

O que são primeiros socorros?

Os “primeiros socorros” são um conjunto de medidas que devem ser tomadas rapidamente, em caso de acidentes ou de outras emergências. São, portanto, a primeira ajuda a prestar a uma pessoa, para impedir o agravamento do seu estado de saúde, antes de poder receber cuidados especializados.

Porque é importante aprender os primeiros socorros?

Para saber prestar cuidados imediatos a uma pessoa acidentada ou noutra situação de emergência, de modo a:

- Salvar a vida
- Prevenir complicações
- Saber quando pedir ajuda

Prioridade da assistência de emergência

Perante um acidente ou uma situação de emergência, é preciso examinar o doente e verificar os seguintes aspectos:

- Está consciente?
- Respira?
- Está a perder muito sangue?
- Poderá ter sido envenenado?

Quando se está perante um acidente envolvendo várias pessoas, é preciso definir prioridades. A assistência aos acidentados deve seguir a seguinte ordem de prioridade:

- Se a pessoa está **inconsciente e/ou não respira**, deve ser assistida em **primeiro** lugar
- Se a pessoa está a **perder muito sangue** deve ser assistida em **segundo** lugar

Pessoas inconscientes, que não respiram, ou que estão a perder muito sangue requerem uma intervenção rápida!!

HIV e SIDA e primeiros socorros

Hoje em dia, as pessoas preocupam-se com a possibilidade de contrair uma doença enquanto estiverem a providenciar primeiros socorros. Isto é importante por causa da epidemia do SIDA. Embora esta preocupação seja compreensível, o risco real de contrair uma infecção nestas circunstâncias, é muito pequeno. Até à data não foi notificado nenhum caso de infecção por HIV devido à administração de primeiros socorros.

A prática de higiene em todos os momentos e situações é a melhor coisa a fazer. Evitar contacto desnecessário com sangue, especialmente se o socorrista tem feridas nas mãos.

Seguir as recomendações das precauções padrão na pág. 138.

Esta preocupação sobre higiene e protecção das infecções aplica-se em ambas as direcções; o socorrista não deve considerar apenas o seu risco pessoal, mas também o risco de práticas não higiénicas para a pessoa que recebe assistência. Poderá haver casos em que o/a socorrista é a pessoa infectada pelo HIV, mas desde o momento que ele/a toma as medidas de precauções padrão, poderá dar assistência da mesma forma que qualquer outro socorrista.

As precauções padrão recomendadas na pág. 138 para reduzir o risco de transmissão de micróbios no ambiente hospitalar são também válidas nos primeiros socorros.

Quando o socorrista não está seguro de que possa ter sido infectado, devem seguir-se as normas referidas na pág. 150 sobre acidentes pós-exposição ao HIV.

Choque

O choque é uma condição que pode pôr em perigo a vida duma pessoa. Ele pode resultar de perda de muito sangue; desidratação grave; queimadura grave; reacção alérgica grave; ou outra doença grave.

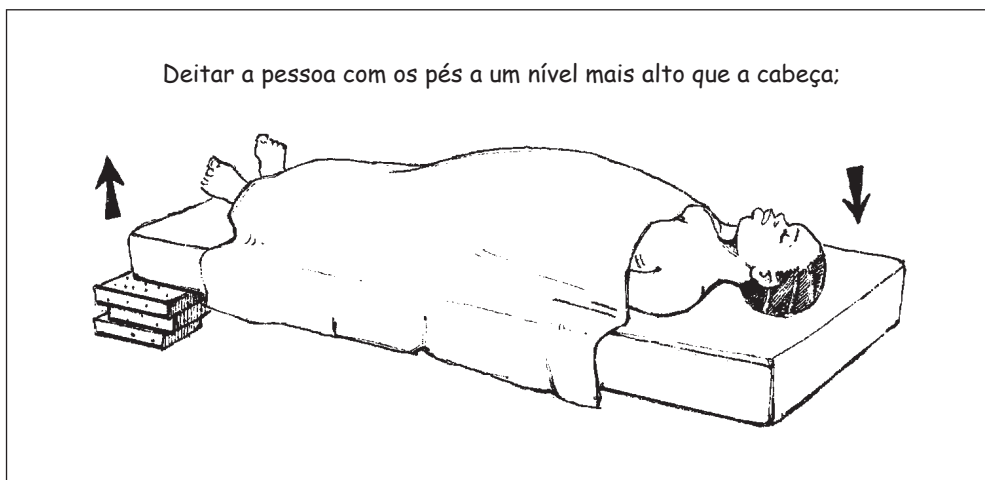
Uma grande hemorragia interna, embora não seja visível, também pode causar choque.

Sinais de choque:

- “suores frios”, pele fria e húmida
- palidez das palmas das mãos e da parte interior das pálpebras
- pulso fraco e rápido (mais de 100 por minuto)
- tensão arterial baixa (sistólica menor que 80 mm Hg)
- confusão mental, fraqueza, ou perda de consciência

O que fazer para prevenir ou tratar o choque:

Ao primeiro sinal de choque ou se há risco de choque, deve-se:



Se a pessoa tem um traumatismo grave da cabeça, ela deve ser colocada na posição semi-sentada (ver pág. 258).

- Controlar a hemorragia (sangramento, ver pág. 252).
- Tratar os ferimentos, se houver (ver pág. 252).
- Se a pessoa está consciente e consegue beber, dar água ou outros líquidos.
- Se for possível, administrar soro fisiológico (ver pág. 729) ou lactato de Ringer (ver pág. 728) por via E.V., com um ritmo rápido.
- Se o doente sente frio, cobrir com uma manta.
- Aliviar as dores.
- Acalmar e tranquilizar o doente.
- Transferir o mais rapidamente possível para uma unidade sanitária com mais recursos.

Se a pessoa está inconsciente:

- Deitar a pessoa de lado com a cabeça a um nível mais baixo, inclinada para trás e para um lado – Posição Lateral de Segurança. Se parece que a pessoa se está a engasgar: puxar, com os dedos, a língua para fora.
- Se vomitou, limpar imediatamente o interior da boca. Não esquecer que a cabeça deve estar baixa, inclinada para trás e virada de lado, de modo a impedir que o vômito seja aspirado para dentro dos pulmões.
- Não dar nada por via oral antes do doente voltar a estar consciente.

Perda de consciência

Na perda de consciência (coma), o doente não acorda e não responde aos estímulos (picar, beliscar).

As causas mais frequentes da perda de consciência são:

- | | |
|--|------------------------------|
| ■ malária cerebral (ver pág. 334) | ■ traumatismo da cabeça |
| ■ meningite (ver pág. 376) | ■ hipoglicemia (ver pág. 89) |
| ■ choque (ver pág. 243) | ■ diabetes (ver pág. 490) |
| ■ ataque cardíaco (ver pág. 487) | ■ embriaguez |
| ■ trombose (acidente vascular cerebral, AVC, ver pág. 482) | ■ envenenamento |

Se a pessoa está inconsciente e não se sabe qual é a causa, é preciso **verificar imediatamente o seguinte**:

1. Está a **respirar** bem? Se não estiver, deve-se inclinar a cabeça para trás e puxar o queixo e a língua para a frente. Se alguma coisa estiver a obstruir a garganta, tem que ser retirada. Se a pessoa não estiver a respirar, é preciso fazer respiração boca-a-boca (ver pág. 249), imediatamente.
2. Está a **perder muito sangue**? Se sim, controlar a hemorragia.
3. Está em **choque**? (ver pág. 243). Se a pessoa está em choque deve ser deitada, com a cabeça mais baixa que os pés.
4. **Como posicionar uma pessoa inconsciente**

Deitá-la de lado, com a cabeça a um nível mais baixo, inclinada para trás e virada de lado (Posição Lateral de Segurança ou, abreviadamente, PLS).

Esta posição permite que as vias aéreas da vítima se mantenham desobstruídas (**a passagem do ar está mais aberta**), impede que a língua caia para a parte de trás da garganta impedindo a entrada de ar e faz com que qualquer vômito ou outro fluido saia livremente pela boca.

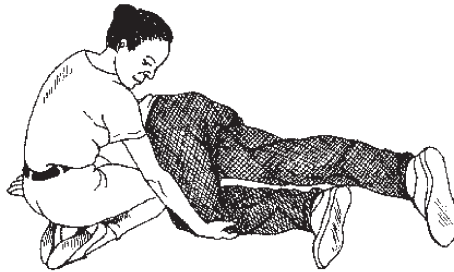
As ilustrações seguintes mostram a sequência que deve ser seguida pelo socorrista, para virar um sinistrado que está deitado de costas. Nem todos estes passos serão necessários se o sinistrado já estiver deitado de lado ou de barriga para baixo. Se a vítima usar óculos, estes devem ser removidos antes de lhe virar a cabeça, para evitar lesões nos olhos.

PARA COLOCAR A VITIMA EM PLS O SOCORRISTA DEVE:

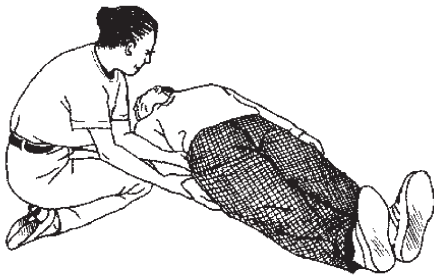
1. Ajoelhar-se, na vertical, ao lado da vítima, distanciada dela cerca de 20 cm. Virar a cabeça do sinistrado para o lado do socorrista, inclinando-a para trás e puxar a mandíbula para a frente e para cima, na posição da via aérea desobstruída.



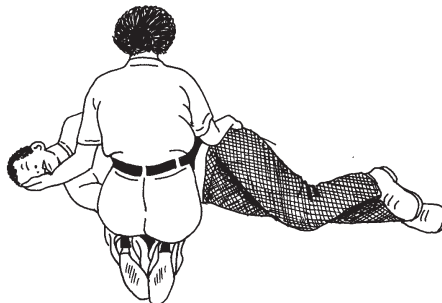
3. Colocar a outra mão do sinistrado sobre a frente do peito.
4. Segurar a perna mais afastada, dobrada pelo joelho, puxando-a para si e cruzando-a sobre a outra perna.



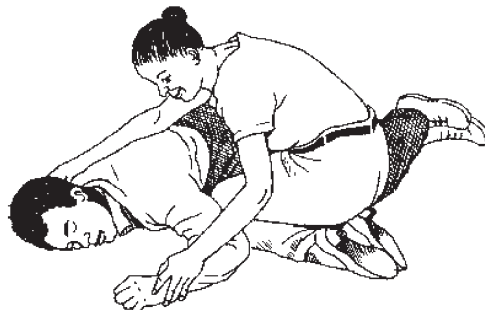
2. Colocar o braço do sinistrado (o mais próximo do socorrista), ao longo do corpo, com a mão debaixo das nádegas, se possível com a palma virada para baixo.



