ACADEMIA HUMANITÁRIA · HUMANITAIRES JOBS

Primeiros socorros em contexto humanitário: gestos que salvam vidas e emergências no terreno

Manual completo

Formação certificada de 3 dias: proteger o local, avaliar uma vítima, dar o alerta, realizar a reanimação cardiopulmonar, parar uma hemorragia grave e tratar engasgamentos, queimaduras, fraturas, calor, desidratação e mordeduras, bem como prestar primeiros socorros psicológicos, com avaliação final e certificado verificável. Baseada nas diretrizes da FICV, não substitui a prática em manequim junto de uma Sociedade Nacional da Cruz Vermelha ou do Crescente Vermelho.

https://humanitairejobs.org/pt/academia/premiers-secours/

Documento gratuito da Academia Humanitária. Pode ser impresso e partilhado livremente para fins de formação, sem modificações.

-

Índice

1. Dia 1 : Segurança, avaliação e alerta
2. Dia 2 : Emergências vitais: paragem cardíaca, engasgamento, hemorragias
3. Dia 3 : Traumatismos, ambiente e primeiros socorros psicológicos
4. Dia 4 : Múltiplas vítimas, triagem e feridas de guerra

Dia 1 : Segurança, avaliação e alerta

Objetivos

- Compreender o papel e os limites do socorrista.
- Proteger o local e proteger-se das infeções.
- Avaliar uma vítima e dar um alerta completo.

O papel do socorrista: proteger, alertar, socorrer

Os primeiros socorros são a ajuda prestada por uma pessoa presente no local, com pouco ou nenhum material, até à chegada da ajuda médica. Têm três objetivos: **preservar a vida**, **evitar o agravamento** e **favorecer a recuperação**.

O método cabe em três palavras: **proteger** (a si mesmo, a vítima e as testemunhas), **alertar** (serviços de emergência ou unidade de saúde mais próxima, segundo o plano médico da organização) e **socorrer** (os gestos adequados, dentro dos limites da formação recebida).

Em contexto humanitário, a ajuda médica pode estar a várias horas. O socorrista deve, portanto, saber **vigiar** uma vítima durante muito tempo e conhecer o **plano de evacuação médica** (MEDEVAC) da organização: quem chamar, que viatura, que unidade de saúde, a que distância.

Proteger o local e proteger-se

Antes de tocar numa vítima, olhe à sua volta: trânsito, fogo, fios elétricos, edifícios instáveis, multidão hostil, risco de **segunda explosão** após uma primeira. Um socorrista ferido é mais uma vítima. Se o perigo não puder ser eliminado, e apenas se for possível sem risco, desloque a vítima; caso contrário, aguarde os meios adequados.

- Use **luvas** sempre que houver sangue ou fluidos corporais; na falta delas, um saco de plástico limpo.
- Lave as mãos antes e depois, ou use uma solução alcoólica.
- Se o sangue da vítima entrar em contacto com uma ferida ou uma mucosa, ou após uma picada com agulha: lave e consulte imediatamente para uma eventual **profilaxia pós-exposição** (a iniciar o mais cedo possível, no máximo em 72 horas).

A avaliação: resposta, vias aéreas, respiração

A avaliação segue uma ordem fixa, que trata primeiro o que mata mais depressa.

1. **Resposta**: fale alto, toque nos ombros. «Ouve-me? Abra os olhos.»
2. **Hemorragia catastrófica**: um sangramento abundante visível é tratado imediatamente, antes de tudo o resto.
3. **Vias aéreas**: numa vítima que não responde, incline suavemente a cabeça para trás e eleve o queixo.

4. **Respiração**: observe, ouça e sinta durante **10 segundos no máximo**. Os arquejos (respirações raras e ruidosas) **não** são uma respiração normal.

Se a vítima não respira normalmente: mande dar o alerta e trazer um desfibrilhador, e inicie a reanimação (dia 2). Se respira: posição lateral de segurança, depois um exame completo da cabeça aos pés (feridas, dores, deformações) e vigilância.

Dar o alerta: uma mensagem clara e completa

Quem chamar depende do contexto: o número de emergência nacional se existir e funcionar; caso contrário, o **ponto focal médico ou de segurança** da organização, a unidade de saúde de referência ou a Cruz Vermelha ou o Crescente Vermelho local. Estes números devem estar em cada viatura e no plano de segurança.

A mensagem segue sempre a mesma ordem:

- **Onde**: local exato, pontos de referência, coordenadas GPS se possível.
- **O quê**: tipo de acidente ou de mal-estar, número de vítimas.
- **Estado**: resposta, respiração, hemorragia, gestos já realizados.
- **Quem**: o seu nome e um número para ligar de volta. Desligue apenas quando o seu interlocutor o indicar.

O enquadramento profissional: normas, dever de cuidado e limites do socorrista

> Este curso online transmite os conhecimentos, o método e o raciocínio. Não substitui, em caso algum, uma formação prática certificada em primeiros socorros, com simulação de situações e treino em manequim, ministrada por uma Sociedade Nacional da Cruz Vermelha ou do Crescente Vermelho ou por uma entidade acreditada no seu país. Os gestos aprendem-se com as mãos, sob o olhar de um formador, e mantêm-se através de reciclagens regulares.

Os primeiros socorros não são uma versão reduzida da medicina de emergência: constituem uma disciplina de pleno direito, com as suas próprias recomendações baseadas na evidência. A referência internacional para o Movimento da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho são as **Diretrizes Internacionais de Primeiros Socorros, Reanimação e Educação**, publicadas pela Federação Internacional (FICV) em 2020. Assentam nas revisões sistemáticas do **ILCOR** (International Liaison Committee on Resuscitation), que publica todos os anos os seus consensos científicos. Na Europa, o **Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC)** traduz esses consensos em recomendações, cuja última edição completa data de 2021 e inclui um capítulo dedicado aos primeiros socorros. As recomendações nacionais (por exemplo, as de um ministério da saúde ou de uma Sociedade Nacional) podem adaptar estes textos ao contexto local: em caso de divergência, o socorrista segue o protocolo em que foi formado e certificado.

O que a FICV entende por primeiros socorros

As diretrizes de 2020 definem os primeiros socorros como a ajuda imediata prestada a uma pessoa doente ou ferida até à chegada de ajuda profissional, e incluem explicitamente a dimensão psicológica e o autocuidado. Insistem em três princípios que estruturam toda esta formação:

- **A evidência primeiro**: um gesto só é ensinado se for útil e seguro. Gestos outrora difundidos (pontos de compressão à distância, elevação sistemática de um membro que sangra, colar cervical colocado por um socorrista, sucção de uma mordedura) já não constam das recomendações, por falta de benefício demonstrado ou devido a um risco.
- **A adaptação ao contexto**: as diretrizes reconhecem que os socorros profissionais podem estar distantes, que o material pode faltar e que os riscos do local podem ser elevados. Distinguem o que é recomendado em qualquer lugar do que depende dos recursos disponíveis.
- **A educação como intervenção**: a competência diminui rapidamente após uma formação se não for mantida. As reciclagens curtas e frequentes são mais eficazes do que formações longas espaçadas de vários anos.

O dever de cuidado da organização

Para uma organização humanitária, a capacidade de primeiros socorros insere-se no **dever de cuidado** (duty of care) para com o seu pessoal e, em muitos casos, para com as pessoas que assiste nas suas instalações. A Norma Humanitária Fundamental (CHS), no seu compromisso 8, exige que o pessoal seja apoiado e que a sua segurança e bem-estar sejam tidos em conta. Os guias do Global Interagency Security Forum (GISF) sobre gestão de riscos de segurança integram o plano médico e a evacuação sanitária no plano de segurança. Concretamente, um auditor ou um responsável de segurança verificará:

- que existe um **plano médico** por base, atualizado e conhecido pelas equipas;
- que o número de socorristas formados é suficiente para que cada deslocação e cada local tenha pelo menos uma pessoa formada presente (a legislação laboral de alguns países fixa um rácio; na sua falta, a organização define-o em função do risco);
- que os certificados são válidos e que as reciclagens estão planeadas segundo a periodicidade fixada pela entidade certificadora;
- que os estojos estão completos, controlados e reabastecidos após utilização;
- que cada incidente médico é objeto de um relatório e de uma análise de lições aprendidas.

Os limites do socorrista

O socorrista atua **dentro dos limites da sua formação**. Não faz diagnósticos, não prescreve e não administra medicamentos, exceto os que o seu protocolo autoriza explicitamente (por exemplo, ajudar uma pessoa a utilizar o seu próprio autoinjetor de adrenalina ou a tomar açúcar em caso de hipoglicemia). Obtém o **consentimento** da vítima consciente: uma pessoa capaz de decidir pode recusar a ajuda, e essa recusa é respeitada, explicada e registada, se possível perante uma testemunha. Numa vítima inconsciente, o consentimento é presumido. No caso de um menor, procura-se o progenitor ou o adulto responsável sem atrasar um gesto vital.

O enquadramento jurídico da intervenção de uma testemunha varia de país para país: alguns países impõem a obrigação de prestar socorro, outros protegem explicitamente o socorrista de boa-fé. A organização deve conhecer a regra do país de intervenção e integrá-la no seu briefing. Em todos os casos, um gesto conforme à formação recebida e realizado de boa-fé é a melhor proteção.

> Regra de conduta: fazer o que se aprendeu, não fazer o que não se domina e nunca atrasar o alerta para executar um gesto secundário.

Neutralidade e não discriminação

Em contexto de conflito, o socorrista de uma organização humanitária presta socorro unicamente em função da urgência médica, sem distinção de filiação, etnia, religião ou lado. Este princípio, decorrente do direito internacional humanitário e dos Princípios Fundamentais do Movimento, é também uma condição de segurança: uma equipa percecionada como parcial torna-se um alvo. Aplica-se à triagem (dia 4) tal como à simples avaliação.

A avaliação completa passo a passo: primária, secundária e vigilância

A avaliação apresentada nas secções anteriores (resposta, hemorragia maciça, via aérea, respiração) constitui a **avaliação primária**: procura o que mata em poucos minutos. Quando a vítima não apresenta perigo de vida imediato, ou depois de este ter sido controlado, o socorrista realiza uma **avaliação secundária** e, em seguida, uma **vigilância** contínua. Nos contextos em que a evacuação demora várias horas, é muitas vezes a qualidade desta vigilância e da sua transmissão que faz a diferença.

Etapa 1: a aproximação e a impressão geral (primeiros segundos)

Ao aproximar-se, depois de verificar a segurança, o socorrista observa: a vítima mexe-se, fala, qual é a sua cor, há sangue no chão, qual é a posição do corpo, qual é o mecanismo provável (queda em altura, embate de veículo, explosão, mal-estar sem traumatismo)? O mecanismo orienta o que se segue: um embate violento obriga a limitar os movimentos da cabeça e do pescoço; um mal-estar numa pessoa idosa orienta para uma causa cardíaca ou um acidente vascular cerebral.

Etapa 2: a avaliação primária estruturada

As recomendações recentes, como as abordagens de cuidados básicos de emergência da OMS e do CICV, colocam a **hemorragia maciça** no início da sequência, antes da via aérea. Pode reter-se a sequência seguinte, adaptada ao nível do socorrista:

Etapa	Pergunta	O que se faz
Hemorragia maciça	Há uma hemorragia abundante, em jato ou que encharca rapidamente a roupa?	Compressão direta imediata ou garrote num membro (dia 2).
Resposta	A vítima responde à voz, ao toque?	Se não responder: pedir ajuda, mandar alertar.
Via aérea	O ar consegue passar?	Extensão da cabeça e elevação do queixo; retirar um corpo estranho visível apenas se estiver acessível.
Respiração	Respira normalmente? (10 segundos no máximo)	Não ou anormal: reanimação e desfibrilhador. Sim: posição lateral de segurança se não responder.
Circulação	Sinais de choque? Outras hemorragias?	Deitar, cobrir, comprimir as hemorragias não maciças.
Consciência	A vítima está orientada, confusa, sonolenta?	Registar o nível de consciência e a hora.
Exposição e ambiente	Lesões ocultas? Risco de frio ou de calor?	Observar sob a roupa respeitando o pudor, proteger do chão, do sol, da chuva.

Para descrever o nível de consciência de forma simples e transmissível, muitos serviços utilizam a escala **AVPU** (ou AVDS em português): a vítima está **A**lerta (acordada, olhos abertos), reage à **V**oz, reage apenas à dor (**P**ain), ou não reage (**U**nresponsive). Qualquer agravamento de um nível para outro é uma informação essencial a transmitir imediatamente.

Etapa 3: a avaliação secundária

A avaliação secundária compreende duas vertentes, que podem ser conduzidas em paralelo se estiverem presentes dois socorristas.

A colheita de informação, junto da vítima ou das testemunhas. Uma mnemónica difundida é o acrónimo inglês SAMPLE:

- **S**inais e sintomas: o que sente, onde lhe dói, desde quando?
- **A**lergias conhecidas.
- **M**edicação habitual (tratamento cardíaco, da epilepsia, da diabetes, anticoagulantes).
- **P**assado médico: doenças conhecidas, gravidez, cirurgias recentes.
- **L**ast meal: última refeição e última bebida (útil se for provável uma cirurgia).
- **E**vento: o que aconteceu exatamente, por que ordem?

O exame da cabeça aos pés, com luvas, explicando cada gesto: cabeça e rosto (feridas, sangramento do nariz ou dos ouvidos), pescoço (dor, deformação), tórax (movimentos simétricos, feridas), abdómen (dor, rigidez), bacia (sem a comprimir nem a mobilizar), membros (deformação, ferida, mobilidade, sensibilidade e cor das extremidades), costas, se a vítima puder ser examinada sem ser mobilizada desnecessariamente.

Etapa 4: os parâmetros observáveis por um socorrista

Sem material médico, o socorrista pode medir e registar:

- **A frequência respiratória**: contar os movimentos do tórax durante 30 segundos e multiplicar por dois, ou durante um minuto inteiro na criança. No adulto em repouso, uma frequência habitual situa-se entre 12 e 20 por minuto. Na criança, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) da OMS e da UNICEF considera respiração rápida: 60 por minuto ou mais antes dos 2 meses, 50 ou mais dos 2 aos 12 meses, 40 ou mais de 1 a 5 anos.
- **O pulso**, no pulso (radial) ou no pescoço (carotídeo): rápido ou lento, regular ou não, bem ou mal palpável. Numa vítima que não responde, a pesquisa do pulso **não** é utilizada por um socorrista para decidir a reanimação: o que conta é a ausência de respiração normal.
- **A pele**: cor (pálida, acinzentada, azulada), temperatura, sudação.
- **O nível de consciência** (AVPU) e a orientação (nome, local, dia).
- **A dor**, numa escala simples de 0 a 10, se a vítima puder responder.

Etapa 5: a vigilância e a sua rastreabilidade

Uma vítima grave é reavaliada permanentemente; uma vítima estável, no mínimo a cada 5 a 15 minutos, consoante a gravidade e a instrução do protocolo local. Cada reavaliação é registada com a hora. O socorrista regista também todos os gestos realizados (hora de colocação de um garrote, início da reanimação, número de choques administrados pelo desfibrilhador). Esta folha acompanha a vítima e é entregue à equipa médica que assume os cuidados.

> O que não está escrito não foi feito. Uma folha de vigilância simples, com as horas registadas e entregue à equipa médica, vale mais do que um longo relato oral feito no ruído de uma sala de urgência.

Alerta, MEDEVAC e CASEVAC: construir a cadeia de socorro no terreno

Num país dotado de um serviço de emergência funcional, o alerta consiste em marcar um número. Na maioria dos contextos humanitários, a cadeia de socorro tem de ser **construída antecipadamente** pela organização. Sem um plano preparado, o tempo perdido à procura de um veículo, de uma estrutura capaz de operar ou de uma autorização de deslocação ultrapassa muitas vezes o tempo durante o qual a vítima pode sobreviver.

Vocabulário

- **CASEVAC** (casualty evacuation): transporte de um ferido ou doente por um meio não medicalizado (veículo da organização, pick-up, embarcação), geralmente para a primeira estrutura de cuidados.
- **MEDEVAC** (medical evacuation): evacuação com acompanhamento médico (ambulância equipada, avião sanitário), muitas vezes organizada por uma companhia de assistência ou pelo serviço médico da organização ou das Nações Unidas.

- **Estrutura de referência**: estabelecimento de saúde cujo nível de cuidados se conhece antecipadamente (posto de saúde, centro de saúde, hospital distrital com bloco operatório, hospital de referência com cuidados intensivos e banco de sangue).

