

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS
CAMPUS MUZAMBINHO
Curso Técnico em Enfermagem**

**ANA PAULA CLEMENTE DOS SANTOS
GÉSSICA ÂNGELA DA SILVA**

**ORIENTAÇÕES DE PRIMEIROS SOCORROS:
Acidentes Automobilísticos**

**MUZAMBINHO
2010**

**ANA PAULA CLEMENTE DOS SANTOS
GÉSSICA ÂNGELA DA SILVA**

**ORIENTAÇÕES DE PRIMEIROS SOCORROS:
Acidentes Automobilísticos**

Projeto de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Técnico em Enfermagem, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais – Campus Muzambinho, como requisito parcial à obtenção do título de Técnico em Enfermagem.
Orientadora: Paloma Teixeira Salomão

**MUZAMBINHO
2010**

COMISSÃO EXAMINADORA

Muzambinho, MG, ____ de _____ de 20____.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus e aos nossos familiares e amigos que acreditaram no nosso objetivo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, aos nossos amigos e familiares pelo apoio, aos professores pelos conhecimentos que adquirimos e a nossa professora e orientadora Paloma Teixeira Salomão.

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos; escolhi servir ao próximo, porque sei que todos nós um dia precisaremos de ajuda; escolhi o branco, porque quero transmitir a paz; escolhi me dedicar à saúde, porque respeito à vida...”

Autor Desconhecido

SANTOS, Ana Paula Clemente dos; SILVA, Gêssica Ângela da. **Orientações de Primeiros Socorros: Acidentes Automobilísticos**. 2010. 57 f. Projeto de Conclusão de Curso (Curso Técnico em Enfermagem) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais – Campus Muzambinho, Muzambinho, MG, 2010.

RESUMO

Este projeto foi desenvolvido para orientar e conscientizar os futuros motoristas da importância de prestar os primeiros socorros de uma maneira adequada e realizar o ABCDE (Prioridade no Atendimento). Os primeiros socorros prestados de maneira correta e precisa, podem salvar vidas e diminuir o número de agravos à vítima acidentada. A prestação imediata de primeiros socorros pode determinar o prognóstico do acidentado, diferenciando entre a recuperação ou a incapacidade do mesmo. É importante que se estabeleçam prioridades de avaliação e tratamento de socorrismo no atendimento inicial.

Palavras Chave: Primeiros socorros; acidentado; conscientização.

ABSTRACT

This project was developed to advise and to educate future drivers of the importance of make first aid of one right way and to carry out the ABCDE (Priority in Service). The first aid, made of right way and accurate, can save lives and and decrease the damages number's to casualty. To make the first aid immediately, can determine the casualty's prognosis, differentiating between the recovery and the incapacity of the same. Is importante that settle priorities of assessment and treatment of first aid in initial service.

Key-words: First aid; casualty; educate.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Problema.....	11
1.2 Justificativa.....	12
1.3 Objetivos 13	
<i>1.3.1 Objetivo geral</i> 13	
<i>1.3.2 Objetivos específicos</i> 13	
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Por que estudar Primeiros Socorros?.....	14
2.2 Princípios dos Primeiros Socorros.....	15
<i>2.2.1 Principais objetivos dos Primeiros Socorros</i>	<i>15</i>
2.3 Socorrista	16
<i>2.3.1 Assistências às Emergências</i>	<i>18</i>
<i>2.3.2 Aspectos legais da assistência realizada pelos socorristas</i>	<i>18</i>
<i>2.3.3 Negligência</i>	<i>18</i>
2.4 Noções básicas de anatomia	19
<i>2.4.1 Termos relativos à direção e à localização</i>	<i>21</i>
2.5 Proteção contra doenças infecciosas	21
2.6 Segurança do local	24
2.7 Socorro básico de emergência	25
<i>2.7.1 Avaliação primária</i>	<i>26</i>
2.7.1.1 Imobilizando a cervical	32
<i>2.7.2 Ferimento no Tórax</i>	<i>33</i>

2.7.2.1 Tórax instável	36
2.7.3 Parada Cardiorrespiratória	37
2.7.4 Fratura	41
2.7.5 Imobilização	42
2.7.6 Hemorragias	43
2.7.7 Traumatismo Craniano	46
3 METODOLOGIA	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS	54

1 INTRODUÇÃO

A maioria dos acidentes ocorridos nas rodovias é por motivo de infração e imprudência dos motoristas, com base nisso, optou-se através deste projeto dar Orientações básicas de Primeiros Socorros prestados a uma vítima, seja ela de trânsito ou não, mas que necessite de uma assistência rápida e correta antes do atendimento médico.

A forma como as pessoas reagem em uma situação de emergência antes da chegada do médico costuma determinar como será a recuperação das vítimas.

A prestação imediata de primeiros socorros pode determinar o prognóstico do acidentado, e diferenciar entre a recuperação e incapacitação. A complexidade e a multicausalidade das lesões, somada á necessidade de iniciar rapidamente o atendimento de primeiros socorros, predispõe a um atendimento caótico quando da falta de conhecimento sobre os métodos organizados e com a presença da execução de protocolos conhecidos pela sua importância em resolver de forma básica e ativa as emergências. É importante que se estabeleçam prioridades de avaliação e tratamento de socorrismo no atendimento inicial desses acidentados, baseados nas lesões que impedem as funções vitais.

O objetivo de orientar os alunos de Autoescolas do Sul de Minas, quanto a primeiros socorros e sintetizar algumas medidas importantes no atendimento às emergências, e ainda definir as prioridades no primeiro atendimento, orientando a melhor forma de socorro e resgate e como acionar os serviços de urgência na comunidade.

1.1 Problema

O trauma, um crescente problema de saúde pública no Brasil, produz cerca de 50.000 mortes por ano e mais de 350.000 feridos, sendo que 50% dos óbitos ocorrem no momento do acidente e 30% dentro da primeira hora. A reversão desse quadro inicia com os primeiros socorros, o resgate e o transporte adequado das vítimas.

1.2 Justificativa

É sintetizar algumas medidas importantes no atendimento das emergências na fase pré-hospitalar no método BLS - Suporte Básico de Vida, ou seja, primeiros socorros no campo da cena. Objetiva-se ainda definir as prioridades no primeiro atendimento, orientar a melhor forma de socorro e resgate e, como acionar os serviços de urgência na comunidade; bem como proceder a um acidente.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Orientar aos futuros motoristas das autoescolas, sobre a importância dos primeiros socorros prestados a uma vítima de maneira adequada.

1.3.2 Objetivos específicos

- Reconhecer situações que ponha a vida em risco;
- Aplicar aspiração e circulação artificiais quando necessário;
- Controlar sangramentos;
- Tratar de outras condições que ponham a vida em risco;
- Minimizar o risco de outras lesões e complicações;
- Evitar infecções;
- Deixar a vítima o mais confortável possível;
- Providenciar assistência médica e transporte;
- Prolongar a vida;
- Prestar assistência evitando complicações e riscos à vítima.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Por que estudar Primeiros Socorros?

A importância de estudar primeiros socorros hodiernamente é primordial, pois, o número de acidentes cresce diariamente e a forma como as pessoas reagem em uma situação

de emergência pode determinar a recuperação da vítima e o conforto. A assistência prestada de maneira correta pode até mesmo salvar uma vida.

Nos últimos anos, estamos vivendo momentos de angústia e de debate em torno da morte súbita, que é a primeira causa geral de morte pré-hospitalar em nosso país, bem como em países desenvolvidos [...]. De maneira análoga a essas mortes esporádicas de personalidade, morrem ao dia, em nosso país, cerca de 800 pessoas de diversas faixas etárias, que não foram filmadas nem televisionadas.

Até recentemente, os sistemas de emergências pré-hospitalares existentes no Brasil não possuíam uma regulação médica única e eram voltados mais exclusivamente para o trauma. Com a implantação, pelo Governo Federal em parceria com governos estaduais e prefeituras, do Sistema de Atendimento Móvel (SAMU 192), de modelo francês em várias cidades brasileiras, o objetivo é que a emergência seja vista como um todo. Atualmente, a rede Nacional SAMU 192 conta com 146 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, no Brasil. Ao ano, 1.269 municípios são atendidos pelo SAMU, num total de 101.794.573 milhões de pessoas. (BRANDÃO; FALCÃO, 2010).

Segundo Bortolotti (2009) a prestação imediata de primeiros socorros pode determinar o prognóstico do acidentado, e diferenciar entre a recuperação e a incapacitação. A complexidade e a multiplicidade das lesões, somada à necessidade de iniciar imediatamente o atendimento de primeiros socorros, predispõe a um atendimento caótico quando da falta de conhecimento sobre os métodos organizados e com a presença da execução de protocolos conhecidos pela sua importância em resolver de forma básica e ativa as emergências. É importante que se estabeleçam prioridades de avaliação e tratamento de socorrismo no atendimento inicial desses acidentados, baseados nas lesões que impedem as funções vitais.

Brandão e Falcão (2010) definem primeiros socorros como sendo o atendimento temporário e imediato prestado a uma pessoa ferida ou que adoece repentinamente. Não substitui o atendimento médico de urgência.

Hammerly (1970) define: Primeiro Socorro é o tratamento imediato e provisório dado em caso de acidente ou enfermidade imprevista. Geralmente se presta no local do acidente e, com exceção de certos casos leves, até que se possa pôr o paciente a cargo de um médico pra tratamento definitivo.

2.2 Princípios dos Primeiros Socorros

Os primeiros socorros envolvem: atendimento temporário e imediato de pessoa ferida ou que adoece repentinamente; o atendimento em casa (quando não possível o acesso a

uma equipe de resgate ou enquanto a emergência médica não chega); o reconhecimento das condições que põem a vida em risco e tomada de atitudes necessárias para manter a vítima consciente, até que se obtenha o atendimento médico ou até mesmo a remoção, quando possível.