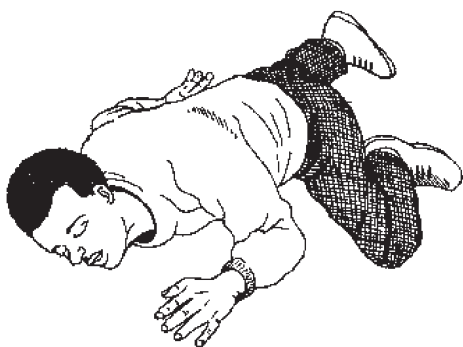
5. Proteger e segurar a cabeça da vítima com uma das mãos. Com a outra, agarrar as roupas na região das nádegas e puxar a vítima, para a virar. Mantê-la de lado, apoiada contra os joelhos do socorrista.



6. Apoiando sempre o corpo do sinistrado contra os seus joelhos, reajustar a posição da cabeça para assegurar a desobstrução da via aérea.
7. Puxar o braço mais próximo para cima e colocá-lo numa posição adequada para suportar a parte superior do corpo. Se possível, a mão do sinistrado deve apoiar o queixo.
8. Dobrar a perna de cima da vítima pelo joelho, puxando a coxa bem para a frente, para suportar a parte inferior do corpo.
9. Tirar o outro braço debaixo da vítima, com todo o cuidado, começando do ombro para baixo, deixando-o estendido, paralelo ao corpo, para evitar que a vítima se volte de costas e que haja interferência com a sua circulação.



10. Verificar a estabilidade da posição final e assegurar que o sinistrado não se consegue virar para nenhum dos lados. Certificar-se que somente metade do peito da vítima está em contacto com o chão, que a sua cabeça está em extensão e com o queixo puxado para diante, de modo a manter a via aérea desobstruída.
11. Se **vomitou**, limpar imediatamente o interior da boca. Deve-se inclinar a cabeça para trás e puxar o queixo e a língua para a frente, de modo a impedir que o vômito seja aspirado para dentro dos pulmões.



Todas as pessoas inconscientes devem ser transferidas com urgência.

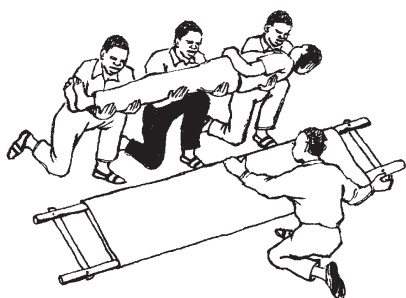
Se a pessoa inconsciente está gravemente ferida:

O transporte deve ser feito com muito cuidado, porque se o pescoço ou a coluna estiverem fracturados, qualquer mudança de posição pode causar uma lesão maior. **Mover a pessoa o mínimo possível.**

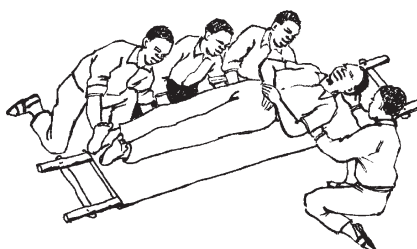
COMO TRANSPORTAR UMA PESSOA GRAVEMENTE FERIDA

Levantar a pessoa ferida, com muito cuidado, sem dobrar nenhuma parte do corpo.

Deve-se ter um cuidado especial para que a cabeça e o pescoço não dobrem.



Pedir a ajuda de outra pessoa, para colocar a maca no lugar.



Com a ajuda de todos e com muito cuidado, colocar a pessoa ferida na maca.

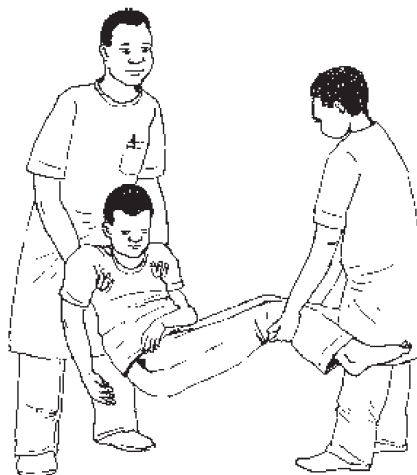


Se o pescoço está ferido ou fracturado, colocar sacos de areia ou panos dobrados de cada lado da cabeça, para a manter imobilizada.

Durante o transporte, tentar manter os pés do doente mais altos do que a cabeça, mesmo nas subidas.

Nunca transportar o doente assim:

Nunca dar de comer ou beber a uma pessoa que está inconsciente.



Paragem respiratória

Uma pessoa que pára de respirar só tem 4 minutos de vida! É preciso agir com rapidez!

Em geral, a paragem respiratória pode ser causada por:

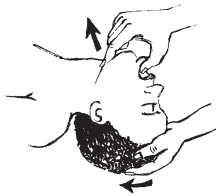
- alguma coisa encravada na garganta;
- a língua, ou muco espesso, obstruindo a garganta de uma pessoa inconsciente;
- afogamento;
- sufocação por fumo;
- envenenamento;
- forte pancada na cabeça ou no peito;
- ataque cardíaco.

Se a pessoa pára de respirar: Começar IMEDIATAMENTE a respiração boca-a-boca !!

Fazer o seguinte o mais rapidamente possível:

1: Retirar depressa o que estiver encravado na boca ou na garganta. Puxar a língua para fora.

Se houver muco na garganta, tentar retirar de imediato.



2: Deitar rapidamente a pessoa, mas com cuidado, com o rosto para cima, inclinando a cabeça para trás e puxando o queixo para a frente.

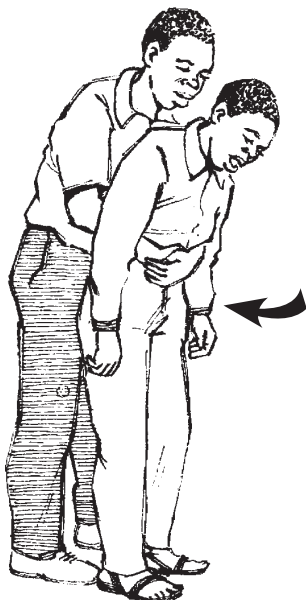


3: Apertar as narinas da pessoa com os dedos e abrir bem a boca da pessoa.

- O socorrista tem que colocar a boca sobre a boca do doente e soprar com toda a força, até ver o tórax a movimentar-se.
- Logo a seguir, fazer uma pausa para o ar sair e soprar de novo. Repetir esta manobra de 5 em 5 segundos, aproximadamente. Tratando-se de bebés e crianças pequenas, cobre-se o nariz e a boca da criança e sopra-se muito delicadamente, de 3 em 3 segundos, aproximadamente. É necessário continuar a respiração boca-a-boca até que a pessoa volte a respirar por si mesma, ou até não haver dúvidas de que ela já está morta. Por vezes é preciso fazê-lo continuamente por uma hora ou mais.



Quando um corpo estranho está encravado na garganta



Quando um corpo estranho (alimentos ou qualquer outra coisa) fica encravado na garganta e a pessoa não consegue respirar, deve-se fazer rapidamente o seguinte:

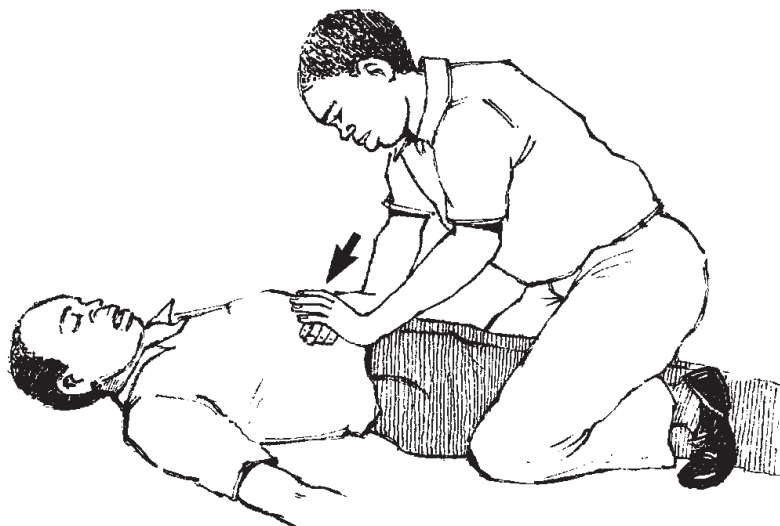


- ficar de pé por trás da pessoa e abraçá-la pela cintura;
- colocar o punho contra a barriga, acima do umbigo e abaixo das costelas,
- apertar a barriga, dando uma forte sacudidela brusca para cima.

Isto força a saída do ar dos pulmões e deverá soltar o que está encravado na garganta. Repetir várias vezes, se necessário.

Se a pessoa for muito alta, ou se estiver inconsciente

- Ajoelhar por cima das suas pernas, como se vê na figura;
- Colocar a parte interna do punho na barriga da pessoa, entre o umbigo e as costelas;
- Dar um forte empurrão para cima;
- Repetir várias vezes, se necessário.



Quando um corpo estranho ou comida fica encravada na garganta duma criança com menos de 1 ano, deve-se fazer, rapidamente, o seguinte:

- Segurar a criança pelas pernas de modo a que a cabeça fique virada para baixo (pernas para o ar).
- Dar 5 palmadinhas fortes nas costas da criança.
- Repetir isto, várias vezes, se necessário, e até que a criança comece a respirar normalmente.

Se não funciona, verifique se há um objecto na boca e retirar se houver.

Na criança maior de 1 ano, posicione como ilustrado:

- Dar 5 palmadinhas fortes nas costas da criança.

Se não funciona, faça a manobra ilustrada na página anterior para os adultos, com a criança de pé numa cadeira.

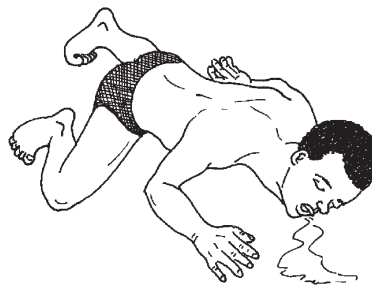
Se não funciona, verifique se há um objecto na boca e retirar se houver.



Afogamento

Em caso de afogamento, se a pessoa está a respirar, coloque-a na Posição Lateral de Segurança.

Se a pessoa não respira, inicie a respiração boca-a-boca imediatamente.



“Golpe” de calor

Sinais: A pessoa que trabalha e transpira muito por causa do calor, pode ficar muito fraca e talvez se sinta a desmaiar. A pele fica fria e húmida. A pulsação torna-se rápida e fraca. Geralmente a temperatura do corpo permanece normal.

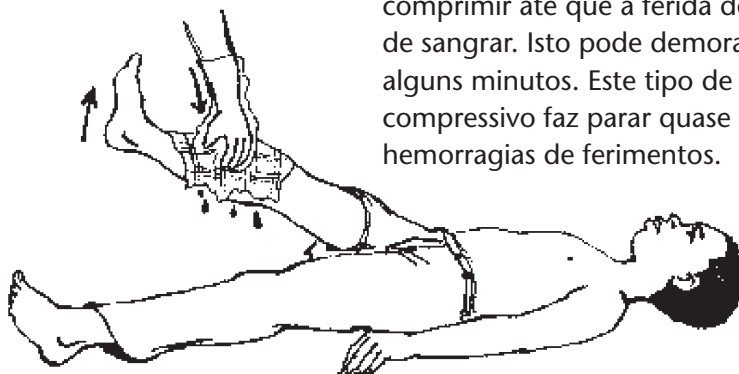
Tratamento: manter a pessoa deitada num local fresco, levantar os pés. Dar muito água. Se estiver inconsciente, não dar nada pela boca.