Construir o plano médico de uma base: método em oito etapas

1. **Mapear as estruturas** num raio pertinente: nome, nível, capacidade cirúrgica, existência de um serviço de transfusão, de um desfibrilhador, de soros antiofídicos, de vacina antirrábica; horários; contacto direto de um responsável. Visitar as estruturas em vez de confiar numa lista antiga.
2. **Medir os tempos reais de trajeto** de dia, de noite, na estação seca e na estação das chuvas, com os postos de controlo e as horas de recolher obrigatório.
3. **Definir os meios de transporte**: veículos disponíveis, possibilidade de deitar uma vítima na parte de trás, embarcação, acordo com um operador aéreo humanitário (por exemplo, o Serviço Aéreo Humanitário das Nações Unidas onde opera) e as suas condições de aceitação de um passageiro doente.
4. **Identificar os decisores**: quem desencadeia uma evacuação (chefe de base, ponto focal de segurança, referente médico), quem valida as despesas, quem contacta a companhia de assistência e com que informações (número da apólice de seguro, passaporte, grupo sanguíneo, se conhecido).
5. **Estabelecer as comunicações**: números e canais de rádio verificados, telefone satélite, indicativos de chamada, procedimento em caso de falha da rede.
6. **Preparar os documentos**: ficha de emergência por membro do pessoal (contactos, alergias, tratamentos, grupo sanguíneo se a pessoa aceitar comunicá-lo), conservada de forma confidencial e acessível apenas ao responsável designado.
7. **Pré-posicionar o material**: estojos básicos e estojo de trauma, kit de profilaxia pós-exposição de acordo com a política da organização, mantas térmicas, maca dobrável, reserva de água.
8. **Testar o plano**: exercício pelo menos uma vez por ano e a cada grande rotação de equipa, com cronometragem real entre a chamada e a chegada à estrutura.

A mensagem de alerta alargada

A mensagem básica (onde, o quê, estado, quem) continua a ser a regra. Para um pedido de evacuação por rádio dirigido à base ou ao ponto focal médico, acrescentam-se os elementos de que os decisores necessitam. O modelo abaixo inspira-se nos formatos de pedido de evacuação utilizados pelas organizações e pelas missões das Nações Unidas, simplificados para uso civil.

Linha	Conteúdo	Exemplo
1. Local	Coordenadas GPS, ponto de referência, acessibilidade	Picada Kalo–Mira, km 34, ponte de betão, acessível em 4x4
2. Autor da chamada	Nome, indicativo, meio para voltar a contactar	Equipa Alpha 2, canal 5, satélite 0 0 00 00 00 (número fictício)
3. Número e gravidade	Quantas vítimas, quantas em perigo de vida	2 vítimas: 1 grave, 1 não grave
4. Estado de cada vítima	Resposta, respiração, hemorragia, AVPU, evolução	Homem adulto, responde apenas à dor, respira, sem hemorragia
5. Gestos realizados	Com as horas	Posição lateral de segurança às 10h42, vigilância a cada 5 minutos
6. Necessidades	Transporte deitado, material, acompanhamento	Veículo para transporte deitado, pedido de parecer médico
7. Segurança	Situação no local, ameaças	Calmo, multidão de cerca de vinte pessoas, sem ameaça
8. Destino proposto	Estrutura adequada e tempo de trajeto	Hospital distrital de Mira (bloco operatório), 1h20

Decidir entre esperar e evacuar pelos próprios meios

O princípio geral é simples: quando um serviço de socorro competente pode chegar num prazo razoável, espera-se e vigia-se. Quando não é o caso, a organização decide um transporte pelos seus próprios meios. Os critérios que pesam na decisão são a gravidade e a evolução do estado da vítima, a distância real até uma estrutura capaz de tratar o problema (uma vítima que sangra precisa de um bloco operatório, não de um posto de saúde), a segurança do percurso e da hora, e a possibilidade de transportar a vítima deitada e vigiada. A decisão é tomada pela pessoa designada no plano, após parecer médico à distância, se possível, e registada com a hora.

> O transporte mais rápido nem sempre é para a estrutura mais próxima: um posto de saúde sem cirurgião faz perder tempo a uma vítima que precisa de ser operada. É por isso que o nível das estruturas deve ser conhecido antes do incidente.

Exemplo completo: acidente rodoviário numa picada isolada

Contexto fictício: a ONG «Horizons Partagés» executa um programa de água e saneamento no distrito de Morelle. Uma equipa de três pessoas (uma engenheira, um animador comunitário, um motorista) regressa de uma aldeia situada a 2h30 da base de Kalo. O animador e o motorista são certificados em primeiros socorros há oito meses; a engenheira fez uma reciclagem há dois anos. O veículo dispõe de um estojo básico, de um garrote comercial, de duas mantas térmicas, de um rádio HF e de um telefone satélite. O plano médico da base

designa o hospital distrital de Mira (bloco operatório, sem cuidados intensivos), a 1h20, e o centro de saúde de Tobé (enfermeiro, sem cirurgia), a 25 minutos.

A cronologia

Hora	Situação	Decisão e raciocínio
10h38	Uma mota embateu num camião parado. O condutor da mota está no chão, imóvel; uma passageira está sentada, segura o antebraço e chora. O camião perde combustível.	O motorista para o veículo à distância, luzes de emergência ligadas, motor desligado. Pede ao condutor do camião que desligue a ignição e proíbe que se fume. Perigo identificado: combustível e trânsito. Um aldeão fica encarregado de sinalizar o acidente aos veículos que se aproximam.
10h40	O animador aborda o motociclista pelo lado, falando com ele. Sem resposta à voz. Luvas calçadas.	Sem hemorragia maciça visível. Mantém a cabeça alinhada sem retirar o capacete, permeabiliza a via aérea e vê, ouve e sente: respiração presente, regular, cerca de 16 por minuto.
10h41	A engenheira ocupa-se da passageira, que fala e responde corretamente.	Apresenta-se, pede o consentimento, constata uma deformação do antebraço sem ferida. Pede à própria vítima que apoie o braço na posição menos dolorosa.
10h42	O motociclista respira mas só responde à dor (nível P). Começa a fazer ruídos de gargarejo.	Risco de aspiração de sangue ou de vómito: é colocado em posição lateral de segurança por dois socorristas, limitando ao máximo os movimentos da cabeça e do pescoço. O capacete, integral e rachado, dificulta: só é retirado a dois, segundo a técnica aprendida, porque a via aérea está ameaçada.
10h45	O motorista chama a base por rádio.	Mensagem completa: local (picada Kalo–Mira, km 34), duas vítimas, uma grave (responde à dor, respira, gargarejo, colocada de lado), uma menos grave (fratura provável do antebraço), segurança do local controlada, pedido de parecer médico e de decisão de evacuação.
10h52	O referente médico, contactado por telefone satélite, recomenda o hospital de Mira: um traumatismo cranioencefálico com alteração da consciência exige uma estrutura capaz de operar e de vigiar.	O centro de saúde de Tobé, mais próximo, é afastado para o motociclista. A base manda avisar o hospital de Mira. O chefe de base autoriza o transporte no veículo da organização, uma vez que o tempo de chegada de uma ambulância é estimado em mais de duas horas.
11h00	Preparação do transporte.	O motociclista é instalado deitado de lado no banco traseiro adaptado, coberto; o animador acompanha-o para o vigiar. A passageira, com uma ligadura de suspensão improvisada, sobe para a frente. O irmão do motociclista, que chegou ao local, é informado e acompanha.

Hora	Situação	Decisão e raciocínio
12h22	Chegada ao hospital de Mira.	A folha de vigilância e um resumo oral estruturado são entregues ao enfermeiro de serviço. As luvas e os resíduos contaminados são eliminados no hospital.

A folha de vigilância preenchida (motociclista)

Hora	Consciência (AVPU)	Respiração (por minuto, qualidade)	Pulso radial	Pele	Gestos e observações
10h40	U depois P	16, regular	Palpável, rápido	Pálida	Via aérea permeabilizada, cabeça mantida
10h42	P	18, gargarejo	Palpável	Pálida	Posição lateral de segurança, capacete retirado a dois
10h50	P	18, mais calma	Palpável	Pálida, fria	Vómito único, boca desobstruída, manta
11h05	V	16, regular	Palpável	Pálida	Abre os olhos quando chamado, agitado, discurso confuso
11h35	V	16	Palpável	Pálida	Sem novo vómito
12h05	P	14	Palpável, mais lento	Pálida	Agravamento da consciência comunicado por rádio, hospital avisado

A análise após o incidente

- **O que funcionou**: segurança do local garantida antes de qualquer contacto; distribuição imediata de papéis; mensagem de rádio completa; decisão baseada no nível da estrutura e não na distância; vigilância com registo das horas, que permitiu comunicar o agravamento das 12h05.
- **O que deve ser melhorado**: a engenheira não tinha a reciclagem em dia e não se sentia segura; o estojo não continha tala nem material para ligadura de suspensão; o número do hospital de Mira no plano médico já não era válido e a base perdeu cinco minutos a encontrá-lo.
- **Ações decididas**: reciclagem de todo o pessoal de terreno antes do fim do trimestre; inclusão de talas moldáveis e de lenços triangulares em todos os estojos de veículo; verificação mensal dos números do plano médico pelo ponto focal de segurança; relatório de incidente transmitido à sede no prazo de 24 horas, de acordo com o procedimento.

> O ponto decisivo deste exemplo não é um gesto técnico: é a combinação de um local em segurança, de um alerta estruturado e de uma decisão de destino baseada no

> conhecimento prévio das estruturas. É exatamente isso que o plano médico deve tornar possível.

Ferramentas reutilizáveis: listas de verificação e fichas de terreno

As ferramentas seguintes foram concebidas para serem impressas, plastificadas e colocadas nos veículos, nos escritórios e nos estojos. Devem ser adaptadas ao protocolo da entidade que certificou os seus socorristas e validadas pelo referente médico da sua organização.

Lista de verificação 1: segurança do local (antes de qualquer contacto)

- Trânsito: veículo estacionado em segurança, luzes de emergência, sinalização a montante e a jusante.
- Fogo, combustível, gás: ignição desligada, proibição de fumar, extintor ao alcance.
- Eletricidade: cabos no chão, instalação danificada; não tocar na vítima enquanto a corrente não estiver cortada.
- Estrutura: edifício fissurado, parede instável, risco de desabamento.
- Ambiente: água em cheia, declive, animais, calor extremo.
- Ameaça humana: multidão hostil, presença armada, risco de segunda explosão, engenhos explosivos não detonados.
- Risco biológico e químico: sangue, líquidos, odor invulgar, várias vítimas sem traumatismo aparente (pensar numa intoxicação coletiva).
- Proteção pessoal: luvas, proteção ocular se houver possibilidade de salpicos, máscara de bolso para as insuflações.

Lista de verificação 2: conteúdo mínimo do plano médico da base

Elemento	Presente	Data de verificação	Responsável
Lista das estruturas de saúde com nível, capacidades e contactos verificados			
Tempos de trajeto de dia, de noite, na estação das chuvas			
Procedimento de decisão de evacuação e nomes dos decisores			
Contactos da companhia de assistência e números de apólice			
Fichas de emergência individuais confidenciais			
Lista dos socorristas certificados e datas de validade			
Inventário dos estojos e prazos de validade			
Procedimento de exposição a sangue e acesso à profilaxia pós-exposição			
Data do último exercício e principais conclusões			

Ficha 3: avaliação e transmissão (uma página)

Rubrica	A registar
Identificação	Sexo, idade estimada, nome se conhecido, acompanhante
Circunstâncias	Hora, mecanismo (queda, embate, mal-estar, explosão), posição em que foi encontrada
Avaliação primária	Hemorragia maciça, resposta, via aérea, respiração, sinais de choque
Colheita de informação	Queixas, alergias, medicação, antecedentes, última refeição, sequência dos acontecimentos
Exame	Lesões constatadas da cabeça aos pés
Gestos realizados	Natureza e hora de cada gesto (garrote, posição, reanimação, choques)
Vigilância	Quadro com as horas: consciência, respiração, pulso, pele, dor
Transmissão	Nome da pessoa e da estrutura que assumiram os cuidados, hora

Ficha 4: transmissão oral à equipa médica

Uma transmissão oral eficaz dura menos de um minuto e segue uma ordem fixa, inspirada nos formatos estruturados utilizados em meio hospitalar:

1. Quem é a vítima (idade, sexo) e o que aconteceu (mecanismo, hora).
2. O que se encontrou (lesões e problemas vitais).

3. O que se fez (gestos, horas).
4. Como evoluiu o estado (melhoria, estabilidade, agravamento).
5. O que preocupa o socorrista e as questões pendentes (por exemplo: medicamento desconhecido, possível alergia).

Lista de verificação 5: após a intervenção

- Eliminação dos resíduos contaminados e das luvas num recipiente adequado.
- Lavagem das mãos; em caso de exposição a sangue, aplicação imediata do procedimento de exposição.
- Relatório de incidente de acordo com o procedimento da organização, dentro dos prazos fixados.
- Reabastecimento do estojo utilizado no próprio dia.
- Momento de partilha com os intervenientes e oferta de apoio, se necessário (dia 3 e dia 4).

Erros frequentes, variações consoante o contexto e o olhar dos auditores

Os erros mais frequentes no terreno

Erro	Consequência	Como evitá-lo
Precipitar-se sobre a vítima sem observar o local	Socorrista ferido (trânsito, eletricidade, segunda explosão)	Impor-se uma pausa de alguns segundos; fazer da segurança do local um reflexo treinado em exercício.
Atrasar o alerta para executar gestos	Os socorros chegam demasiado tarde	Mandar alertar imediatamente através de uma testemunha, dando-lhe uma mensagem precisa a transmitir, e pedir-lhe que volte para confirmar.
Confundir respiração agónica (gasping) com respiração normal	Reanimação não iniciada	Reter que uma respiração rara, ruidosa e irregular numa vítima que não responde é um sinal de paragem cardíaca.
Procurar o pulso para decidir a reanimação	Perda de tempo, erro frequente mesmo entre profissionais de saúde	Basear-se na resposta e na respiração, como preveem as recomendações para socorristas.
Mensagem de alerta incompleta	Novas chamadas, má orientação, envio do meio errado	Utilizar uma ficha de alerta afixada nos veículos; treinar a mensagem em exercício.
Evacuar por defeito para a estrutura mais próxima	Transferência secundária, horas perdidas	Conhecer o nível das estruturas antes do incidente.
Não registar nada	A equipa médica desconhece a hora do garrote ou o agravamento	Folha de vigilância em cada estojo, ou escrever diretamente na pele ou no garrote com marcador a hora de colocação.
Estojo incompleto ou fora de validade	Gestos impossíveis no dia em que são necessários	Controlo mensal assinado, reabastecimento no dia da utilização.
Certificados caducados	Perda de confiança e de competência, problema de conformidade	Quadro de acompanhamento dos prazos mantido pelos recursos humanos ou pela segurança.

Variações consoante o contexto

Crise súbita (sismo, inundação, ciclone): as próprias estruturas de saúde são afetadas, as estradas cortadas, as comunicações saturadas. Os planos médicos preestabelecidos devem ser reverificados nas primeiras horas; as equipas devem dispor de maior autonomia de material. Predominam os riscos do local (réplicas, edifícios fragilizados, água contaminada).

Crise prolongada: o principal risco é a rotina. Os estojos esvaziam-se, os números mudam, o pessoal formado parte e não é substituído. Impõe-se um calendário de verificações e de exercícios.

Campo ou local de deslocados: forte densidade populacional, muitas testemunhas, ajuntamentos rápidos. Os parceiros de saúde presentes no local (clínicas, equipas móveis) devem constar do plano, com os seus horários. Os agentes comunitários formados em primeiros socorros são um trunfo importante.

Meio urbano: os socorros públicos existem muitas vezes, mas podem estar saturados ou inacessíveis consoante os bairros. O trânsito pode tornar o transporte mais lento do que em meio rural. Os riscos elétricos, de incêndio e de desabamento são mais frequentes.

Gestão remota: quando o pessoal internacional não pode deslocar-se ao terreno, a responsabilidade pelos primeiros socorros recai sobre o pessoal nacional e os parceiros. A organização deve financiar a sua formação e o seu material ao mesmo nível e garantir-lhes o mesmo acesso à evacuação e ao seguro. Uma diferença de tratamento em matéria de segurança e de cuidados entre categorias de pessoal é um incumprimento do dever de cuidado assinalado pelos auditores.

Insegurança elevada: as deslocações noturnas podem ser proibidas, as estradas fechadas, os postos de controlo demorados. O plano deve prever a prestação prolongada de cuidados no local (várias horas), itinerários alternativos e acordos de passagem para as evacuações sanitárias. O CICV e as Sociedades Nacionais são muitas vezes os únicos atores capazes de negociar essa passagem.

Parceiros locais com fraca capacidade: a formação em primeiros socorros é um elemento concreto e apreciado do reforço de capacidades. Deve ser orçamentada nas propostas (formação certificada, estojos, reciclagens) e não deixada a cargo do parceiro.

O que observam os auditores, os doadores e as seguradoras

- Existência e atualização do plano médico e do plano de segurança, e prova da sua difusão junto das equipas.
- Registo das formações com datas de certificação e de reciclagem, desagregado por categoria de pessoal e por parceiro.
- Relatórios de incidentes médicos e análises de lições aprendidas, e prova de que as ações decididas foram implementadas.
- Controlos dos estojos assinados e datados.
- Coerência entre o orçamento (rubricas de formação e de material) e a realidade do terreno.
- Igualdade de tratamento entre pessoal nacional, internacional e parceiros.

Perguntas de entrevista e referências essenciais

As perguntas seguintes são frequentemente colocadas em entrevistas para cargos de ponto focal de segurança, chefe de base, coordenador de terreno, logístico ou responsável de saúde. Os elementos de resposta indicam o que um júri espera de um candidato experiente.

1. «Chega em primeiro lugar a um acidente rodoviário com duas vítimas. Descreva os seus primeiros minutos.»