A assistência dos primeiros socorros não substitui o atendimento médico, pois, obtenção de assistência médica em todos os casos de lesão grave ou leve constitui um dos principais fundamentos dos primeiros socorros.

2.2.1 Principais objetivos dos Primeiros Socorros

Os principais objetivos dos primeiros socorros são:

1. Reconhecer situações que ponham a vida em risco;
2. Aplicar respiração e circulação artificiais quando necessário;
3. Controlar sangramento;
4. Tratar de outras condições que ponham a vida em risco;
5. Minimizar o risco de outras lesões e complicações;
6. Evitar infecções. Deixar a vítima o mais confortável possível;
7. Providenciar assistência médica e transporte.

2.3 Socorrista

O conceito de socorrista para Brandão e Falcão (2010) é: pessoa que está habilitada à prática dos primeiros socorros, utilizando-se dos conhecimentos básicos e treinamentos técnicos que o capacitaram para esse desempenho.

As características básicas de um socorrista são, segundo Falcão e Brandão (2010):

- Ter espírito de liderança;
- Ter bom senso, compreensão, tolerância e paciência;
- Ser um líder, na concepção da palavra;
- Saber planejar e executar suas ações;
- Saber promover e improvisar com segurança;
- Ter iniciativas e atitudes firmes;

- Ter, acima de tudo, o espírito de solidariedade humana.

Já para Bortolotti (2009) as características de um socorrista devem ser:

- Capacidade de liderar com as pessoas;
- Capacidade de trabalhar em equipe;
- Capacidade de manter a calma;
- Capacidade de liderança;
- Compromisso e solidariedade;
- Capacidade de organização;
- Capacidade de tolerância;
- Desejo de aprender;
- Possuir asseio pessoal.

No tocante as funções do socorrista temos a seguinte consideração:

O socorrista faz parte de todo nosso dia-a-dia. É uma pessoa treinada para ter acesso a vítima, detectar o que está errado, providenciar a assistência de emergência, e somente quando necessário, imobilizar a vítima, sem ocasionar seqüelas. O socorrista é normalmente a primeira pessoa treinada a entrar em contato com as pessoas que precisam de assistência de emergência, por isso vale destacar a sua grande importância. Lembramos que o socorrista deverá evitar qualquer risco adicional a outras pessoas. (BORTOLOTTI, 2009).

Contudo, ressalta Bortolotti (2009) que a falta de pessoal treinado para o atendimento às assistências de emergências, antes da chegada de pessoal de resgate, representa o elo mais fraco da nossa organização do Sistema de Saúde no Brasil. O treinamento de pessoas e a obtenção de equipamentos para emergências que possam resolver este problema. Diz também que além da falta de pessoal treinado, ocorre a dúvida do tipo de atendimento que se pode prestar no local.

Brandão e Falcão (2010) citam seguintes as prioridades do socorrista:

- a. Aproximar-se do local ou da vítima;
- b. Avaliar as condições do ambiente;
- c. Tomar providências de socorrer a vítima;
- d. Afastar os curiosos;
- e. Tomar medidas para evitar novos acidentes;
- f. Avisar ao serviço público de auxílio o mais rápido possível;
- g. Conseguir acesso até as vítimas;
- h. Verificar se há algum perigo imediato;

- i. Avaliar cuidadosamente a situação da vítima;
- j. Fornecer suporte básico à vida das pessoas que estiverem em risco; sempre priorizando o atendimento às vítimas mais graves;
- k. Prestar auxílios, posteriores, segundo a gravidade;
- l. Organizar a remoção da vítima.

Acrescentam ainda: Estar envolvido em uma situação de lesão ou acidente exige raciocínio rápido e ação imediata. Assim, devem-se adotar medidas para a proteção do socorrista e das vítimas.

Bortolitti (2009) acrescenta que o profissional humanizado deve apresentar algumas características que tornam o atendimento a um traumatizado mais digno, quais sejam:

- a. Focalizar não somente o objeto traumático, mas também os aspectos globais que envolvem o paciente, não se limitando apenas às questões físicas, mas também aos aspectos emocionais;
- b. Manter sempre contato com a vítima, buscando uma empatia por parte da mesma;
- c. Prestar atenção nos relatos e queixas do socorrido, tentando sempre que possível gerar um conforto dentro de suas características;
- d. Manter a vítima, sempre que possível, informada quanto aos procedimentos a serem tomados;
- e. Respeitar o modo e a qualidade de vida do acidentado;
- f. Respeitar a privacidade e a dignidade da vítima, evitando expô-la sem necessidade;
- g. Preservar a sua identidade moral e seus pertences.

2.3.1 Assistências às Emergências

A assistência que o socorrista oferece pode ajudar para que ele não entre em uma situação crítica como um choque hipovolêmico, uma seqüela neurológica, e/ou morte. A assistência a emergências inclui os cuidados que vão desde um simples curativo em uma queimadura, ou a imobilização de uma fratura. Também pode estar voltada às técnicas mais extremas como a remoção de um traumatizado, ou aplicação de uma técnica de reanimação cardiorrespiratória. A assistência gerada por socorristas também pode ser focada e dirigida a problemas clínicos desenvolvidos por doenças.

2.3.2 Aspectos legais da assistência realizada pelos socorristas

Os socorristas têm quatro deveres principais no local da ocorrência de uma emergência:

- a. Ter acesso ao acidentado em segurança;
- b. Identificar o que está errado e o que está colocando a sua vida em risco;
- c. Prestar assistência e imobilizar ou mobilizar quando indicado ou necessário;
- d. Transferir as informações necessárias ao pessoal do serviço de emergência local.

2.3.3 Negligência

A negligência é o aspecto que mais aparece nos reclames e processos que envolvem um atendimento, em especial aqueles gerados dentro de uma planta industrial ou de um estabelecimento. O termo freqüentemente é empregado para indicar que o emergencista deixou de fazer algo esperado, ou que agiu com descuido. Do ponto de vista legal e técnico o termo negligência é mais abrangente.

Serão fatores considerados como negligência por parte dos emergencista:

- a. Atuar como socorrista e realizar procedimentos invasivos (administrar medicações sem autorização e sem formação para este evento);
- b. Não comunicar o serviço de emergência diante de um pedido de socorro;
- c. Deixar de socorrer pessoas por preconceitos étnicos, sociais e/ou pessoais;
- d. Realizar cuidados que não estão descritos dentro da padronização de emergência local;
- e. Provocar seqüelas reais ao paciente, como conseqüência de um atendimento incorreto;
- f. Ser passivo tecnicamente diante de atividades que coloquem em risco a vida do socorrido, definido por procedimentos que estejam na prática momentânea por execução no local da ocorrência por outros socorristas.

Como socorrista você estará protegido de acusações de negligência se:

- Atuar de forma padronizada;
- Se o socorrido recusar a assistência oferecida, desde que o mesmo esteja lúcido e coerente para tomar essa decisão;
- O serviço de emergência local tiver sido notificado;
- Evitar o atraso de assistência, entendendo que isto poderá ocasionar complicações e contribuir para agravos adicionais.

IMPORTANTE:

Um requisito para a comprovação de negligência do socorrista é a falha na realização de procedimentos considerados mínimos dentro dos padrões de assistência à emergência. Não existe uma garantia de que você não será processado se você não seguir os procedimentos descritos nos protocolos aceitos pela legislação de emergência local, esta garantia está em seguir os procedimentos mínimos sugeridos pelo suporte básico de vida. (BORTOLOTTI, 2009).

2.4 Noções básicas de anatomia

Com o propósito de uniformização pra descrição anatômica, o que facilitaria a passagem de informações entre profissionais da área de saúde. Termos relativos à posição, direção e localização:

- **Posição anatômica:** A vítima está em pé, ereto, os braços para baixo ao longo do corpo, as palmas voltadas para frente.

- **Posição de decúbito dorsal:** A vítima deitado de costas (com a barriga pra cima).



Fonte: Brandão; Falcão (2010)

- **Posição ventral:** A vítima está deitada com a barriga para baixo (de bruços).



Fonte: Brandão; Falcão (2010)

- **Posição de decúbito lateral direito:** a vítima está deitada de lado (direito).



Fonte: Brandão; Falcão (2010)

- **Posição de decúbito lateral esquerdo:** a vítima está deitada de lado (esquerdo).



Fonte: Brandão; Falcão (2010)

2.4.1 Termos relativos à direção e à localização

- Superior – em direção à cabeça;
- Inferior- em direção aos pés;
- Anterior- em direção à frente;
- Posterior- em direção ao dorso;
- Medial- em direção à linha mediana ou centro do corpo;
- Lateral- para a esquerda ou direita da linha mediana;
- Proximal- próximo ao ponto utilizado como referência;
- Superficial- próximo à superfície;
- Profundo- distante da superfície;
- Interno- do lado de dentro;
- Externo- do lado de fora.

2.5 Proteção contra doenças infecciosas

As doenças infecciosas ou contagiosas são aquelas que podem passar de uma pessoa para outra ou serem transmitidas de um animal ou do meio ambiente para uma pessoa.

