



INSTITUTO NACIONAL
DE EMERGÊNCIA MÉDICA

MANUAL DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA ADULTO

DFEM

DEPARTAMENTO
DE FORMAÇÃO EM
EMERGÊNCIA MÉDICA



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Manual de Suporte Básico de Vida - Adulto

AUTOR

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

DFEM – Departamento de Formação em Emergência Médica

DESIGN e PAGINAÇÃO

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

GMC – Gabinete de Marketing e Comunicação

ILUSTRAÇÕES

João Rui Pereira

Versão 4.0 - 2.ª Edição 2017

Revisão da versão 3.0 - 1.ª Edição 2017

© copyright

INDICE

I.INTRODUÇÃO.....	4
II.A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA.....	5
III.SUPORTE BÁSICO DE VIDA - ADULTO	7
1. Avaliar as condições de segurança: reanimador, vítima e terceiros	7
2. Avaliar o estado de consciência	7
3. Permeabilizar a via aérea	7
4. Avaliar Respiração	8
5. Ligar 112	8
6. Realizar Compressões Torácicas	8
7. Realizar Insuflações	9
8. Manter SBV.....	10
9. Algoritmo de SBV.....	11
IV.SEGURANÇA E RISCOS PARA O REANIMADOR	12
V.POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA.....	13
1. Posição Lateral de Segurança (PLS).....	13
2. Técnica para colocar uma vítima em PLS.....	13
VI.OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA.....	15
1. Obstrução da Via aérea (OVA)	15
2. Algoritmo de Desobstrução da Via aérea	16
VII.112 - NÚMERO EUROPEU DE EMERGÊNCIA	18
VIII.PONTOS A RETER	20
IX.SIGLAS	20
X.BIBLIOGRAFIA.....	21



I. INTRODUÇÃO

O presente Manual de Suporte Básico de Vida resulta da necessidade de incorporar as mais recentes recomendações emanadas pelo *European Resuscitation Council* (ERC) Guidelines 2015, relativamente ao suporte básico de vida (SBV), representando o estado da arte quanto aos procedimentos a adotar perante uma vítima em paragem cardiorrespiratória (PCR).

A PCR é um acontecimento súbito, constituindo-se como uma das principais causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América. Afeta entre 55-113 pessoas/100 000 habitantes, estimando-se entre 350 000-700 000 indivíduos afetados por ano, só na Europa. A análise efetuada aos equipamentos de DAE utilizados logo após uma paragem cardíaca, indica uma elevada percentagem (76%) de vítimas com um incidente arritmico particular: Fibrilhação Ventricular.

Constitui-se assim como fundamental a intervenção rápida de quem presencia uma PCR, com base em procedimentos específicos e devidamente enquadrados pela designada Cadeia de Sobrevivência. A Cadeia de Sobrevivência interliga os diferentes elos, que se assumem como vitais, para o sucesso da reanimação: ligar 112, Reanimar, Desfibrilhar e Estabilizar.

Os procedimentos preconizados, quando devidamente executados, permitem diminuir substancialmente os índices de morbilidade e mortalidade associados à PCR e aumentar, de forma significativa, a probabilidade de sobrevivência da vítima.

II. A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

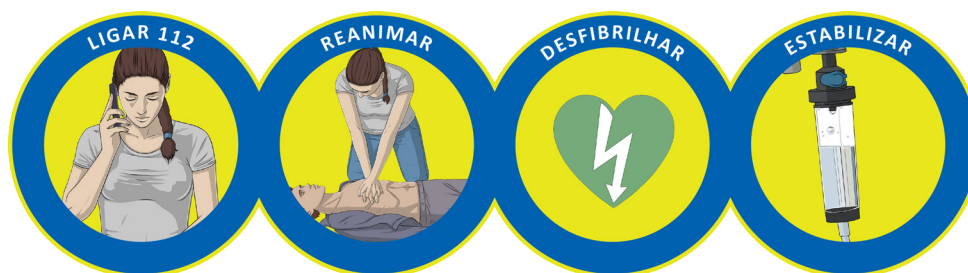


Fig. 1 - Cadeia de Sobrevivência.

A Cadeia de Sobrevivência é composta por quatro elos de igual importância, que traduzem o conjunto de procedimentos vitais para recuperar uma vítima de paragem cardiorrespiratória.

Ligar 112 - Reconhecimento Precoce

Chamar os serviços de emergência, previamente à eventual ocorrência de uma PCR, aumenta a probabilidade de sobrevivência da vítima.

O rápido reconhecimento de um enfarte ou de uma PCR é um fator fundamental para a ativação dos serviços de emergência e, neste último caso, para o rápido início de manobras de Suporte Básico de Vida (SBV).

O número europeu de emergência nos países da União Europeia é o 112. Em Portugal, ao ligar 112, a resposta na área da saúde é assegurada pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), do INEM.

O CODU desempenha um papel importante no reconhecimento da PCR, bem como na instrução e acompanhamento das manobras de reanimação. Sempre que possível, este contacto deve ser realizado junto da vítima e se o telefone tiver a função de alta voz, esta poderá ser acionada. As instruções podem ser seguidas mantendo o diálogo com o operador preparado para instruir o contactante de modo a que este, rapidamente, identifique que a vítima está inconsciente e não respira normalmente. Uma respiração mais lenta, profunda e ruidosa, não deve ser confundida com uma respiração normal e deve ser entendido como a vítima estando PCR. O CODU deve dar indicação para iniciar manobras de reanimação.