Uma resposta sólida começa pela segurança do local (veículo estacionado, luzes, combustível, trânsito), seguida da distribuição de papéis, do alerta precoce através de um terceiro, da avaliação primária começando pela hemorragia maciça, da decisão de posição em função da resposta e da respiração, e da vigilância com registo das horas. Menciona a limitação dos movimentos da cabeça e do pescoço em caso de traumatismo violento e a transmissão estruturada.

2. «Como constrói um plano médico para uma nova base?»

O candidato cita o mapeamento e a visita das estruturas com o seu nível real de cuidados, os tempos de trajeto consoante a hora e a estação, os decisores, as comunicações, as fichas individuais confidenciais, o material, a articulação com a companhia de assistência e o teste através de um exercício cronometrado. Refere a atualização regular e a inclusão dos parceiros.

3. «Como decide entre esperar por uma ambulância e transportar o ferido pelos seus próprios meios?»

Expõe os critérios: gravidade e evolução, tempo real de chegada dos socorros, distância até uma estrutura capaz de tratar o problema, segurança do percurso, possibilidade de transportar a vítima deitada e vigiada, parecer médico à distância. Precisa que a decisão cabe à pessoa designada no plano e que é registada.

4. «Um membro da sua equipa recusa ser evacuado após um mal-estar. O que faz?»

Avalia a capacidade da pessoa para decidir (consciência, orientação), explica os riscos, procura um parecer médico, respeita uma recusa esclarecida, documenta-a perante uma testemunha, organiza uma vigilância e uma reavaliação e informa a hierarquia de acordo com o procedimento. Distingue este caso do de uma pessoa confusa cuja capacidade de decisão está alterada.

5. «Como garante o dever de cuidado para com o pessoal nacional e os parceiros em gestão remota?»

Fala de igualdade de acesso à formação, ao material, ao seguro e à evacuação, de rubricas orçamentais dedicadas, de acompanhamento das certificações e da necessidade de consultar o pessoal envolvido sobre os riscos que considera prioritários.

6. «Que recomendações internacionais enquadram os primeiros socorros, e o que faz se divergirem do protocolo nacional?»

Cita as diretrizes da FICV de 2020, os consensos do ILCOR e as recomendações do ERC, e explica que o socorrista aplica o protocolo em que está certificado, enquanto a organização zela pela coerência das suas formações com as recomendações em vigor.

Referências essenciais

- *Diretrizes Internacionais de Primeiros Socorros, Reanimação e Educação* (2020): Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (FICV), com o seu Centro Mundial de Referência em Primeiros Socorros.
- *International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations*: International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), publicação anual.
- *European Resuscitation Council Guidelines* (2021), em particular os capítulos sobre suporte básico de vida e sobre primeiros socorros: Conselho Europeu de Ressuscitação.
- *Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured*: Organização Mundial da Saúde e Comité Internacional da Cruz Vermelha.

- *Primeiros socorros em conflitos armados e outras situações de violência*: Comité Internacional da Cruz Vermelha.
- *O Manual Esfera* (2018), capítulo Saúde: Associação Esfera.
- *Norma Humanitária Fundamental sobre Qualidade e Responsabilização* (CHS), compromisso 8: CHS Alliance, Groupe URD e Esfera.
- *Security Risk Management: a basic guide for smaller NGOs* e guias associados: Global Interagency Security Forum (GISF).
- Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI): OMS e UNICEF.

> Lembrete: este curso online não substitui uma formação prática certificada em primeiros socorros. Inscreva-se numa sessão junto da Cruz Vermelha, do Crescente Vermelho ou de uma entidade acreditada e mantenha os seus gestos através de reciclagens regulares.

Exercício: a sua ficha de emergência

Para o seu local de trabalho, preencha uma ficha de uma página: números de emergência que funcionam realmente, unidade de saúde mais próxima e o seu nível (posto de saúde, hospital com cirurgia), tempo de trajeto de dia e de noite, localização da caixa de primeiros socorros e do kit PEP, e procedimento MEDEVAC da sua organização. Afixe-a e guarde uma cópia em cada viatura.

A reter

- Proteger, alertar, socorrer: sempre por esta ordem.
- Primeiro a segurança do local, incluindo o risco de segunda explosão.
- Luvas e higiene das mãos; exposição a sangue: PEP em 72 horas.
- Avaliação: resposta, hemorragia catastrófica, vias aéreas, respiração (10 segundos no máximo).
- Alerta: onde, o quê, estado, quem; não desligar primeiro.

Quiz

1. Qual é o primeiro gesto ao chegar a um acidente?
   A. Tirar uma fotografia para o relatório
   B. Tocar na vítima para a tranquilizar
   C. Dar de beber à vítima
   D. Verificar que o local é seguro para si, para a vítima e para as testemunhas

2. Uma vítima que não responde faz respirações raras e ruidosas (arquejos). Ela:
   A. Deve ser sentada
   B. Dorme profundamente
   C. Não respira normalmente: alerta e reanimação
   D. Respira normalmente

3. Numa mensagem de alerta, indica-se primeiro:
   A. O seu nome completo
   B. O local exato do acidente
   C. O nome da organização
   D. A hora de partida da missão

Respostas do quiz : 1. B · 2. B · 3. B

Dia 2 : Emergências vitais: paragem cardíaca, engasgamento, hemorragias

Objetivos

- Realizar uma reanimação cardiopulmonar e usar um desfibrilhador.
- Colocar em posição lateral de segurança e desobstruir as vias aéreas.
- Parar uma hemorragia grave e reconhecer o choque.

A paragem cardíaca: reanimação cardiopulmonar

Uma vítima que não responde e não respira normalmente está em **paragem cardíaca**. Cada minuto sem compressões torácicas reduz fortemente as suas hipóteses de sobrevivência.

- Vítima de costas, sobre uma superfície dura. Mãos uma sobre a outra no **centro do peito**.
- Compressões de **5 a 6 cm** de profundidade no adulto, a um ritmo de **100 a 120 por minuto**, deixando o peito subir completamente.
- Se estiver formado e disposto: **30 compressões e depois 2 insuflações**. Caso contrário, as compressões contínuas sozinhas já são muito úteis.
- Continue até à chegada da ajuda, ao regresso de uma respiração normal ou à exaustão; revezem-se a cada dois minutos se forem vários.

Criança: uma ou duas mãos, cerca de um terço da profundidade do tórax. **Lactente**: dois dedos, cerca de 4 cm. Na criança, a paragem é muitas vezes de origem respiratória: as insuflações são importantes se estiver formado.

O desfibrilhador e a posição lateral de segurança

O **desfibrilhador automático externo (DAE)** analisa o ritmo cardíaco e administra um choque se necessário. Ligue-o e siga as instruções de voz; cole os elétrodos no peito nu e seco; ninguém toca na vítima durante a análise e o choque; retome as compressões assim que o aparelho o indicar. Informe-se com antecedência: o seu escritório, o aeroporto ou o hospital próximo têm um?

Uma vítima **que não responde mas respira normalmente** é colocada em **posição lateral de segurança**: de lado, com a cabeça inclinada para trás e a boca virada para baixo para que os vómitos saiam. Vigie regularmente a respiração: se parar, volte a colocá-la de costas e inicie a reanimação.

O engasgamento: desobstruir as vias aéreas

Um corpo estranho (alimento, objeto pequeno) pode bloquear as vias aéreas.

- **Obstrução parcial**: a pessoa tosse, fala, respira. Incentive-a a tossir e não faça mais nada.

- **Obstrução total**: não consegue falar, tossir eficazmente nem respirar, e muitas vezes leva as mãos ao pescoço. Dê **5 pancadas nas costas** entre as omoplatas, com a pessoa inclinada para a frente; se não resultar, **5 compressões abdominais** (punho logo acima do umbigo, puxar para dentro e para cima). Alterne 5 e 5.
- **Lactente**: 5 pancadas nas costas, de barriga para baixo sobre o antebraço com a cabeça mais baixa, depois 5 compressões torácicas com dois dedos. Nunca compressões abdominais.
- Se a vítima deixar de responder: alerta e reanimação.

Hemorragias graves e choque

Uma hemorragia catastrófica pode matar em poucos minutos. Luvas se possível, depois **compressão direta** firme sobre a ferida, com a mão ou um penso espesso; não a solte para ver. Acrescente pensos por cima se o sangue os atravessar.

Se a compressão não for suficiente ou não for possível num membro (amputação, várias vítimas, ferida inacessível), aplique um **garrote**: 5 a 7 cm acima da ferida, nunca sobre uma articulação, apertado até o sangramento parar. **Anote a hora** de aplicação e nunca o desaperte você mesmo. Um garrote improvisado (tira larga de tecido e um pau) é menos eficaz do que um modelo comercial: as viaturas de terreno deveriam ter um.

O **choque** (pele pálida, fria e húmida, pulso rápido, agitação e depois sonolência) segue muitas vezes uma hemorragia: deite a vítima, cubra-a, tranquilize-a, não lhe dê de comer nem de beber e vigie-a até à evacuação.

A cadeia de sobrevivência e a reanimação de qualidade: o que realmente faz a diferença

> Os gestos de reanimação, de desobstrução e de controlo de hemorragias não se aprendem a ler. Este curso online prepara e complementa uma formação prática certificada, com treino em manequim e avaliação por um formador; não a substitui. As recomendações evoluem: verifique se a sua formação segue a versão em vigor das diretrizes da FICV e do Conselho Europeu de Ressuscitação, ou o protocolo nacional equivalente.

As recomendações internacionais descrevem a abordagem da paragem cardíaca como uma **cadeia de sobrevivência**: reconhecimento precoce e alerta, reanimação cardiopulmonar precoce pelas testemunhas, desfibrilhação precoce, suporte avançado de vida e, depois, cuidados após a recuperação da circulação espontânea. Em contexto humanitário, os dois últimos elos estão muitas vezes ausentes ou distantes. Isso não torna a reanimação inútil, mas muda o seu lugar: a testemunha e o desfibrilhador concentram quase toda a probabilidade de sobrevivência, e é preciso dizê-lo honestamente às equipas.

Reconhecer a paragem cardíaca sem hesitar

As recomendações do ERC e da FICV retêm dois critérios simples para um socorrista: a vítima **não responde** e **não respira normalmente**. A pesquisa do pulso não é ensinada aos

socorristas para esta decisão. Há duas armadilhas frequentes:

- **A respiração agónica (gasping)**: respirações agónicas lentas, profundas ou ruidosas, presentes nos primeiros minutos em muitas vítimas. Devem ser interpretadas como ausência de respiração normal.
- **Os movimentos convulsivos** no momento da paragem: uma breve crise de tipo convulsivo pode acompanhar a paragem. Terminada a crise, verifica-se a respiração; se não for normal, inicia-se a reanimação.

Quando é possível contactar um serviço de emergência, as recomendações insistem na chamada precoce, com o telefone em alta-voz, para que o operador oriente a testemunha. Num contexto sem serviço de emergência, o equivalente é o alerta imediato ao ponto focal médico ou à estrutura de referência e o envio de uma pessoa para ir buscar o desfibrilhador, se existir.

Os determinantes de uma reanimação eficaz

Parâmetro	Recomendação no adulto	Erro frequente
Posição das mãos	No centro do tórax, sobre a metade inferior do esterno	Mãos demasiado baixas, sobre o estômago, ou desviadas para as costelas
Profundidade	5 a 6 cm	Compressões demasiado superficiais, sobretudo com o cansaço
Frequência	100 a 120 por minuto	Ritmo demasiado rápido sob o efeito do stress
Descompressão	Deixar o tórax subir completamente entre duas compressões	Continuar apoiado sobre o tórax
Interrupções	Reduzi-las ao mínimo; as duas insuflações não devem interromper as compressões mais do que alguns segundos	Pausas longas para verificar, discutir ou trocar de lugar
Insuflações	Cada uma dura cerca de um segundo, com elevação visível do tórax	Insuflações demasiado fortes ou demasiado longas que enchem o estômago
Rotação	Trocar de reanimador aproximadamente a cada dois minutos	Um único reanimador que se esgota sem o dizer
Superfície	Vítima sobre uma superfície firme	Compressões sobre um colchão mole

As recomendações admitem que as testemunhas sem formação, ou formadas mas que não querem ou não podem fazer insuflações, realizem **apenas compressões torácicas** contínuas. Para as pessoas formadas, a sequência de 30 compressões e 2 insuflações continua

a ser a referência no adulto. Uma máscara de bolso com válvula unidirecional protege o reanimador e deveria constar de cada estojo.

A criança e o lactente

Na criança, a paragem é na maioria das vezes consequência de uma falência respiratória (afogamento, asfixia, infeção respiratória grave, desidratação severa). É por isso que as recomendações pediátricas do ERC preveem, para as pessoas formadas em reanimação pediátrica, começar por **5 insuflações iniciais** e depois alternar compressões e insuflações segundo a relação ensinada na sua formação pediátrica. As recomendações precisam que uma testemunha formada apenas em reanimação do adulto deve aplicar o que sabe em vez de não fazer nada: uma reanimação imperfeita vale muito mais do que a ausência de reanimação.

- Profundidade: pelo menos um terço da espessura do tórax (cerca de 4 cm no lactente, cerca de 5 cm na criança).
- Técnica: dois dedos ou dois polegares com as mãos a envolver o tórax no lactente; uma ou duas mãos na criança, consoante o seu tamanho.
- Frequência: 100 a 120 por minuto, como no adulto.

Quando não iniciar, quando parar

Um socorrista não inicia a reanimação na presença de sinais evidentes de morte antiga ou de lesões manifestamente incompatíveis com a vida, ou quando o local é perigoso. Para quando um profissional assume, quando a vítima mostra sinais de vida (movimentos, abertura dos olhos, respiração normal), quando está exausto ou quando o local se torna perigoso. Em contexto isolado, coloca-se a questão da duração razoável de uma reanimação sem desfibrilhador e sem reforços; a decisão cabe a um parecer médico, obtido à distância se possível, e ao protocolo da organização. O socorrista não deve carregar sozinho esta decisão.

Reanimação em equipa e desfibrilhação: papéis, tempos e situações especiais

Quando estão presentes várias pessoas, a qualidade da reanimação depende mais da organização do que da técnica individual. As equipas humanitárias, muitas vezes reunidas num escritório, num local de distribuição ou numa base, podem treinar uma distribuição simples de papéis.

A distribuição de papéis

Papel	Tarefas	Quem
Coordenador	Verifica o local, atribui os papéis, vigia a qualidade (profundidade, ritmo, descompressão), anuncia as rotações a cada dois minutos, regista as horas	O socorrista mais experiente, que não faz compressões enquanto outros o puderem fazer
Reanimador 1	Compressões torácicas	Socorrista formado
Reanimador 2	Insuflações com máscara, se formado; assume as compressões na rotação	Socorrista formado
Alerta	Liga para o serviço de emergência ou para o ponto focal médico, volta para confirmar, orienta os socorros à entrada	Qualquer pessoa de confiança
Desfibrilhador	Vai buscar o DAE e o estojo, volta a correr, liga o aparelho	Pessoa que conhece a localização
Gestão das testemunhas	Afasta a multidão, preserva a dignidade da vítima, informa os familiares	Pessoa calma, idealmente falante da língua local

Utilizar o desfibrilhador automático externo: sequência detalhada

1. Assim que o aparelho chegar, **ligá-lo** e seguir as instruções de voz. As compressões continuam entretanto.
2. **Expor o tórax**. Secar rapidamente se estiver molhado; rapar ou remover rapidamente os pelos se o aparelho incluir uma lâmina e os elétrodos não aderirem; retirar um adesivo medicamentoso visível no local onde o elétrodo deve ser colocado.
3. **Colar os elétrodos** segundo o esquema: em geral, um abaixo da clavícula direita e o outro na parte lateral esquerda do tórax, abaixo da axila. Evitar colocá-los diretamente sobre um dispositivo implantado visível sob a pele (pacemaker).
4. **Durante a análise**, ninguém toca na vítima. O coordenador anuncia claramente o afastamento.
5. **Se for indicado um choque**, verificar que ninguém toca na vítima e premir o botão (ou deixar o aparelho administrá-lo, se for totalmente automático). Retomar imediatamente as compressões, sem esperar nem verificar a respiração.
6. **Se não for indicado choque**, retomar imediatamente as compressões. A ausência de choque não significa que a vítima esteja melhor.
7. Continuar seguindo as instruções do aparelho, que volta a analisar a intervalos regulares. **Não retirar os elétrodos**, mesmo que a vítima recupere uma respiração normal.

Na criança, utilizar elétrodos pediátricos ou o modo pediátrico, se o aparelho o tiver; na sua falta, as recomendações admitem a utilização de elétrodos de adulto, colocados de modo a não se tocarem (por exemplo, um à frente e o outro nas costas).

Situações especiais

- **Afogamento**: a paragem é de origem respiratória. As recomendações preveem, para um reanimador formado, começar por **5 insuflações** antes das compressões. Não entrar na

água sem formação em salvamento aquático: estender, lançar, não mergulhar.