Feridas

COMO CONTROLAR A HEMORRAGIA DE UMA FERIDA

1. Levantar a parte do corpo que está ferida

2. Com um pano limpo, comprimir directamente a ferida. Continuar a comprimir até que a ferida deixe de sangrar. Isto pode demorar alguns minutos. Este tipo de penso compressivo faz parar quase todas as hemorragias de ferimentos.



Evitar a contaminação da pele com sangue da pessoa socorrida, usando um pano grande, luva ou plástico limpo para proteger a mão.

Enrolar com firmeza uma ligadura à volta do membro e mantê-lo elevado. A própria pessoa pode aplicar pressão directa sobre o ferimento.

Se a hemorragia ou o ferimento forem graves, levantar os pés e baixar a cabeça, para evitar o choque (ver pág. 243).

Tratamento das feridas

A limpeza é fundamental para prevenir a infecção e ajudar as feridas a cicatrizar.

Primeiro, lavar bem as mãos com água e sabão. Depois, lavar a ferida com bastante água corrente e sabão, tendo a cuidado de retirar toda a sujidade.



Pode-se usar uma seringa ou uma pêra de borracha para irrigar a ferida, assim ajudando a sua limpeza. Qualquer resto de sujidade que fique na ferida pode causar infecção.

Depois do ferimento estar limpo, secar bem e cobrir com uma compressa (fazer um penso).

O penso deve ser suficientemente grande e espesso para cobrir a ferida.

Quando se está a tratar de feridas, **é preciso pensar sempre no risco do tétano e tomar as medidas necessárias** (ver pág. 262).

NUNCA colocar fezes ou lama na ferida, isso pode causar infecções perigosas como o tétano.

NUNCA colocar álcool ou tintura de iodo, directamente numa ferida; isso danifica os tecidos e atrasa a cura. Usar água e sabão.

Pensos e ligaduras

Os pensos são usados para cobrir a ferida e são normalmente de gaze ou compressa esterilizada.

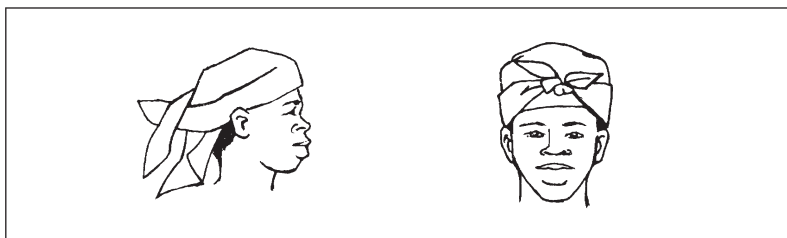
As ligaduras são usadas para manter a gaze posicionada sobre a ferida e evitar que se suje. Por isso, as ligaduras ou pedaços de pano utilizados como ligaduras também devem estar sempre muito limpos. Panos usados como ligaduras devem ser lavados e passados a ferro ou secos ao sol, em lugar limpo e livre de poeira, antes de serem utilizados de novo.

Nas mãos, não se deve aplicar muitas ligaduras, para permitir a sua movimentação o mais cedo possível.

Deve mudar-se o penso a cada 2-3 dias e vigiar a presença de sinais de infecção.

Se a ligadura está molhada e suja, deve ser retirada e a ferida deve ser lavada de novo. Depois, voltar a colocar uma ligadura limpa.

Exemplos de ligaduras:



ATENÇÃO: Quando se enrola uma ligadura num membro, deve-se ter cuidado para evitar que esta fique muito apertada e comprometa a circulação do sangue.

Feridas infectadas: como reconhecer e tratar

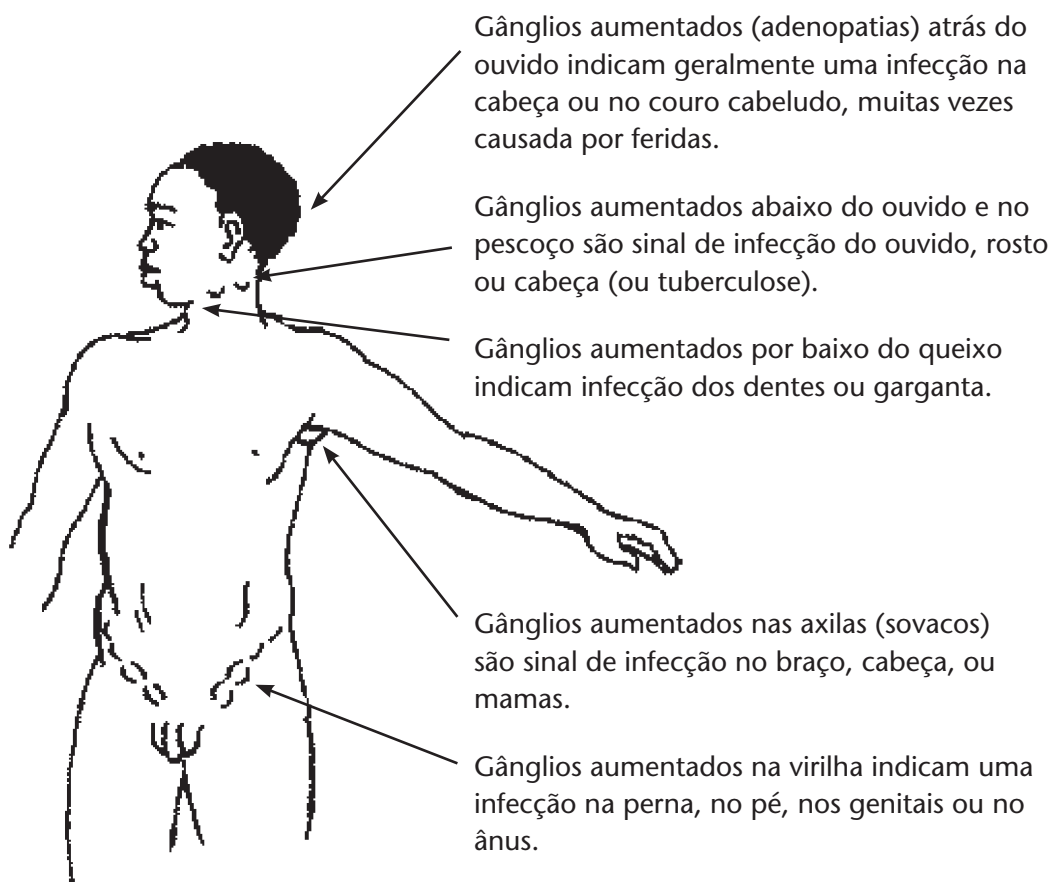
Uma ferida está infectada se:

- está inchada, quente e dolorosa,
- tem pus,
- tem mau cheiro.

A infecção está a espalhar-se para outras partes do corpo se:

- causa febre,
- há uma zona de inchaço à volta da ferida,
- e os gânglios linfáticos aumentam de volume e se tornam dolorosos.

Os gânglios linfáticos constituem pequenas “armadilhas” para os micróbios e formam pequenos caroços debaixo da pele, quando se infectam.



Tratamento das feridas infectadas:

- Remover suturas que eventualmente tenham sido colocadas.
- Lavar a ferida com água e sabão.
- Desinfectar a ferida com ceftriaxona e clorexidina (ver pág. 637).
- Colocar um penso.
- Manter a zona infectada em repouso e em posição elevada (mais alta que o coração).
- Se a infecção é grave, dar penicilina oral (ver pág. 694) ou injectável (ver pág. 695).
- Se for possível obter mel puro, aplicar na ferida, para ajudar a sarar. O mel diminui o edema (inchaço) e ajuda a limpar a ferida.

Se, passados 2 dias, a ferida não melhorar ou se o doente tiver febre, este deve ser enviado para uma unidade sanitária com mais recursos.

Gangrena gasosa

Infecção grave numa ferida, com muito mau cheiro, deitando um líquido cinzento ou castanho. A pele à volta da ferida está escura (preta) e formam-se bolhas de ar.

A infecção começa entre 6 horas a 3 dias depois da pessoa se ferir. A infecção piora e alastra rapidamente. Sem tratamento, a gangrena causa a morte em poucos dias.

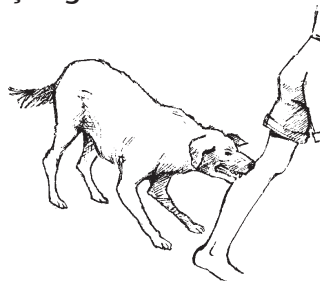
Tratamento:

- ◆ Abrir o ferimento, o máximo que for possível. Lavar muito bem com água e sabão. Remover todos os tecidos danificados e mortos. Dar **penicilina**, de preferência penicilina G, em doses altas por via E.V. (ver pág. 695).
- ◆ Cobrir com uma compressa.
- ◆ Transferir o doente imediatamente para uma unidade sanitária com mais recursos.

Feridas com alto risco de infecção grave

As feridas que se seguem têm um alto risco de infecção grave:

- feridas sujas, ou causadas por objectos sujos;
- feridas perfurantes e outras feridas profundas;
- feridas produzidas em locais onde se guardam animais – currais, pocilgas, etc.;
- feridas grandes com laceração dos tecidos;
- mordeduras, especialmente de cães, ratos, macacos ou pessoas;
- feridas por bala.



Cuidados especiais no tratamento das feridas de "alto risco"

1. Lavar bem a ferida com água limpa e sabão. **Retirar toda a sujidade, coágulos, e tecidos mortos ou muito lacerados.** Para tirar bem a sujidade, é melhor derramar água sobre a ferida, com uma seringa ou pêra de borracha.

2. Qualquer ferimento profundo corre um alto risco de **infectar**. Por esta razão, um **antibiótico**, de preferência penicilina (pág. 695), deve ser administrado imediatamente. Se a ferida for muito profunda, ou se houver a possibilidade de ainda ter sujidade, deve-se transferir o doente.

3. **Nunca se deve** fechar este tipo de ferida com suturas ou com adesivo em "borboleta". **Deixar a ferida aberta.** O doente tem que ser transferido para uma unidade sanitária com mais recursos. A ferida poderá ser suturada mais tarde.

4. O **risco de contrair tétano é muito grande** em pessoas que nunca foram vacinadas contra esta doença mortal. Para diminuir o risco, devem tomar-se as medidas descritas na pág. 262.

5. No caso de mordedura de animal, é preciso pensar também no perigo do doente contrair raiva. Neste caso, deve-se seguir as normas estabelecidas para o tratamento destas feridas (ver pág. 460).

Fechar as feridas grandes

Uma ferida grande recente que está muito limpa cicatriza mais depressa se os seus bordos forem unidos, de modo a que a ferida fique bem fechada.

Mas, só se deve fechar uma ferida, quando:

- ocorreu há menos de 12 horas,
- está muito limpa.