Todos os fluidos corporais devem ser considerados infecciosos, incluindo saliva, sangue, secreções vaginais, sêmen, líquido amniótico e todos os outros fluidos corporais. São formas de disseminação de doenças infecciosas:

a) infecção por gotículas de saliva



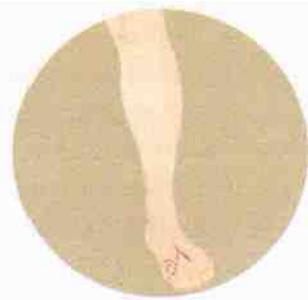
Fonte: Brandão; Falcão (2010)

b) Contato com sangue contaminado



Fonte: Brandão; Falcão (2010)

c) ferimentos abertos/tecido exposto



Fonte: Brandão; Falcão (2010)

Pelos ensinamentos de Brandão e Falcão (2010) as vítimas podem transmitir doenças infecciosas se apresentarem qualquer uma das seguintes condições:

1. Erupções ou lesões na pele;
2. Ferimentos abertos;
3. Diarréia;
4. Vômitos;
5. Tosse ou espirros;
6. Ferimentos que drenam secreções;
7. Sudorese intensa;
8. Dor abdominal;
9. Dor de cabeça com torcicolo (suspeitar de meningite);
10. Pele ou olhos amarelados (suspeitar de hepatite).

Os itens abaixo representam cuidados a serem tomados para assegurar a proteção:

1. Devemos nos certificar que seus calendários vacinais estejam atualizados; são elas: BCG (contra tuberculose), hepatite B, DTP + Hib (contra difteria, tétano, coqueluche e meningite), VOP (contra poliomielite – paralisia infantil), VORH (contra diarréia), febre amarela e SRC (contra sarampo, rubéola e caxumba), Pneumo, Meningite e Gripe;

2. Preconiza-se o uso de luvas látex descartáveis sempre que entrar em contato com uma vítima. Não devemos usar luvas que estejam descoloridas, frágeis, furadas ou rasgadas ou improvisar uma luva com saco plástico para proteção;

3. Se houver extravasamento de algum fluido corporal da vítima, devemos limpá-la e lavá-la com água corrente e sabão;

4. Retirar pelo avesso uma das luvas contaminadas; segurar o lado de dentro da segunda luva com a mão oposta, evitando tocar a superfície contaminada;

5. Lavar abundantemente as mãos com água e sabão assim que concluir o atendimento, mesmo se estiver usando luvas;

6. Evitar tocar na boca, nariz, olhos ou itens pessoais (como pente, chaves do carro ou alimentos) antes de lavar as mãos;

7. Caso o socorrista apresente qualquer ferimento, é importante cobri-lo antes do atendimento com roupa de proteção;

8. Se possível, utilizar uma máscara de bolso (insuflador descartável) ao aplicar respiração boca a boca;

9. Se houver risco significativo de contato com fluidos corporais, devem-se utilizar roupas de proteção adicional descartáveis, como máscara facial, óculos de proteção e avental;

10. Relatar todos os incidentes de exposição a fluidos corporais, se na Unidade de Saúde.

2.6 Segurança do local

A primeira coisa a ser feita no local do acidente é o cuidado com a segurança, da vítima, dos socorristas e membros da equipe e dos espectadores presentes. É prioridade garantir a segurança pessoal, evitando-se o risco de algum membro da equipe de socorro tornar-se mais uma vítima.

Chegando ao local, deve-se avaliar a situação a uma distância segura. Não é aconselhável envolver situações que não ofereçam segurança. Deve-se ativar o serviço de emergência médica, acionando equipes especializadas para que tomem as providências necessárias, exemplos: corpo de bombeiros para remover os destroços, lidar com fios elétricos soltos ou apagar incêndios – é de suma importância contatá-los por menos que seja o incêndio, evitando-se maiores prejuízos a toda sociedade.

Estruturas instáveis são aquelas na qual a vítima pode ficar presa ou se machucar em virtude de pisos e tetos frágeis, paredes parcialmente desmoronadas, escombros, gases tóxicos no ar ou ameaça de explosão ou incêndio. Tentar determinar a provável localização de possíveis vítimas para poder oferecer ajuda assim que a estrutura for estabilizada.

Quando presenciar o acidente com veículos motorizados, devemos solicitar ajuda de um espectador para que esse auxilie no desvio de tráfego para o mais longe possível do local do acidente. Se houver refletores e sinalizadores de segurança disponíveis, posicioná-los a uma distância razoável do local do acidente, em ambas as direções.

Em locais de acidentes com presença de fios elétricos soltos, sempre consideraremos que mesmo os fios soltos estão “ativos”. Notificar imediatamente a companhia de energia local e os bombeiros, e esperar uma equipe treinada para desligar a fonte de alimentação imediatamente antes de se aproximar dos fios. Nunca tentar mover os fios soltos por conta própria.

SAMU	192
POLÍCIA MILITAR	190
CORPO DE BOMBEIROS	193

* Em alguns estados do Brasil existem diferentes números de atendimento dos serviços citados.

Nas palavras de Brandão e Falcão (2010), ao pedir socorro deve-se:

1. Dizer com precisão o local, endereço e telefone de onde está chamando. Se estiver na rua, em local desconhecido, olhar em volta para verificar algum letreiro, estabelecimento comercial ou cruzamento de ruas;
2. Explicar a natureza da emergência ou ferimento;
3. Informar o número de pessoas envolvidas, sexo e idade;
4. Informar o nome completo.

Um fato muito importante relacionado ao trauma refere-se ao atendimento rápido e adequado. As estatísticas mundiais apontam que entre as vítimas de acidentes há uma grande possibilidade de sobrevivência, caso recebam atenção especializada dentro dos primeiros 60 minutos. Passado esse tempo, a mortalidade das vítimas de acidentes cresce rapidamente. Por outro lado, muitas pessoas morrem ou ficam inválidas não pelo acidente, mas sim porque alguém, sem equipamentos e nem conhecimentos necessários a retirou do local do acidente de forma inapropriada e a transportou inadequadamente para um hospital comprometendo, principalmente, sua coluna vertebral. (BORTOLOTTI, 2009)

2.7 Socorro básico de emergência

Chamamos de socorros de emergência ou primeiros socorros as medidas iniciais e imediatas aplicadas ao paciente, fora do ambiente hospitalar, executadas por qualquer pessoa, para garantir a vida do doente e evitar agravamento das lesões existentes, fornecendo o suporte básico para até a chegada da equipe especializada.

O socorrista, para o correto atendimento, deverá obedecer à sequência básica no atendimento ao paciente:

1. Dirigir-se imediatamente ao local do acidente;
2. Sinalizar o local do acidente para que outras pessoas possam ver;
3. Fazer comunicação pelo telefone (Por ex.: SAMU 192) dando as seguintes informações:

a) Diga com precisão o local, endereço e telefone de onde está chamando. Se estiver na rua, em local desconhecido olhe em volta para verificar algum letreiro, estabelecimento comercial ou cruzamento de ruas;

b) Explique a natureza da emergência ou ferimento;

c) Informe o número de pessoas envolvidas, sexo e idade;

d) Diga seu nome completo;

4. Fazer a avaliação inicial da(s) vítima(s) e proceder aos cuidados básicos.

Todas essas etapas são de fundamental importância, pois o fato de transferir o paciente ao hospital mais próximo pode ser tempo suficiente para a ocorrência de seqüelas permanentes ou determinar o insucesso do atendimento médico especializado.

As pessoas feridas geralmente encontram-se amedrontadas, ansiosas, zangadas ou em choque. Para estabelecer uma relação com a vítima e conseguir o controle da situação, precisamos usar os 3 “C”:

✓ Competência;

✓ Confiança;

✓ Compaixão;

Para Brandão e Falcão (2010) devemos começar observando as pistas do local que possam ajudá-lo na avaliação, como danos e veículos, posição da vítima ou comprimidos ou alimentos perto da vítima.

2.7.1 Avaliação primária

A principal meta da avaliação primária é procurar problemas que ponham a vida em risco. Antes de qualquer outra atitude no atendimento aos pacientes, deve-se obedecer a uma seqüência padronizada e corrigir de imediato os problemas encontrados. O acidentado deve ser examinado sumariamente, e as prioridades no tratamento devem ser estabelecidas imediatamente, com base nas lesões sofridas e na estabilidade de seus sinais vitais.

Durante a avaliação inicial, as condições que põem em risco a vida são identificadas e as correções iniciais simultaneamente em obediência rigorosa às seguintes etapas:

A. Vias aéreas e estabilização da colina cervical (Airway)

B. Respiração (Breathing)

C. Circulação (Circulation)

D. Alterações neurológicas (Disability)

Se a vítima estiver consciente, deve-se perguntar “O que aconteceu?”. A resposta nos dará o estado das vias aéreas, a necessidade de ventilação, o nível de consciência e o mecanismo da lesão. Perguntar em seguida: “Onde dói?”, para saber a localização da dor, local do trauma e conteúdo de consciência. A resposta identificará os pontos de lesão mais prováveis.