- **Gravidez avançada**: a reanimação pratica-se da mesma forma. As recomendações especializadas preveem, quando está disponível um segundo reanimador e o útero está visivelmente aumentado de volume, deslocá-lo manualmente para a esquerda para melhorar o retorno do sangue ao coração.
- **Traumatismo**: a paragem cardíaca traumática tem causas específicas (hemorragia, obstrução da via aérea). O socorrista controla primeiro uma hemorragia maciça e depois reanima.
- **Intoxicação por opioides**: nos programas que o autorizam, socorristas formados podem administrar naloxona. Este gesto não substitui nem o alerta nem a reanimação.
- **Eletrocussão**: cortar a corrente antes de qualquer contacto.
- **Epidemia de doença de transmissão respiratória**: as recomendações publicadas durante a pandemia de COVID-19 aconselharam as testemunhas a privilegiar apenas as compressões e a cobrir a boca e o nariz da vítima com um pano. Seguir as instruções em vigor no momento da epidemia.

Os sinais de alerta que precedem a paragem

Uma parte das paragens cardíacas é precedida de sinais que permitem agir mais cedo.

- **Dor torácica sugestiva de enfarte**: dor ou opressão no centro do peito, que pode irradiar para o braço, a mandíbula ou as costas, com suores, náuseas, falta de ar. Colocar a pessoa em repouso na posição em que se sinta melhor, alertar imediatamente e, se o protocolo da organização e a formação o previrem, na ausência de alergia ou contraindicação conhecida, dar-lhe aspirina para mastigar, no adulto consciente, como permitem as recomendações europeias de primeiros socorros. Preparar o desfibrilhador.
- **Acidente vascular cerebral**: rosto assimétrico, fraqueza de um braço, perturbação da fala, de aparecimento súbito. A ferramenta FAST (Face, Arm, Speech, Time) ou uma escala equivalente ajuda a reconhecê-lo. Registar a hora de início dos sinais, alertar, não dar nada pela boca.

Asfixia e hemorragias: técnicas detalhadas e pontos de atenção

Obstrução da via aérea por corpo estranho

O princípio das recomendações é reconhecer a gravidade e depois aplicar uma sequência simples e repetida.

Situação	Adulto e criança com mais de um ano	Lactente (menos de um ano)
Tosse eficaz, consegue falar	Encorajar a tossir, ficar ao lado, vigiar	Vigiar, deixar tossir
Tosse ineficaz, vítima consciente	Até 5 pancadas nas costas, inclinada para a frente; depois até 5 compressões abdominais; alternar	Até 5 pancadas nas costas, cabeça mais baixa do que o corpo; depois até 5 compressões torácicas com dois dedos; alternar
Perda de consciência	Deitar no chão, alertar, iniciar a reanimação	Alertar, iniciar a reanimação pediátrica

- Após cada pancada ou compressão, verificar se a obstrução foi resolvida: não é necessário chegar às cinco.
- Não fazer a pesquisa às cegas com o dedo dentro da boca; retirar apenas um objeto claramente visível e acessível.
- Numa mulher em fase avançada de gravidez ou numa pessoa cujo abdómen não seja possível envolver com os braços, muitos programas ensinam compressões torácicas em vez das compressões abdominais: seguir o protocolo da sua formação.
- Qualquer pessoa que tenha recebido compressões abdominais deve ser observada por um profissional de saúde, devido ao risco de lesão interna.

Hemorragias: a hierarquia dos gestos

As diretrizes da FICV de 2020 e as recomendações do ERC de 2021 convergem numa hierarquia clara:

1. **Compressão direta manual** firme e contínua sobre a ferida, com luvas se possível, através de um penso ou de um tecido limpo. É o primeiro gesto para a grande maioria das hemorragias.
2. **Penso hemostático** (penso impregnado com um agente que favorece a coagulação), quando o socorrista tem formação e o material está disponível, nomeadamente para feridas em que não é possível aplicar um garrote.
3. **Garrote** para uma hemorragia com risco de vida num membro, quando a compressão não é suficiente ou não é exequível. Um garrote comercial é preferível; um garrote improvisado só é recomendado na falta deste, por um socorrista formado no seu fabrico, porque falha com frequência.

As recomendações recentes já não consideram a elevação do membro nem a compressão à distância num «ponto de compressão» como gestos de controlo de hemorragias, por falta de prova de eficácia.

O garrote: técnica e armadilhas

- Colocá-lo no membro, acima da ferida (entre a ferida e o coração), a alguns centímetros desta, nunca sobre uma articulação. Se a ferida for difícil de localizar, muitos protocolos de trauma de guerra ensinam a colocá-lo no alto do membro.

- Apertar até à **paragem da hemorragia**. Um garrote insuficientemente apertado pode aumentar a hemorragia ao bloquear o retorno venoso sem bloquear o fluxo arterial.
- Se a hemorragia persistir apesar de um garrote corretamente apertado, pode ser colocado um segundo garrote imediatamente acima do primeiro, de acordo com a formação recebida.
- A colocação é dolorosa: avisar a vítima, não desapertar para a aliviar.
- **Registar a hora** de colocação de forma visível (no garrote, na pele, na ficha). Não cobrir o garrote com roupa ou mantas que o escondam da equipa médica.
- Só uma equipa médica decide o desaperto ou a conversão para outro método.

Feridas juncionais e tamponamento

Nas zonas juncionais (virilha, axila, base do pescoço), um garrote de membro é impossível. O socorrista formado preenche a ferida com compressas ou com um penso hemostático, calcando-os até ao fundo, e depois comprime com firmeza durante muito tempo. Este gesto é ensinado nas formações de trauma; é retomado no dia 4.

O estado de choque: vigiar e prevenir o agravamento

O choque é uma falência da circulação. O socorrista não o pode tratar, mas pode evitar o agravamento: parar a hemorragia, deitar a vítima, protegê-la do frio (manta isolante por baixo e por cima), tranquilizá-la, não lhe dar nada a beber nem a comer, vigiar e mandar evacuar. As recomendações europeias admitem elevar as pernas de uma vítima em choque sem traumatismo, por um período limitado; em caso de traumatismo, mantém-se deitada em plano horizontal. Os sinais a transmitir: palidez, suores frios, pulso rápido e fino, respiração rápida, sede, agitação e depois sonolência.

> A ordem não se discute: uma hemorragia maciça trata-se antes de tudo o resto. Uma vítima que sangra abundantemente de uma coxa pode morrer em poucos minutos; nem o alerta nem a avaliação completa devem atrasar a compressão ou o garrote, que podem ser confiados a uma testemunha orientada se o socorrista tiver de alertar.

Exemplo completo: paragem cardíaca nas instalações de um escritório de terreno

Contexto fictício: escritório da organização «Solidarité Vallée Verte» em Kalo, 22 funcionários, situado a 15 minutos do hospital regional, que dispõe de um serviço de urgência e de uma ambulância. O escritório possui um desfibrilhador, adquirido no ano anterior na sequência de uma auditoria de segurança, colocado na receção. Quatro funcionários são certificados em primeiros socorros. O plano médico foi testado em exercício três meses antes.

A cronologia minuto a minuto

Tempo decorrido	Acontecimento	Ação e responsável
0 min 00	Durante uma reunião, o Sr. T., contabilista de 56 anos, colapsa na cadeira e depois desliza para o chão.	A Sra. A., logística certificada, verifica o local (nenhum perigo), estimula-o com a voz e pelos ombros: nenhuma resposta.
0 min 15	Faz a extensão da cabeça, eleva o queixo e observa a respiração: dois movimentos lentos e ruidosos em dez segundos.	Reconhece uma respiração agónica. Designa nominalmente um colega: «Karim, liga para o hospital, diz paragem cardíaca no escritório, põe em alta-voz e volta»; e outra: «Lina, o desfibrilhador na receção, corre.»
0 min 30	Início das compressões pela Sra. A.	A vítima está deitada no chão, sobre o mosaico. Ritmo contado em voz alta.
1 min 10	O Sr. B., segundo socorrista certificado, chega com a máscara de bolso do estojo.	Coloca-se à cabeça. Começa a sequência de 30 compressões e 2 insuflações. A Sra. A. confia-lhe também o papel de cronometrista.
1 min 40	O desfibrilhador chega.	A Lina liga-o. As compressões continuam enquanto o Sr. B. expõe e seca o tórax e cola os elétrodos.
2 min 05	Análise: choque recomendado.	A Sra. A. anuncia o afastamento, verifica visualmente, administra o choque. As compressões são retomadas imediatamente.
2 min 10	O Karim confirma que a ambulância partiu, com tempo de chegada anunciado de 12 minutos.	O coordenador pede ao Karim que vá receber a ambulância ao portão e a uma colega que desimpeça o corredor.
4 min 05	Segunda análise: choque recomendado.	Rotação nas compressões (o Sr. B. faz as compressões, a Sra. A. passa para a cabeça). Choque administrado, retoma imediata.
6 min 05	Terceira análise: choque não recomendado.	Retoma das compressões.
6 min 40	A vítima mexe um braço e respira de forma mais regular.	Paragem das compressões, verificação da respiração: normal. Vítima colocada em posição lateral de segurança, elétrodos mantidos no lugar, desfibrilhador ligado.
13 min 30	Chegada da ambulância.	Transmissão pela Sra. A. com a folha de registo horário: hora do colapso, início da reanimação, número de choques e respetivas horas, recuperação da respiração, medicação habitual indicada por um colega.

Porque foi possível este resultado

- **Intervalo entre o colapso e as compressões**: 30 segundos, graças ao reconhecimento imediato da respiração agónica.
- **Intervalo até ao primeiro choque**: cerca de 2 minutos, porque o aparelho estava a menos de um minuto de corrida e a sua localização era conhecida por todos.
- **Ordens nominais**: «Karim, liga» é mais eficaz do que «alguém ligue».
- **Interrupções limitadas**: colocação dos elétrodos durante as compressões, retoma imediata após o choque.
- **Rastreabilidade**: o cronometrista registou as horas, o que permitiu uma transmissão completa.

A mesma situação numa base isolada

Se a mesma vítima colapsar numa base situada a quatro horas do hospital mais próximo, sem desfibrilhador, as probabilidades de sobrevivência são muito menores. A reanimação de qualidade deve, no entanto, ser iniciada imediatamente, o alerta dado e um parecer médico procurado. Esta diferença ilustra duas decisões de gestão: a aquisição de desfibrilhadores para as bases onde o pessoal é numeroso ou está exposto a risco cardiovascular, e a consideração dos antecedentes médicos nos exames médicos antes da afetação, no respeito da confidencialidade.

Um segundo caso breve: hemorragia num ponto de distribuição

Durante uma distribuição, um empurrão faz cair um homem sobre uma chapa metálica. Ferida profunda na face interna da coxa, hemorragia abundante e contínua. O socorrista comprime imediatamente com as duas mãos sobre um penso espesso, fazendo pressão com todo o seu peso, e pede o garrote do estojo. A compressão não é suficiente: o sangue atravessa rapidamente. Coloca o garrote comercial na coxa, acima da ferida, aperta até à paragem da hemorragia, regista a hora com marcador no garrote e na ficha, deita a vítima, cobre-a e manda alertar o parceiro de saúde do local, que organiza a transferência para o hospital dotado de bloco operatório. A distribuição é suspensa o tempo necessário para retomar o controlo da multidão.

Ferramentas: composição dos estojos, ficha de reanimação e controlo do material

As composições abaixo são indicativas. Devem ser validadas pelo referente médico da organização, adaptadas aos riscos do contexto e ao nível de formação do pessoal, e estar em conformidade com a regulamentação do país. Nenhum medicamento deve ser acrescentado a um estojo sem protocolo e sem a formação correspondente.

Estojo de veículo e estojo de escritório

Categoria	Conteúdo	Observação
Proteção	Luvas não esterilizadas de vários tamanhos, máscara de bolso com válvula, óculos de proteção, solução antisséptica de base alcoólica, sacos para resíduos	As luvas são o consumível que se esgota mais depressa
Hemorragia	Garrote comercial (pelo menos um por veículo, mais em zona de risco), pensos compressivos de emergência, compressas, penso hemostático se houver formação	Treinar a colocação em si próprio e num colega
Feridas e queimaduras	Compressas esterilizadas, ligaduras, adesivo, película aderente ou penso para queimaduras, água limpa em quantidade	A película aderente cobre uma queimadura após o arrefecimento
Imobilização	Lenços triangulares, talas moldáveis, tesoura de pontas rombas	Frequentemente esquecidos nos estojos de veículo
Ambiente	Mantas isolantes, sais de reidratação oral	A manta é útil mesmo com tempo quente para um ferido que sangra
Documentação	Fichas de avaliação e de vigilância, marcador, lápis, ficha de alerta e números de emergência	Verificar os números todos os meses
Equipamento de escritório	Desfibrilhador com elétrodos de adulto e pediátricos de reserva, maca ou maca flexível	Verificar o indicador do aparelho e a validade dos elétrodos e da bateria

Ficha de controlo mensal

Ponto de controlo	Conforme	Ação
Selo do estojo intacto ou inventário completo		
Prazos de validade (pensos esterilizados, sais de reidratação, elétrodos)		
Garrote presente, embalado, acessível sem desembalar tudo		
Indicador de bom funcionamento do desfibrilhador		
Números de emergência testados		
Assinatura do responsável pelo controlo e data		

Ficha de memória de reanimação (a plastificar)

1. Local seguro?
2. Não responde? Pedir ajuda.
3. Permeabilizar a via aérea, observar a respiração (10 segundos no máximo).
4. Sem respiração normal: mandar alertar (alta-voz) e mandar buscar o desfibrilhador, por pessoas designadas pelo nome.

5. Compressões: centro do tórax, 5 a 6 cm, 100 a 120 por minuto, descompressão completa.
6. Se formado: 30 compressões, 2 insuflações. Caso contrário: apenas compressões contínuas.
7. Desfibrilhador: ligar, seguir as instruções, ninguém toca durante a análise e o choque, retomar de imediato.
8. Rotação a cada dois minutos; registar as horas.

Ficha de rastreabilidade de uma reanimação

Informação	Hora ou valor
Hora do colapso ou da descoberta	
Colapso presenciado (sim ou não)	
Hora de início das compressões	
Hora de chegada e de ligação do desfibrilhador	
Horas e número de choques administrados	
Insuflações realizadas (sim ou não)	
Hora de recuperação de uma respiração normal, se for o caso	
Hora de chegada dos socorros e nome da pessoa que assumiu os cuidados	

Erros frequentes, variações consoante o contexto e expectativas dos avaliadores

Erros frequentes e formas de os evitar

- **Hesitar em começar** por medo de fazer mal ou de magoar. As costelas podem fraturar durante uma reanimação eficaz; isso não é razão para parar. Uma vítima em paragem cardíaca não pode ser agravada por uma reanimação: sem ela, morre.
- **Compressões demasiado superficiais**, sobretudo após o primeiro minuto. As rotações regulares e o controlo do coordenador são a resposta.
- **Parar as compressões para verificar** regularmente a respiração ou o pulso: só o desfibrilhador ou sinais de vida evidentes justificam a paragem.
- **Atrasar o choque** para terminar um ciclo ou para verificar: seguir o aparelho.
- **Desfibrilhador inutilizável**: bateria descarregada, elétrodos fora de validade, aparelho fechado à chave num gabinete. Controlo mensal e localização permanentemente acessível.
- **Garrote demasiado frouxo, mal colocado ou desapertado** pelo socorrista «para aliviar»; garrote escondido debaixo de uma manta sem hora registada.
- **Compressão direta aliviada** para ver se a hemorragia parou: mantém-se sem aliviar.
- **Dar de beber** a uma vítima em choque ou que terá de ser operada.
- **Pesquisa às cegas** na boca durante uma asfixia.

Variações consoante o contexto

Crise súbita: número elevado de vítimas, desfibrilhadores raros, prioridade ao controlo das hemorragias e à via aérea. Uma paragem cardíaca traumática num contexto de afluxo de vítimas é abrangida pela triagem (dia 4): os recursos são orientados para as vítimas que podem ser salvas.

Crise prolongada: as competências desgastam-se. As recomendações sobre educação insistem em reciclagens frequentes e curtas; uma sessão prática de algumas dezenas de minutos em manequim várias vezes por ano mantém melhor os gestos do que uma formação longa raramente renovada.

Campo e local de distribuição: prever um posto de primeiros socorros visível, um socorrista dedicado que não participe na distribuição e um circuito de evacuação para a clínica do local. Formar voluntários comunitários.

Meio urbano: podem existir desfibrilhadores de acesso público; identificá-los e inscrevê-los no plano.

Insegurança: a reanimação de uma vítima numa zona exposta a tiros não é exequível; a prioridade é abrigar-se e depois controlar as hemorragias. As formações de primeiros socorros em zona de conflito, como as do CICV, distinguem claramente o que pode ser feito sob ameaça e o que só pode ser feito em zona segura.

Parceiros com fraca capacidade: prever no orçamento os manequins de formação, os garrotes de treino, os estojos e as reciclagens. Um garrote comercial custa pouco face a uma vida; a sua ausência num veículo exposto é difícil de justificar num inquérito pós-incidente.

O que observam os avaliadores

- Taxa de pessoal de terreno certificado e com a certificação em dia, por base e por parceiro.
- Presença de garrotes comerciais nos veículos expostos e de desfibrilhadores nos escritórios e bases onde isso se justifique.
- Exercícios de reanimação realizados e cronometrados.
- Relatórios de incidente que descrevem os gestos, os tempos e as lições aprendidas.
- Conformidade das formações com as recomendações em vigor (FICV 2020, ERC 2021 ou protocolo nacional).

Perguntas de entrevista e referências essenciais

1. «Como reconhece uma paragem cardíaca e o que faz no primeiro minuto?»

