A photograph showing a person's hands performing chest compressions on a patient lying on a gurney. The hands are positioned on the lower half of the chest. The background is a mix of green and white geometric shapes.

MANUAL DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

DFEM
DEPARTAMENTO
DE FORMAÇÃO EM
EMERGÊNCIA MÉDICA



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Manual de Suporte Básico de Vida

AUTOR

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

DFEM – Departamento de Formação em Emergência Médica

DESIGN e PAGINAÇÃO

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

GMC – Gabinete de Marketing e Comunicação

ILUSTRAÇÕES

João Rui Pereira

Versão 1 - 1ª Edição 2022

Revisão da versão 4.0 - 2ª Edição 2017

© copyright

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	5
II.	A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA.....	6
1.	Ligar 112 - Reconhecimento Precoce.....	6
2.	Reanimar - Suporte Básico de Vida (SBV)	7
3.	Desfibrilhar - Desfibrilhação precoce	7
4.	Estabilizar - Suporte Avançado de Vida (SAV) precoce e cuidados pós-reanimação.....	7
III.	SUORTE BÁSICO DE VIDA - ADULTO	8
1.	Avaliar as Condições de Segurança	8
2.	Avaliar o Estado de Consciência	9
3.	Permeabilizar a Via Aérea	10
4.	Avaliar Ventilação - VOS.....	10
5.	Ligar 112	10
6.	Realizar Compressões Torácicas	11
7.	Realizar Insuflações	12
8.	Manter SBV.....	13
IV.	POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)	16
1.	Técnica de colocação da vítima em PLS	16
V.	OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA (OVA).....	18
1.	Classificação da OVA quanto à gravidade:	18
2.	Algoritmo de desobstrução da Via Aérea	19
VI.	PONTOS A RETER	21
VII.	SIGLAS	22
VIII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
	Apêndice 1 - Número Europeu de Emergência - 112.....	24
1.	O Número Europeu de Emergência	24
2.	Os Centros Operacionais 112 (CO112).....	24
	Apêndice 2 – SBV adaptado COVID-19 para socorristas leigos.....	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 - Cadeia de Sobrevivência	6
Fig. 2 - Avaliação do estado de consciência	9
Fig. 3 - Permeabilização da via aérea	10
Fig. 4 - Ver, Ouvir e Sentir (VOS).....	10
Fig. 5 - Posição Lateral de Segurança	10
Fig. 6 - Compressões Torácicas.....	11
Fig. 7 - Insuflações boca-máscara.....	12
Fig. 8 - Insuflação boca-a-boca	13
Fig. 9 - Algoritmo de SBV	14
Fig. 10 - Algoritmo de SBV Adulto	15
Fig. 11 - Estenda as pernas da vítima	16
Fig. 12 - Coloque o braço da vítima em ângulo reto com o corpo.....	16
Fig. 13 - Dorso da mão da vítima na hemiface mais próxima do reanimador	17
Fig. 14 - Vítima rodada - em PLS.....	17
Fig. 15 - Levante a perna da vítima, dobrando-a	17
Fig. 16 - Compressões abdominais (Manobra de Heimlich).....	19
Fig. 17 - Pancadas interescapulares	19
Fig. 18 - Algoritmo de Obstrução da Via Aérea	20
Fig. 19 - Chamada 112	25
Fig. 20 - Adaptação de Algoritmo SBV DAE COVID19 Publicado pelo ERC 2020 ⁴	26

I. INTRODUÇÃO

O presente Manual SBV Adulto resulta da necessidade de incorporar as mais recentes recomendações emanadas pelo *European Resuscitation Council* (ERC)¹, relativamente ao Suporte Básico de Vida (SBV), representando o estado da arte quanto aos procedimentos a adotar perante uma vítima em paragem cardiorrespiratória (PCR).