A. Vias aéreas e coluna cervical (AIRWAY)

Verificar se as vias aéreas estão desobstruídas. Se a vítima estiver consciente e falando, as vias aéreas estão desobstruídas. Se as vias estiverem obstruídas, utilizar a manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo. É muito importante verificar se há deformidades da coluna cervical; relacional ao achado ao mecanismo da lesão e ao relato da vítima para determinar a possibilidade de lesão na coluna cervical. (BRANDÃO; FALCÃO, 2010)



B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

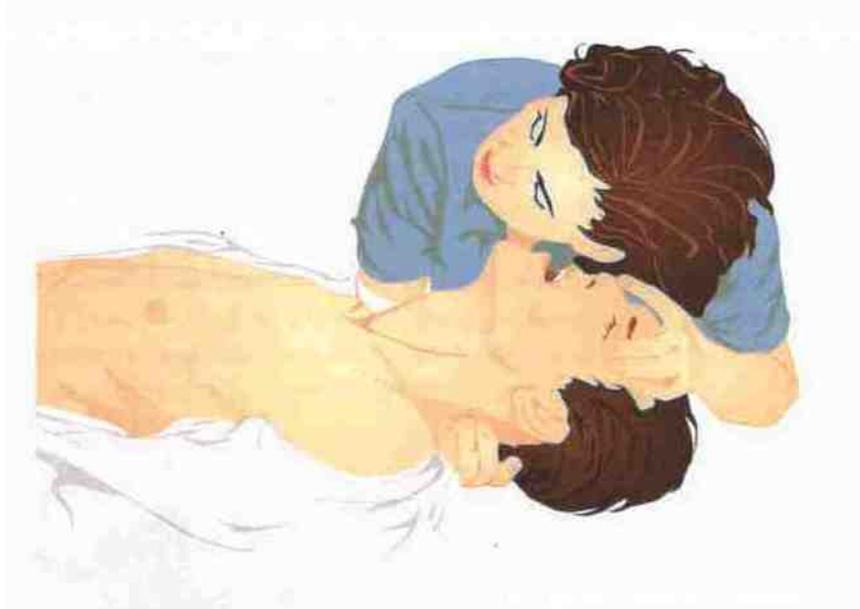
Fonte: Brandão; Falcão (2010)

B. Respiração (BREATHING)

Uma pessoa responsiva está sempre respirando. Para determinar se uma vítima não responsiva está respirando, sigamos os passos a seguir por um período de 10 segundos:

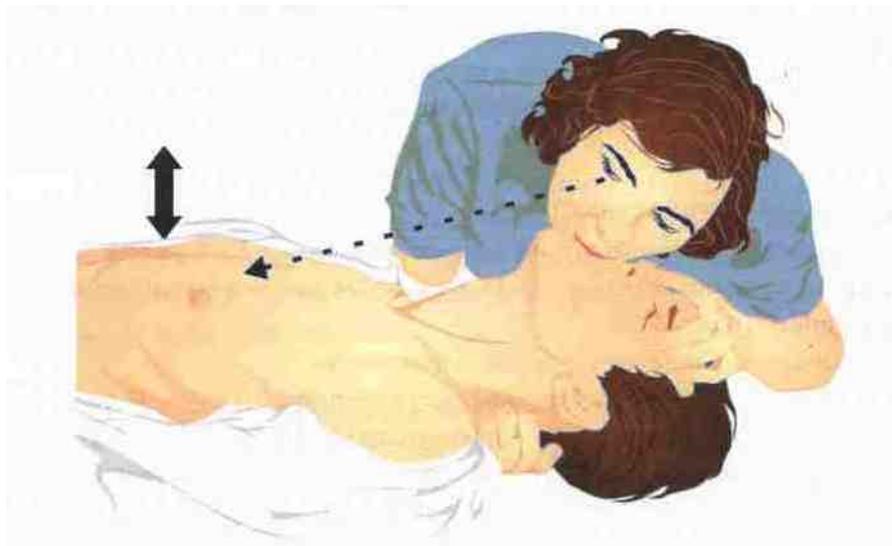
1. Observar o movimento do tórax descoberto.
2. Ouvir os sons da respiração na boca e no nariz.
3. Sentir o ar passando para dentro e para fora da boca ou do nariz.
4. Se a vítima estiver respirando, devem-se manter as vias aéreas desobstruídas através da inclinação da cabeça e elevação do queixo.

Avaliando a respiração.



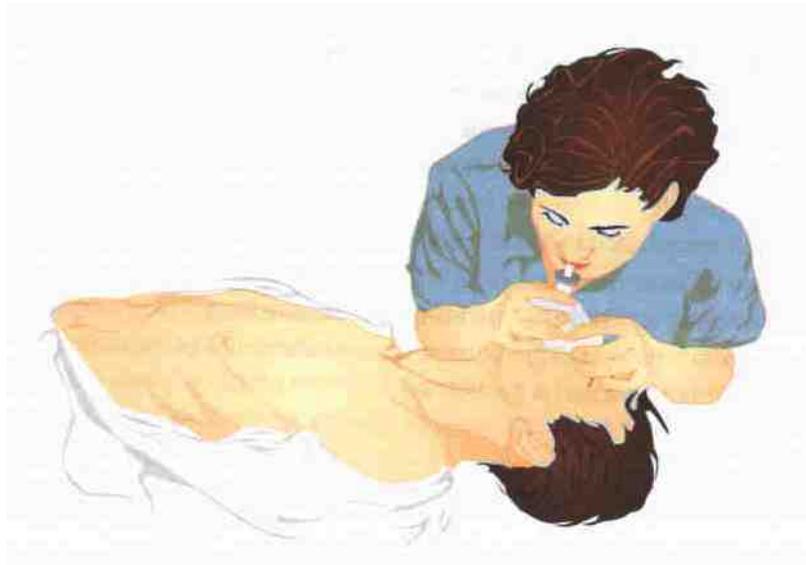
Fonte: Brandão; Falcão (2010)

Respiração artificial visualizando a elevação do tórax durante a inspiração.



Fonte: Brandão; Falcão (2010)

Utilização de dispositivo de proteção durante respiração artificial.



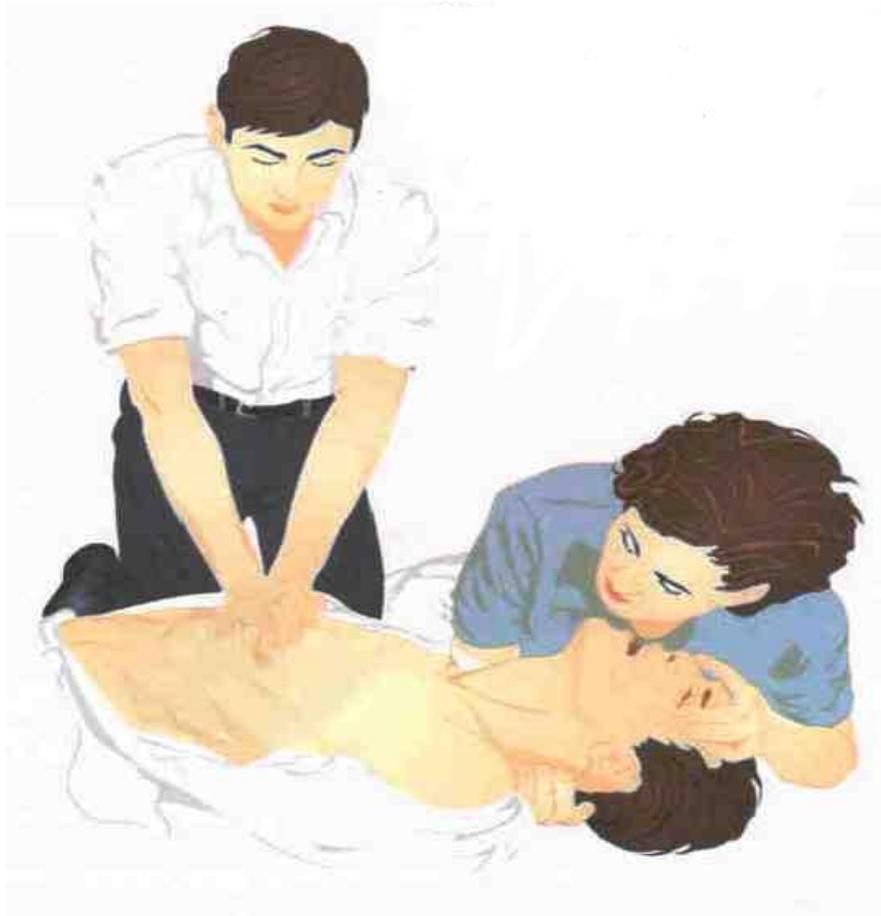
Fonte: Brandão; Falcão (2010)

A. Circulação (CIRCULATION)

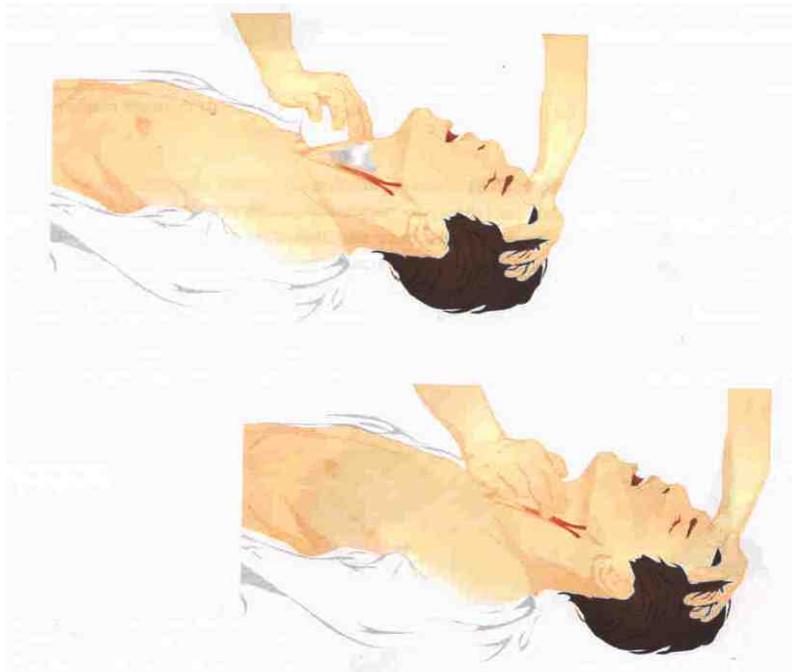
No paciente não responsivo, após a realização das respirações artificiais caso não haja resposta da vítima, deve-se considerá-la em parada cardiorrespiratória, devendo ser iniciadas as manobras de reanimação cardiorrespiratória.

Manobra de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

Fonte: Brandão;
Falcão (2010)



Checagem do pulso carotídeo.