Uma boa resposta cita os dois critérios (não responde, não respira normalmente), a armadilha da respiração agónica, o alerta precoce e o envio de uma pessoa nomeada para ir buscar o desfibrilhador, seguidos do início imediato de compressões de qualidade. Menciona a possibilidade de fazer apenas compressões e a sequência 30:2 para as pessoas formadas.

2. «Porquê instalar um desfibrilhador numa base, e como garantir que será utilizado?»

O candidato explica que a desfibrilhação precoce é o fator mais determinante da sobrevivência em certas paragens cardíacas e fala depois de localização acessível e conhecida, de formação

do pessoal, de controlo regular do aparelho, dos elétrodos e da bateria, e de exercícios.

3. «Um colega sangra abundantemente da perna após um acidente. Descreva os seus gestos.»

Começa pela segurança e pelas luvas, se possível, e depois compressão direta firme, garrote se a compressão não for suficiente ou não for possível, hora registada, garrote deixado visível e não desapertado, proteção contra o frio, alerta e evacuação para uma estrutura cirúrgica. Menciona o abandono da elevação e dos pontos de compressão.

4. «Uma criança engasga-se durante uma atividade num espaço amigo da criança. O que deve a equipa saber fazer?»

Distingue a tosse eficaz da obstrução grave, descreve a alternância de pancadas nas costas e compressões abdominais na criança com mais de um ano, e de pancadas e compressões torácicas no lactente, a conduta em caso de perda de consciência e a consulta médica após compressões abdominais. Acrescenta a formação da equipa e a presença de uma pessoa formada em cada atividade.

5. «Como mantém as competências de reanimação numa equipa com grande rotatividade?»

Cita as reciclagens curtas e frequentes, o treino em manequim, os exercícios cronometrados, o acompanhamento das certificações, a formação integrada no acolhimento dos recém-chegados e a difusão de fichas de memória.

Referências essenciais

- *Diretrizes Internacionais de Primeiros Socorros, Reanimação e Educação* (2020): FICV.
- *European Resuscitation Council Guidelines* (2021): capítulos sobre suporte básico de vida no adulto, suporte de vida pediátrico, circunstâncias especiais e primeiros socorros.
- Consensos científicos anuais do ILCOR sobre reanimação e primeiros socorros.
- *Primeiros socorros em conflitos armados e outras situações de violência*: CICV.
- *Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured*: OMS e CICV.
- *O Manual Esfera* (2018), normas de saúde relativas aos cuidados de trauma e às urgências.

> Lembrete: este curso online não substitui uma formação prática certificada. A reanimação, a desobstrução e a colocação de um garrote exigem treino prático supervisionado e reciclagens regulares.

Exercício: a caixa da viatura

Verifique a caixa de primeiros socorros de uma viatura ou de um escritório da sua organização. Contém luvas, pensos compressivos, um garrote, uma manta de sobrevivência, saquetas de sais de reidratação oral, uma tesoura, uma máscara de insuflação e a lista dos números de emergência? Anote o que falta e as datas de validade, e transmita ao logístico.

A reter

- Não responde e não respira normalmente: alerta, DAE, compressões torácicas.
- Compressões de 5 a 6 cm, 100 a 120 por minuto; 30:2 se formado, caso contrário só compressões.
- Respira mas não responde: posição lateral de segurança e vigilância.
- Engasgamento total: 5 pancadas nas costas, 5 compressões abdominais, alternadas.
- Hemorragia: compressão direta; garrote se não for suficiente, com a hora anotada.

Quiz

1. O ritmo correto das compressões torácicas no adulto é:
   A. Uma a cada 5 segundos
   B. 60 por minuto
   C. 100 a 120 por minuto
   D. 200 por minuto

2. Uma pessoa engasga-se mas tosse com força e fala. Você:
   A. Incentiva-a a tossir e fica perto dela
   B. Faz compressões abdominais
   C. Dá 5 pancadas nas costas
   D. Dá-lhe de beber

3. Depois de aplicar um garrote, é preciso:
   A. Escondê-lo debaixo da roupa
   B. Anotar a hora e não o desapertar
   C. Retirá-lo assim que o sangramento parar
   D. Desapertá-lo a cada 10 minutos

Respostas do quiz : 1. B · 2. C · 3. B

Dia 3 : Traumatismos, ambiente e primeiros socorros psicológicos

Objetivos

- Tratar queimaduras, feridas, fraturas e traumatismos cranianos.
- Reconhecer e tratar o golpe de calor, a hipotermia, a desidratação e as mordeduras.
- Prestar primeiros socorros psicológicos.

Queimaduras, feridas e fraturas

Queimadura: arrefeça imediatamente com água limpa e fresca durante **pelo menos 20 minutos**; retire anéis e roupa que não esteja colada; cubra com película aderente ou um penso limpo não aderente. Nunca manteiga, óleo, pasta de dentes nem gelo; não rebente as bolhas. Queimadura extensa, no rosto, nas mãos ou nos órgãos genitais, ou numa criança: consulta médica.

Ferida simples: lave com água limpa e sabão, cubra com um penso limpo; verifique a vacinação antitetânica. **Objeto cravado**: não o retire; mantenha-o no lugar com pensos à volta.

Fratura ou entorse: não tente endireitar; imobilize na posição encontrada (tala improvisada, ligadura de suspensão) e verifique a cor e a sensibilidade dos dedos. Fratura exposta: cubra a ferida com um penso limpo.

Cabeça e coluna: após uma queda ou um acidente de viação, limite os movimentos da cabeça e do pescoço de uma vítima consciente. Perda de consciência, vómitos repetidos, confusão ou sonolência após uma pancada na cabeça: evacuação médica.

Calor, frio e desidratação

O **golpe de calor** (temperatura muito alta, confusão, pele quente, por vezes convulsões) é uma emergência vital. Arrefeça imediatamente, de preferência por imersão em água fria até ao pescoço se possível; caso contrário, molhe a pessoa e abane-a, à sombra. A **exaustão pelo calor** (cansaço, cãibras, suor): repouso à sombra e solução de reidratação.

Hipotermia: abrigue a pessoa, retire a roupa molhada, isole-a do chão, cubra-a (manta de sobrevivência), aqueça-a progressivamente e manuseie-a com cuidado.

Diarreia e desidratação: dê **sais de reidratação oral** (SRO) em pequenos goles frequentes; continue o aleitamento materno nos lactentes. Sinais de perigo que exigem cuidados médicos: criança letárgica ou incapaz de beber, olhos encovados, sangue nas fezes, diarreia aquosa abundante (pensar na cólera).

Mordeduras, picadas, convulsões e mal-estares

- **Mordedura de cobra**: acalme e deite a vítima, imobilize o membro, retire anéis e pulseiras, e transporte-a para uma unidade com soro antiofídico. Nada de garrote, incisão, sucção nem gelo.
- **Mordedura de animal** (cão, macaco, morcego): lave a ferida 15 minutos com água e sabão, e depois consulte rapidamente para a prevenção da raiva.
- **Convulsões**: proteja dos objetos próximos, não ponha nada na boca, não impeça os movimentos; anote a duração; depois, posição lateral de segurança. Alerta se a crise durar mais de 5 minutos ou se repetir.
- **Hipoglicemia** numa pessoa diabética consciente e capaz de engolir: açúcar, sumo ou bebida açucarada.
- **Reação alérgica grave** (inchaço do rosto, dificuldade em respirar): ajude a pessoa a usar o seu autoinjetor de adrenalina se o tiver, e dê o alerta.

Primeiros socorros psicológicos

Após um acontecimento violento, a maioria das pessoas tem reações normais (medo, choro, atordoamento, raiva). Os **primeiros socorros psicológicos** (OMS, 2011) oferecem um apoio humano e prático, sem obrigar ninguém a falar.

- **Observar**: segurança, necessidades urgentes, pessoas em grande sofrimento.
- **Escutar**: apresentar-se, oferecer ajuda, escutar sem julgar, ajudar a acalmar.
- **Ligar**: às necessidades básicas (água, abrigo, notícias dos familiares), à informação e aos serviços (saúde, saúde mental, proteção).

Evite prometer o que não pode cumprir, forçar o relato ou dar a sua própria interpretação. Cuide também de si: após uma intervenção difícil, fale com um colega ou com o apoio psicológico da sua organização.

Traumatismos: queimaduras, feridas, cabeça, coluna e membros em pormenor

> Este curso online não substitui uma formação prática certificada em primeiros socorros. As técnicas de imobilização, de aplicação de pensos e de mobilização de um ferido exigem uma aprendizagem prática, supervisionada por um formador qualificado, e uma manutenção regular.

Queimaduras térmicas: o método completo

1. **Parar o processo**: afastar da fonte; se a roupa estiver a arder, fazer a pessoa rolar no chão ou abafar as chamas com uma manta.
2. **Arrefecer** imediatamente com água limpa e fresca, de preferência corrente, durante **pelo menos 20 minutos**, como recomendam as diretrizes da FICV e do ERC. O arrefecimento continua a ser útil mesmo que seja iniciado com algum atraso. Nada de gelo nem de água gelada.

3. **Retirar** anéis, relógios, pulseiras e roupa não aderente durante o arrefecimento, antes do aparecimento do inchaço.
4. **Proteger contra a hipotermia**: na criança e quando a queimadura é extensa, arrefecer a zona queimada mantendo o resto do corpo aquecido. É um ponto de atenção importante nos locais de deslocados, onde a água pode estar fria e os abrigos mal isolados.
5. **Cobrir** sem apertar com película aderente aplicada em tiras, ou com um penso limpo não aderente. Não rebentar as bolhas, não aplicar mais nada (nem pasta, óleo, manteiga, pasta de dentes, nem remédios tradicionais).
6. **Avaliar a gravidade** para decidir a orientação.

Para estimar a extensão, uma regra simples consiste em considerar que a palma da mão da vítima, incluindo os dedos, representa cerca de 1 % da superfície do seu corpo. As queimaduras devem ser observadas por um profissional quando são extensas, profundas (pele branca, acartonada ou enegrecida, pouco dolorosa), quando atingem o rosto, as mãos, os pés, as articulações, o períneo ou os órgãos genitais, quando são circunferenciais num membro, quando afetam uma criança pequena ou uma pessoa idosa, ou quando existe risco de lesão da via aérea (queimadura num espaço fechado, fuligem à volta da boca ou do nariz, voz rouca, tosse).

Queimaduras químicas e elétricas

- **Produto químico**: proteger-se (luvas, óculos), retirar a roupa contaminada, escovar um pó seco antes de lavar e, depois, lavar abundantemente e durante muito tempo com água. Identificar o produto (rótulo, ficha) e transmitir a informação.
- **Olho atingido por um produto químico**: lavagem imediata, abundante e prolongada com água limpa, pálpebras mantidas abertas, dirigindo a água de modo a não contaminar o outro olho; orientação médica urgente.
- **Eletricidade**: cortar a corrente antes de qualquer contacto. A queimadura visível pode ser pequena, enquanto as lesões internas e o risco de perturbação do ritmo cardíaco são importantes: qualquer vítima de eletrocussão deve ser avaliada medicamente. Preparar a reanimação.

Feridas: limpar, cobrir, orientar

As diretrizes recomendam limpar as feridas superficiais com água limpa em quantidade, corrente se possível. Cobrir em seguida com um penso limpo. A orientação para um profissional de saúde impõe-se no caso de uma ferida profunda, extensa, contaminada com terra, de uma ferida por mordedura, de uma ferida da mão ou do rosto, ou de uma ferida numa pessoa cuja vacinação contra o tétano não está em dia ou é desconhecida. Um objeto empalado não é retirado: é estabilizado com pensos dispostos à sua volta.

Traumatismo da cabeça

Após uma pancada na cabeça, o socorrista procura **sinais de alarme** que obrigam a uma avaliação médica urgente: perda de consciência, mesmo breve, confusão, sonolência crescente, vómitos repetidos, dores de cabeça que se agravam, convulsões, fraqueza ou dormência de um membro, perturbação da fala ou da visão, saída de sangue ou de líquido claro pelo nariz ou pelos ouvidos, comportamento invulgar. As recomendações europeias

desaconselham que um socorrista utilize sozinho uma escala simplificada para decidir que uma concussão é benigna: em caso de dúvida, é necessário o parecer de um profissional. A vítima não deve ficar sozinha nem conduzir nas horas seguintes.

Suspeita de lesão da coluna vertebral

As diretrizes atuais **não recomendam** a colocação de um colar cervical por um socorrista, devido aos possíveis efeitos adversos e à ausência de benefício demonstrado. Numa vítima consciente, pede-se-lhe que não se mexa e limitam-se os movimentos da cabeça e do pescoço; se necessário, mantém-se manualmente a cabeça na posição em que foi encontrada. Numa vítima inconsciente que respira, a proteção da via aérea tem prioridade: se tiver de ser colocada de lado, isso faz-se limitando ao máximo os movimentos do eixo cabeça-pescoço-tronco, por várias pessoas, se possível.

Membros: fraturas, entorses, luxações

- Não tentar realinhar um membro deformado; imobilizar na posição em que foi encontrado ou na menos dolorosa, incluindo as articulações acima e abaixo.
- Verificar antes e depois da imobilização a cor, a temperatura e a sensibilidade das extremidades.
- Fratura exposta: cobrir a ferida com um penso limpo, controlar uma eventual hemorragia, não recolocar o osso no lugar.
- Entorse e contusão fechada: o frio (gelo envolvido num pano ou saco de frio) pode aliviar, por períodos limitados e sem contacto direto com a pele.
- Dor intensa na coxa ou na bacia após um traumatismo violento: risco de hemorragia interna; vigiar os sinais de choque e mandar evacuar.

Ambiente e emergências médicas: calor, frio, desidratação, mordeduras, intoxicações

As doenças relacionadas com o calor

Forma	Sinais	Conduta a adotar
Cãibras de calor	Dores musculares durante ou após o esforço, com calor	Repouso à sombra, alongamentos suaves, bebida com eletrólitos (solução de reidratação)
Exaustão pelo calor	Cansaço, fraqueza, suores abundantes, náuseas, dores de cabeça, tonturas, consciência normal	Repouso à sombra ou num local fresco, deitar, arrefecer (molhar, ventilar), dar a beber uma solução de reidratação ou uma bebida com eletrólitos; se não houver melhoria rápida, parecer médico
Golpe de calor	Alterações do comportamento, confusão, convulsões, perda de consciência; pele quente, seca ou suada; temperatura muito elevada	Emergência vital. Arrefecimento imediato e ativo, de preferência por imersão do corpo até ao pescoço em água fria; na falta desta, qualquer método de arrefecimento disponível (regar com água, ventilar, panos molhados). Alertar. Não dar de beber se a consciência estiver alterada.

As recomendações do ERC e da FICV insistem na precocidade do arrefecimento: deve começar no local, antes do transporte, e não esperar por uma medição da temperatura. A decisão de o interromper cabe ao protocolo e, se possível, a um parecer médico.

Em prevenção, as organizações podem utilizar o índice de temperatura de globo e bolbo húmido (WBGT) para adaptar o trabalho físico, prever horários frescos para as distribuições, sombra, água e pausas, e prestar especial atenção às pessoas idosas, às crianças pequenas, às mulheres grávidas, às pessoas doentes e aos trabalhadores que transportam equipamento pesado.

O frio

Hipotermia: arrepios, pele fria, gestos desajeitados e, depois, confusão, sonolência e desaparecimento dos arrepios nas formas graves. Abrigar do vento e da humidade, retirar a roupa molhada, isolar do chão, cobrir incluindo a cabeça, manusear com cuidado (os movimentos bruscos podem desencadear uma perturbação do ritmo cardíaco), dar uma bebida quente e açucarada apenas se a pessoa estiver consciente e engolir normalmente.
Queimadura pelo frio (frostbite): não esfregar, não reaquecer se for possível um novo congelamento antes da chegada a um local seguro; proteger e orientar.

Diarreia e desidratação

Os sais de reidratação oral (SRO) de osmolaridade reduzida recomendados pela OMS e pela UNICEF preparam-se estritamente segundo as instruções da saqueta, com água potável ou tratada, e a solução conserva-se durante um período limitado. Uma solução demasiado concentrada é perigosa, em particular para o lactente. Na criança, a AIDPI recomenda continuar a amamentação e a alimentação; o tratamento com zinco cabe a um profissional de saúde.

Sinais de desidratação grave segundo a AIDPI, que obrigam a cuidados numa estrutura de saúde: letargia ou inconsciência, incapacidade de beber ou bebe muito mal, olhos encovados, prega cutânea que desaparece muito lentamente. Uma diarreia aquosa abundante, de aparecimento súbito, sobretudo no adulto e em contexto epidémico, deve fazer pensar em cólera e desencadear o alerta ao sistema de vigilância epidemiológica.

Mordeduras e picadas

- **Serpente**: segundo as diretrizes da OMS sobre o tratamento das mordeduras de serpente, tranquilizar, deitar e imobilizar o membro e, se possível, toda a pessoa, retirar anéis e roupa apertada e transportar sem demora para uma estrutura que disponha de soro antiofídico e seja capaz de vigiar. Nada de garrote, de incisão, de sucção, de gelo, de produto aplicado na ferida nem de remédio tradicional. Alguns protocolos regionais preveem uma ligadura de compressão-imobilização para certas espécies: só se aplica se o protocolo local a previr e se o socorrista tiver recebido formação para tal. Registar a hora da mordedura e a evolução dos sinais (inchaço, hemorragia, pálpebras descaídas, dificuldade em engolir ou em respirar).
- **Animal suscetível de transmitir a raiva** (cão, gato, macaco, morcego): a OMS recomenda uma lavagem imediata e abundante da ferida com água e sabão durante cerca

de quinze minutos e, depois, uma consulta rápida para a profilaxia pós-exposição antirrábica, que é uma urgência médica. Verificar a vacinação antitetânica.