A morte súbita é um acontecimento inesperado, constituindo-se como uma das principais causas de morte em todo o mundo, nos últimos 20 anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 20 mil pessoas por dia, em todo o mundo, são vítimas de morte súbita. Nos últimos anos houve um aumento de mortes de quase 9 milhões, por doença cardíaca.² A análise efetuada aos equipamentos de DAE utilizados logo após uma paragem cardíaca, indica uma elevada percentagem (76%) de vítimas com um incidente arritmico particular: Fibrilhação Ventricular. A cada minuto que passa, após uma PCR, a vítima perde 10% de hipóteses de sobrevivência, pelo que, ao fim de cinco minutos sem assistência, a vítima tem apenas 50% de probabilidade de sobreviver.^{1, 3}

Está demonstrado que a desfibrilhação precoce, realizada entre 3 a 5 minutos após o colapso da vítima (período em que o cérebro ainda se mantém oxigenado), resulta em taxas de sobrevivência de 50 a 70%. A utilização do DAE em PCR na Europa, segundo o ERC, ainda é muito baixa (cerca de 28%).¹

Constitui-se assim como fundamental a intervenção rápida de quem presencia uma PCR, com base em procedimentos específicos e devidamente enquadrados - **a cadeia de sobrevivência.**ⁱ

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

ⁱ Ver [Capítulo III](#) – Cadeia de Sobrevivência



II.A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



Fig. 1 - Cadeia de Sobrevivência

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

1. Ligar 112 - Reconhecimento Precoce

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

O **Número Europeu de Emergência**ⁱ nos países da União Europeia é o 112. Em Portugal, ao ligar 112, a chamada é atendida por agentes de autoridade nos Centros Operacionais 112. Tratando-se de uma situação de saúde, o agente fará o reencaminhamento para os Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), do INEM.

O CODU desempenha um papel importante no reconhecimento da PCR, bem como na instrução e acompanhamento das manobras de reanimação. Sempre que possível, este contacto deve ser realizado junto da vítima e se o telefone tiver a função de alta voz, esta deverá ser acionada.¹ As instruções podem ser seguidas mantendo o diálogo com o técnico preparado para instruir o contactante, de modo a que este

rapidamente identifique que a vítima está inconsciente e não respira normalmente. Nesta circunstância, o CODU dará indicação para iniciar manobras de reanimação, orientando os procedimentos, se necessário, até à chegada de meios de emergência ao local.

Nos primeiros minutos de PCR, poderão existir movimentos de abertura da boca e respiração lenta, sem expansão torácica eficaz (respiração agónica), que não se traduz numa respiração normal e deve ser assumido que a vítima está em PCR. Também pode ocorrer um período curto de convulsão no início da PCR – após esse momento de contração involuntária dos músculos deve-se avaliar a vítima. Se não respirar ou tiver respiração anormal deve assumir-se que está em PCR.¹

Ligar 112

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



ⁱ Ver [Apêndice 2](#) - Número Europeu de Emergência

2. Reanimar - Suporte Básico de Vida (SBV)

No intervalo de tempo que decorre entre a ativação e a chegada dos serviços de emergência ao local da ocorrência, a execução de manobras de SBV assume uma importância fundamental.

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

Quem presencia um evento de PCR deve realizar manobras de SBV, enquanto aguarda a chegada dos serviços de emergência. Na maior parte dos casos o SBV não irá recuperar a função cardíaca, mas se bem realizado prevenirá lesões de órgãos vitais e aumentará a probabilidade de sucesso dos elos seguintes. O risco de não se iniciar atempadamente manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) num doente em PCR é superior ao risco de se fazer RCP num doente que não esteja em PCR.

Reanimar

As manobras de Suporte Básico de Vida devem ser iniciadas logo que possível e mantidas até à chegada dos serviços de emergência.

3. Desfibrilhar - Desfibrilhação precoce

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

Cada minuto de atraso na desfibrilhação reduz a probabilidade de sobrevivência entre 10 a 12%, sendo que nos casos em que o SBV é realizado, o declínio da taxa de sobrevivência é mais gradual (3-4%).¹

Desta forma revela-se como fundamental a utilização dos DAE por pessoal formado para o efeito.

Desfibrilhar

O atraso no acesso à desfibrilhação, pode comprometer a vida da vítima em PCR.