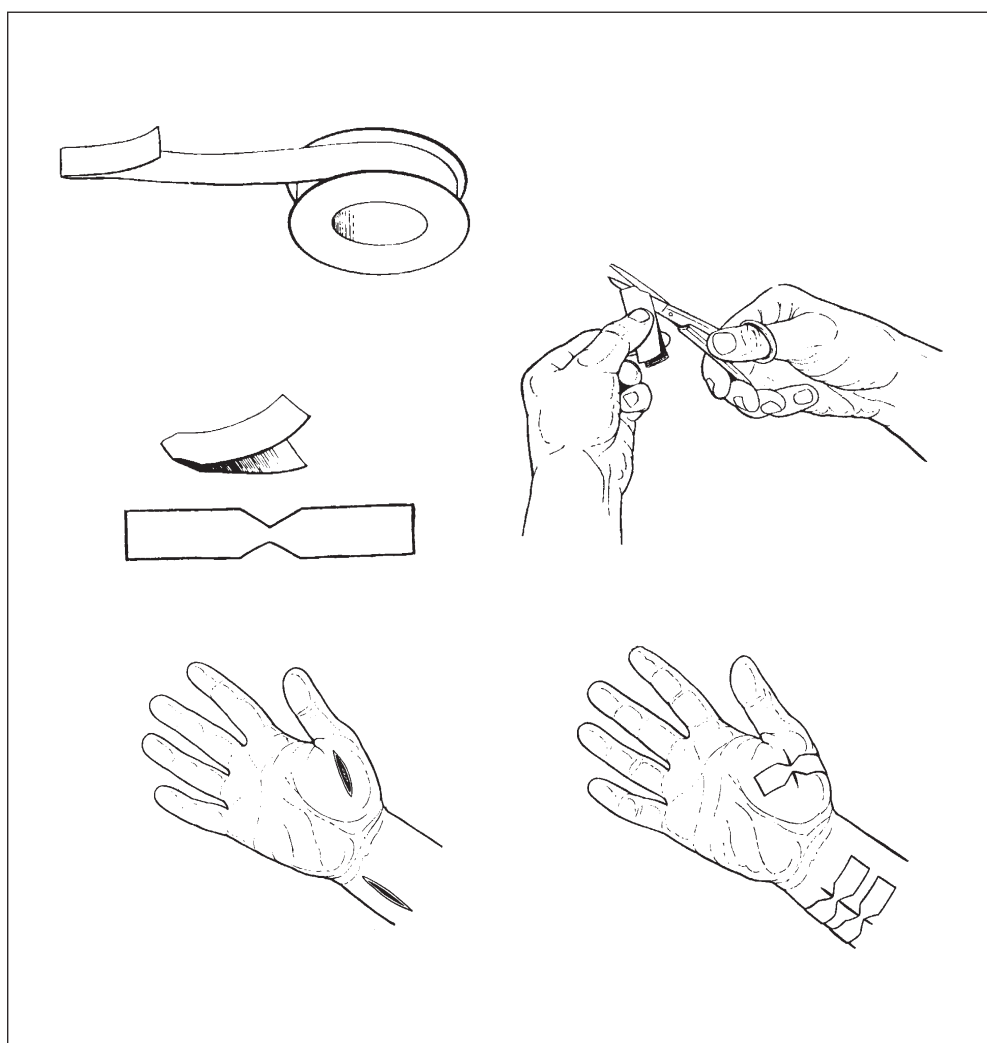
Antes de se fechar a ferida, deve-se lavá-la com água e sabão. Se possível, derramar água por cima, com uma seringa. Não pode ficar nenhuma sujeira escondida na ferida.

Há duas maneiras de fechar uma ferida: adesivo em forma de “borboleta” ou sutura.

Em geral, é melhor não suturar, devendo-se transferir o doente para uma unidade sanitária com mais recursos. Mas, se há tendões ou nervos expostos, deve-se aplicar apenas alguns pontos de aproximação, para os recobrir, antes de transferir o doente.

As vezes, é necessário suturar as feridas do couro cabeludo, pois é a única maneira de estancar a hemorragia.

CURATIVO DE ADESIVO EM FORMA DE “BORBOLETA”



Feridas por bala

- Lavar apenas a superfície exterior com água limpa e sabão e colocar um penso limpo. Em geral, é melhor não introduzir qualquer instrumento ou gaze no orifício causado pela bala.
- Se o ferimento sangra muito, controlar a hemorragia como descrito na pág. 252.
- Se a bala atingiu um osso, este pode estar fracturado. Imobilizar como recomendado na pág. 269.
- Administrar penicilina I.M. (ver pág. 696) e profilaxia contra o tétano, se necessário, conforme as normas na pág. 262.
- Administrar medicamentos para a dor (AAS ou paracetamol).

Transferir o doente com urgência para uma unidade sanitária com mais recursos.

Feridas profundas do tórax

Os ferimentos do tórax podem ser muito perigosos.

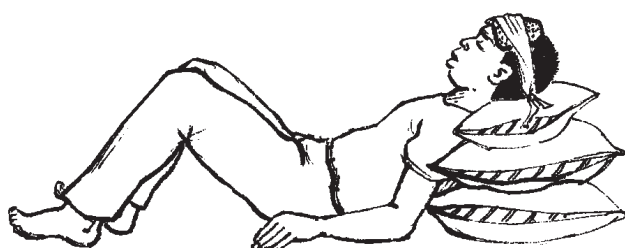
Neste caso, o doente tem que ser transferido com urgência para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica.

- Se a ferida atingiu os pulmões e o ar está a entrar pelo orifício, quando a pessoa respira, deve cobrir-se o ferimento imediatamente, de modo a que não entre mais ar, aplicando um penso espesso e firme sobre o orifício.
- Colocar a pessoa ferida na posição em que ela se sente melhor.
- Se há sinais de choque, fazer o tratamento adequado (ver pág. 243).
- Dar penicilina I.M. (ver pág. 696) e medicamentos para a dor (AAS ou paracetamol).

Feridas na cabeça, incluindo couro cabeludo

- Limpar a ferida com água e sabão.
- Suturar as feridas do couro cabeludo para controlar a hemorragia.
- Cobrir a ferida com um penso.

Colocar o ferido em posição “semi-sentada”.



Feridas profundas do abdómen

Qualquer ferimento que ocorra no abdómen é perigoso. Transferir o doente, urgentemente, para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica.

Mas antes:

Limpar à volta dos bordos da ferida com água e sabão.

Cobrir a ferida com um penso limpo e uma ligadura firme.

Se parte do intestino saiu para fora do ferimento, deve-se cobri-lo com um pano ou compressas limpos. Não se deve tentar empurrar o intestino para dentro. Manter o pano sempre humedecido com água limpa com um pouco de sal.



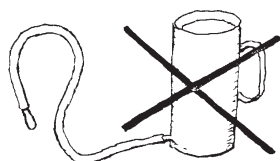
Se a pessoa ferida está em choque, colocar os pés mais altos do que a cabeça.

Não dar absolutamente nada pela boca: nem alimentos, nem bebidas, nem mesmo água.



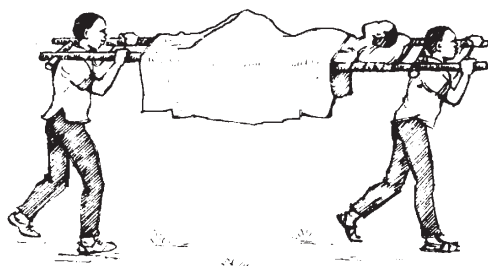
Se for possível, dar líquidos E.V.

Se o ferido tem muita sede, dar a chupar um pedaço de pano humedecido em água.



Nunca fazer clister, mesmo que o abdómen esteja distendido, ou a pessoa ferida não evacue há dias. Se o intestino está rasgado, um clister ou um purgante pode matar o doente.

Injectar antibióticos (ver instruções nas páginas a seguir).



LEVAR A PESSOA FERIDA IMEDIATAMENTE PARA O HOSPITAL OU UNIDADE SANITÁRIA MAIS PRÓXIMA.

A pessoa precisa de ser operada com **urgência!**

ANTIBIÓTICOS A UTILIZAR NOS FERIMENTOS DO INTESTINO (Também para peritonite)

Até se conseguir ajuda médica, fazer o seguinte:

Injectar

- **Ampicilina** (ver pág. 698)
- **Gentamicina** (ver pág. 701)
- **Metronidazol** (ver pág. 702)

Se não houver ampicilina:

- Injectar **penicilina** (ver pág. 695): cristalina (de preferência), E.V., ou procaína (ver pág. 696) como alternativa à cristalina, I.M.

Juntamente com a penicilina, injectar:

- **gentamicina** (ver pág. 701) e **metronidazol** (ver pág. 702)
- ou **cloranfenicol** (ver pág. 700)

Atenção: Se não estiver disponível nenhum destes antibióticos injectáveis, dar amoxicilina (ver pág. 697), juntamente com cloranfenicol (ver pág. 700), com pequena quantidade de água.

ACIDENTES POR MINAS

Para socorrer uma pessoa que foi vítima de uma mina: MUITO CUIDADO! PODE HAVER MAIS MINAS NO LOCAL!

- Avançar com muita calma e cuidado para o local do acidente.
- Quando não se está seguro sobre o terreno, solicitar sempre o apoio das equipas de desminagem e/ou militar que estejam mais próximas, para chegar até à pessoa que foi vítima do acidente.

No tratamento das feridas por minas deve-se seguir as mesmas normas de primeiros socorros mencionadas noutras partes deste capítulo.

Os ferimentos por minas ou explosivos não devem ser suturados.

Levar o doente, o mais rapidamente possível, para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica.

Prevenção de acidentes por minas

Algumas medidas podem ser tomadas para se evitar acidentes por minas.

Nos países em situação de guerra ou de pós-guerra recente, os agentes de saúde da comunidade e todos os trabalhadores de saúde devem procurar saber da possível existência e localização de minas na sua zona. Isto, para que possam contribuir para alertar a população sobre os riscos de acidentes por minas e aconselhar algumas medidas importantes para os prevenir.

PROCURAR INFORMAÇÕES SOBRE A EXISTÊNCIA E A LOCALIZAÇÃO DE MINAS NA ZONA

Saber junto de militares, de equipas de desminagem e/ou de pessoas que vivem na zona desde o tempo da guerra, sobre: locais onde já tenham ocorrido combates; locais onde já foram registados acidentes por minas; e locais já identificados como zonas minadas, ou zonas livres de minas.

Geralmente, as zonas já identificadas como zonas minadas são marcadas com sinais convencionais de alerta de perigo de minas.



Sinal de perigo de minas

É necessário alertar e educar as pessoas para:

- Caminhar sempre com atenção aos sinais de perigo de minas.
- **Cuidado:** estes sinais podem estar partidos ou camuflados pela vegetação.
- Nunca entrar nos locais com sinais de alerta.
- Se afastarem das zonas sobre as quais existem dúvidas da existência de minas.
- Nunca tocar, puxar ou arrancar arames pois estes podem ter sido colocados para funcionar como detonadores de minas ou de outros engenhos explosivos.
- Não apanhar (principalmente as crianças), objectos estranhos para brincar pois podem ser engenhos explosivos.

O risco de tétano

Quando se está a tratar de feridas, é preciso pensar sempre no risco do tétano (ver pág. 455). O risco de desenvolver tétano é pequeno quando se trata de ferimentos pequenos e superficiais que apresentam uma contaminação mínima. Mas, por vezes, mesmo esses ferimentos podem causar tétano se não forem bem limpos e tratados. Em geral, o risco de tétano é grande quando os ferimentos são extensos e profundos e quando estão sujos com terra ou fezes de animais.