Fonte: Brandão; Falcão (2010)

B. Alterações Neurológicas (DISABILITY)

A etapa final da investigação primária é determinar a incapacidade do sistema nervoso. As lesões do sistema nervoso geralmente resultam em nível alterado de consciência ou responsividade, o que costuma indicar diminuição da oxigenação do cérebro. Existem quatro níveis gerais de responsividade:

- Alerta – os olhos da vítima estão abertos e ela consegue responder perguntas de forma clara e precisa.
- Reação à estimulação verbal – a vítima parece sonolenta, mas se torna mais alerta quando se fala com ela.
- Reação à dor – a vítima parece adormecida e não responde quando se fala com ela, mas estremece, esboça reações faciais e move-se abruptamente quando beliscada.
- Não responsiva – A vítima parece estar adormecida e não responde de modo nenhum quando se fala com ela ou quando é beliscada.

2.7.1.1 Imobilizando a cervical

Para Bortolotti, a imobilização da coluna das vítimas com suspeita de lesão vertebral deve ser protegida contra qualquer possibilidade de haver uma lesão secundária, decorrente de movimentação no socorro. Por isso, deve ser aplicado ou improvisado uma maca rígida e o colar cervical com imobilizadores laterais para a cabeça, sempre utilizando a manobra modificada do rolamento em bloco para assegurar um alinhamento neutro de toda a coluna, sempre em sincronia, a vítima deverá estar bem imobilizada.

As gestantes devem ser transportadas imobilizadas em maca rígida, mas em decúbito esquerdo, para facilitar a circulação venosa da veia cava.

Crianças pequenas apresentam a região occipital (nuca) do crânio desproporcionalmente grande, o que requer enchimento para elevar os ombros e o tronco com o objetivo de manter alinhamento vertebral ao serem colocadas em uma superfície plana. O alinhamento adequado da cabeça e dos ombros também é importante para manter as vias aéreas abertas.

Princípios de imobilização da coluna e do rolamento em bloco:

São necessárias quatro pessoas para realizar esse procedimento com segurança, em uma prancha longa.

- Uma pessoa para manter a imobilização manual e o alinhamento da cabeça e do pescoço da vítima;
- Uma pessoa para manter o tronco (incluindo a pelve e os quadris);
- Uma pessoa para a pelve e as pernas;
- Uma para ajudar a imobilizar a pelve e os membros inferiores, e também para movimentar a prancha.



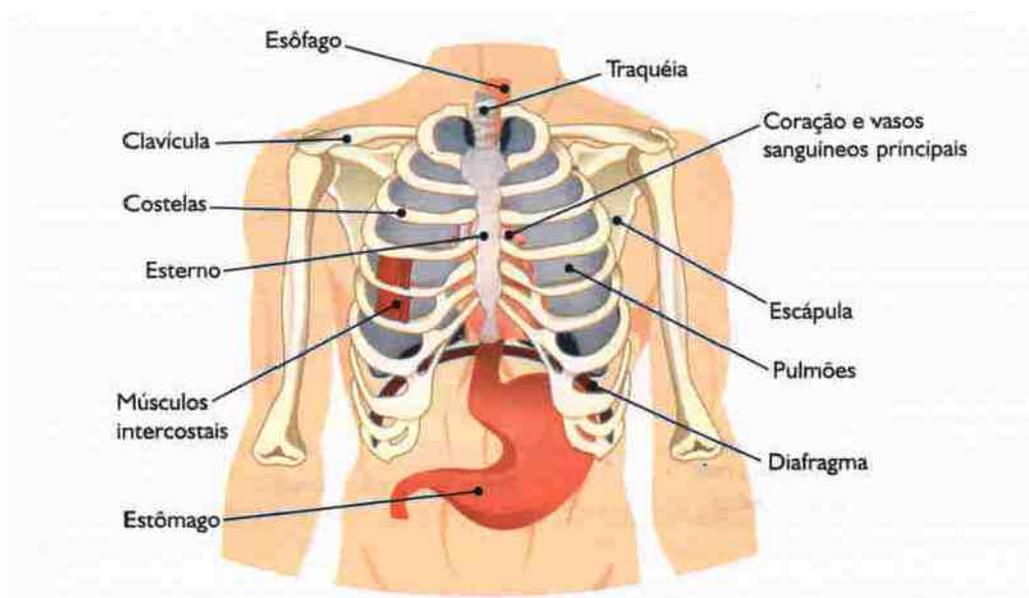
Fonte: http://medicinatatica.blogspot.com/2009_09_01_archive.html

A imobilização cervical é uma prioridade, mas deixar que uma pessoa morra sufocada ou por uma hemorragia externa não controlada devido ao medo de movimentá-la é um grave erro. Outro fator é a capacidade de andar, que nunca deve ser um fator na determinação da necessidade de cuidados especiais e imobilização da vítima. (BORTOLOTTI, 2009).

2.7.2 Ferimento no Tórax

Brandão e Falcão (2010) afirmam que há duas categorias gerais de lesões torácicas:

- Abertas (com cortes): a pele é perfurada pela penetração de algum objeto ou pela ponta de uma costela quebrada>podem ocorrer lesões internas graves.
- Fechadas (sem cortes): a pele não é perfurada. Embora permaneça intacta, podem ocorrer sérios danos subjacentes, principalmente lacerações no coração, nos pulmões e nos grandes vasos contidos nesse compartimento.

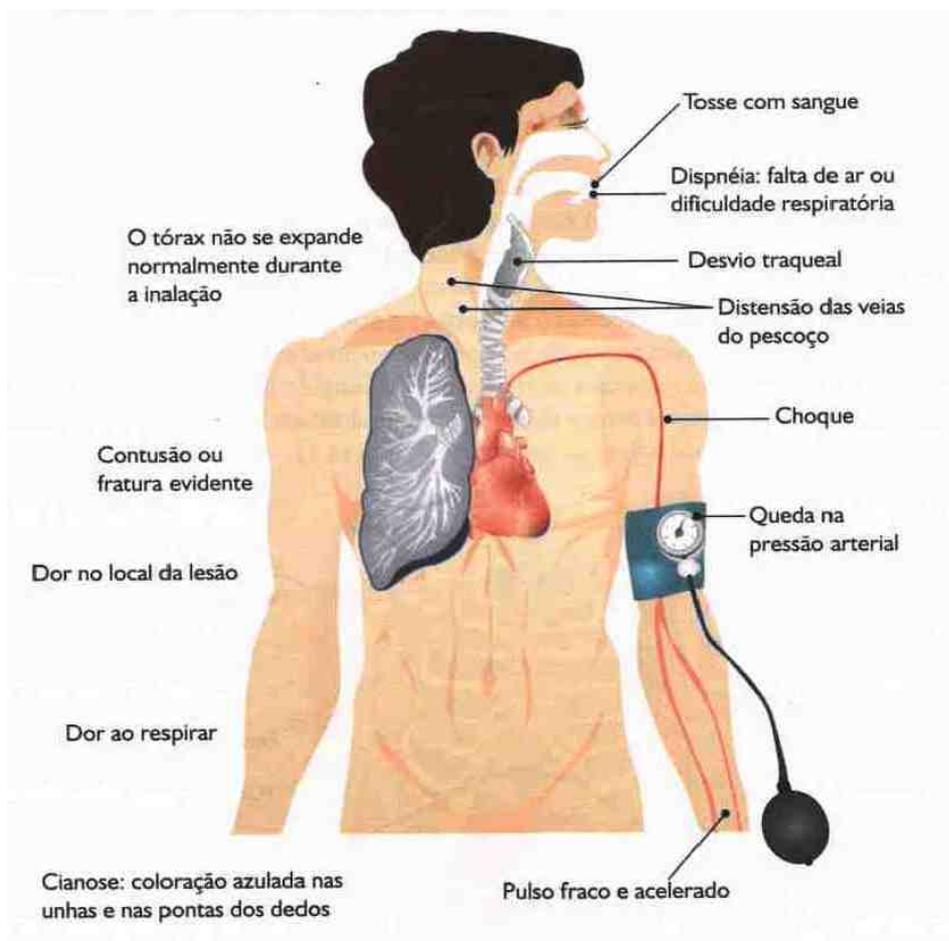


Fonte: Brandão; Falcão (2010)

Os principais de lesões torácicas incluem:

- Trauma fechado (causado por um golpe forte no tórax).
- Lesão penetrante (um objeto pontiagudo penetra a parede torácica).
- Lesão por compressão (a cavidade torácica é comprimida de forma súbita, geralmente em acidentes com veículos motorizados).

Sinais e sintomas gerais de lesão torácica:



Fonte: Brandão; Falcão (2010)

São as principais causas de morte no trauma torácico – apontando-se sua relação com a temporalidade:

- Morte imediata (dentro de segundos a minutos);
- Lesões cardíacas e de grandes vasos;
- Morte precoce (dentro de minutos e horas);
- Obstrução das vias aéreas;
- Pneumotórax hipertensivo;
- Contusão pulmonar;
- Tamponamento cardíaco;
- Morte tardia (dentro de dias a semanas);
- Complicações pulmonares;
- Sepses (infecção generalizada);
- Lesões não diagnosticadas;

Dentre princípios gerais do atendimento de emergência para lesões torácicas, consideradas por Brandão e Falcão (2010), é primordial ativar o serviço de resgate SAMU 192 e, em seguida:

1. Desobstruir as vias aéreas. A prioridade é assegurar a respiração adequada. Se necessário, administrar respiração e salvamento, seguindo assim o ABCDE de maneira adequada;

2. Controlar sangramento externo. Cobrir os ferimentos torácicos penetrantes;

3. Se houver um objeto cravado no tórax:

a. Cortar as roupas para expor o ferimento;

b. Fazer um curativo no ferimento ao redor do objeto para controlar o sangramento;

c. Estabilizar o objeto com bandagens em rolo ou curativos grandes;

d. Prender as bandagens com fita adesiva para estabilizar o objeto;

4. Nunca tentar remover o objeto cravado. Estabilizá-lo para prevenir movimento até que a vítima receba assistência médica. Esse é um cuidado muito especial, pois muitos objetos podem estar tamponados, ou seja, interrompendo do sangramento de algum órgão ou grade vaso lesado pelo mesmo. A sua retirada pode provocar morte imediata em muitos tipos de lesão.