- **Escorpião**: tranquilizar, imobilizar, aplicar frio no ponto da picada, orientar rapidamente, em particular as crianças pequenas, mais expostas às formas graves.
- **Reação alérgica grave (anafilaxia)**: dificuldade respiratória, inchaço do rosto ou da garganta, mal-estar, erupção. Ajudar a pessoa a utilizar o seu autoinjetor de adrenalina (face externa da coxa), alertar; as recomendações europeias preveem uma segunda dose após 5 minutos se os sinais persistirem e houver um segundo injetor disponível. Posição sentada se predominar a dificuldade respiratória, deitada se a pessoa se sentir mal.

Outras emergências médicas

- **Hipoglicemia** numa pessoa diabética consciente e capaz de engolir: as recomendações europeias preconizam 15 a 20 gramas de glicose (comprimidos) ou, na sua falta, outro açúcar de absorção rápida (bebida açucarada, açúcar), seguidos de uma reavaliação após cerca de quinze minutos; se a pessoa não melhorar ou perder a consciência, alertar e não dar nada pela boca.
- **Convulsões**: proteger, não colocar nada na boca, não conter os movimentos, cronometrar; alertar se a crise durar mais de 5 minutos, se repetir, ocorrer numa mulher grávida, numa pessoa ferida ou numa pessoa sem antecedentes conhecidos; depois, posição lateral de segurança e vigilância.
- **Intoxicação** (pesticida, produto doméstico, medicamento, combustível): proteger-se, afastar da fonte, retirar a roupa contaminada, não provocar o vómito, identificar o produto e a quantidade, contactar o centro antivenenos, se existir, ou a estrutura de saúde. As intoxicações por pesticidas organofosforados são frequentes em meio rural: a contaminação dos socorristas pela pele ou pelos vómitos é um risco real.

Os primeiros socorros psicológicos aplicados: método, comunicação e limites

Os primeiros socorros psicológicos (PSP) descritos no guia da OMS, da War Trauma Foundation e da World Vision International (2011), e retomados pelo Centro de Referência para o Apoio Psicossocial da FICV, não são nem uma terapia nem um debriefing. Constituem uma resposta humana, de apoio e prática, dada a uma pessoa que sofre e que pode precisar de ajuda, no respeito pela sua dignidade, pela sua cultura e pelas suas capacidades. Inscrevem-se no primeiro nível da pirâmide de intervenções das Diretrizes do Comité Permanente Interagências (IASC) sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Contextos de Emergência (2007).

O método passo a passo

1. **Preparar-se**: informar-se sobre o acontecimento, os serviços disponíveis (saúde, proteção, localização de familiares, distribuição), as questões de segurança e as normas culturais (quem pode falar com quem, como abordar uma mulher, um idoso, uma criança).
2. **Observar**: a segurança da zona; as necessidades essenciais urgentes; as pessoas em sofrimento agudo (agitação extrema, choque total, incapacidade de cuidar de si ou dos filhos, discurso suicida); as pessoas em risco particular (crianças não acompanhadas, pessoas idosas isoladas, pessoas com deficiência, sobreviventes de violência).

3. **Ouvir**: apresentar-se (nome, organização), perguntar se pode ajudar, encontrar um local calmo e seguro, perguntar de que precisa a pessoa e o que a preocupa, ouvir sem forçar a contar, ajudar a recuperar a calma (respiração lenta, referências concretas sobre o local e a hora, presença).
4. **Ligar**: às necessidades essenciais e aos serviços, à informação fiável (o que se sabe, o que não se sabe, quando se saberá mais), aos familiares e ao apoio social. Acompanhar fisicamente até um serviço quando necessário, em vez de apenas indicar uma direção.
5. **Encerrar**: dizer o que vai acontecer a seguir, assegurar-se de que a pessoa não fica sozinha se for vulnerável, não prometer voltar se isso não for certo.

O que dizer e o que não dizer

A fazer	A evitar
Ser honesto e digno de confiança	Prometer o que não se pode cumprir
Respeitar o direito da pessoa a tomar as suas próprias decisões	Decidir por ela, pressionar
Falar com calma, com frases simples, na sua língua se possível	Usar jargão técnico, falar demasiado depressa
Reconhecer as suas perdas e o seu sofrimento («o que está a viver é muito difícil»)	Minimizar («não é nada», «há pior»), dar explicações religiosas ou pessoais
Deixar silêncios, ouvir	Forçar a contar, fazer perguntas detalhadas sobre o acontecimento
Preservar a confidencialidade	Contar a história da pessoa a outros, fotografá-la
Orientar para um profissional quando necessário	Fazer de terapeuta, fazer diagnósticos

O que os PSP não são: o debriefing psicológico

As recomendações da OMS sobre o tratamento das condições especificamente relacionadas com o stress (programa mhGAP) desaconselham o **debriefing psicológico** em sessão única, que consiste em fazer relatar em pormenor o acontecimento e as emoções associadas pouco depois de este ter ocorrido, porque não demonstrou benefício e poderia ser prejudicial para algumas pessoas. É uma das razões pelas quais os PSP nunca pedem que se conte o acontecimento.

As crianças

As reações das crianças dependem da idade: regressão (enurese, apego excessivo aos pais), perturbações do sono, brincadeira repetitiva sobre o acontecimento, irritabilidade. As prioridades são mantê-las com os pais ou com as pessoas que habitualmente cuidam delas, sinalizar imediatamente uma criança não acompanhada ou separada aos atores de proteção da criança, falar-lhe ao seu nível com palavras simples e apoiar os pais, que são o primeiro fator de proteção da criança. Nunca fotografar nem registar a identidade de uma criança fora dos procedimentos de proteção previstos.

Quando orientar imediatamente

Uma orientação para um serviço especializado, com urgência se necessário, impõe-se quando a pessoa está ferida ou doente, apresenta um sofrimento tal que não consegue cuidar de si própria ou dos filhos, exprime ideias de se magoar ou de magoar outros, ou é sobrevivente de violência sexual (orientação para os serviços de cuidados médicos e psicossociais dentro dos prazos médicos, segundo a escolha da pessoa e o circuito de referenciação estabelecido).

Exemplo completo: um dia de distribuição sob calor intenso

Contexto fictício: local de deslocados de Bassa-Nord, 9 400 pessoas, estação quente. A ONG «Terres Communes» organiza uma distribuição de kits de abrigo e de artigos domésticos para 1 150 agregados familiares ao longo de dois dias. A temperatura prevista ultrapassa os 40 °C à tarde. O posto de saúde do local, gerido por um parceiro, está aberto das 8h às 16h, com um enfermeiro e dois auxiliares de saúde; o hospital distrital fica a 50 minutos. A equipa de distribuição conta com 14 pessoas, das quais 3 socorristas certificados; está instalado um posto de primeiros socorros numa tenda, com uma socorrista dedicada que não participa na distribuição.

Preparação: decisões tomadas na véspera

- Distribuição das 6h30 às 11h30, com retoma às 15h30, com base no índice de calor e no parecer do parceiro de saúde.
- Filas de espera sob lonas esticadas; pontos de água a cada 50 metros; fila prioritária para pessoas idosas, mulheres grávidas, pessoas com deficiência e pessoas doentes.
- Posto de primeiros socorros equipado: água em quantidade, SRO, bacias e baldes para arrefecer, mantas, estojo completo, fichas de avaliação, rádio.
- Circuito de orientação acordado com o enfermeiro do posto de saúde e veículo designado para uma transferência para o hospital.

Registo dos atendimentos do dia

Hora	Pessoa	Problema	Gestos	Orientação
8h10	Mulher, cerca de 70 anos	Tonturas, suores, náuseas, consciência normal	Repouso deitada à sombra, panos molhados, SRO em pequenos goles	Melhoria em 30 minutos; a sua parte entregue através da fila prioritária, acompanhada de regresso por um vizinho
9h25	Homem, carregador de kits, cerca de 30 anos	Cãibras nas barrigas das pernas	Repouso, alongamentos suaves, bebida com eletrólitos	Retoma de uma tarefa leve após uma hora, rotação dos carregadores instituída
10h40	Mulher, cerca de 25 anos, grávida	Mal-estar sem perda de consciência na fila	Colocada sobre o lado esquerdo, à sombra, água, vigilância	Orientada para o posto de saúde para exame, acompanhada
11h05	Homem, cerca de 45 anos, voluntário da distribuição	Discurso incoerente, cambaleia, pele escaldante e, depois, breve convulsão	Alerta por rádio; colocação imediata numa bacia improvisada (lona levantada pelas bordas e cheia de água), cabeça mantida fora de água por um socorrista, rega contínua, ventilação; posição lateral de segurança após a convulsão	Enfermeiro no local em 6 minutos; arrefecimento continuado; transferência para o hospital após melhoria da consciência, com arrefecimento durante o trajeto
11h20	Rapaz de cerca de 8 anos, acompanhado pela mãe	Queimadura do antebraço por uma panela entornada perto da área de cozinha	Arrefecimento com água limpa durante 20 minutos, mantendo a criança coberta, pulseira retirada, película aderente aplicada em tiras	Queimadura de cerca de duas palmas, com bolhas: orientação para o posto de saúde, mãe presente e informada
11h30	Homem, cerca de 35 anos	Mordedura de cão na barriga da perna	Lavagem com água e sabão durante cerca de 15 minutos, penso limpo	Orientado para o posto de saúde para avaliação da profilaxia antirrábica e do tétano; informação transmitida ao ponto focal de saúde do local

A análise do caso mais grave

O voluntário vítima de golpe de calor tinha recusado uma pausa às 10h para terminar uma fila. O que o protegeu: o reconhecimento rápido das alterações do comportamento como sinal de gravidade (e não de cansaço ou de consumo de álcool), o arrefecimento imediato no local sem esperar pelo transporte e a preparação do material (água, lona, bacias). O que faltou: uma

regra de pausas obrigatórias para o pessoal e os voluntários e um acompanhamento do seu consumo de água.

Decisões para o segundo dia

- Pausas obrigatórias de 15 minutos à sombra a cada hora para os carregadores e os voluntários; pares encarregados de se vigiarem mutuamente.
- Paragem da distribuição a partir das 10h30 e retoma às 16h.
- Deslocação da área de cozinha do pessoal para longe das filas de espera.
- Breve sessão de informação dos voluntários sobre os sinais do golpe de calor.
- Relatório de incidente relativo ao voluntário, transmitido de acordo com o procedimento; acompanhamento do seu estado pelo responsável dos voluntários.

A vertente psicológica

A mãe da criança queimada estava muito agitada e culpava-se pelo acidente. A socorrista apresentou-se, fê-la sentar-se junto do filho durante o arrefecimento, explicou-lhe cada gesto, reconheceu o seu medo sem a julgar e acompanhou-a até ao posto de saúde, indicando-lhe onde poderia receber o seu kit mais tarde. É uma aplicação direta dos PSP: observar, ouvir, ligar, sem debriefing nem interrogatório.

Ferramentas, erros frequentes e variações consoante o contexto

Ferramenta 1: árvore de decisão para queimaduras

Pergunta	Se sim
Queimadura por chama, líquido, objeto quente?	Arrefecer pelo menos 20 minutos, retirar joias, cobrir com película aderente
Produto químico?	Proteger-se, escovar o pó, lavar abundantemente e durante muito tempo, identificar o produto
Eletricidade?	Cortar a corrente, avaliação médica sistemática, preparar-se para reanimar
Rosto, mãos, pés, períneo, articulações, queimadura circunferencial?	Orientação médica
Extensão superior a uma ou duas palmas, queimadura profunda, criança ou pessoa idosa?	Orientação médica
Sinais respiratórios (fuligem, voz rouca, tosse, espaço fechado)?	Emergência: alertar, vigiar a respiração

Ferramenta 2: lista de prevenção das doenças relacionadas com o calor para uma atividade

- Previsão meteorológica consultada e horários adaptados.
- Sombra para as filas de espera e para as equipas.
- Água potável acessível a todos, SRO no posto de primeiros socorros.

- Fila prioritária para as pessoas vulneráveis.
- Pausas obrigatórias e rotação para os trabalhos físicos.
- Material de arrefecimento pronto (água em quantidade, recipiente, lona).
- Socorrista dedicado e circuito de orientação conhecido.

Ferramenta 3: ficha de bolso de PSP

- **Observar**: segurança, necessidades urgentes, sofrimento grave, pessoas em risco.
- **Ouvir**: apresentar-me, oferecer ajuda, perguntar pelas necessidades, ouvir sem forçar, ajudar a recuperar a calma.
- **Ligar**: necessidades essenciais, informação fiável, familiares, serviços; acompanhar se necessário.
- **Orientar com urgência**: ferimento, incapacidade de cuidar de si, ideias de se magoar, violência sexual, criança não acompanhada.
- **Cuidar de mim**: pausa, conversa com um colega, apoio da organização.

Erros frequentes

- Arrefecer uma queimadura apenas alguns segundos, ou com gelo; aplicar remédios tradicionais ou pasta de dentes.
- Arrefecer a queimadura de uma criança sem a manter aquecida, com o risco de provocar hipotermia.
- Confundir um golpe de calor com cansaço ou embriaguez e atrasar o arrefecimento até ao hospital.
- Preparar SRO com uma quantidade de água diferente da indicada na saqueta.
- Colocar um garrote ou fazer uma incisão após uma mordedura de serpente; perder tempo a tentar capturar ou matar a serpente.
- Desvalorizar uma mordedura de cão porque a ferida é pequena.
- Colocar um colar cervical improvisado ou deixar sozinha uma vítima de traumatismo cranioencefálico.
- Pedir a uma pessoa em choque que conte o que aconteceu «para desabafar».

Variações consoante o contexto

Crise súbita: afluxo de feridos ligeiros e moderados (feridas, fraturas, queimaduras), água limpa escassa, estruturas sobrecarregadas. Os socorristas comunitários tratam os ferimentos simples e orientam os casos graves. Os PSP são uma prioridade nos primeiros dias.

Crise prolongada: predominam as doenças relacionadas com o ambiente (diarreias, calor, frio nos abrigos) e as queimaduras domésticas em abrigos sobrelotados. A prevenção (organização dos espaços de cozinha, isolamento dos abrigos, acesso à água) cabe aos setores de abrigo, ASH e saúde, e os socorristas podem sinalizar os riscos observados.

Campo: forte densidade, fogueiras abertas, risco de incêndio; plano de evacuação em caso de incêndio e primeiros socorros a queimados a preparar com o gestor do local.

Meio urbano: intoxicações por monóxido de carbono (aquecimento ou gerador num espaço fechado), eletrocussões, quedas. Arejar e retirar as vítimas de um espaço fechado apenas sem

se expor a si próprio.

Gestão remota e parceiros: os PSP são acessíveis a não especialistas com formação e constituem uma competência prioritária para as equipas de parceiros locais e os voluntários, desde que existam circuitos de orientação para serviços especializados.

Insegurança: as pessoas podem estar expostas a violência repetida; não criar expectativas de regresso se o acesso não estiver garantido; proteger estritamente as informações recolhidas.

O que observam os avaliadores

- Integração dos riscos de saúde relacionados com o ambiente no planeamento das atividades (calor, frio, água).
- Formação em PSP do pessoal em contacto com as populações e existência de um circuito de orientação funcional.
- Registo dos atendimentos nos locais de atividade e acompanhamento das orientações.
- Consideração do bem-estar do pessoal e dos voluntários (pausas, água, apoio após incidente).

Perguntas de entrevista e referências essenciais

1. «Como organiza uma distribuição com calor intenso para reduzir os riscos sanitários?»

Uma resposta sólida fala de horários, de sombra, de água, de filas prioritárias, de pausas obrigatórias para o pessoal e os voluntários, de um posto de primeiros socorros com um socorrista dedicado e material de arrefecimento, de um circuito de orientação acordado com o parceiro de saúde e da capacidade de suspender a atividade.

2. «Qual é a diferença entre a exaustão pelo calor e o golpe de calor, e porque é importante?»

O candidato cita a alteração da consciência ou do comportamento como sinal do golpe de calor, explica que se trata de uma emergência vital que exige um arrefecimento ativo imediato no local, de preferência por imersão em água fria, e que a exaustão se trata com repouso, arrefecimento e reidratação.

3. «Um colega é mordido por uma serpente no terreno, a três horas do hospital. O que faz?»

Descreve o repouso, a imobilização, a remoção das joias, a proibição do garrote, da incisão, da sucção e do gelo, o alerta, a escolha de uma estrutura que disponha de soro antiofídico, a vigilância dos sinais de gravidade, e menciona a preparação prévia (mapeamento das estruturas que dispõem de soro antiofídico no plano médico).

4. «O que são os primeiros socorros psicológicos e em que diferem de um debriefing?»

Apresenta os princípios observar, ouvir, ligar, a ausência de pressão para contar, o caráter prático e humano da ajuda, e explica que a OMS desaconselha o debriefing psicológico em

sessão única. Cita as situações que exigem uma orientação especializada.