Por isso, as feridas devem ser sempre muito bem limpas, de acordo com as instruções acima descritas.

Pode prevenir-se o tétano com a vacina contra o tétano (VAT, ver pág. 231) e, se for necessário, o soro antitetânico (SAT, ver pág. 742) também.

Se o doente nunca recebeu a VAT, ou tem uma vacinação incompleta (< 3 doses) contra tétano, ou se houver dúvidas, então é necessário avaliar o risco de desenvolver tétano.

Se a ferida é superficial, pequena, e sem contaminação, o risco de tétano é mínimo: dar 1 dose de VAT. O doente deve fazer a segunda dose de VAT após 4 semanas e a terceira dose 6 meses após a primeira dose.

Para todas as outras feridas, dar 1 dose de VAT e começar a administrar SAT (ver pág. 742). Iniciar, igualmente, o tratamento com penicilina.

A VAT e o SAT devem ser administrados em locais e com seringas diferentes.

CUIDADO! É preciso estar atento às possíveis **alergias** ao SAT e tomar as medidas necessárias para as evitar, antes de o utilizar (ver pág. 129).

Se o doente já tinha sido adequadamente vacinado contra o tétano antes de ser ferido, ou seja o doente já fez, pelo menos, 3 doses da **vacina antitetânica (VAT)**, então o risco de desenvolver tétano é mínimo. Dar VAT só se decorreram 10 anos ou mais desde a última dose.

Se o risco é grande, ou se há dúvidas, e se decorreram 5 anos ou mais desde a última dose: dar 1 dose de VAT (reforço). Iniciar, igualmente, o tratamento com penicilina.

Emergências relacionadas com problemas do intestino (abdómen agudo)

Abdómen agudo é o nome dado a uma série de condições dolorosas, agudas e graves do abdómen, em que a cirurgia de urgência é quase sempre necessária para impedir a morte. A apendicite, a peritonite e a obstrução intestinal são alguns exemplos (ver as páginas seguintes). Frequentemente não se descobre a causa exacta do abdómen agudo até que o cirurgião abra o abdómen e examine o seu interior.

Suspeitar de abdómen agudo, quando uma pessoa tem uma dor abdominal intensa, acompanhada de vômitos, mas sem diarreia.

Abdómen agudo: Transferir com urgência – pode ser necessário operar

- dor intensa constante e que continua a piorar
- obstipação e vômitos
- abdómen distendido (barriga inchada), duro, e a pessoa protege a barriga com as mãos
- estado geral grave

Se uma pessoa revela sinais de abdómen agudo, deve ser transferida o mais rapidamente possível para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica.

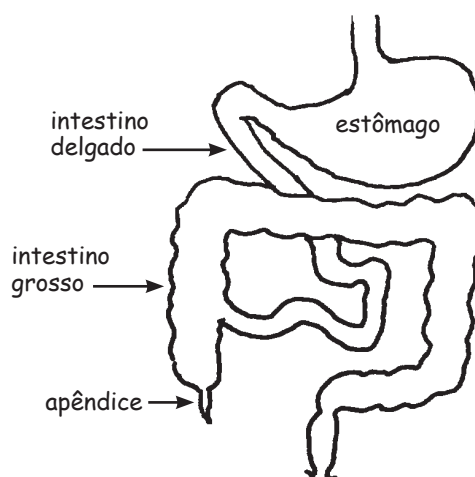
Há outras causas de dores abdominais que não são tão graves e podem ser tratadas em casa ou no centro de saúde. A dor vem e passa, às vezes há diarreia, e já não é a primeira vez que a pessoa tem este problema. O estado geral não é grave

Apêndice, peritonite

Estas situações são graves e exigem muitas vezes cirurgia. Transferir, o mais rápido possível, para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica.

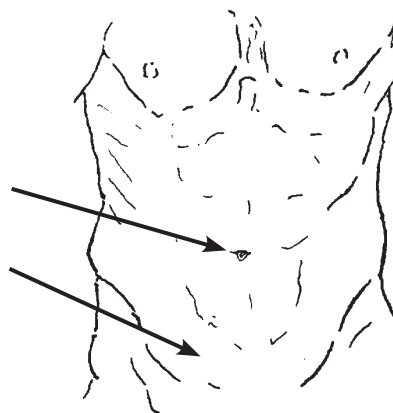
A apêndice é uma infecção do **apêndice**, um pequeno saco em forma de dedo anexo ao intestino grosso na parte inferior direita do abdómen. O apêndice infectado às vezes rebenta e causa uma **peritonite**.

A peritonite é uma infecção aguda e grave do tecido que forra o interior do abdómen e cobre o intestino. Geralmente a peritonite acontece quando o apêndice, ou outra parte do intestino, rebenta, rasga ou perfura.

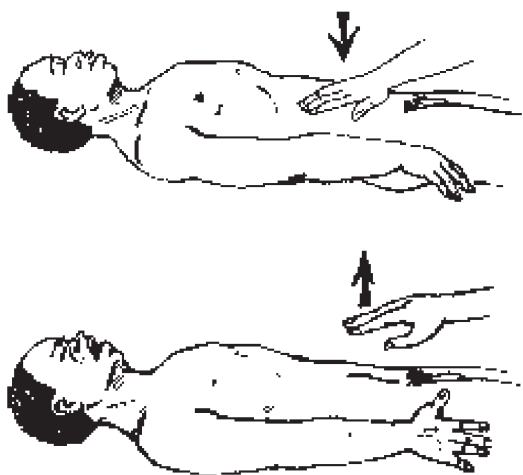


Sinais de apendicite:

- O sinal principal é uma dor persistente no abdómen que piora cada vez mais.
- Muitas vezes começa com dor ao redor do umbigo, que depois se localiza no lado direito da parte inferior do abdómen.
- Pode haver perda de apetite, vômitos, prisão de ventre, ou febre ligeira.



Os sinais mais importantes de apendicite e peritonite ao exame clínico são dor, defesa muscular, e rigidez.



Um dos sinais de peritonite é dor à descompressão. Pressionar a parede do abdómen devagar, mas com firmeza, até doer ligeiramente. Depois, retirar a mão rapidamente.

Se houver uma dor muito aguda quando se retira a mão (dor à descompressão), é sugestivo de apendicite (especialmente se for localizada ao quadrante inferior direito) ou peritonite.

Se há suspeita de que uma pessoa está com uma apendicite ou uma peritonite:

- Começar logo a administrar **antibióticos**, como indicado na pág. 260.
- **Transferir o doente**, o mais rapidamente possível, para uma unidade sanitária onde possa ser operado.
- **Não dar nada pela boca** e não fazer clister. Se for possível, dar líquidos por via E.V.
- O doente deve ser colocado em posição semi-sentada.

NOTA: Quando a peritonite já está num estado avançado, o abdómen fica duro como uma tábua – **ventre em tábua** – e a pessoa sente dor intensa mesmo quando se lhe toca levemente na barriga. A **vida** desta pessoa está em **perigo** e a sua transferência é ainda **mais urgente**.

Obstrução intestinal

A causa do abdómen agudo pode ser algo que obstrói ou bloqueia uma parte do intestino, impedindo a passagem de alimentos e fezes. As causas mais frequentes são:

- intestino que fica encarcerado (apertado) numa hérnia (ver pág. 313).
- porção do intestino que escorrega para dentro da porção que se lhe segue (invaginação intestinal).
- rolhão de vermes (ascaris, pág. 317).
- aderências: cicatrizes peritoneais como consequência de inflamação anterior.

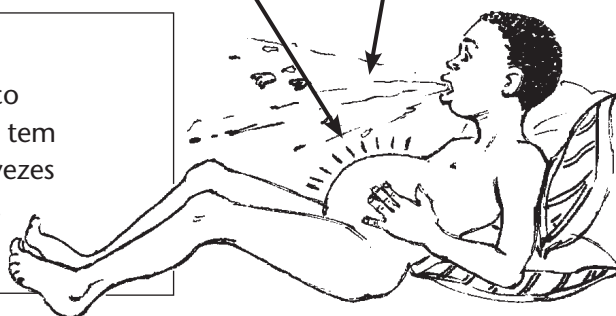
Quase todos os casos de abdómen agudo podem mostrar sinais de obstrução. Como o movimento do intestino causa dor, ele deixa de se movimentar.

Sinais de obstrução intestinal:

- Dor abdominal intensa, contínua. O abdómen está distendido, duro e muito sensível. A palpação é dolorosa. A pessoa adopta uma posição em que tenta proteger a barriga, mantendo as pernas dobradas. À auscultação, o abdómen está geralmente silencioso (não se ouvem os sons normais do intestino). Ocasionalmente, podem ouvir-se ruídos intestinais espaçados.

- Vômitos repentinos e em jacto, que podem conter bÍlis ou cheirar a fezes e ter um aspecto de fezes.

- A pessoa está com prisão de ventre (o intestino tem pouco ou nenhum movimento). Se tem diarreia, é muito pouca. Às vezes só sai muco ensanguentado.



Transferir com urgência para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica.

Queimaduras

Prevenção:

A maior parte das queimaduras podem ser evitadas. É preciso ter cuidado, principalmente com as crianças:

- ◆ Não deixar as crianças aproximarem-se do lume.
- ◆ Manter candeeiros de petróleo, velas e fósforos fora do alcance das crianças.
- ◆ Os candeeiros de petróleo devem ser colocados sobre uma base estável.
- ◆ Virar os cabos das frigideiras e panelas que estão no fogão, de modo a que as crianças não os possam alcançar.



Queimaduras superficiais

Para aliviar a dor e diminuir o dano causado por uma queimadura superficial, deve-se colocar, **imediatamente**, a zona queimada em água fria durante 10-20 minutos. Dar analgésicos para as dores.



Não se deve rebentar as bolhas. Se as bolhas já estão rebentadas, devem ser lavadas suavemente com água limpa e sabão. Desinfectar com cetrimida e clorexidina (pág. 737). Se a queimadura é pequena, pode deixar-se exposta ao ar. Também se pode colocar gaze gorda ou uma compressa esterilizada untada com vaselina sobre a queimadura, especialmente se estiver sobre uma articulação. Nunca untar com óleo ou com manteiga.

**É muito importante manter a queimadura o mais limpa possível.
Proteger a queimadura da sujidade, poeira e moscas.**

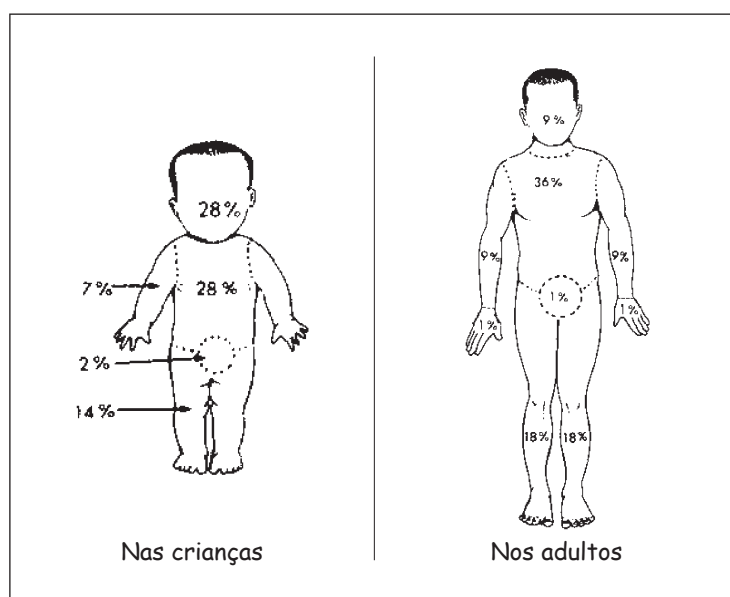
Se aparecem sinais de infecção, transferir o doente para uma unidade sanitária com mais recursos.