2.7.2.1 Tórax Instável

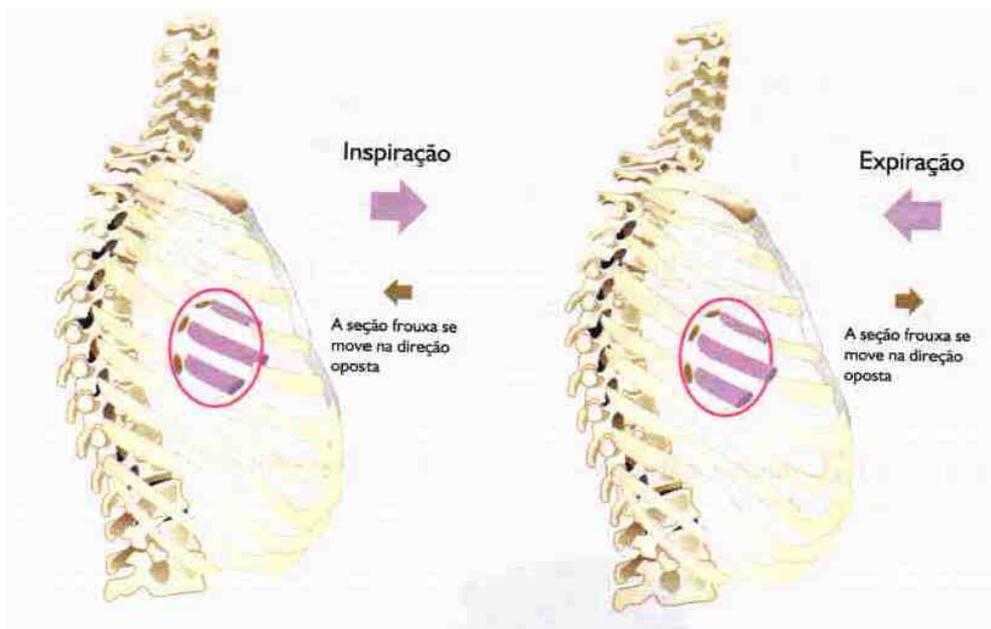
O tórax instável ocorre quando a parede torácica torna-se instável como resultado de fraturas no esterno, na cartilagem que une as costelas ao esterno e/ou nas costelas.

Essa condição pode afetar a parte anterior, posterior ou as laterais da caixa torácica. Como costuma evolver contusões nos tecidos pulmonares e oxigenação inadequada do coração, o tórax instável pode ser fatal. Ocorre com frequência fratura múltipla em várias costelas, e a porção da parede torácica sobre elas torna-se flutuante. Quando a vítima inspira, a área não se expande; quando expira, a porção frouxa protraí-se – um padrão denominado respiração paradoxal.

Os sintomas do tórax instável incluem:

- Falta de ar;

- Respiração paradoxal acompanhada de dor intensa; Edema na região lesionada; A vítima tenta sustentar a parede torácica com os braços e as mãos.



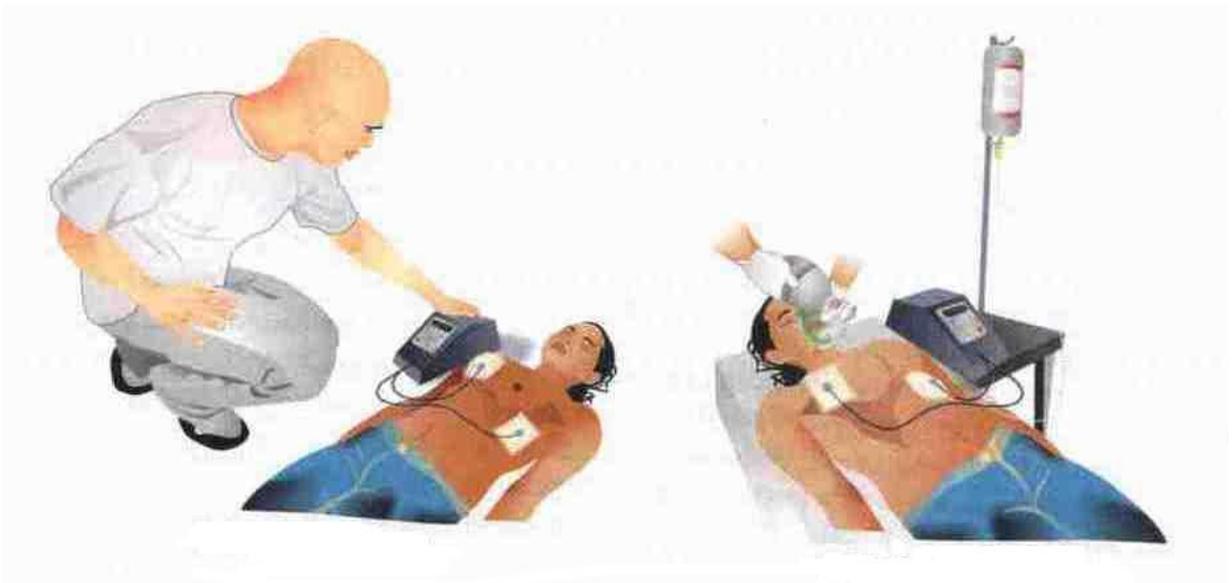
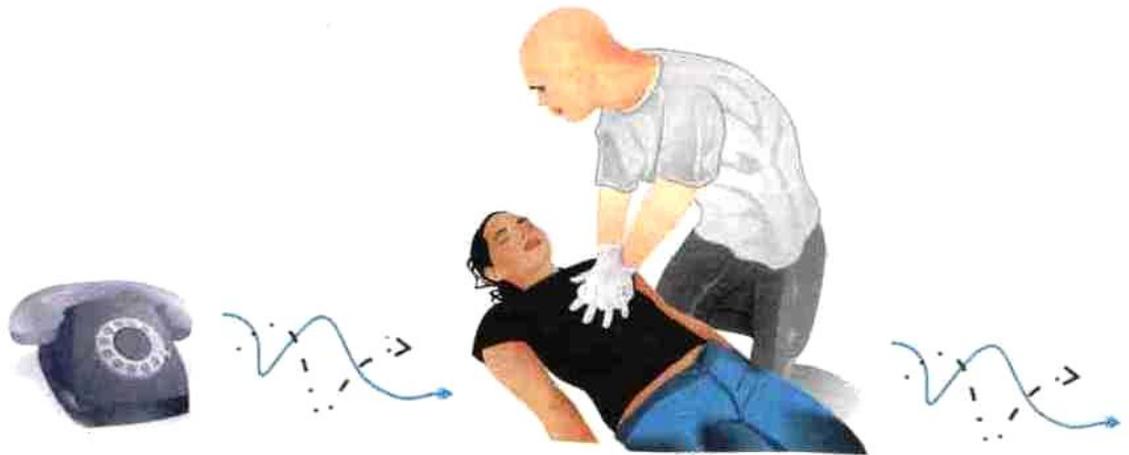
Fonte: Brandão; Falcão (2010)

2.7.3 Parada Cardiorrespiratória

Para Brandão e Falcão (2010) parada cardíaca é uma condição na qual o coração para de bater quando o músculo cardíaco não recebe o sangue e, conseqüentemente, o oxigênio e os nutrientes de que necessita. Quando um adulto subitamente perde a consciência, um dos diagnósticos possíveis é a parada cardíaca. Quando isso acontece, o fluxo sanguíneo ao cérebro é subitamente interrompido. Se o coração não puder bombear sangue ao cérebro, a pessoa perde a consciência. Quando a parada cardíaca é acompanhada de parada respiratória é estabelecida a parada cardiorrespiratória, devendo com isso imediatamente ser instituído a RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar).

Os principais objetivos da RCP são circular e, por conseguinte, oxigenar o sangue até que uma equipe de emergência trinada possa oferecer suporte cardíaco avançado. Quanto menor o tempo entre a parada cardíaca e o início da RCP, maiores serão as chances de sobrevivência da vítima. Pesquisas mostram que os pontos cruciais para a sobrevivência em caso de parada cardíaca são:

- Acesso rápido à vítima por socorristas treinados em RCP;
- Rápida aplicação da RCP;
- Rápida desfibrilação por desfibrilador externo automático (DEA).



Fonte: Brandão; Falcão (2010)

A tabela a seguir nos mostra quais as manobras a serem realizadas em um adulto em caso de parada cardiorrespiratória.

MANOBRAS	VÍTIMAS ADULTAS
ACIONAR	Acionar socorro SAMU 192. Se houver a probabilidade de parada por asfixia, chamar ajuda após aplicar cinco ciclos (cerca de 2 min.) de RCP.
VIAS AÉREAS	Inclinação da cabeça – elevação do queixo.
VENTILAÇÃO DE RESGATE	2 ventilações de 1 segundo/ventilação
Ventilação de resgate sem compressão torácica	10 a 12 ventilações/minuto (aproximadamente 1 ventilação a cada 5 a 6 segundos).
COMPRESSÃO TORÁCICA	Centro do peito, entre os mamilos.
Método de compressão	Compressão forte e rápida, permitir o retorno total do tórax, usar as duas mãos.
Profundidade da compressão	4 a 5 cm
Frequência da compressão	Aproximadamente 100/min.
Relação compressão-ventilação	30:2 (1 ou 2 socorristas)
DEA	Aplicar as pás abaixo da clavícula direita e alguns centímetros abaixo da axila esquerda.