5. «Como formaria voluntários comunitários em primeiros socorros num campo?»

Menciona uma parceria com a Sociedade Nacional da Cruz Vermelha ou do Crescente Vermelho, um conteúdo adaptado aos riscos frequentes do campo (queimaduras, diarreias, calor, feridas), uma formação prática certificada, material, um circuito de orientação para as estruturas de saúde, reciclagens e supervisão.

Referências essenciais

- *Diretrizes Internacionais de Primeiros Socorros, Reanimação e Educação* (2020): FICV.
- *European Resuscitation Council Guidelines* (2021), capítulo «First Aid»: Conselho Europeu de Ressuscitação.
- *Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo* (2011): OMS, War Trauma Foundation e World Vision International.
- *A Guide to Psychological First Aid*: Centro de Referência para o Apoio Psicossocial da FICV.
- *Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Contextos de Emergência* (2007): Comité Permanente Interagências.
- Diretrizes da OMS sobre o tratamento das condições especificamente relacionadas com o stress (programa mhGAP, 2013).
- Diretrizes da OMS para o tratamento das mordeduras de serpente e documento de posição da OMS sobre as vacinas antirrábicas.
- Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI): OMS e UNICEF.
- *O Manual Esfera* (2018), capítulos Saúde e Abastecimento de Água, Saneamento e Promoção da Higiene.

> Lembrete: este curso online não substitui uma formação prática certificada em primeiros socorros nem uma formação específica em primeiros socorros psicológicos. Ambas se aprendem em situação, com um formador.

Exercício: três situações para resolver

Para cada uma destas situações, escreva os três primeiros gestos e a pessoa a informar: (1) uma criança entornou água a ferver no braço num local de deslocados; (2) um motorista está confuso e a escaldar depois de mudar um pneu em pleno sol; (3) uma mulher foi mordida por uma cobra à beira de um campo, a duas horas do hospital.

A reter

- Queimadura: água fresca pelo menos 20 minutos e depois penso limpo; nada mais.
- Fratura: imobilizar sem endireitar; traumatismo craniano com sinais de alerta: evacuar.
- Golpe de calor: arrefecer imediatamente; diarreia: SRO e sinais de perigo.
- Cobra: imobilizar e evacuar; nem garrote nem incisão.
- Primeiros socorros psicológicos: observar, escutar, ligar, sem forçar o relato.

Quiz

1. Uma queimadura é arrefecida com água fresca durante:
   A. 30 segundos
   B. As queimaduras não se arrefecem
   C. Até aparecerem bolhas
   D. Pelo menos 20 minutos

2. Perante uma mordedura de cobra, é preciso:
   A. Aplicar gelo
   B. Fazer uma incisão e aspirar o veneno
   C. Imobilizar o membro, acalmar a vítima e evacuá-la para uma unidade com soro antiofídico
   D. Aplicar um garrote apertado

3. As três ações dos primeiros socorros psicológicos são:
   A. Interrogar, diagnosticar, tratar
   B. Contar, reviver, esquecer
   C. Observar, escutar, ligar
   D. Isolar, acalmar, mandar embora

Respostas do quiz : 1. B · 2. C · 3. A

Dia 4 : Múltiplas vítimas, triagem e feridas de guerra

Objetivos

- Organizar a resposta a um incidente com múltiplas vítimas.
- Aplicar a triagem START e priorizar os gestos.
- Tratar as feridas de guerra e cuidar da equipa após o incidente.

Incidente com múltiplas vítimas: organizar antes de tratar

Quando o número de feridos ultrapassa os meios presentes, o objetivo muda: trata-se de **fazer o maior bem ao maior número**. O responsável da equipa não trata: **organiza**. Verifica a segurança (segunda explosão, tiros, desabamento), dá o alerta, designa uma zona segura de reagrupamento, distribui os socorristas e mantém um registo das vítimas.

As organizações presentes em zonas de conflito preparam um **plano de afluxo maciço de vítimas** com as estruturas de saúde locais: papéis, caixas adicionais (garrotes, pensos compressivos, mantas), meios de transporte, contactos do Crescente Vermelho ou da Cruz Vermelha e do CICV.

A triagem START

A triagem START classifica cada vítima em menos de um minuto:

- **Verde**: a vítima anda. É reunida numa zona segura e será reavaliada.
- **Preto**: não respira, mesmo após abrir as vias aéreas.
- **Vermelho** (emergência absoluta): respira mais de 30 vezes por minuto, ou não tem pulso radial (ou preenchimento capilar superior a 2 segundos), ou não obedece a ordens simples.
- **Amarelo**: todas as outras vítimas que não andam.

Durante a triagem, realizam-se apenas dois gestos: **parar uma hemorragia catastrófica** (garrote) e **colocar em posição lateral de segurança** uma vítima inconsciente que respira. A triagem é repetida, porque o estado das vítimas evolui.

Feridas de guerra enquanto se aguarda a evacuação

Em traumatologia de guerra, a **hemorragia catastrófica** é tratada primeiro, mesmo antes das vias aéreas: garrote nos membros, compressão firme e tamponamento da ferida com compressas nas feridas de junção (virilha, axila, pescoço). Vêm depois as vias aéreas, a respiração, a circulação e a prevenção da **hipotermia** (manta de sobrevivência, mesmo com calor, porque um ferido que sangra arrefece rapidamente).

Uma **ferida no tórax** que borbulha é deixada ao ar ou coberta com um penso não oclusivo. Uma ferida abdominal com evisceração é coberta com um pano limpo e húmido, sem

reintroduzir nada. Um objeto cravado nunca é retirado. Não se dá de beber a um ferido que vai precisar de cirurgia.

Após o incidente: a equipa e as testemunhas

Os socorristas estão expostos a cenas traumáticas. Nos dias seguintes, proponha uma **conversa voluntária** centrada nas necessidades práticas, sem obrigar ninguém a falar. Alivie a carga de trabalho, vigie os sinais que persistem para além de algumas semanas (perturbações do sono, evitamento, irritabilidade) e encaminhe para um apoio psicológico profissional.

Faça também um **balanço operacional de lições aprendidas**: o que funcionou, o material em falta, os contactos a atualizar. Reabasteça imediatamente as caixas utilizadas.

Preparar um plano de afluxo de vítimas: organização, zonas e papéis

> Este curso online não substitui uma formação prática certificada em primeiros socorros, nem as formações especializadas em primeiros socorros em situação de conflito ou de afluxo maciço de vítimas propostas pelo CICV, pelas Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho ou pelas autoridades sanitárias. A triagem e os gestos de trauma aprendem-se através da prática e dos exercícios de simulação.

Um afluxo de vítimas define-se menos por um número do que por uma relação: há afluxo quando o número e a gravidade dos feridos ultrapassam a capacidade imediata das pessoas e dos meios presentes. Para uma equipa de quatro socorristas num mercado, cinco feridos graves são suficientes. O guia da OMS sobre os sistemas de gestão de afluxos maciços de vítimas lembra que a resposta é antes de mais uma questão de organização prévia: o que não foi preparado e treinado não funcionará no dia do acontecimento.

Os princípios que mudam em relação a uma vítima isolada

- **O maior bem para o maior número**: os recursos vão prioritariamente para as vítimas que podem ser salvas com gestos simples e rápidos.
- **Organizar antes de tratar**: a primeira pessoa formada que chega assume a coordenação, avalia e organiza, em vez de se deter junto da primeira vítima.
- **Gestos limitados durante a triagem**: controlo das hemorragias maciças e abertura ou proteção da via aérea e, em seguida, passa-se à vítima seguinte.
- **Triagem repetida**: o estado das vítimas evolui; cada vítima é reavaliada regularmente e em cada etapa (zona de cuidados, evacuação, chegada ao hospital).
- **Não discriminação**: a prioridade é fixada exclusivamente pela urgência médica, em conformidade com o direito internacional humanitário, que protege os feridos e os doentes sem qualquer distinção desfavorável.

As zonas

Zona	Função	Pontos de atenção
Zona de perigo	Local do acontecimento	Acesso apenas após avaliação da segurança (segunda explosão, tiros, desabamento, incêndio, engenhos explosivos não detonados); pessoal reduzido ao mínimo
Ponto de concentração de vítimas	Vítimas retiradas da zona de perigo, triagem	A uma distância de segurança, abrigado, acessível a veículos
Zona de cuidados	Vítimas agrupadas por categoria (vermelho, amarelo, verde)	Um responsável por categoria; a zona verde afastada para evitar que invada as outras
Ponto de evacuação	Embarque para as estruturas de saúde	Registo de cada partida: quem, para onde, em que veículo, a que hora
Zona dos falecidos	Corpos das pessoas falecidas	Afastada, com dignidade, sem manipulação desnecessária; informação às autoridades competentes

Os papéis

- **Coordenador**: não presta cuidados. Avalia a segurança com o ponto focal de segurança, alerta a base e as estruturas de saúde, define as zonas e os papéis, acompanha o número de vítimas por categoria, pede reforços e meios de transporte, decide a interrupção das operações se a segurança se degradar.
- **Triador**: percorre as vítimas, aplica o método de triagem, realiza apenas os gestos autorizados durante a triagem, marca cada vítima (pulseira, etiqueta ou marcação a cores).
- **Socorristas de zona**: prestam cuidados às vítimas da sua categoria, vigiam, reavaliam, comunicam qualquer agravamento.
- **Responsável pelos transportes**: organiza as evacuações segundo as prioridades e a capacidade das estruturas, mantém o registo.
- **Comunicação e logística**: ligação rádio, reabastecimento dos estojos, água, iluminação, gestão das testemunhas e das famílias.

O que o plano escrito deve conter

1. Limiares de ativação e cadeia de alerta interna.
2. Regra de segurança: quem decide que uma intervenção é possível, e com base em que critérios.
3. Lista das estruturas de saúde com a sua capacidade cirúrgica real e a sua capacidade para receber vários feridos ao mesmo tempo, e contactos de serviço verificados.
4. Coordenação com o cluster de saúde, o CICV, a Sociedade Nacional e as autoridades sanitárias; conhecimento das equipas médicas de emergência destacadas, se for o caso, segundo a classificação da iniciativa da OMS para as equipas médicas de emergência.
5. Stocks pré-posicionados: garrotes, pensos compressivos e hemostáticos, mantas isolantes, luvas, etiquetas ou fitas de cor, macas flexíveis, lanternas frontais, registos.

6. Meios de transporte mobilizáveis e acordos com outras organizações.
7. Procedimento de apoio ao pessoal após o acontecimento.
8. Calendário de exercícios.

A triagem na prática: START, retriagem e outros métodos

A triagem START (Simple Triage and Rapid Treatment), apresentada nas secções anteriores, é um dos métodos de triagem de terreno mais ensinados. Existem outros, como o SALT ou ferramentas de triagem simplificadas utilizadas por certos serviços. Nenhum método é perfeito: os estudos mostram taxas de sobretriagem e de subtriagem não negligenciáveis. O essencial é que toda a equipa utilize **o mesmo método**, o da sua formação e do sistema de saúde local, e que o tenha treinado.

START: a sequência detalhada

Etapa	Pergunta	Resultado
1	A vítima consegue andar?	Sim: verde. Pede-se-lhe que se dirija ao ponto de concentração designado.
2	Respira?	Não: abrir a via aérea. Se a respiração não for retomada: preto. Se for retomada: vermelho, e posição que proteja a via aérea.
3	Frequência respiratória superior a 30 por minuto?	Sim: vermelho.
4	Pulso radial ausente, ou tempo de preenchimento capilar superior a 2 segundos?	Sim: vermelho. Controlar uma hemorragia maciça.
5	Obedece a ordens simples («aperte-me a mão»)?	Não: vermelho. Sim: amarelo.

O tempo de preenchimento capilar é pouco fiável com frio ou na penumbra: nesse caso, é preferível a pesquisa do pulso radial. O triador passa pouco tempo com cada vítima; não faz uma avaliação completa.

A triagem das crianças

Os limiares do START foram concebidos para o adulto: na criança, a frequência respiratória normal é mais elevada e a paragem respiratória é mais frequentemente reversível com algumas insuflações. Existem adaptações pediátricas (por exemplo, o JumpSTART, que prevê insuflações na criança que não respira mas tem pulso). Requerem uma formação específica. Na sua falta, o princípio é não classificar demasiado depressa uma criança como preto.

A retriagem

A primeira triagem é rápida e aproximada. É seguida de uma segunda triagem, mais completa, na zona de cuidados, e depois de uma triagem para a evacuação, que tem em conta o número de lugares nos veículos, a capacidade das estruturas e o tempo de transporte. Uma vítima

amarela que fica confusa, cuja respiração acelera ou que empalidece passa a vermelho; uma vítima vermelha estabilizada pode esperar para deixar partir uma vítima mais grave. As categorias inscritas nas etiquetas são atualizadas, com a hora.

A triagem no hospital

A triagem de terreno não é a triagem cirúrgica. Nos hospitais que recebem feridos de guerra, o CICV ensina uma triagem baseada na necessidade e na urgência da cirurgia, que distingue nomeadamente os feridos que necessitam de uma intervenção imediata, aqueles cuja cirurgia pode esperar, os feridos ligeiros e aqueles cujos ferimentos são tão graves que não podem ser salvos com os recursos disponíveis. O socorrista não tem de aplicar esta triagem, mas a sua transmissão (gestos realizados, horas dos garrotes, evolução) facilita esse trabalho.

Documentar

Cada vítima triada recebe uma marcação visível (etiqueta de triagem, fita de cor ou inscrição com marcador na testa ou no braço) indicando a categoria, a hora e os gestos realizados, em particular a hora de colocação de um garrote. O coordenador mantém um registo com um número por vítima, a categoria, o destino e a hora de partida. Este registo permite responder às famílias, evitar duplicações e prestar contas às autoridades e ao cluster de saúde.

> A triagem é moralmente exigente: classificar uma vítima como preto é aceitar não parar junto dela. Esta escolha, baseada num método partilhado, permite salvar outras vidas. Deve ser preparada em formação e reconhecida no apoio prestado ao pessoal após o acontecimento.

Ferimentos de guerra e de explosão: abordagem detalhada até à evacuação

Os ferimentos por bala, estilhaços e explosão têm características próprias: energia elevada, lesões internas mais extensas do que a ferida visível, contaminação e, muitas vezes, várias feridas na mesma vítima. O manual do CICV *Primeiros socorros em conflitos armados e outras situações de violência* e a abordagem dos cuidados básicos de emergência da OMS e do CICV estruturam a prestação de cuidados segundo uma sequência que começa pela hemorragia maciça.

Proteger-se primeiro

Sob fogo ou numa zona exposta, o único gesto razoável é muitas vezes abrigar-se e, se isso puder ser feito sem maior exposição, levar a vítima para um local abrigado. Pode ser colocado rapidamente um garrote num membro que sangra abundantemente antes da deslocação. Qualquer outro cuidado espera por uma zona segura. As organizações humanitárias nunca pedem ao seu pessoal que se exponha a tiros para prestar socorro; a sua política de segurança deve dizê-lo explicitamente.

A sequência em zona segura

Prioridade	Problema	Gestos do socorrista
1	Hemorragia maciça	Garrote num membro; compressão direta; tamponamento e compressão das feridas juncionais (virilha, axila, base do pescoço) com compressas ou penso hemostático, se formado
2	Via aérea	Permeabilizar; colocar de lado uma vítima inconsciente que respira; deixar uma vítima consciente com traumatismo facial adotar a posição que lhe permite respirar (muitas vezes sentada, inclinada para a frente)
3	Respiração	Procurar feridas do tórax, incluindo nas costas e debaixo das axilas; deixar uma ferida aspirativa exposta ao ar ou cobri-la com um penso não oclusivo; vigiar o agravamento da dificuldade respiratória
4	Circulação	Procurar as outras hemorragias, comprimir; reconhecer os sinais de choque; deitar
5	Hipotermia e outras lesões	Isolar do chão, cobrir, mesmo com tempo quente; cobrir as feridas; imobilizar as fraturas; procurar os orifícios de saída

Pontos técnicos essenciais

- **Ferida torácica aberta**: as diretrizes da FICV e do ERC recomendam que um socorrista não aplique um penso oclusivo, porque pode favorecer uma acumulação de ar sob pressão no tórax. Deixa-se a ferida exposta ao ar ou cobre-se com um penso não oclusivo, e controla-se uma hemorragia com uma compressão local, se necessário. Qualquer agravamento da respiração é comunicado imediatamente.
- **Ferida abdominal com evisceração**: não recolocar nada no lugar; cobrir com um pano limpo humedecido; deitar a vítima, com os joelhos ligeiramente fletidos se isso a aliviar; nada pela boca.
- **Amputação traumática**: garrote acima da lesão. O fragmento amputado, se for encontrado sem atrasar os cuidados, é envolvido num pano limpo, colocado num saco e mantido fresco sem contacto direto com o gelo. Em contexto de guerra, o reimplante é excecional: o tempo e a energia vão para a vítima.
- **Objeto empalado**: não o retirar; estabilizá-lo.
- **Queimaduras associadas**: arrefecer segundo a regra habitual, sem provocar hipotermia num ferido que sangra.
- **Vítima presa sob escombros**: a libertação de um membro comprimido durante muito tempo pode provocar uma deterioração súbita. Sempre que possível, procura-se um parecer médico antes ou durante a libertação, e a vítima é vigiada de perto depois. A segurança da estrutura prevalece: nada de desencarceramento sem avaliação.
- **Bebida**: nada a beber para um ferido grave que provavelmente terá de ser operado, salvo instrução médica em caso de evacuação muito prolongada.