Não é necessário dar antibióticos em todas as queimaduras. Nas queimaduras extensas, administrar amoxicilina (ver pág. 695). Se a ferida não curar em 2-4 semanas, enviar o doente a uma unidade sanitária com mais recursos.

Queimaduras profundas ou extensas

As queimaduras profundas que destroem totalmente a pele são sempre graves. Também as queimaduras que abrangem áreas extensas – mais que 10% da área do corpo, nas crianças, e 15% nos adultos (a área da mão do doente corresponde a 1%) – são sempre graves.

AS PERCENTAGENS DAS QUEIMADURAS DE ACORDO COM A ÁREA DO CORPO ABRANGIDA



Nestes casos, transferir o doente com urgência para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica. Entretanto, deve fazer-se a limpeza e o penso da queimadura como descrito atrás para as queimaduras superficiais.

Se não for possível transferir o doente imediatamente, o penso deve ser renovado depois de 2-3 dias. Entretanto, administrar amoxicilina.

Nunca colocar óleo, peles de animais, café, ervas, colgate ou fezes sobre as queimaduras.

Cobrir a queimadura com **mel** acelera a cura e ajuda a prevenir e controlar a infecção. Remover o mel de 2-2 dias, com cuidado, e aplicar de novo.

Precauções especiais nas queimaduras muito graves

Qualquer pessoa com uma queimadura muito grave pode entrar em choque (ver pág. 243), por causa dos líquidos corporais que se perdem através da pele queimada.

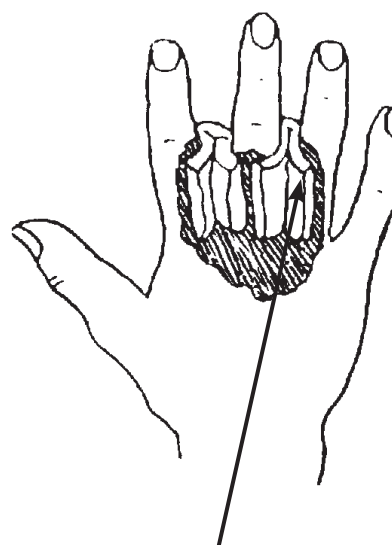
É necessário confortar e tranquilizar a pessoa queimada, enquanto se procede à sua transferência para uma unidade sanitária com mais recursos, o mais rapidamente possível.

Dar muitos líquidos à pessoa queimada. Esta deve beber sempre que puder, principalmente até começar a urinar com frequência. Se tiver mais de 10% da área do corpo queimada, dar lactato de Ringer (ver pág. 728) por via E.V.

É importante, para uma pessoa com uma queimadura grave, comer muitos alimentos ricos em proteínas.

Queimaduras ao redor das articulações

Quando uma pessoa sofre uma queimadura entre os dedos, nas axilas, cotovelos, pescoço ou sobre outras articulações, deve fazer-se o penso como descrito ao lado. Isto é para evitar que, durante a cura, estas superfícies fiquem coladas umas às outras. Os dedos, cotovelos e joelhos e outras articulações em zonas queimadas devem ser mobilizados (movimentados) gentilmente, a partir do primeiro dia, várias vezes ao dia, até à cura. Isto é doloroso, mas ajuda a prevenir a formação de cicatrizes rígidas que mais tarde vão dificultar os movimentos. Enquanto a mão queimada está a sarar, os dedos devem ser mantidos ligeiramente dobrados.



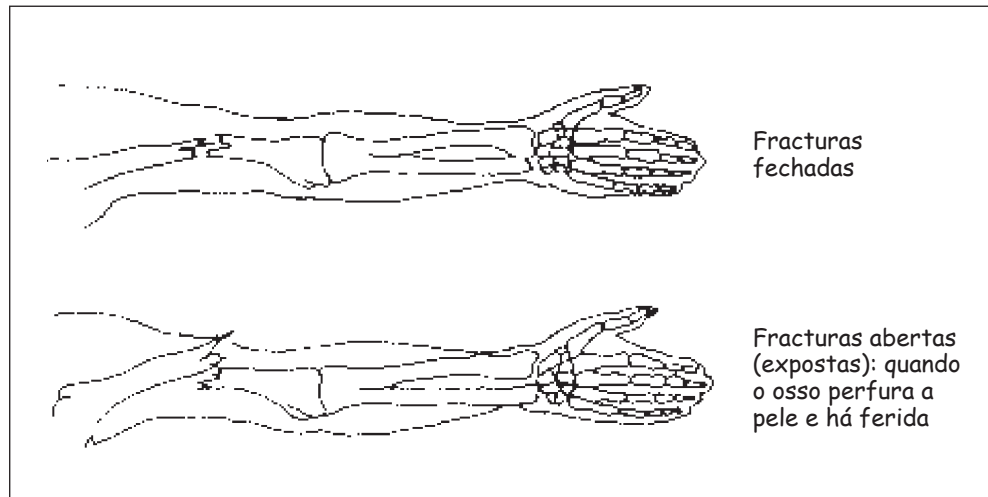
Pensos de gaze esterilizada com vaselina.

A mobilização das articulações pode ser feita pelo próprio doente, em casa, depois de o trabalhador de saúde lhe ter mostrado como se faz.

Fracturas (ossos partidos)

Deve-se suspeitar de fractura, depois duma queda ou acidente, quando o doente não consegue realizar movimentos normais do membro. O doente sente uma dor intensa no local, que aumenta quando tenta fazer movimentos.

Há 2 tipos de fractura:



Quando se suspeita de uma fractura:

- ◆ Movimentar o mínimo possível o membro ferido
- ◆ Verificar se a fractura é aberta ou fechada. Se a fractura é aberta, tratar primeiro a ferida
- ◆ Verificar se o doente tem mais fracturas
- ◆ Imobilizar a fractura na posição mais cómoda para o doente
- ◆ Transferir o doente para uma unidade sanitária com mais recursos

Quando um osso está partido, o mais importante é **mantê-lo numa posição fixa (imobilização)**. Isso facilita a consolidação (cura) do osso e evita incapacidade.

Como transportar uma pessoa com fractura

Antes de tentar movimentar ou transportar uma pessoa com uma fractura, é preciso tentar fazer uma imobilização provisória. Isto pode ser feito com talas, com uma tira de casca de árvore, ou com um papelão grosso. Antes de aplicar a tala, a zona da fractura deve ser bem almofadada com algodão. A imobilização deve começar acima da articulação mais próxima e ir até abaixo dela.

CUIDADO: Mesmo que a tala não esteja muito apertada quando é colocada, é preciso ter em conta que o local da fractura pode inchar mais tarde. Se a pessoa se queixa que a tala está muito apertada, ou se os dedos das mãos ou dos pés ficarem inchados, frios, ou azulados, deve-se retirar a tala imediatamente e colocar uma nova, mais folgada.

Mais tarde pode-se fazer a imobilização definitiva (p. ex., com gesso) na unidade sanitária mais próxima.

Fracturas expostas: ossos partidos que perfuram a pele

No caso de uma fractura exposta o perigo de infecção é muito grande. É muito importante **limpar bem a ferida** e o osso exposto, com água, antes de transportar o doente.

Usar imediatamente um antibiótico (penicilina, ampicilina ou cloranfenicol), em doses altas (ver págs. 695, 698, 700), para prevenir a infecção.

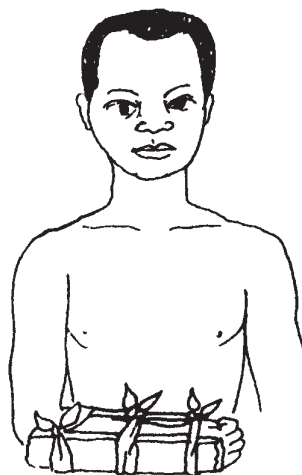
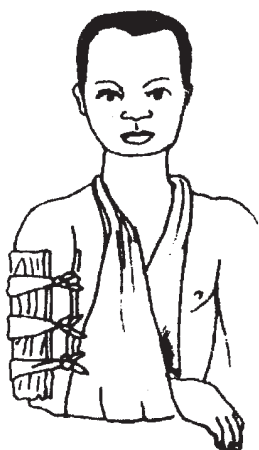
Reduzir a fractura: alinhar os ossos partidos

Se os ossos estão mais ou menos alinhados, é melhor não mexer. Isso poderá causar mais danos do que benefícios.

Mas se os ossos estão muito fora da posição normal e a fractura é recente, pode ser necessário tentar reduzir (endireitar os ossos) temporariamente, antes de imobilizar o membro e transferir o doente. A redução de uma fractura é uma manobra dolorosa, por isso, deve-se dar analgésicos e diazepam oral ou injectável para aliviar a dor e relaxar os músculos (ver pág. 727).

FRACTURAS DO MEMBRO SUPERIOR (BRAÇO E ANTEBRAÇO)

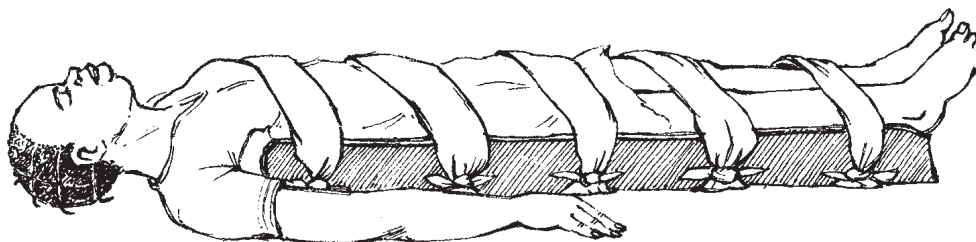
- Se for no braço, imobilizar a fractura com uma tala e com um lenço triangular suspenso do pescoço (improvisar com um lenço ou capulana).
- Se a fractura for no antebraço, imobilizar com duas talas de madeira ou de papelão grosso que podem ser fixadas com ligaduras.



A zona da fractura deve ser sempre bem almofadada.

Fractura do fémur

Uma fractura do fémur exige uma atenção especial. O melhor é colocar uma tala ao longo de todo o corpo, assim



e levar a pessoa ferida, imediatamente, para a unidade sanitária mais próxima.

Fractura da coluna ou do pescoço

Quando se suspeita que uma pessoa possa ter uma fractura da coluna ou do pescoço, é preciso ter **muito cuidado ao movimentar** o doente. Evitar: flexão do pescoço, virar o doente e movimentos de torção da coluna. Para transportar, proceder com se descreve atrás para uma pessoa gravemente ferida.