Adaptado de *Basic Life Support (American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care; Circulation. 2005; 112:IV-1–IV-15).*

Fonte: Brandão; Falcão (2010)

Esta contém um resumo dos passos de RCP (Respiração Cardiopulmonar) a ser aplicada por socorristas leigos em adultos, crianças e lactentes (exceto recém-nascido).

Passo/ Ação	Adulto: ≥8 anos	Criança: 1 a 8 anos	Lactente: Menos de 1 ano
Vias Aéreas	Inclinação da cabeça-elevação do queixo		
Ventilação de Resgate inicial	2 ventilações de 1 segundo/ ventilação		
Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE)	Compressão abdominal		Golpes nas costas e compressões torácicas
Compressões			
Pontos de referência para as compressões	Centro do peito, entre os mamilos		Imediatamente abaixo da linha dos mamilos
Método de compressão Compressão forte e rápida Permitir o retorno total do tórax	2 mãos: Calcanhar de 1 mão, Segunda mão por cima	2 mãos: Calcanhar de 1 mão com a Segunda por cima ou 1 mão: Calcanhar de 1 mão somente	2 dedos
Profundidade da compressão	4 a 5 centímetros	Cerca de 1/3 a 1/2 da profundidade do tórax	
Frequência de compressão	Cerca de 100/min		
Relação compressão-ventilação	30:2		
desfibrilação			
DEA	Use pás para adulto. Não use pás infantis/ sistemas para crianças	Use após 5 ciclos de RCP. Use pás/ sistemas infantis para crianças de 1 a 8 anos, se disponíveis. Caso contrário, use DEA e + pás para adulto.	Não há recomendações para lactentes < 1 ano

Basic Life Support (American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care; Circulation. 2005; 112:IV-1-IV-15).

Fonte: Brandão; Falcão (2010)

Dados dos Estados Unidos e Canadá revelam que a taxa de sobrevivência geral de vítimas de parada cardíaca súbita, fora do hospital, não ultrapassa 6,4%. Por outro lado, ao se adotar programas de treinamento em RCP e DEA (Desfibrilação Externa Automática) para leigos, essa taxa de sobrevivência alcança números impressionantes: 49 a 74%. (Manual de primeiros socorros, Alfenas, 2007).

2.7.4 Fraturas

Nas palavras de Bortolotti (2009): a fratura, é uma quebra da continuidade do osso e, é definida de acordo com o tipo e a extensão. As fraturas podem ser causadas por uma pancada direta, ou por impacto violento, ou movimento de rotação repentina, ou mesmo, uma contração muscular violenta (...) a fratura é um tipo de lesão na qual ocorre a quebra de um ou mais ossos. Essa lesão pode ser de dois tipos:

- Fratura Aberta: quando ocorre o rompimento da pele.



Fonte: Brandão; Falcão (2010)

- Fratura Fechada: quando não há rompimento da pele.



Fonte: Brandão; Falcão (2010)



Fonte: <http://tramposeguro.blogspot.com/2009/06/fraturas.html>

Sinais e Sintomas:

- Dor intensa no local;
- Edema (inchaço);
- Coloração roxa no local da fratura;
- Membro ou local afetado em posição disforme;
- A pessoa ter ouvido o som do osso quebrado;
- Dificuldade para movimentar os membros afetados;
- Incapacidade funcional (perda de movimento);
- Osso exposto;
- Perda de pulso no membro afetado;
- Dormência ou sensação de formigamento.

O autor ressalta que as lesões apresentam, muitas vezes, um sangramento significativo, ou um desalinhamento ósseo grave. Nestes casos de atendimento, muito frequentemente o socorrista fica impressionado com o estado da vítima, e abandona o protocolo devida a sua ansiedade em controlar o sangramento, ou avaliar a dor do acidentado. No entanto, tal conduta é errônea e deve ser combatida. A prioridade em qualquer tipo de atendimento deverá ser a avaliação e a Monitorização das vias aéreas e da respiração.

2.7.5 Imobilização

Para Bortolotti deve-se seguir os seguintes passos referentes á imobilização:

A. Em primeiro lugar, sempre que houver trauma deverá se realizar o Suporte Básico de Vida;

B. Sempre remover (procurar cortar) as roupas com cuidado para não causar um segundo trauma, ou uma nova lesão ou, ainda, agravar a situação e expor a parte ferida;

C. Avaliar as condições em que se encontram as partes atingidas. Na presença de hemorragia externa, esta deverá ser controlada. Cobrir com curativo (de preferência com gaze estéril) qualquer lesão aberta;

D. Escolher o material apropriado para imobilização;

E. Avalie o membro afetado a fim de verificar a existência do pulso. Imobilize, verifique a cor, a temperatura e possíveis inchaços;

F. Alinhe as extremidades para imobilização, não force o realinhamento da extremidade. Quando houver deformação, realize a imobilização da forma em que a fratura estiver.

A aplicação desses dispositivos sempre requer no mínimo duas pessoas para imobilização. Uma imobilizar manualmente e a outra para aplicar o dispositivo de imobilização. Uma imobilização pode ser feita com qualquer material que impeça a movimentação do membro atingido.

Não tente colocar o osso no lugar, pois esse procedimento cabe exclusivamente a um profissional médico especializado, mantenha o membro em uma posição o mais natural possível, para evitar o desconforto; improvise talas com o material que estiver disponível no momento: revistas, jornais, madeiras, galhos de árvores, guarda-chuvas, jornal grosso dobrado, acolchoe as talas com panos, ou qualquer outro material macio, afim de não Ferir a pele; sempre utilize talas que ultrapassem as articulações (como por exemplo, na perna, no joelho) acima e abaixo da fratura, e que sustentem o membro atingido, amarre as talas com tiras de panos em torno do membro fraturado, mas não amarre no local da fratura.

2.7.6 Hemorragias

Hemorragia é a perda de sangue por meio de ferimento, e de cavidades naturais, tais como nariz, boca, fraturas. Este trauma traduz pelo rompimento dos vasos (veias ou artérias), e geralmente, os órgãos mais atingidos são, ou o fígado, ou o baço. A hemorragia pode ser:

- Interna: resultante de uma úlcera, ou de um traumatismo com objetos pesados. Deve atentar às hemorragias internas pelo fato de não as vermos.

- Externa: são evidentes e identificadas com facilidade, pois há extravasamento de sangue pelas cavidades.

Podem ser classificadas como:

- Hemorragia arterial: sangue vermelho vivo e sai do ferimento em jatos, podendo causar rapidamente e esvaziamento dos vasos;

- Hemorragia venosa: sangue vermelho escuro tem menos pressão que o sangue arterial, podendo assim acumular dentro dos vasos;

- Hemorragia capilar: sangue sai em gotas e ocorre em todos os ferimentos.

A maior parte dos ferimentos, provenientes de trauma agudo, são causados por força de esmagamento, compressão ou tensão que separam verticalmente o tecido. Os ferimentos faciais e do couro cabeludo são, mais freqüentemente, causados por uma combinação de mecanismos lacerantes e impactantes.

As conseqüências de uma hemorragia são variadas, os principais fatores são:

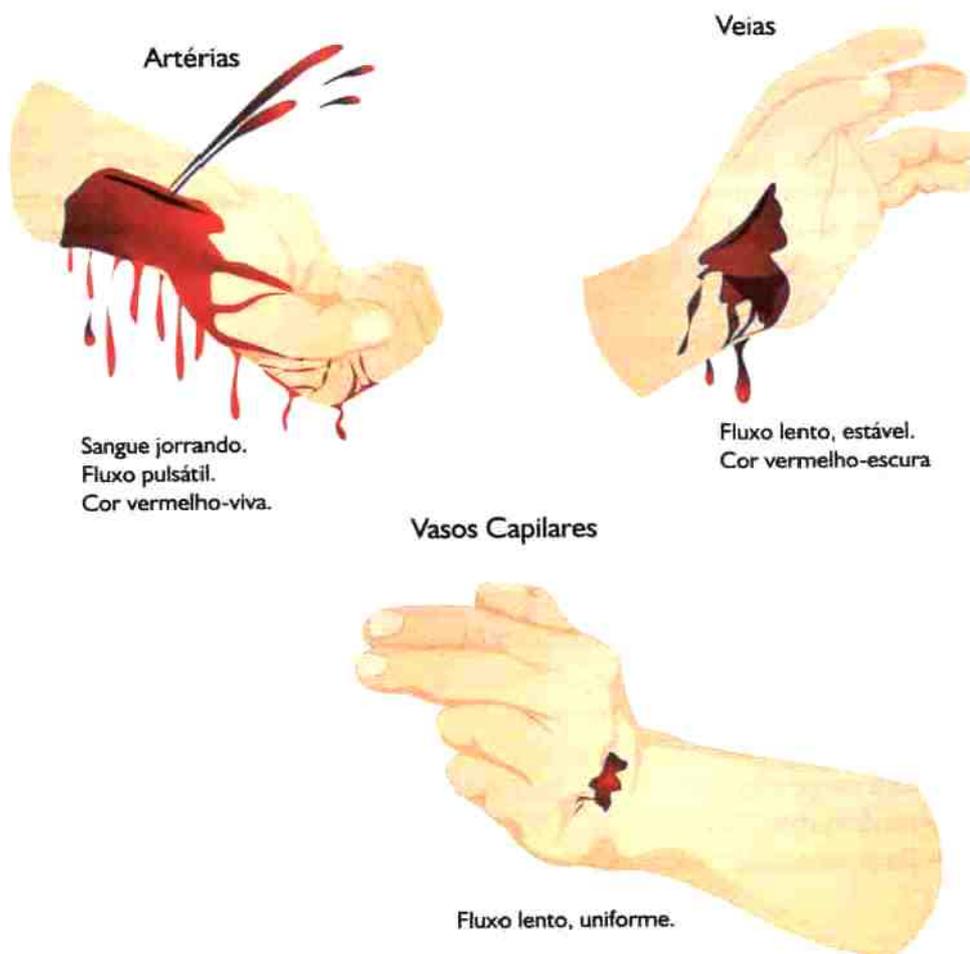
- Da quantidade de sangue perdido;
- Rapidez da perda;
- Local da hemorragia;
- Tamanho do vaso;
- Rapidez em que o sangue flui no vaso;
- Se o vaso é uma veia ou uma artéria;
- Origem do sangramento;
- Idade e peso da vítima;
- Condição física geral da vítima;
- Se o sangramento ameaça à respiração;
- Distúrbios de coagulação;
- Presença de doenças que podem afetar a coagulação.