Ligar 112

Chamar os serviços de emergência, previamente à eventual ocorrência de uma PCR, aumenta a probabilidade de sobrevivência da vítima.

Reanimar - Suporte Básico de Vida (SBV) precoces

No intervalo de tempo que decorre entre a ativação e a chegada dos serviços de emergência ao local da ocorrência, a execução de manobras de SBV assume uma importância fundamental. O reconhecimento da PCR refere-se a uma situação em que a vítima está não reativa (não responde quando estimulada) e não respira normalmente, pelo que devem ser iniciadas de imediato manobras de reanimação, logo após ter sido efetuada a chamada para os serviços de emergência.

O SBV consiste em duas ações principais: compressões torácicas e insuflações. O início imediato de manobras de SBV pode, pelo menos, duplicar as hipóteses de sobrevivência da vítima.

Quem presencia um evento de PCR deve, quando treinado, iniciar de imediato manobras de SBV, enquanto aguarda a chegada dos serviços de emergência. Sem treino em reanimação, o elemento que assiste a vítima deve realizar compressões torácicas contínuas, instruído pelo CODU. Na maior parte dos casos o SBV não irá recuperar a função cardíaca, mas, se bem realizado, prevenirá lesões de órgãos vitais e aumentará a probabilidade de sucesso dos elos seguintes.

Reanimar

No intervalo de tempo que decorre entre a ativação e a chegada dos serviços de emergência ao local da ocorrência, devem ser iniciadas de imediato manobras de Suporte Básico de Vida.

Estabilizar - Suporte Avançado de Vida (SAV) precoce e cuidados pós-reanimação

O Suporte Avançado de Vida (SAV) com recurso à abordagem diferenciada da via aérea, utilização de fármacos e correção das causas prováveis de PCR, são ações fundamentais após a abordagem inicial da PCR.

Estabilizar

A qualidade dos cuidados pós-reanimação está diretamente relacionada com a qualidade de vida pós evento de PCR.

Desfibrilhar - Desfibrilhação precoce

Na maioria dos casos de PCR o coração pára devido a uma perturbação do ritmo designada fibrilhação ventricular (FV). O único tratamento eficaz para a FV é a administração de um choque elétrico (desfibrilhação).

Cada minuto de atraso na desfibrilhação reduz a probabilidade de sobrevivência entre 10 a 12%, sendo que nos casos em que o SBV é realizado, o declínio da taxa de sobrevivência é mais gradual (3-4%).

Desfibrilhar

O atraso na desfibrilhação pode comprometer a vida de uma vítima em PCR.

III. SUPORTE BÁSICO DE VIDA - ADULTO

1. AVALIAR AS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA: REANIMADOR, VÍTIMA E TERCEIROS

Antes de se aproximar de alguém que possa eventualmente estar em perigo de vida, o reanimador deve assegurar-se primeiro de que não irá correr nenhum risco:

- Ambiental (ex. choque elétrico, derrocadas, explosão, tráfego);
- Toxicológico (ex. exposição a gás, fumo, tóxicos);
- Infecioso (ex. tuberculose, hepatite).

2. AVALIAR O ESTADO DE CONSCIÊNCIA

- Coloque-se lateralmente em relação à vítima, se possível.
- Abane os ombros com cuidado e pergunte em voz alta: “Está-me a ouvir?”



Fig. 2 - Avaliação do estado de consciência.

No caso de vítima reativa:

- Garanta a inexistência de perigo para a vítima;
- Mantenha-a na posição encontrada;
- Identifique situações causadoras da aparente alteração do estado da vítima;
- Solicite ajuda (ligue 112), se necessário;
- Reavalie com regularidade.

No caso de vítima não reativa:

- Permeabilizar a Via Aérea (VA)

3. PERMEABILIZAR A VIA AÉREA

Em vítima inconsciente a queda da língua pode bloquear a VA, pelo que esta deve ser permeabilizada:

- Colocar a vítima em decúbito dorsal;
- Colocar uma mão na testa e inclinar a cabeça para trás (extensão da cabeça);
- Elevar o queixo usando os dois dedos da outra mão colocados debaixo do queixo.

Estas duas últimas ações permeabilizam a VA.



Fig. 3 - Permeabilização da via aérea.

A permeabilização da via aérea e o restabelecimento da ventilação são objetivos essenciais em SBV, com o propósito de evitar lesões por insuficiente oxigenação dos órgãos nobres, em particular do cérebro.

4. AVALIAR RESPIRAÇÃO

Mantendo a VA permeável, verificar se a vítima respira normalmente, realizando o VOS até 10 segundos:

- **Ver** os movimentos torácicos;
- **Ouvir** os sons respiratórios saídos da boca/nariz;
- **Sentir** o ar expirado na face do reanimador.



Fig. 4 - Ver, Ouvir e Sentir (VOS).

Se a vítima respira normalmente coloque-a em Posição Lateral de Segurança (PLS).