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

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

Estabilizar

A qualidade dos cuidados pós-reanimação podem influenciar a qualidade de vida após a PCR.



III. SUPORTE BÁSICO DE VIDA - ADULTO

A sequência de ações que compõem o algoritmo de SBV tem como objetivo a simplificação de procedimentos, focando-se nos momentos considerados críticos. O algoritmo apresenta-se assim de forma lógica e concisa.

1. Avaliar as Condições de Segurança

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

Sendo a segurança a primeira condição na abordagem da vítima, a mesma deve ser garantida antes de iniciar essa abordagem e ao longo de todo o processo: não deverá expor-se a si nem a terceiros a riscos que possam comprometer a sua integridade física enquanto reanimador.

Antes de se aproximar de alguém que possa eventualmente estar a precisar de ajuda, o reanimador deve minimizar a sua exposição a perigos, estando desperto e protegendo-se de fatores e riscos **ambientais** (ex. choque elétrico, derrocadas, explosão, tráfego), **toxicológicos** (ex. exposição a gás, fumo, tóxicos); e **infecciosos** (ex. tuberculose, hepatite, Sars-Cov2¹).

A tipologia de riscos que aqui é apresentada é extensível a outros momentos de interação com a vítima, nomeadamente durante a realização de manobras de SBV e DAE.

Acidente de viação

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

- Ligar as luzes de perigo (4 piscas) e posicionar a viatura em segurança, entre o possível tráfego e a vítima, com a frente virada numa direção diferente da sua posição e da posição da vítima;
- Vestir o colete e sinalizar o local com triângulo à distância adequada;
- Desligar o motor do carro acidentado para diminuir a probabilidade de incêndio.

Presença de produtos tóxicos

Nas situações em que a vítima sofre uma intoxicação podem existir riscos acrescidos para quem socorre. Para garantir o socorro é importante identificar o produto em causa, a sua forma de apresentação (em pó, líquida ou gasosa) e contactar o CODU ou o CIAV (Centro de Informação Antivenenos) para uma informação especializada quanto aos procedimentos a adotar. Em caso de intoxicação por produtos gasosos é fundamental não inalar os vapores libertados. O local onde a vítima se encontra deverá ser arejado ou, na impossibilidade de o conseguir, a vítima deverá ser retirada do local.

Nas situações em que o produto é corrosivo (ácidos ou bases fortes) ou em que possa ser absorvido pela pele, como alguns pesticidas, é mandatório, além de arejar o local, utilizar equipamento de proteção como luvas e máscara para evitar qualquer tipo de contacto com o produto.

ⁱ Ver [Apêndice 3](#) – SBV adaptado para Covid19

Transmissão de doenças

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

O risco aumenta se houver contacto com sangue infetado ou com uma superfície cutânea com soluções de continuidade (feridas). Durante a reanimação deve evitar o contacto com sangue ou outros fluidos corporais como: secreções, suor, lágrimas, vômito e outros.

Caso se opte por realizar insuflações na presença de fluidos orgânicos, deverá ser utilizada uma máscara de bolso ou insuflador manual para não expor o reanimador ao ar expirado da vítima, devendo existir o cuidado de minimizar as pausas entre compressões ao mínimo indispensável. Nestas circunstâncias, a insuflação boca-a-boca é desaconselhada.

Garanta condições de segurança antes de abordar a vítima.

Não se exponha a si nem a terceiros, a riscos que possam comprometer a segurança de todos.

2. Avaliar o Estado de Consciência

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



Fig. 2 - Avaliação do estado de consciência

No caso de vítima reativa:

- Mantenha-a na posição encontrada;
- Identifique situações causadoras da aparente alteração do estado da vítima;
- Solicite ajuda (ligue 112), se necessário;
- Reavalie com regularidade;
- Se faz parte da Equipa de Emergência, realize o exame da vítima.

No caso de vítima não reativa:

- Permeabilize a Via Aérea (VA).

