se fizer no local do acidente, o médico terá de retirá-lo, para lavar e fazer a antisepsia, o que ocasionará mais dor para a sua limpeza.

Como a queimadura produz grande exsudação, perda de líquido pelo corpo, a vítima logo começa a sentir sede. Se o paciente não tiver lesões graves em outra parte do corpo, poderá ser dado líquido, água ou de preferência sucos, para reposição do líquido perdido pela queimadura.

PARADA CARDIO-CIRCULATORIA: É caracterizada por: ausência de pulso, coração não audível, parada respiratória, pele úmida e fria, ausência de reação aos estímulos, midríase bilateral (as pupilas, meninges dos olhos dilatadas completamente, atingindo quase toda a parte branca dos olhos) com ausência de reflexos.

MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA: Antes de iniciar a massagem cardíaca, nós devemos colocar a vítima deitada de costas (decúbito dorsal) numa superfície resistente, como o chão. Não fazer massagem cardíaca na cama ou no assento do veículo porque o molejo não permitirá uma massagem eficiente, pois o corpo afunda no colchão ou assento, não permitindo uma compressão do coração.

Para se fazer uma massagem cardíaca eficiente é necessário que o esterno, osso situado na frente do tórax, comprima o coração contra a coluna vertebral ou espinha, que está situada atrás, afundando no mínimo 5 cm.

Para se procurar o local exato da colocação da palma da mão no esterno, com o dedo percorremos desde a parte lateral do tórax até o meio da extremidade inferior das costelas, entre o tórax e o abdome, onde se situa uma ponta mole de osso, chamado apêndice xifóide.

Localizado o apêndice xifóide com o dedo da mão direita, colocamos a palma da mão esquerda, apoiando no esterno logo acima do dedo indicador colocado no apêndice xifóide, deixando os dedos da mão esquerda livres. A mão direita espalmada é colocada acima da mão esquerda, para reforçar as manobras da massagem cardíaca.

Não colocar a mão espalmada lateralmente nas costelas, para não provocar a fratura das mesmas, principalmente em pessoas de idade avançada. Se tal acontecer, não se preocupar, porque a vida da vítima é mais importante.

Ajoelhe-se ao lado da vítima ou coloque-se de cócoras na altura do tórax e inicie a massagem cardíaca, jogando todo o peso do seu corpo sobre a palma da mão, para não se cansar.

O número de massagem cardíaca por minuto variará se você estiver sozinho ou com outra pessoa auxiliando.

Se você ESTIVER SOZINHO proceda da seguinte maneira: inicialmente, distender os pulmões, fazendo duas respirações artificiais profundas seguidas: Pratique 10 a 20 massagens cardíacas para cada respiração artificial. O intervalo entre uma compressão e outra é de cerca de um segundo. se nós contarmos rapidamente 1, 2, 3, 4 - etc., este intervalo geralmente é menor que um segundo; praticamente, nós contamos entre uma compressão e outra os números 101, 102, 103, etc., que demorará cerca de um segundo.

O intervalo entre uma massagem cardíaca e outra é muito importante, porque, se nós o fizermos rapidamente, o coração não terá tempo suficiente para se encher convenientemente, e a quantidade de sangue que sairá do coração será insuficiente para uma boa circulação cerebral.

Lembrar que o coração pulsa normalmente de 60 a 90 vezes por minuto e a respiração é de 15 a 20 movimentos por minuto. Após cada

compressão do tórax, a mão deverá permanecer afrouxada para permitir que o tórax volte à posição normal, de repouso, e o coração se encha novamente de sangue que retorna do resto do corpo pelas veias cavas (comparar como uma esponja)

Se ESTIVEREM PRESENTES DUAS PESSOAS, enquanto a primeira fica ao nível da cabeça tracionando-a para trás, afim de retificar a passagem de ar para os pulmões, a segunda permanece ajoelhada ou na posição de cócoras ao lado da vítima, na altura do tórax e pratica a massagem cardíaca.

As duas pessoas devem trabalhar rapidamente. Enquanto a primeira pratica a manobra de respiração artificial, assoprando uma vez profundamente, a segunda se prepara para realizar 5 massagens cardíacas. As duas não devem praticar a sua função ao mesmo tempo, mas sim sucessivamente (quando uma funciona, a outra se prepara para entrar em ação), porque senão, uma atrapalha a manobra da outra.

A massagem cárdio-respiratória deverá ser mantida até que se perceba a volta do pulso às condições normais. Para isso, palpar a pulsação na virilha (pulso femoral), ou o pulso radial, ou então o carotídeo (com o pescoço estendido para trás, comprimir logo adiante do músculo junto ao Pomo de Adão).

Uma vez que o coração volte à pulsação normal, verificar o movimento respiratório; se estiver deficiente, nós devemos auxiliar a vítima continuando com a respiração artificial boca a boca, até que volte também à normalidade. Se o coração demorar para voltar a bater, não devemos desistir, pois ha casos de recuperação dos batimentos cardíacos depois de 15 a 30 minutos de massagem.

Conseguida a reanimação da vítima, procurar outras lesões para serem tratadas, principalmente os ferimentos com hemorragia, pois, estes, com o retorno dos batimentos cardíacos voltarão a sangrar.

Uma medida prática para certificar que a massagem é eficiente, enquanto uma pessoa pratica a massagem cardíaca, a outra tenta palpar a pulsação arterial, procurando-a nos pontos anteriormente indicados: femoral, radial e carotídeo, ou ouvir os batimentos cardíacos. Em casos bem sucedidos, transportar imediatamente a vítima para o hospital.