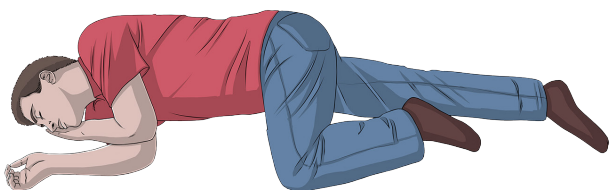


Fig. 5 - Posição Lateral de Segurança.

Nos primeiros minutos após a PCR, a vítima pode ainda apresentar respirações lentas, ruidosas e irregulares. A respiração com estas características, não deve ser confundida com respiração normal.

Caso exista dúvida na “normalidade” da respiração, deve atuar como se a respiração estivesse ausente.

5. LIGAR 112

Se a vítima não responde e não tem respiração normal ative de imediato o serviço de emergência médica, ligando 112:

- Quando liga 112 deve estar preparado para responder às questões: ONDE; O QUÊ; QUEM; COMO;
- Salaria-se que a presença de vários elementos no local deve ser utilizada para que um deles contacte os serviços de emergência, enquanto outro inicia as manobras de SBV;
- Se estiver sozinho, o desejável é que não abandone nem atrase o auxílio à vítima, podendo utilizar o sistema de alta voz de um telemóvel para interagir com os operadores do CODU, enquanto executa o SBV.

6. REALIZAR COMPRESSÕES TORÁICAS

Realize 30 compressões deprimindo o esterno 5-6 cm a uma frequência de pelo menos 100 por minuto e não mais que 120 por minuto.



Fig. 6 - Compressões Torácicas.

No decurso da PCR o sangue que se encontra retido nos pulmões e no sistema arterial permanece oxigenado por alguns minutos. São as compressões torácicas que mantêm o fluxo de sangue para o coração, o cérebro e outros órgãos vitais, pelo que é prioritário o início de compressões torácicas, ao invés de iniciar insuflações.

Para que as compressões torácicas sejam corretamente realizadas, deverá:

- Posicionar-se ao lado da vítima;
- Certificar-se que a vítima está deitada de costas, sobre uma superfície firme e plana;
- Afastar/remover as roupas que cobrem o tórax da vítima;
- Posicionar-se verticalmente acima do tórax da vítima;
- Colocar a base de uma mão no centro do tórax (sobre a metade inferior do esterno);
- Colocar a outra mão sobre a primeira entrelaçando os dedos;
- Manter os braços e cotovelos esticados, com os ombros na direção das mãos;
- Aplicar pressão sobre o esterno, deprimindo-o 5-6 cm a cada compressão (as compressões torácicas superficiais podem não produzir um fluxo sanguíneo adequado);
- Aplicar 30 compressões de forma rítmica a uma frequência de pelo menos 100 por minuto, mas não mais do que 120 por minuto (ajuda se contar as compressões em voz alta);
- No final de cada compressão garantir a decompressão total do tórax sem remover as mãos;
- Nunca interromper as compressões mais do que 10 segundos (com o coração parado, quando não se comprime o tórax, o sangue não circula).

Realize 30 compressões deprimindo o esterno 5-6 cm a uma frequência de pelo menos 100 por minuto e não mais que 120 por minuto.

7. REALIZAR INSUFLAÇÕES

Após 30 compressões efetuar 2 insuflações.

- A insuflação quando eficaz provoca elevação do tórax (semelhante à respiração normal), devendo ter a duração de apenas 1 segundo;
- Evitar insuflações rápidas e forçadas;
- A posição incorreta da cabeça pode impedir a insuflação adequada por obstrução da via aérea;
- Na impossibilidade de utilizar um dispositivo na via aérea (máscara de bolso ou insuflador manual), a insuflação “boca a boca” é uma maneira rápida e eficaz de fornecer oxigénio à vítima. O ar exalado pelo reanimador contém aproximadamente 17% de oxigénio e 4% de dióxido de carbono o que é suficiente para suprir as necessidades da vítima.

Insuflações boca-a-boca:

- Posicionar-se ao lado da vítima;
- Permeabilizar a Via Aérea (VA);
- Aplicar 2 insuflações na vítima, mantendo a VA permeável:
 - Comprima as narinas usando o dedo indicador e o polegar da mão que colocou na testa;
 - Permita que a boca se abra, mas mantenha a elevação do queixo;
 - Inspire normalmente e coloque os seus lábios em torno da boca da vítima, certificando-se que não há fugas;
 - Sopre a uma velocidade regular e controlada para a boca da vítima enquanto observa a elevação do tórax (deve durar cerca de 1 segundo, tal como na respiração normal);
 - Mantendo a inclinação da cabeça e o queixo elevado, afaste-se da boca da vítima e observe o tórax a baixar quando o ar sai;
 - Inspire novamente e volte a soprar na boca da vítima para conseguir um total de duas insuflações.

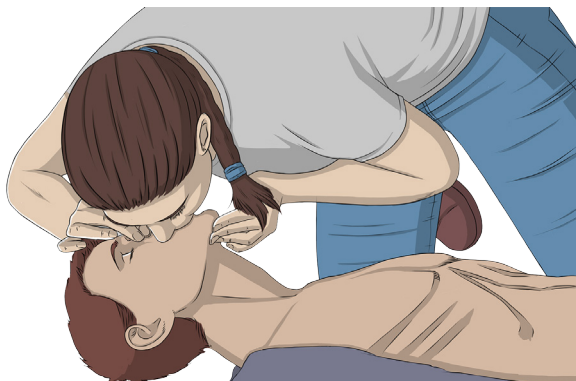


Fig. 7 - Insuflações boca-a-boca.