3. Permeabilizar a Via Aérea

A permeabilização da via aérea e o restabelecimento da ventilação são objetivos essenciais em SBV, com o propósito de evitar lesões por insuficiente oxigenação dos órgãos nobres, em particular do cérebro. Em vítima inconsciente, ocorre o relaxamento dos músculos da orofaringe (garganta), incluindo a língua, que poderão obstruir a VA, pelo que esta deve ser permeabilizada:

- Coloque a vítima em decúbito dorsal (deitada de costas);
- Coloque uma mão na região frontal (testa) e dois dedos da outra mão no mento (queixo);
- Faça a extensão da cabeça, inclinando a cabeça para trás.



Fig. 3 - Permeabilização da via aérea

4. Avaliar Ventilação - VOS

Mantendo a VA permeável, verifique se a vítima respira normalmente, realizando o VOS (Ver, Ouvir e Sentir) até 10 segundos:

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

ⁱ Ver [capítulo III](#) – Posição Lateral de Segurança



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

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



Fig. 5 - Posição Lateral de Segurança

Se faz parte da Equipa de Emergência, dê início ao exame da vítima.

Perante movimentos de abertura da boca e respiração lenta, sem expansão torácica eficaz e que não se traduzem numa respiração normal (respiração agónica), assuma que a vítima está em PCR.

5. Ligar 112

Se a vítima não responde e não respira normalmente ative de imediato o serviço de emergência médica, ligando 112:

- Quando liga 112, deverá informar o local com exatidão e o tipo de situação (emergência médica). Posteriormente, após transferência da chamada para o CODU, deverá complementar a informação já transmitida, designadamente no que respeita à

localização, com referência à freguesia/localidade e pontos de referência, disponibilizando-se para responder a todas as questões solicitadas. Siga os conselhos do técnico do CODU e não desligue a chamada até indicação do mesmo;

- Existindo mais que um elemento no local, um deles deve contactar os serviços de emergência, ligando 112, enquanto o outro inicia as manobras de SBV;
- Se estiver sozinho, o desejável é que não abandone nem atrase o auxílio à vítima, podendo utilizar o sistema de alta voz de um telemóvel para interagir com o 112 e com os técnicos do CODU, enquanto executa o SBV;¹
- Se não tiver telefone ou rede de telemóvel perto, deve abandonar a vítima, ligar 112 e depois começar SBV.

6. Realizar Compressões Torácicas



Fig. 6 - Compressões Torácicas

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

Para que as compressões torácicas sejam corretamente realizadas, deverá:

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

Realize 30 compressões deprimindo o esterno 5 a 6 cm a uma frequência de 100 a 120 compressões por minuto.

7. Realizar Insuflações

Após 30 compressões, efetuar 2 insuflações.

- A insuflação eficaz provoca uma elevação do tórax (semelhante à respiração normal), devendo ter a duração de apenas 1 segundo;
- Não demorar mais que 10 segundos para realizar as duas insuflações;¹
- Evitar insuflações abruptas e com ar em excesso;
- A posição incorreta da cabeça pode impossibilitar uma insuflação adequada por obstrução da via aérea;
- Na impossibilidade de utilizar um dispositivo para insuflar, como a máscara de bolso ou o insuflador manual, este último reservado na sua utilização às Equipas de Emergência, a insuflação “boca a boca” é uma alternativa para fornecer oxigénio à vítima.

Insuflações com máscara de bolso

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



Fig. 7 - Insuflações boca-máscara

- Posicionar-se ao lado da vítima;

- Permeabilizar a Via Aérea (VA);
- Aplicar 2 insuflações, mantendo a VA permeável:

1. Colocar a máscara sobre o nariz e boca da vítima (a parte mais estreita da máscara de bolso deverá ficar sobre o dorso do nariz e a parte mais larga da máscara deverá ficar sobre a boca);
2. Colocar o polegar e o indicador na parte mais estreita da máscara;
3. Colocar o polegar da outra mão na parte mais larga da máscara e usar os outros dedos para elevar o queixo da vítima, criando uma selagem hermética;
4. Soprar suavemente pela válvula unidirecional durante cerca de 1 segundo (por cada insuflação), por forma a que o tórax da vítima se eleve;
5. Retirar a boca da válvula da máscara após insuflar.