A tabela abaixo especifica o tipo de hemorragia, sua velocidade e efeitos.

Fonte	Cor	Velocidade	Efeito
Artéria	Vermelho-vivo	Rápida (jorrando ou pulsando)	Muito rápido para coagular; é o mais difícil de controlar.
Veia	Vermelho-escuro	Fluxo estável	Mais fácil de controlar.
Vasos capilares	Vermelho	Lenta, fluxo uniforme ou gotejamento estável	Geralmente coagula de forma espontânea, causando pouca perda de sangue.

Fonte: Brandão; Falcão (2010)

São fontes de sangramento e suas características:



Fonte: Brandão; Falcão (2010)

2.7.7 Traumatismo Craniano

É um trauma freqüente em acidentes de trânsito devido à lesão na cabeça.

O cérebro fica dentro do crânio, que é rígido e flexível. Se o tecido cerebral sofre hemorragia ou inchaço após uma lesão, a pressão intracraniana resultante compromete a função cerebral. Se não for reduzida, a pressão pode levar à morte. Os traumatismos cranianos envolvem lesões no couro cabeludo ou no cérebro. (FALCÃO; BRANDÃO, 2010).

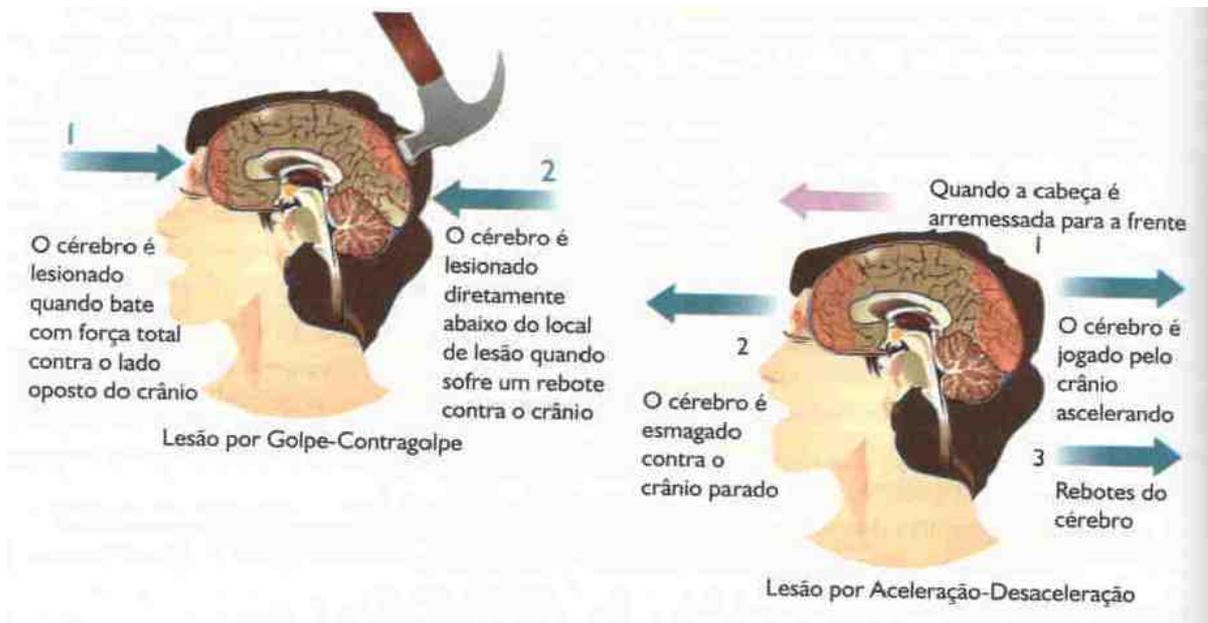
Quando é lesionado o cérebro, para aumenta o fluxo na área lesionada, os vasos se dilatam. Se houver uma falha os vasos sanguíneos sofrem alterações que provocam o extravasamento de líquido para a área afetada. Resultando de líquido no cérebro que é então diluído em água, reduzindo com isso o nível de dióxido de carbono na região.

Provocando inchaço, diminuindo o espaço no crânio para o cérebro e o líquido cefalorraquidiano (LCR). O cérebro inicialmente compensa parando a produção de LCR. No fim, a pressão intracraniana eleva e o fluxo sanguíneo no cérebro torna-se inadequado. A lesão cerebral pode ocorrer mesmo na ausência de trauma.

Os sinais e sintomas de uma lesão cerebral podem ser:

- Alteração na responsividade;
- Náuseas e vômitos;
- Os olhos não movimentam;
- Visão dupla ou outros distúrbios visuais;
- Dor de cabeça, podendo ser intensa;
- Perda de memória, confusão ou desorientação;
- Fraqueza ou perda de equilíbrio;
- Crises convulsivas.

Abaixo as figuras representam duas possibilidades de lesão e seus mecanismos.



Fonte: Brandão; Falcão (2010)

3 METODOLOGIA

Optou-se pelo trabalho de orientação na assistência de primeiros socorros para motoristas da Autoescola Fênix de Cabo Verde, MG e da Autoescola Apolo de Muzambinho, MG.

Escolheu-se os futuros motoristas para palestra, pois, devido à grande importância do trabalho de conscientização nesta área escolhemos este tema, porque um atendimento rápido e consciente pode salvar vidas. Qualquer pessoa poderá em algum momento ajudar outras pessoas realizando um atendimento adequado.

Foram realizadas palestras com datas marcadas antecipadamente e aprovadas pelas Autoescolas locais, elas foram realizadas nos dias 25 e 28 de outubro de 2010.

As informações sobre o tema da pesquisa foram buscadas em apostilas, sites, livros e artigos científicos.

Os recursos usados foram data show, televisão, panfletos e materiais improvisados para o atendimento de urgência/emergência.

As palestras foram realizadas com 25 motoristas no total, o tema foi bem aceito pelos mesmos, que se interessaram pelo tema e fizeram perguntas, as quais foram esclarecidas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este projeto foi aplicado em duas Autoescolas, com o objetivo passar nossos conhecimentos adquiridos aos alunos, explicando aos mesmos a importância da aplicação dos primeiros socorros.

Dentre os temas discutidos, foram destacados: avaliação primária, desobstrução das vias aéreas, imobilização da coluna cervical, controle de hemorragia e transporte das vítimas.

As metas foram alcançadas de forma satisfatória, vez que houve uma participação significativa dos alunos tanto nas partes práticas quanto nas partes teóricas, com questionamentos e análise de hipóteses.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após toda a pesquisa e realização das palestras, o almejado foi atingido, pois, houve aperfeiçoamento técnico, bem como troca de experiências e de conhecimento com leigos, que perceberam a importância de destacar os primeiros socorros em acidentes de trânsito.

Por fim concluímos que a assistência de primeiros socorros adequada evita lesões mais grave, protegendo e preservando a vida; aí vemos que o aprofundamento dos técnicos em enfermagem, bem como de outros profissionais da área saúde e de toda sociedade, no tema analisado faz-se ímpar.

REFERÊNCIAS

AMARIZ, Marlene. Tipos de Fratura. Disponível em:

<<http://www.infoescola.com/medicina/tipos-de-fratura/>>. Acesso em: 20 out. 2010.

BORTOLOTTI, Fábio. **Manual do Socorrista**. 2. ed. Porto Alegre, Rs: Expansão Editorial, 2009. 395 p.

CAMPOS, Ivan. Cuidados com os cursos de APH. Disponível em:

<http://medicinatatica.blogspot.com/2009_09_01_archive.html>. Acesso em: 26 nov. 2010.

DOUGLAS BUENO DA SILVA (Org.). Manual de Primeiros Socorros: Lute pela vida, seja um socorrista.... Alfenas, Mg: Arte Gráfica Atenas, 2007. 52 p.

FALCÃO, Luiz Fernando Dos Reis; BRANDÃO, Julio Cezar Mendes. **Primeiros socorros**. São Paulo: Martinari, 2010. 287 p.

Fraturas. Disponível em: <<http://tramposeguro.blogspot.com/2009/06/fraturas.html>>. Acesso em: 26 nov. 2010.

FUNDAÇÃO DE APOIO À EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA. Urgência e Emergência. Muzambinho, Mg: Fundação de Apoio À Educação Tecnológica, 2009.

HAMMERLY, Marcelo A. Técnica Moderna de Primeiros Socorros. 3. ed. Santo André, SP: Casa Publicadora Brasileira, 1970.

TUA SAÚDE - INFORMAÇÕES PARA UMA VIDA SAUDÁVEL (Ed.). Tipos de hemorragia. Disponível em: <<http://www.tuasaude.com/quem-somos/>>. Acesso em: 26 out. 2010.

ANEXOS

ANEXO A – FOTOS DAS PALESTRAS