Se não se sentir capaz ou tiver relutância em fazer insuflações, faça apenas compressões torácicas;

Se apenas fizer compressões, estas devem ser contínuas, cerca de 100 - 120 por minuto (não existindo momentos de pausa entre cada 30 compressões).

Insuflações com máscara de bolso:

Uma máscara de bolso pode ser utilizada por leigos, com treino mínimo na realização de insuflações, durante o SBV. Este dispositivo adapta-se à face da vítima, sobre o nariz e boca, e possui uma válvula unidirecional que desvia do reanimador o ar expirado da vítima.

- O reanimador deve posicionar-se ao lado da vítima;
- Permeabilizar a VA;
- Aplicar 2 insuflações na vítima, mantendo a VA permeável;
- Colocar a máscara sobre o nariz e boca da vítima (a parte mais estreita da máscara de bolso deverá ficar sobre o dorso do nariz e a parte mais larga da máscara deverá ficar sobre a boca);
- Colocar o polegar e o indicador na parte mais estreita da máscara;
- Colocar o polegar da outra mão na parte mais larga da máscara e usar os outros dedos para elevar o queixo da vítima, criando uma selagem hermética;

- Soprar suavemente pela válvula unidirecional durante cerca de 1 segundo (por cada insuflação), por forma a que o tórax da vítima se eleve;
- Retirar a boca da válvula da máscara após insuflar.

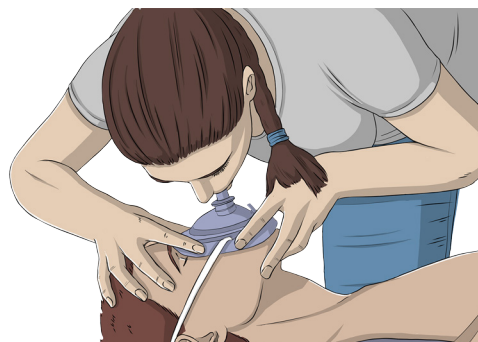


Fig. 8 - Insuflações boca-máscara.

No final das duas insuflações, volte rapidamente a colocar as suas mãos na posição correta no esterno e repita mais 30 compressões torácicas.

- Caso uma ou ambas as tentativas de insuflação se revelem ineficazes, deve avançar de imediato para as compressões torácicas;
- Não interrompa as compressões por um período superior a 10 segundos para fazer as duas insuflações.

8. MANTER SBV

- Mantenha as manobras de reanimação (30 compressões alternando com 2 insuflações) até:
- Chegar ajuda diferenciada;
- Ficar exausto;
- A vítima retomar sinais de vida (vítima desperta e reativa; movimento; abertura espontânea dos olhos; respiração normal).

É raro reanimar a vítima (entenda-se presença de sinais de vida) apenas com manobras de SBV; Caso não tenha a certeza que a vítima recuperou, mantenha SBV.

9. ALGORITMO DE SBV

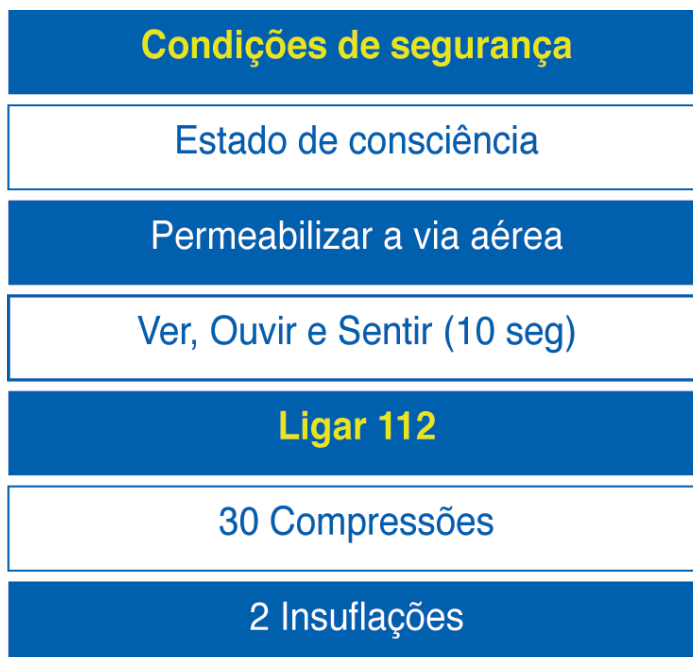


Fig. 9 - Algoritmo Suporte Básico de Vida

IV. SEGURANÇA E RISCOS PARA O REANIMADOR

Por vezes, o desejo de ajudar alguém que nos parece estar em perigo de vida pode levar a ignorar os riscos inerentes à situação. Se não forem garantidas as condições de segurança antes de se abordar uma vítima poderá, em casos extremos, ocorrer a morte da vítima e do reanimador.