Fractura de costelas

São muito dolorosas, mas, em geral, consolidam por si próprias. Não é preciso colocar talas ou ligaduras no peito. O melhor tratamento é administrar um analgésico e fazer repouso.

Uma costela partida raramente perfura o pulmão. Mas se a pessoa ao tossir cospe sangue ou tem dificuldades para respirar, dar antibióticos: penicilina (ver pág. 695) ou ampicilina (ver pág. 698) e transferir com urgência para uma unidade sanitária com mais recursos.

Quanto tempo demora a consolidar (curar) uma fractura?

Quanto mais grave for a fractura e mais velha for a pessoa, mais tempo demora a consolidar.

Nas crianças, os ossos consolidam mais rapidamente. Em pessoas mais idosas, às vezes nunca chegam a consolidar. Um braço partido deve permanecer engessado mais ou menos durante 1 mês e uma perna partida cerca de 2 meses.

Luxações (Ossos que saíram do lugar na articulação)

Uma articulação é uma zona onde 2 ou mais ossos se juntam. Uma luxação é a “deslocação” de 1 ou mais ossos duma articulação, devido a traumatismo.

Deve-se **suspeitar de luxação** quando uma articulação apresenta: edema (inchaço); dor; impossibilidade de movimentar a articulação; deformidade local.

Conduta a seguir em caso de suspeita de luxação:

- ◆ Diminuir a dor. Dar analgésicos.
- ◆ Fazer uma imobilização provisória.

A redução de luxações (recolocar os ossos no lugar) só deve ser feita por pessoas experientes. Os doentes com luxações devem ser transferidos, com a maior brevidade possível, para uma unidade sanitária com mais recursos.

Se a luxação não for reduzida a tempo, o doente corre o risco de ficar com o membro deformado para o resto da vida.

Três pontos importantes no tratamento:

- ◆ Redução da luxação. **Quanto mais cedo melhor!**
- ◆ Manter a articulação imobilizada com ligaduras durante 1 mês, de modo a que não se desloque de novo.
- ◆ Evitar forçar o membro para que a articulação cure por completo (2 ou 3 meses).

Distensões e entorses (traumatismos dos tecidos moles das articulações)

A distensão é o “estiramento” dos ligamentos causado por uma torção da articulação. Se o traumatismo é grave e os ligamentos sofreram uma ruptura, então trata-se de uma entorse.

Muitas vezes é impossível saber se uma mão ou um pé sofreu uma distensão, uma entorse, ou uma fractura. Tirar uma radiografia do membro traumatizado irá ajudar a saber se há ou não uma fractura óssea.

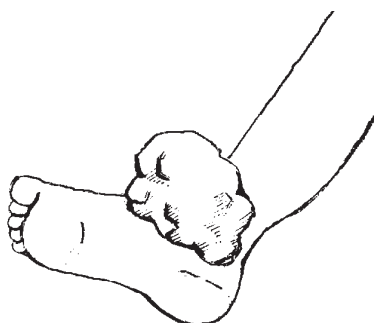
Se o membro ainda pode ser usado, por exemplo, se a pessoa com uma lesão no tornozelo consegue andar um pouco e sair do lugar do acidente, então é pouco provável que tenha um osso fracturado. Se está inchado e dói, pode ser uma distensão ou uma entorse. Se a pessoa não pode mesmo pôr o pé no chão, então deve-se suspeitar de fractura e deve-se transferir para uma unidade sanitária com mais recursos.

Tratamento de entorses:

Para aliviar a dor e o inchaço, a zona afectada deve ser mantida em posição elevada, durante 3-5 dias. Embrulhar gelo num pano e/ou plástico, ou preparar pachos frios e húmidos e colocar sobre a articulação inchada, durante 10-20 minutos, de hora a hora, nos primeiros 2 dias.

No primeiro dia, colocar um saco com gelo ou pachos frios sobre a articulação afectada.

Pode-se manter a articulação com a entorse numa posição correcta, utilizando uma ligadura elástica.

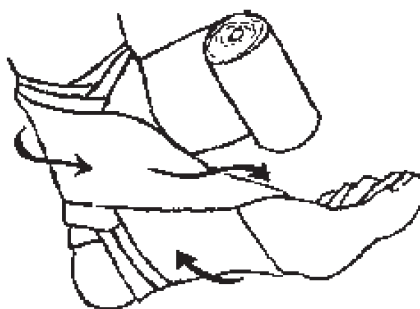


Ligar o pé e o tornozelo com uma ligadura elástica também ajuda a reduzir o inchaço.

Começar a enrolar a ligadura perto dos dedos e continuar a enrolar para cima, como se mostra aqui.

Ter o cuidado de não apertar muito a ligadura. Dar também AAS ou paracetamol.

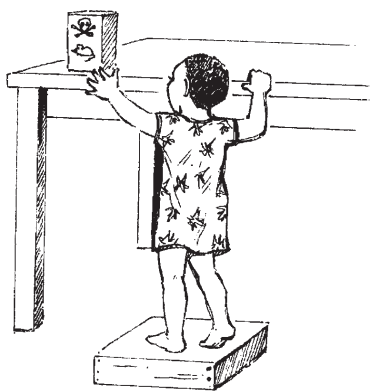
Se o inchaço e a dor não diminuírem depois de 48 horas, transferir o doente para a unidade sanitária mais próxima.



Envenenamento

Muitas crianças morrem porque ingerem coisas venenosas. Para proteger as crianças devem ser tomadas as seguintes precauções:

Manter produtos tóxicos e venenosos fora do alcance das crianças.



Nunca se deve usar garrafas de refrigerantes para guardar petróleo, gasolina ou outro produto tóxico. As crianças podem querer beber, pensando que é refresco.



Não guardar substâncias perigosas no mesmo lugar das outras. Por exemplo, não colocar o açúcar no mesmo lugar onde se guarda veneno para matar ratos.

Fechar o armário onde se guardam medicamentos, ou esconder os medicamentos.

ALGUMAS SUBSTÂNCIAS TÓXICAS COMUNS COM QUE SE DEVE TER MUITO CUIDADO:

- veneno para matar ratos
- pesticidas (ver pág. 215)
- **petróleo**
- sementes tóxicas (p. ex.: cereais tratados com insecticidas e preparados para a sementeira)
- bebidas alcoólicas
- medicamentos (qualquer que seja, quando tomado em excesso). Ter cuidado especial com: **AAS, paracetamol, cloroquina, sal ferroso e pílulas**
- lixívia e detergentes
- folhas, sementes e frutos venenosos: por exemplo, feijão-macaco, gala-maluco e cogumelos

Medidas imediatas:

- ◆ **Não provocar o vômito**, se a intoxicação foi provocada pela ingestão de petróleo, ácidos fortes, lixívia ou soda cáustica. Se a pessoa está consciente, dar a beber muita água e/ou leite.
- ◆ Se a pessoa ingeriu outro tipo de produto tóxico (por exemplo: frutos venenosos, sementes envenenadas, veneno contra ratos, pesticidas, medicamentos) e está consciente, deve-se fazer **imediatamente** o seguinte: **provocar o vômito**, metendo o dedo ou o cabo de uma colher no fundo da garganta, comprimindo a base da língua; dar **carvão activado** (ver pág. 742).
- ◆ Cobrir a pessoa se ela sente frio.

Se a intoxicação é grave, transferir imediatamente o doente para uma unidade sanitária com mais recursos.

Como é que as pessoas ficam doentes por causa dos pesticidas?

Os pesticidas podem envenenar as pessoas de diferentes formas: **através da pele, através dos olhos, através da boca (ingestão), ou através do ar (respiração)**. Cada tipo de envenenamento requer um tratamento específico.

Uma pessoa exposta aos pesticidas pode ter mais do que um sinal de envenenamento. Alguns sinais aparecem logo que a pessoa se expõe, mas outros só aparecem depois de horas, dias, semanas ou então anos. Por isso, muitas pessoas expostas não se apercebem que estão expostas ou envenenadas. Os agricultores não são os únicos que estão em risco. Crianças, as pessoas que lavam a roupa, colectores de lixo, e outros membros da comunidade, também podem correr o mesmo risco.

SINAIS DE ENVENENAMENTO POR PESTICIDAS:

Nariz e boca:

- Muito ranho
- Muita saliva

Peito e pulmões:

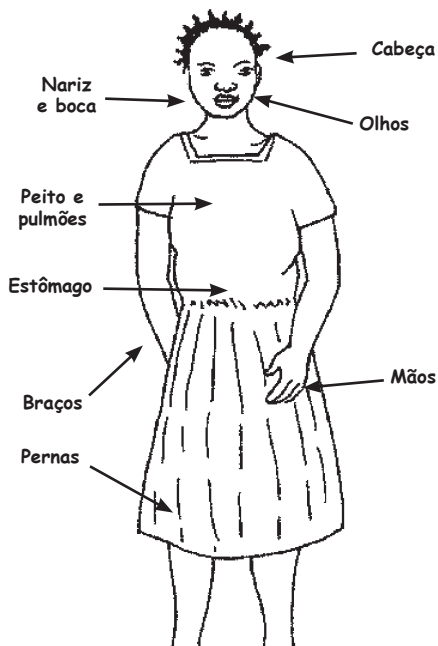
- Dor
- Dificuldade respiratória

Estômago:

- Dor
- Diarreia
- Enjoos
- Vômitos

Pernas e braços:

- Prisão de músculos
- Dores
- Contrações musculares



Cabeça e olhos:

- Dores de cabeça
- Problemas de visão
- Pupilas pequenas

Mãos:

- Unhas danificadas
- Erupções cutâneas
- Formigueiros

Pele:

- Queimaduras
- Muita transpiração
- Inchaços
- Feridas
- Erupções cutâneas

Outros sinais gerais de envenenamento por pesticida:

- Confusão mental
- Fraqueza
- Dificuldade para andar
- Problemas de concentração
- Ansiedade, inquietação
- Maus sonhos
- Dificuldade em dormir

Sinais graves de envenenamento:

- Perda de consciência (desmaio)
- A pessoa não consegue controlar a urina
- Lábios e unhas azulados
- Tremores
- Convulsões (ataques) em crianças

Os pesticidas são mais perigosos para crianças porque:

- Elas são pequenas: quantidades de pesticidas que só causam doença em adultos, podem matar crianças.
- Elas respiram mais rápido que os adultos: adoecem mais facilmente pelo contacto de pesticidas no ar.
- Elas estão sempre a mexer em tudo e muitas vezes levam as mãos à boca: têm mais probabilidades de ingerir venenos.
- Elas são baixinhas: estão mais perto do chão e portanto mais facilmente respiram químicos que foram espalhados na machamba.

Tratamento imediato da intoxicação por pesticida:

- ◆ Se a pessoa não está a respirar, fazer rapidamente respiração boca-a-boca (ver pág. 249).
- ◆ Seguir as instruções atrás descritas, para fazer a pessoa vomitar, e dar carvão activado (ver pág. 742) ou clara de ovo para absorver o veneno dentro do intestino. Mas não se deve fazer a pessoa vomitar se não se sabe que tipo de pesticida a pessoa esteve a usar, ou se ingeriu o pesticida com gasolina, petróleo ou com outros líquidos “à base de petróleo”.
- ◆ Tirar as peças de roupa encharcadas de pesticida e lavar a pele exposta ao pesticida.