Os ferimentos por explosão

Distinguem-se classicamente quatro mecanismos: a onda de choque (lesões dos órgãos que contêm ar: pulmões, ouvidos, intestinos), os projéteis e estilhaços, a projeção da vítima contra

obstáculos e os outros efeitos (queimaduras, inalação de fumos, esmagamento, agravamento de doenças existentes). Duas consequências práticas para o socorrista: uma vítima que parece pouco atingida pode desenvolver secundariamente uma dificuldade respiratória grave, e uma surdez temporária dificulta a comunicação. Qualquer pessoa que tenha estado perto de uma explosão deve ser reavaliada, mesmo que ande.

Transmitir e evacuar

O socorrista transmite para cada vítima: categoria e hora da triagem, mecanismo, lesões identificadas, gestos realizados e respetivas horas (em particular os garrotes), evolução. Os garrotes permanecem visíveis. Durante o transporte, a vigilância contínua e a proteção contra a hipotermia prosseguem. Em contexto de conflito, o respeito pelo emblema, pelas regras de passagem nos postos de controlo e a neutralidade da equipa condicionam muitas vezes a própria possibilidade de evacuar.

Exemplo completo: explosão no mercado de Doran

Contexto fictício: cidade de Doran, zona de conflito de baixa intensidade. A ONG «Main Tendue» gere ali um programa de proteção e de saúde comunitária. Às 9h50, um engenho explode no mercado. A equipa da ONG, seis pessoas, das quais três socorristas certificados (a Sra. N., chefe de equipa, o Sr. R., o Sr. S.) e um motorista, encontra-se a 300 metros, com dois veículos e dois estojos de trauma, cada um contendo quatro garrotes comerciais. O hospital de Doran dispõe de dois blocos operatórios; o tempo de chegada anunciado dos socorros da Sociedade Nacional é de 25 minutos.

Os primeiros dez minutos

- **9h50 às 9h55**: a Sra. N. abriga a equipa atrás de um edifício e contacta o ponto focal de segurança. Decisão conjunta: esperar alguns minutos, observar, não se aproximar da cratera, utilizar um acesso oposto ao da explosão. Alerta à base, que avisa o hospital e a Sociedade Nacional.
- **9h56**: o ponto focal de segurança autoriza uma intervenção limitada na periferia, com retirada imediata a qualquer alerta. A Sra. N. assume a coordenação e não presta cuidados. Ponto de concentração fixado no pátio de uma escola a 80 metros, abrigado, acessível a veículos.
- **9h58**: o Sr. R. anuncia na língua local, em voz alta: «Se consegue andar, venha para a escola.» Onze pessoas dirigem-se para lá: categoria verde, a cargo de dois membros da equipa que não são socorristas, que contam, instalam e observam.
- **10h00 às 10h08**: o Sr. R. e o Sr. S. fazem a triagem das vítimas que ficaram no chão.

O registo de triagem

N.º	Vítima	Constatação	Gesto durante a triagem	Categoria
1	Homem, cerca de 40 anos	Perna direita arrancada abaixo do joelho, hemorragia maciça, responde	Garrote às 10h01, hora registada	Vermelho
2	Mulher, cerca de 30 anos	Não respira, não respira após abertura da via aérea	Nenhum	Preto
3	Homem, cerca de 60 anos	Respira 34 por minuto, ferida torácica, obedece	Ferida deixada não ocluída	Vermelho
4	Adolescente	Não anda (provável fratura da perna), respira 22, pulso radial palpável, obedece	Nenhum	Amarelo
5	Mulher, cerca de 50 anos	Inconsciente, respira	Colocada de lado	Vermelho
6	Homem, cerca de 25 anos	Ferida do antebraço que sangra abundantemente, não anda (choque, estado de estupor), pulso radial ausente	Garrote às 10h04	Vermelho
7	Mulher, cerca de 35 anos	Feridas múltiplas das pernas por estilhaços, respira 24, pulso palpável, obedece	Nenhum	Amarelo
8	Homem, cerca de 70 anos	Respira 20, pulso palpável, não responde a ordens simples (desorientado, surdez?)	Nenhum	Vermelho (a reavaliar: a surdez pode falsear o critério)

Balanço às 10h08: 19 vítimas, das quais 5 vermelhas, 2 amarelas, 11 verdes e 1 preta. Restam cinco garrotes disponíveis após a colocação de dois.

As decisões da coordenadora

- **10h09**: mensagem de rádio à base: «19 vítimas: 5 vermelhas, 2 amarelas, 11 verdes, 1 falecida. Dois garrotes colocados às 10h01 e às 10h04. Necessários 3 veículos para transporte deitado. Hospital a avisar: 5 feridos graves, dos quais duas amputações ou feridas de membro com garrote e uma ferida torácica.»
- **10h12**: retriagem. A vítima 8, reavaliada com recurso a gestos, aperta a mão quando lhe é pedido: passa a amarelo. A vítima 3 respira mais depressa e fica agitada: prioridade de evacuação.
- **10h15**: primeiro veículo da ONG para o hospital com as vítimas 3 e 1, acompanhadas pelo Sr. S.; registo de evacuação preenchido. O segundo veículo fica disponível para a equipa em caso de retirada.

- **10h22**: chegada de duas ambulâncias da Sociedade Nacional. Transmissão pela Sra. N.: número por categoria, garrotes e horas, vítimas prioritárias (5 e 6), localização da vítima falecida. Os socorristas da Sociedade Nacional assumem a direção dos cuidados; a equipa da ONG fica em apoio na zona verde.
- **10h40**: circula um rumor de um segundo engenho. O ponto focal de segurança ordena a retirada da equipa. A Sra. N. verifica que todos os membros estão presentes e informa os socorristas da Sociedade Nacional antes de partir.

O registo de evacuação

N.º	Categoria à partida	Veículo	Hora de partida	Destino	Acompanhante
3	Vermelho	Veículo ONG 1	10h15	Hospital de Doran	Sr. S.
1	Vermelho (garrote 10h01)	Veículo ONG 1	10h15	Hospital de Doran	Sr. S.
5	Vermelho	Ambulância SN 1	10h26	Hospital de Doran	Sociedade Nacional
6	Vermelho (garrote 10h04)	Ambulância SN 1	10h26	Hospital de Doran	Sociedade Nacional
4, 7, 8	Amarelo	Ambulância SN 2	10h35	Hospital de Doran	Sociedade Nacional

O que este exemplo mostra

- A decisão de segurança precedeu qualquer intervenção e enquadrou-a até à retirada.
- A coordenadora não prestou cuidados a ninguém: foi isso que permitiu a triagem completa em menos de dez minutos, o alerta quantificado e a retriagem.
- O critério «obedece a ordens» pode ser falseado por uma surdez causada pela explosão; a retriagem corrigiu uma sobretriagem.
- As horas dos garrotes foram transmitidas duas vezes (rádio e transmissão oral) e constavam dos próprios garrotes.
- A passagem de testemunho à Sociedade Nacional foi explícita e a equipa soube retirar-se.

Depois do acontecimento: apoio ao pessoal, lições aprendidas e ferramentas

O apoio ao pessoal: um método em três tempos

Os intervenientes num afluxo de vítimas estão expostos a cenas graves, a decisões de triagem difíceis e, por vezes, a perigo pessoal. As Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial, as recomendações da OMS e as diretrizes da Fundação Antares sobre a gestão do stress dos trabalhadores humanitários convergem numa abordagem gradual, sem debriefing psicológico imposto.

Momento	Ações	Responsável
No próprio dia	Verificar que todos estão em segurança e ilesos; necessidades práticas (descanso, refeição, contacto com a família); primeiros socorros psicológicos; informação clara sobre o que vai acontecer; resposta imediata a qualquer exposição a sangue	Chefe de equipa, chefe de base
Nos dias seguintes	Momento de partilha voluntário centrado nas necessidades e no apoio mútuo, sem obrigação de contar; redução da carga de trabalho; informação sobre as reações habituais e sobre o acesso a apoio psicológico confidencial	Chefe de base, referente de recursos humanos ou de bem-estar
Nas semanas seguintes	Acompanhamento individual discreto; orientação para um profissional se as dificuldades persistirem ou se agravarem (perturbações do sono, revivências, evitamento, irritabilidade, consumo de álcool, dificuldades no trabalho)	Recursos humanos, prestador de apoio psicológico

Este apoio abrange todo o pessoal, incluindo o pessoal nacional, os motoristas, os guardas e os voluntários, muitas vezes mais expostos e menos frequentemente acompanhados. A CHS (compromisso 8) e o dever de cuidado assim o exigem.

A análise operacional de lições aprendidas

Distinta do apoio psicológico, a análise de lições aprendidas incide sobre a organização e o material. Realiza-se nos dias seguintes, com um facilitador que, se possível, não dirigiu a intervenção.

1. O que devia ter acontecido segundo o plano?
2. O que aconteceu realmente (cronologia factual, a partir dos registos)?
3. Porque houve diferenças?
4. O que manter, o que mudar, quem se encarrega, até quando?

As conclusões alimentam a atualização do plano, o reabastecimento (garrotes, pensos, etiquetas), as necessidades de formação e o relatório de incidente transmitido à sede e, de acordo com os acordos, ao doador.

Ferramenta 1: registo de triagem e de evacuação

N.º	Sexo, idade estimada	Categoria e hora	Gestos e horas	Retriagem	Evacuação (veículo, hora, destino)

Ferramenta 2: lista de verificação do estojo para afluxo de vítimas

- Garrotes comerciais em número adequado ao risco, e garrotes de treino separados.
- Pensos compressivos de emergência, compressas, pensos hemostáticos se o pessoal tiver formação.
- Luvas em grande quantidade, proteção ocular.
- Mantas isolantes.

- Etiquetas de triagem ou fitas de quatro cores, marcadores indeléveis.
- Macas flexíveis, lanternas frontais, coletes de identificação para o coordenador e o triador.
- Registos de triagem e de evacuação, ficha de memória START.

Erros frequentes

- Intervir antes da avaliação da segurança e expor a equipa a uma segunda explosão.
- O coordenador que começa a tratar a primeira vítima e perde a visão de conjunto.
- Ficar muito tempo junto de uma vítima durante a triagem, ou tentar uma reanimação prolongada em detrimento das outras.
- Não fazer retriagem, ou evacuar por ordem de chegada e não segundo a prioridade.
- Enviar todos os feridos para a mesma estrutura sem avisar, quando outra tem capacidade.
- Garrotes sem hora, escondidos debaixo das mantas.
- Deixar a zona verde invadir a zona vermelha.
- Impor um debriefing coletivo em que todos têm de contar o acontecimento.

Variações consoante o contexto

Crise súbita (sismo, desabamento): vítimas presas, poeira, réplicas; coordenação com as equipas de busca e salvamento. **Conflito prolongado**: acontecimentos repetidos, desgaste das equipas e dos stocks; exercícios regulares e rotação do pessoal. **Campo**: incêndios, tumultos durante as distribuições; plano conjunto com o gestor do local e os parceiros de saúde. **Meio urbano**: numerosos atores, risco de desorganização; integrar-se no dispositivo das autoridades em vez de criar um circuito paralelo. **Gestão remota**: o pessoal nacional e os parceiros asseguram a resposta; devem dispor da mesma formação, do mesmo material, do mesmo seguro e do mesmo apoio. **Parceiros com fraca capacidade**: orçamentar a formação, os estojos e os exercícios, e organizar a formação com a Sociedade Nacional.

O que observam os avaliadores e os doadores

- Existência de um plano de afluxo de vítimas testado em exercício, articulado com as estruturas de saúde e os outros atores.
- Formação do pessoal em primeiros socorros em contexto de conflito e em triagem.
- Stocks pré-posicionados controlados.
- Relatórios de incidente, análises de lições aprendidas e acompanhamento das ações.
- Apoio psicossocial acessível a todas as categorias de pessoal.

Perguntas de entrevista e referências essenciais

1. «Ouve uma explosão perto da sua equipa. O que faz nos primeiros cinco minutos?»

Uma resposta sólida começa pelo abrigo e pela contagem da equipa, pelo contacto com o ponto focal de segurança, pelo alerta à base, pela avaliação do risco de segunda explosão e, depois, pela decisão de intervir ou não segundo a política da organização. O candidato não se precipita para as vítimas.

2. «Explique a triagem START e os seus limites.»

Descreve a sequência (marcha, respiração, frequência respiratória, pulso radial ou preenchimento capilar, obediência a ordens), os dois gestos autorizados, a necessidade da retriagem e os limites: limiares para adultos, critérios falseados pela surdez, pelo frio ou pela penumbra, sobretriagem e subtriagem. Insiste na utilização de um método comum e treinado.

3. «Como presta cuidados a um ferido por bala no tórax enquanto aguarda a evacuação?»

Controla primeiro uma hemorragia maciça noutro local, procura todas as feridas, incluindo nas costas, deixa a ferida torácica exposta ao ar ou cobre-a com um penso não oclusivo em conformidade com as recomendações atuais, coloca a vítima na posição que facilita a sua respiração, protege-a do frio, vigia e transmite.

4. «Como prepara uma base para um afluxo de vítimas?»

Cita o plano escrito (ativação, segurança, zonas, papéis, estruturas e capacidades, transportes, stocks, coordenação com o cluster de saúde, o CICV e a Sociedade Nacional, apoio ao pessoal), a formação, os exercícios e as análises de lições aprendidas.

5. «Como apoia a sua equipa após um acontecimento traumático?»

Descreve a abordagem gradual: necessidades práticas e primeiros socorros psicológicos no próprio dia, partilha voluntária sem obrigação de contar, redução da carga, acompanhamento, orientação profissional se as dificuldades persistirem, atenção ao pessoal nacional, aos motoristas e aos voluntários. Menciona que o debriefing psicológico imposto não é recomendado.

6. «Um grupo armado exige que trate primeiro os seus combatentes. Como responde?»

Recorda o princípio da imparcialidade e a proteção dos feridos e doentes pelo direito internacional humanitário, sem qualquer distinção desfavorável, a prioridade fixada exclusivamente pela urgência médica, a segurança da equipa e o recurso à negociação e ao apoio da coordenação e, se for o caso, do CICV.

Referências essenciais

- *Diretrizes Internacionais de Primeiros Socorros, Reanimação e Educação* (2020): FICV.
- *European Resuscitation Council Guidelines* (2021), capítulo «First Aid»: Conselho Europeu de Ressuscitação.
- *Primeiros socorros em conflitos armados e outras situações de violência*: CICV.
- *Cirurgia de guerra* (volumes 1 e 2): CICV.
- *Mass Casualty Management Systems: strategies and guidelines for building health sector capacity* (2007): OMS.
- *Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured*: OMS e CICV.
- *Classification and Minimum Standards for Emergency Medical Teams*: OMS.
- Iniciativa *Cuidados de Saúde em Perigo*: Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho.

- Convenções de Genebra de 1949 e respetivos Protocolos Adicionais, disposições relativas aos feridos e aos doentes.
- *Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Contextos de Emergência* (2007); *Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo* (OMS, 2011).
- *Managing Stress in Humanitarian Workers: guidelines for good practice*: Fundação Antares.
- *Norma Humanitária Fundamental sobre Qualidade e Responsabilização* (CHS), compromisso 8.

> Lembrete: este curso online não substitui uma formação prática certificada em primeiros socorros, nem as formações especializadas em triagem e em primeiros socorros em zona de conflito. Só o treino prático e os exercícios de simulação preparam realmente para um afluxo de vítimas.

Exercício: o seu plano de afluxo maciço de vítimas

Para a sua base, redija um plano de uma página: quem organiza, zona de reagrupamento, material adicional a armazenar, estruturas de saúde e capacidade cirúrgica, meios de transporte, contactos de emergência e procedimento de apoio à equipa após o incidente.

A reter

- Múltiplas vítimas: o responsável organiza e não trata; primeiro a segurança.
- START: verde anda, preto não respira, vermelho se respiração > 30, sem pulso radial ou não obedece, senão amarelo.
- Durante a triagem: apenas garrote e posição lateral de segurança.
- Guerra: primeiro a hemorragia catastrófica, depois vias aéreas, respiração, circulação, hipotermia.
- Depois: conversa voluntária, apoio psicológico, lições aprendidas, reabastecimento.

Quiz

1. Num incidente com múltiplas vítimas, o papel do responsável da equipa é sobretudo:
   A. Tratar o ferido mais grave
   B. Tirar fotografias
   C. Responder aos meios de comunicação
   D. Organizar: segurança, alerta, triagem, distribuição dos socorristas, registo

2. Durante a triagem START, que gestos se realizam?
   A. Perfusões
   B. Nenhum gesto
   C. Apenas parar as hemorragias catastróficas e a posição lateral de segurança
   D. Todos os cuidados necessários a cada vítima

3. Porquê cobrir um ferido que sangra, mesmo com calor?
   A. Para o esconder
   B. Para que durma
   C. Porque arrefece rapidamente e a hipotermia agrava a hemorragia
   D. Não é necessário

Respostas do quiz : 1. B · 2. B · 3. B