Sendo a segurança a primeira condição na abordagem da vítima, a mesma deve ser garantida antes de iniciar essa abordagem, não devendo o reanimador expor-se a si nem a terceiros, a riscos que possam comprometer a sua integridade física.

A tipologia de riscos que aqui é apresentada é extensível a outros momentos de interação com as vítimas.

Acidente de viação

Se parar numa estrada para socorrer alguém vítima de um acidente de viação deve:

- Sinalizar o local com triângulo de sinalização à distância adequada;
- Ligar as luzes de presença ou emergência;
- Usar roupa clara para que possa mais facilmente ser identificado (colete refletor);
- Desligar o motor para diminuir a probabilidade de incêndio.

Produtos químicos ou matérias perigosas

No caso de detetar a presença desses produtos e/ou matérias é fundamental evitar o contacto com essas substâncias sem as devidas medidas de proteção universais (ex. luvas, máscara) e evitar a inalação de eventuais vapores libertados pelas mesmas.

Intoxicações

Nas situações em que a vítima sofre uma intoxicação podem existir riscos acrescidos para quem socorre, nomeadamente no caso de intoxicação por fumos ou gases tóxicos. Para o socorro da vítima de intoxicação é importante identificar o produto em causa e a sua forma de apresentação (em pó, líquida ou gasosa) e contactar o CODU ou o CIAV (Centro de Informação Antivenenos) para uma informação especializada, nomeadamente quanto aos procedimentos a adotar. Em caso de intoxicação por produtos gasosos é fundamental não se expor aos vapores libertados os quais não devem ser inalados. O local onde a vítima se encontra deverá ser arejado ou, na impossibilidade de o conseguir, a vítima deverá ser retirada do local.

Nas situações em que o tóxico é corrosivo (ácidos ou bases fortes) ou em que possa ser absorvido pela pele, como alguns pesticidas, é mandatório, além de arejar o local, usar luvas e roupa de proteção para evitar qualquer contacto com o produto, bem como máscaras para evitar a inalação.

Se houver necessidade de insuflar a vítima com ar expirado deverá ser sempre usada máscara ou outro dispositivo com válvula unidirecional, para não expor o reanimador ao ar expirado da vítima. Nunca efetuar insuflação boca-a-boca.

Transmissão de doenças

A possibilidade de transmissão de doenças durante as manobras de reanimação, apesar de diminuta, é real. Estão descritos alguns casos de transmissão de infeções durante a realização de insuflação boca-a-boca (nomeadamente casos de tuberculose).

O risco aumenta se houver contacto com sangue infetado ou com uma superfície cutânea com soluções de continuidade (feridas). Durante a reanimação deve evitar o contacto com sangue ou outros fluidos corporais como: secreções respiratórias, secreções nasais, suor, lágrimas, vômito e outros. O dispositivo “barreira” mais utilizado é a máscara de bolso, devendo existir o cuidado de minimizar as pausas entre compressões ao mínimo indispensável, aquando da sua utilização.

V. POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

1. POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

Nas situações em que a vítima se encontra não reativa e com respiração eficaz, ou se tiverem sido restaurados os sinais de vida após manobras de reanimação, a manutenção da permeabilidade da via aérea deverá ser obrigatoriamente garantida.

A PLS garante a manutenção da permeabilidade da via aérea numa vítima inconsciente que respira normalmente:

- Diminuindo o risco de aspiração de vômito;
- Prevenindo que a queda da língua obstrua a VA;
- Permitindo a drenagem de fluidos pela boca;
- Permitindo a visualização do tórax;
- Não estão demonstrados riscos associados à sua utilização.

Este posicionamento da vítima está contraindicado em situações de trauma ou suspeitas de trauma, bem como em vítimas que apresentem respiração agónica (movimentos respiratórios ineficazes e que correspondem a uma fase transitória e precedem a PCR).

Se ao abordar a vítima ela:

Responde:

- Deixe-a como a encontrou;
- Procure quaisquer alterações;
- Solicite ajuda (ligue 112);
- Reavalie-a regularmente.

Estiver inconsciente e a respirar normalmente

- Coloque-a em PLS.

2. TÉCNICA PARA COLOCAR UMA VÍTIMA EM PLS

Ajoelhe-se ao lado da vítima

- Remova objetos estranhos ao corpo da vítima, os quais ao posicioná-la possam eventualmente causar lesões (ex: óculos, canetas);
- Assegure-se que as pernas da vítima estão estendidas;



Fig. 10 - Estenda as pernas da vítima.

- Coloque o braço mais perto (do seu lado) em ângulo reto com o corpo, com o cotovelo dobrado e a palma da mão virada para cima;



Fig. 11 - Coloque o braço da vítima em ângulo reto com o corpo.

Segurar o braço mais afastado

- Segure o outro braço (mais afastado) cruzando o tórax e fixe o dorso da mão na face do seu lado;



Fig. 12 - Coloque o dorso da mão da vítima na respectiva hemiface, mais próxima do reanimador.

Levantar a perna do lado oposto

- Com a outra mão levante a perna do lado oposto acima do joelho dobrando-a, deixando o pé em contacto com o chão;



Fig. 13 - Levante a perna da vítima, dobrando-a.