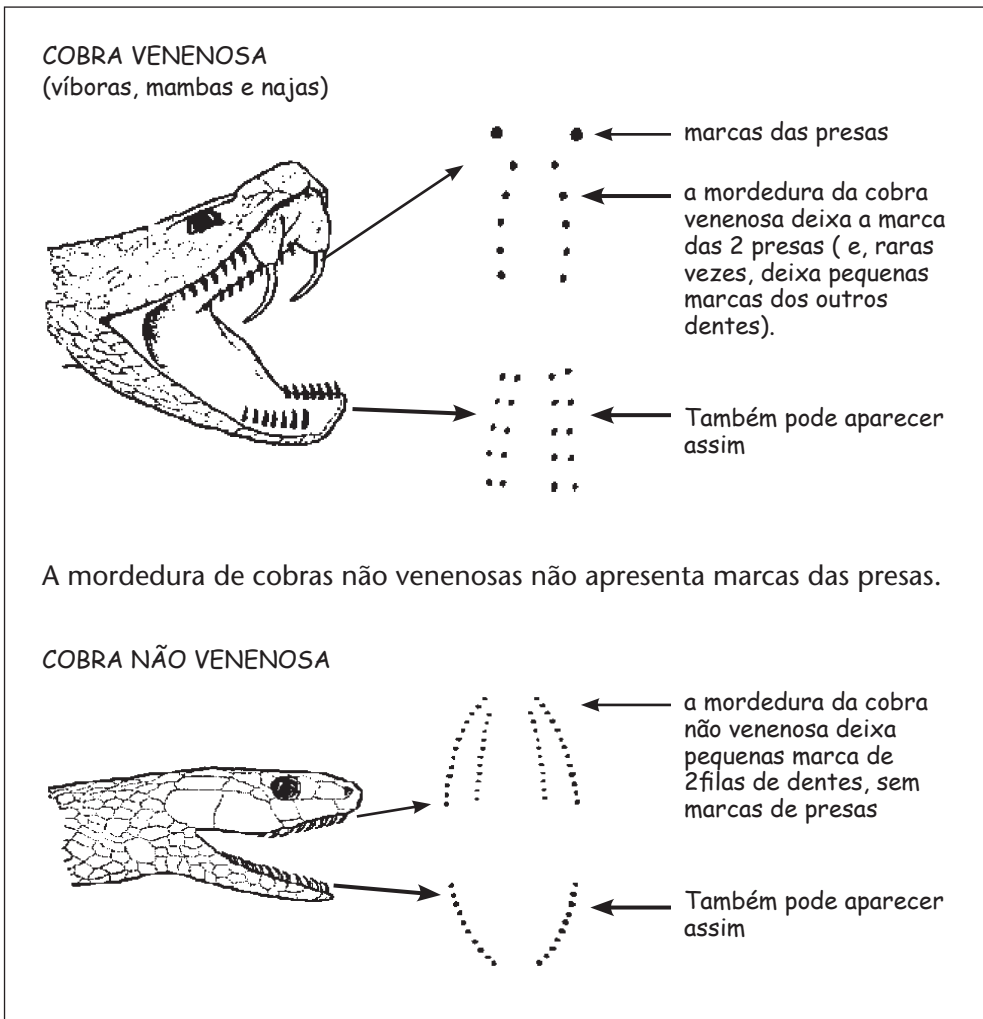
Mordeduras de cobra

Todas as pessoas que são mordidas por cobras ficam muito assustadas e com medo.

Devem ser levadas com urgência para a unidade sanitária mais próxima.

Existem 2 tipos de cobras:

- As cobras **não venenosas**, que **não possuem presas** (dentes grandes que injectam o veneno).
- As cobras **venenosas**, que **possuem presas**: dentes grandes com cavidades – como se fossem agulhas de injeção – que a cobra venenosa enterra no corpo da vítima para injectar o veneno.



Em muitos países africanos existem cerca de 100 tipos de cobras, das quais não mais que 10 são venenosas.

Mordeduras por cobras não venenosas

Existem cerca de 50 tipos de cobras não venenosas. Geralmente, estas apresentam uma cabeça ovalada e olhos arredondados.

- A cobra verde africana, é uma cobra não venenosa comum. É de cor verde clara, fina como um dedo e pode medir até 3 metros. Estas cobras vão para perto das casas à procura de lagartos, ratos ou rãs. Elas não são perigosas para as pessoas e quando são vistas, não há necessidade de ter medo delas ou de as matar. Raramente mordem os humanos e se o fazem, os dentes não têm veneno. Devem-se **procurar as marcas deixadas pelos dentes da cobra no local da mordedura**. Procurar com cuidado, porque por vezes não são fáceis de ver.

Mordeduras por cobras venenosas

Estas constituem, naturalmente, as mordeduras de cobra que podem ser muito perigosas. Em muitos casos, a quantidade de veneno é pequena e não há perigo de vida. Estima-se que em 100 pessoas mordidas cerca de 95 sobrevivem às mordeduras de cobra, mesmo sem tomarem um antiveneno.

Alguns tipos de cobra possuem presas que só causam **dor e inchaço ao redor da mordedura**, mas o veneno não se alastra para o resto do corpo e, por isso, não constituem perigo de vida.

O **envenenamento geral** (alastramento do veneno por todo o corpo), pode ocorrer em meia hora, ou levar até alguns dias.

Em Moçambique, as cobras venenosas incluem:

- **Naja e mamba** – o veneno causa fraqueza, dificuldade em manter as pálpebras abertas, ou para engolir, e finalmente paralisia.
- **Víbora** – o veneno causa muita dor e inchaço na zona da mordedura. Raramente, pode causar hemorragia nas gengivas e nos locais das marcas dos dentes e noutros locais.
- **Cobra das árvores e cobra-pássaro** – as presas são recuadas, pelo que é raro morderem. O veneno pode causar hemorragias externas e internas, devido a perturbações no mecanismo de coagulação do sangue.



A cobra das árvores deixa a marca das presas atrás.

Em Moçambique, a maior parte das mordeduras são causadas por víboras sopradoras. É uma cobra comum que se movimenta lentamente e que não consegue fugir das pessoas. Por isso, morde para se defender.

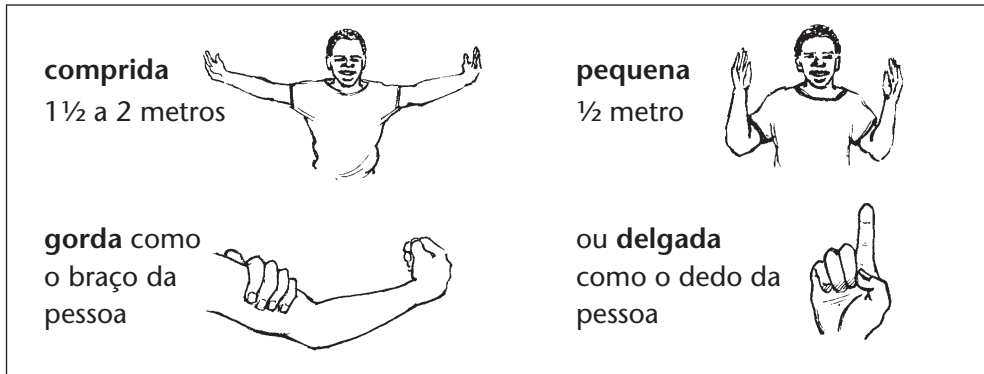
Que fazer perante uma mordedura de cobra?



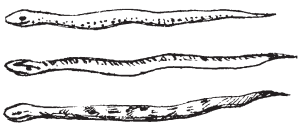
Procurar identificar o tipo de cobra

Perguntar às pessoas se viram a cobra e se a apanharam. Se a cobra foi apanhada, pedir aos familiares, ou vizinhos, para a trazerem. Se não foi apanhada, pedir a descrição e o nome pelo qual a cobra é conhecida localmente (se souberem).

As cobras venenosas podem ser convenientemente divididas em tamanhos e grupos: **a comprida, a gorda e a pequena.**

A maior parte das pessoas não têm dificuldade em descrever se a cobra é:



Tamanho e tipo de cobra		Efeito da mordedura	
Escala	0	1 metro	2 metros
COMPRIDA	 Najas, mamba negra ou verde, Cobra aurora, Cobra cuspidreira, Cobra egípcia		PERIGOSA: Fraqueza
GORDA	 Víbora sopradora Víbora do Gabão		PERIGOSA: Dor local e inchaço. Raramente, sinais de hemorragia
PEQUENA	 Víbora do tapete Víbora nocturna Víbora da toca		Somente dor local e inchaço

Tratamento da mordedura por cobra venenosa:

Os maiores perigos são a paragem respiratória e o inchaço do membro, que pode ser grande e dificultar a circulação do sangue.

1. Aconselhar a vítima, para que: **fique quieta, não movimentando a zona mordida.**

Quanto mais a pessoa se mexer, mais depressa o veneno se espalha pelo corpo.

Se a mordedura for no pé, a pessoa não deve andar.

2. Transportar a vítima para a **unidade sanitária, movimentando-a o mínimo possível, e com o membro imobilizado.**

Sempre que possível, é importante levar também a cobra.

3. Dar paracetamol, e **não AAS**, para controlar a dor. Administrar vacina contra o tétano, se indicado (ver pág. 262).

Na maior parte dos casos de mordedura de cobra, **não é necessário administrar antiveneno**. A decisão deve ser tomada pelo médico, ou por outro trabalhador de saúde qualificado, com base nas indicações presentes.

Se for preciso administrar um antiveneno, é necessário tomar todas as precauções para evitar uma reacção alérgica (ver pág. 128).

A maioria dos remédios caseiros utilizados para as mordeduras de cobra fazem pouco ou nenhum efeito.

Prevenção das mordeduras de cobras:

É importante explicar às pessoas da comunidade local que é possível evitar as mordeduras por cobras, tomando em atenção os seguintes aspectos:

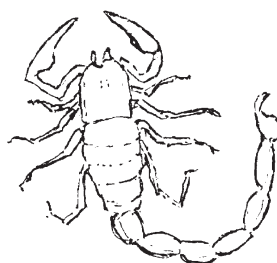
- ◆ As pessoas devem caminhar sempre calçadas;
- ◆ Fazer barulho e utilizar um pau para assustar as cobras que, eventualmente, se encontrem no caminho;
- ◆ Durante a noite, utilizar uma lanterna quando se deslocam.

Outras medidas que podem ajudar a evitar as mordeduras de cobras, são:

- ◆ Cortar as ervas altas (capim) e limpar os campos por onde as pessoas caminham;
- ◆ Queimar ou enterrar o lixo que se encontra perto das casas.

Picada de escorpião

As picadas de escorpião são muito dolorosas, mas normalmente não são perigosas, excepto, ocasionalmente, em crianças. Administrar analgésicos e aplicar gelo sobre a picada.



Picada de aranhas

A maior parte das picadas de aranhas, incluindo a da tarântula, são dolorosas mas não são perigosas. Administrar analgésicos.