Rolar a vítima

- Enquanto uma mão apoia a cabeça a outra puxa a perna do lado oposto rolando a vítima para o seu lado;
- Estabilize a perna de forma a que a anca e o joelho formem ângulos retos;
- Incline a cabeça para trás assegurando a permeabilidade da VA;
- Ajuste a mão debaixo do queixo, para manter a extensão da cabeça;
- Reavalie regularmente a respiração (na dúvida desfazer a PLS, permeabilizar a VA e efetuar VOS até 10 segundos).

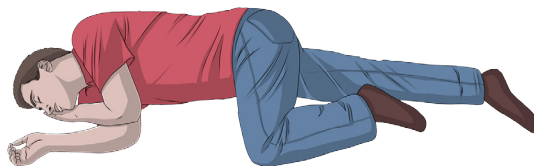


Fig. 14 - Vítima rodada - em PLS

Se trauma ou suspeita de trauma

Reafirma-se uma vez mais a contraindicação da PLS no trauma ou na sua suspeita;

A proteção da coluna, garantindo o mais possível do seu alinhamento, é fundamental nestas situações e deve acontecer antes da vítima ser mobilizada.

Se trauma ou suspeita de trauma:

A mobilização da vítima só deve acontecer se for imprescindível e nas seguintes situações:

- Não for possível manter a VA permeável;
- Se o local não for seguro;
- Se não conseguir realizar SBV na vítima, na posição em que foi encontrada.

VI. OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

1. OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA (OVA)

A obstrução da via aérea por corpo estranho é pouco frequente, mas constitui-se como uma causa de PCR accidental potencialmente reversível. Normalmente associada à alimentação e comumente presenciada, as vítimas apresentam-se inicialmente conscientes e reativas, pelo que as oportunidades de intervenção precoce podem de forma mais fácil resolver a situação.

O reconhecimento precoce da obstrução da via aérea é fundamental para o sucesso da evolução da situação de emergência. É importante distinguir esta situação de emergência do desmaio/síncope, do “ataque cardíaco” (enfarte agudo do miocárdio), das convulsões, da overdose por drogas e de outras condições que possam causar dificuldade respiratória súbita, mas que requerem um tratamento diferente. O reanimador treinado deve identificar sinais de obstrução da VA.

O risco de OVA é mais elevado em vítimas que apresentem algumas das seguintes situações: redução do nível de consciência, intoxicação por álcool e/ou drogas, alterações neurológicas com dificuldade de deglutição e diminuição do reflexo da tosse, alterações mentais, demência, dentição inexistente e idosos.

PODEMOS CLASSIFICAR A OVA QUANTO À GRAVIDADE:

LIGEIRA:

- Vítima reativa, capaz de falar, tossir e respirar;
- Eventual ruído respiratório na inspiração;
- Mantém reflexo da tosse eficaz.

GRAVE:

- Vítima incapaz de falar;
- Tosse fraca/ineficaz ou ausente;
- Respiração em “esforço” com ruído agudo alto à inspiração ou ausência total de ruído;
- Incapacidade de movimentar o ar;
- Cianose (coloração azulada ou violácea da pele, especialmente da face e nas extremidades, devida a deficiente oxigenação do sangue);
- Agarra o pescoço com as mãos (sinal universal de asfixia).

A obstrução da via aérea por corpo estranho é pouco frequente, mas constitui-se como uma causa de PCR accidental potencialmente reversível.

O reconhecimento precoce da obstrução da via aérea é fundamental para o sucesso da evolução da situação de emergência.

2. ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

O algoritmo que a seguir se descreve aplica-se tanto a adultos como a crianças com mais de 1 ano de idade.

PANCADAS INTER-ESCAPULARES

- Coloque-se ao lado e ligeiramente por detrás da vítima, com uma das pernas encostadas de modo a ter apoio;
- Passe o braço por baixo da axila da vítima e suporte-a a nível do tórax com uma mão, mantendo-a inclinada para a frente, numa posição tal que se algum objeto for deslocado com as pancadas possa sair livremente pela boca;
- Aplique até 5 pancadas com a base da outra mão na parte superior das costas, ao meio, entre as omoplatas, isto é, na região interescapular;
- Cada pancada deverá ser efetuada com a força adequada tendo como objetivo resolver a obstrução;
- Após cada pancada deve verificar se a obstrução foi ou não resolvida;
- Aplique até 5 pancadas no total.



Fig. 15 - Pancadas inter-escapulares

COMPRESSÕES ABDOMINAIS

- As compressões abdominais devem ser aplicadas no caso de as pancadas interescapulares não serem eficazes. Com a vítima de pé ou sentada:
- Fique por detrás da vítima e circunde o abdómen da mesma com os seus braços;
- Incline a vítima para a frente;
- Feche o punho de uma mão e posicione-o acima da cicatriz umbilical, com o polegar voltado contra o abdómen da vítima;
- Sobreponha a 2.ª mão à já aplicada;
- Aplique uma compressão rápida para dentro e para cima;
- Repita as compressões até que o objeto seja expelido da VA;
- Aplique cada nova compressão (até 5) como um movimento separado e distinto;
- Após cada compressão abdominal deve verificar se a obstrução foi ou não resolvida.



Fig. 16 - Compressões abdominais (Manobra de Heimlich).

VÍTIMA INCONSCIENTE POR OVA GRAVE

No caso de a vítima ficar inconsciente as compressões torácicas devem ser iniciadas logo que possível. A realização de compressões torácicas resulta no aumento da pressão da via aérea, tal como as compressões abdominais, traduzindo-se numa forma eficaz de promover a desobstrução da via aérea.

Alerta-se para o facto de, apesar do sucesso das manobras, o corpo estranho responsável pela obstrução poder ficar alojado nas vias aéreas e causar complicações mais tarde. Como tal, vítimas com tosse persistente, dificuldade em engolir ou sensação de corpo estranho ainda presente nas vias aéreas devem ser submetidas a observação médica.

Assim:

- Suporte/ampare a vítima colocando-a no chão em decúbito dorsal sobre superfície rígida;
- Ligue de imediato 112, ou garanta que alguém o faça;
- Inicie compressões torácicas e insuflações (após 30 compressões, tente 2 insuflações eficazes);
- Mantenha compressões e insuflações até a vítima recuperar e respirar normalmente ou até chegarem os meios de emergência.

As compressões abdominais e as compressões torácicas quando aplicadas, pese embora o sucesso que resulte das mesmas, podem causar lesões internas. Assim sendo, vítimas submetidas a estas manobras devem igualmente ser sujeitas a observação médica.

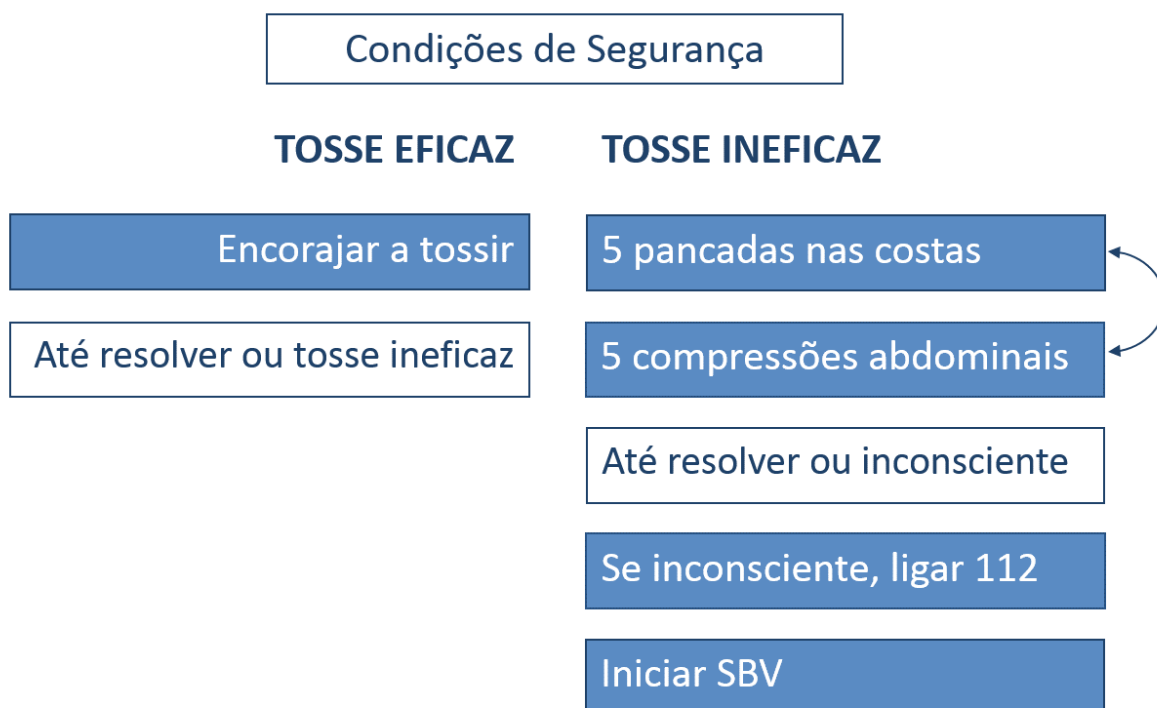


Fig. 17 - Algoritmo de Obstrução da Via Aérea.

VII. 112 - NÚMERO EUROPEU DE EMERGÊNCIA

O número europeu de emergência

Criado em 1991, o número de emergência nos países da união europeia é o 112. Não precisa de indicativo, é gratuito e pode ser marcado a partir de dispositivos das redes fixa (incluindo telefones públicos) ou móvel, tendo prioridade sobre as outras chamadas. Deve ligar 112 quando presenciar uma das seguintes situações: doença súbita, acidente de viação com feridos, incêndio, roubo/destruição de propriedade, agressão.

Em Portugal, as chamadas realizadas para o Número Europeu de Emergência - 112 são atendidas fundamentalmente em quatro centros operacionais (dois no continente e dois nas Regiões Autónomas). Este modelo concentrou o atendimento, é único para todo o território nacional e assenta na existência de dois centros operacionais no continente (112 COSUL e 112 CONOR), um centro operacional na Região Autónoma da Madeira (112 COMDR) e um centro operacional na Região Autónoma dos Açores (112 COAZR), estando estes últimos interligados com o território continental, garantindo assim capacidades alternativas e de redundância entre todos os centros operacionais.

Os Centros Operacionais 112 (CO112):

- Os CO112 são distribuídos pelo território nacional de modo a efetuar a sua cobertura total.
- Os CO112, sem prejuízo da sua redundância quando necessário, compreendem:

a) O Centro Operacional Norte (112CONOR), com responsabilidade de atendimento das chamadas dos distritos de Aveiro, Braga, Bragança, Coimbra, Guarda, Porto, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu (integração progressiva dos vários distritos, em curso);

b) O Centro Operacional Sul (112COSUL), com responsabilidade de atendimento das chamadas dos distritos de Beja, Castelo Branco, Évora, Faro, Leiria, Lisboa, Portalegre, Santarém e Setúbal (integração progressiva do distrito de Lisboa e Setúbal, em curso);

c) O Centro Operacional Açores (112COAZR), com responsabilidade de atendimento das chamadas da Região Autónoma dos Açores;

d) O Centro Operacional Madeira (112COMDR), com responsabilidade de atendimento das chamadas da Região Autónoma da Madeira.

Aos CO112 compete:

- O atendimento ao público, identificação e caracterização das ocorrências;
- O apoio especializado para situações especiais, ao nível de segurança pública, proteção civil ou emergência médica;
- O encaminhamento das ocorrências para as entidades competentes visando o despacho dos meios de socorro.

A gestão operacional do serviço 112 compete à Direção Nacional da Polícia de Segurança Pública (PSP).

No território do continente, nas situações de emergência médica a chamada será transferida para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).



Ao ligar 112/CODU:

- Procure manter-se calmo, de modo a facultar a informação relevante;
- Quando possível, deverá ser a vítima a fazer a chamada – ninguém melhor do que a própria para fornecer informação relevante;
- Aguarde que a chamada seja atendida porque cada nova tentativa implica que a chamada fica no final da fila de espera;
- Identifique-se pelo nome;
- Faculte um contacto telefónico que permaneça contactável;
- Indique a localização exata onde se encontra a(s) vítima(s) - sempre que possível Freguesia, Código Postal, pontos de referência – Onde?
- Diga o que aconteceu e quando – **O quê?**
- Quem está envolvido (número, género, idade das vítimas) – **Quem?**
- Diga quais as queixas principais, o que observa, situações que exijam outros meios – **Como?**
- Responda às questões que lhe são colocadas;
- Siga os conselhos do operador;
- Não desligue até indicação do operador;
- Se a situação se alterar antes da chegada dos meios de socorro, ligue novamente 112.

Só assim é possível otimizar o socorro às vítimas.



VIII. PONTOS A RETER

- . Em caso de emergência, ligue 112 e colabore nas questões que lhe são colocadas
- . O bom funcionamento da cadeia de sobrevivência permite salvar vidas em risco
- . Todos os elos da cadeia de sobrevivência são igualmente importantes
- . A cadeia de sobrevivência tem apenas a força que tiver o seu elo mais fraco
- . É fundamental saber como e quando pedir ajuda e iniciar precocemente as manobras de SBV
- . É fundamental garantir que o SBV é executado de forma ininterrupta e com qualidade
- . As vítimas inconscientes que respiram devem ser colocadas em PLS, desde que não haja suspeita de trauma
- . A colocação em PLS permite manter a permeabilidade da via aérea
- . A obstrução da via aérea é uma situação emergente que pode levar à morte da vítima em poucos minutos
- . Reconhecer a situação e iniciar de imediato medidas adequadas pode evitar a paragem cardiorrespiratória e salvar uma vida



IX. SIGLAS

CDI	Cardioversor Desfibrilhador Implantado
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CO112	Centro Operacional 112
DAE	Desfibrilhador Automático Externo
ERC	<i>European Resuscitation Council</i>
FV	Fibrilhação Ventricular
ILCOR	<i>International Liaison Committee On Resuscitation</i>
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
OVA	Obstrução da via aérea
PCR	Paragem Córdio Respiratória
PLS	Posição Lateral de Segurança
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
VA	Via Aérea
VOS	Ver, Ouvir e Sentir

X. BIBLIOGRAFIA

- Manual de Suporte Básico de Vida, INEM, versão 2.0 – 1.ª Edição 2012
- Manual de Suporte Básico de Vida, INEM, versão 3.0 – 1.ª Edição 2017
- Guidelines 2015 – European Resuscitation Council



SEDE

Rua Almirante Barroso, 36
1000-013 Lisboa
Tel.: 213 508 100 | Fax: 213 508 180

DELEGAÇÃO REGIONAL DO NORTE

Rua Dr. Alfredo Magalhães, 62 - 5º Andar
4000-063 Porto
Tel.: 222 065 000 | Fax: 222 065 010

DELEGAÇÃO REGIONAL DO CENTRO

Estrada de Eiras, 259 - 2º Andar
3020-199 Coimbra
Tel.: 239 797 800 | Fax: 239 797 825

DELEGAÇÃO REGIONAL DO SUL

Rua Almirante Barroso, 36 - 6º Andar
1000-013 Lisboa
Tel.: 213 508 161 | Fax: 213 508 144

MARF - Sítio do Guilhim, Edifício A1
Caixa Postal 30M - Estói
8009-021 Faro

Tel.: 213 508 157 | Fax: 289 006 967

www.inem.pt | inem@inem.pt

SIGA O INEM NO