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

Insuflação boca-a-boca:

- Posicionar-se ao lado da vítima;
 - Permeabilizar a Via Aérea (VA);
 - Aplicar 2 insuflações, mantendo a VA permeável:
1. Comprima as narinas usando o dedo indicador e o polegar da mão que colocou na testa;
 2. Permita que a boca se abra, mas mantenha a elevação do queixo;
 3. Inspire normalmente e coloque os seus lábios em torno da boca da vítima, certificando-se que não há fugas;

4. Sopre a uma velocidade regular e controlada para a boca da vítima enquanto observa a elevação do tórax (deve durar cerca de 1 segundo, tal como na respiração normal);
5. Mantendo a inclinação da cabeça e o queixo elevado, afaste-se da boca da vítima e observe o tórax a baixar quando o ar sai;
6. Inspire novamente e volte a soprar na boca da vítima para conseguir um total de duas insuflações.



Fig. 8 - Insuflação boca-a-boca

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

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

8. Manter SBV

Mantenha as manobras de reanimação (30 compressões seguidas de 2 insuflações, ou em alternativa compressões contínuas) até:

- Chegar ajuda diferenciada e ser substituído;
- A vítima retomar sinais de vida (vítima acordada ou reativa; movimentos intencionais e respiração normal);
- Ficar exausto.

Caso uma ou ambas as tentativas de insuflação sejam ineficazes, avance de imediato para as compressões torácicas.

Não interrompa as compressões por um período superior a 10 segundos para fazer as duas insuflações.



ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

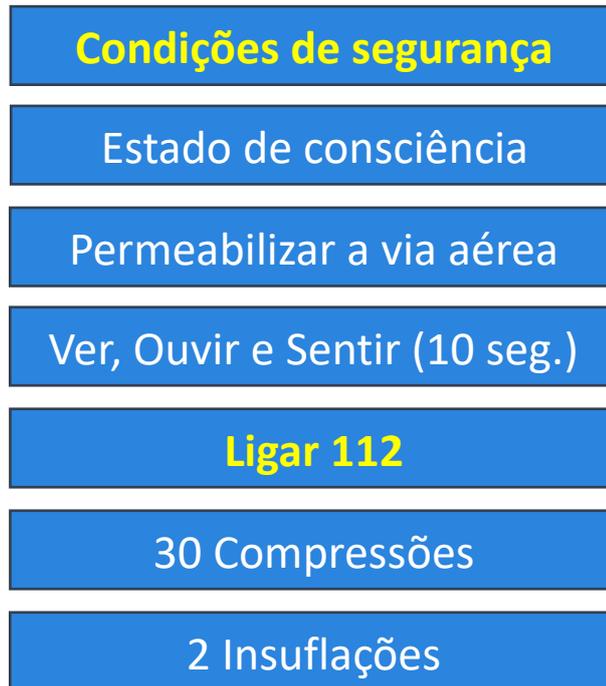


Fig. 9 - Algoritmo de SBV

Sequência e descrição sumária do algoritmo de SBV Adulto

<p>ASSEGURE CONDIÇÕES DE SEGURANÇA</p>		<p>Mitigue riscos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambientais (ex. choque elétrico, derrocada, explosão, tráfego); • Toxicológicos (ex. exposição a gás, fumo, tóxico); • Infeciosos (ex. tuberculose, hepatite, Sars-Cov2). <p>Use equipamento de proteção, se aplicável.</p>
<p>AVALIE O ESTADO DE CONSCIÊNCIA</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Abane os ombros com cuidado e pergunte em voz alta: “Está-me a ouvir?”
<p>PERMEABILIZE A VIA AÉREA</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Coloque uma mão na região frontal (testa) e dois dedos da outra mão no mento (queixo); • Faça a extensão da cabeça, inclinando a cabeça para trás.
<p>AVALIE A VENTILAÇÃO</p>		<p>Ver, Ouvir e Sentir até 10 segundos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ver os movimentos torácicos; • Ouvir os sons respiratórios saídos da boca/nariz; • Sentir o ar expirado na face do reanimador.
<p>SE RESPIRAÇÃO NORMAL, COLOQUE EM PLS</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Coloque em PLS; • Ligue 112; • Mantenha vigilância.
<p>SE NÃO RESPIRA, LIGUE 112</p>		<p>Informe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Estou com uma pessoa que não respira e tenho DAE”; • Forneça a sua localização (com pontos de referência); • Responda a todas as perguntas que forem colocadas; • Desligue apenas quando indicado.
<p>REALIZE 30 COMPRESSÕES TORÁCICAS</p>		<p>Faça 30 compressões, com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As mãos no centro do tórax; • Uma frequência de 100 a 120/min; • Uma depressão do tórax de 5 a 6 cm; • Tempos de compressão e descompressão iguais.
<p>FAÇA 2 INSUFLAÇÕES</p>		<p>Realize 2 insuflações, garantindo uma expansão eficaz do tórax.</p> <p>Não demore mais de 10 seg.</p>
<p>MANTENHA SBV 30 COMPRESSÕES E 2 INSUFLAÇÕES</p>		<p>Mantenha SBV até:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chegar ajuda diferenciada e ser substituído; • A vítima retomar sinais de vida (vítima acordada ou reativa, movimentos intencionais, respiração normal); • Ficar exausto.

Fig. 10 - Algoritmo de SBV Adulto

IV. POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

Nas situações em que a vítima se encontra não reativa e com respiração normal, ou se tiverem sido restaurados os sinais de vida tais como: vítima acordada ou reativa; movimentos intencionais e respiração normal, após manobras de reanimação, a manutenção da permeabilidade da via aérea deverá ser obrigatoriamente garantida. Não estão demonstrados riscos associados à sua utilização.

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

- Diminuindo o risco de aspiração de vômito;
- Prevenindo que o relaxamento dos músculos da orofaringe (garganta) ou a língua possam obstruir a VA;
- Permitindo a drenagem de fluidos pela boca;
- Permitindo a visualização do tórax.

Se ao abordar a vítima, a mesma:

Responde:

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

Se estiver inconsciente e a respirar

- Coloque-a em PLS.

A posição lateral de segurança está contraindicada em situações de trauma ou suspeitas de trauma, bem como em vítimas inconscientes que não respirem.

1. Técnica de colocação da vítima em PLS

Ajoelhe-se ao lado da vítima

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



Fig. 11 - Estenda as pernas da vítima

- Coloque o braço da vítima mais próximo (do seu lado) em ângulo reto (90°) com o corpo, com o cotovelo dobrado e a palma da mão virada para cima;



Fig. 12 - Coloque o braço da vítima em ângulo reto com o corpo

Segure a mão mais afastada

- Segure a mão mais afastada e traga-a para junto da hemiface do seu lado, de forma que o dorso da mão proteja a cara da vítima;



Fig. 13 - Dorso da mão da vítima na hemiface mais próxima do reanimador

Levante a perna do lado oposto

- Com a outra mão levante a perna do lado oposto acima do joelho, dobrando-a;



Fig. 15 - Levante a perna da vítima, dobrando-a

Role a vítima

- Enquanto uma mão apoia a cabeça, a outra puxa a perna do lado oposto rolando a vítima para o seu lado;

- Estabilize a perna de forma que a anca e o joelho formem ângulos retos;
- Coloque uma mão na região frontal (testa), dois dedos no mento (queixo) e faça a extensão da cabeça, inclinando a cabeça para trás, assegurando assim a permeabilização da VA;
- Reavalie regularmente a respiração (na dúvida desfazer a PLS, permeabilizar a VA e efetuar VOS até 10 segundos).
- Após 30 minutos role a vítima para o lado contrário (se aplicável).



Fig. 14 - Vítima rodada - em PLS

Se trauma ou suspeita de trauma

Está contraindicada a PLS no trauma ou na sua suspeita. Havendo suspeita de trauma da coluna em vítima que respire, a mesma não deve ser mobilizada até à chegada das equipas de emergência.

Se trauma ou suspeita de trauma

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

- Não for possível manter VA permeável;
- Se o local não for seguro.



V.OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA (OVA)

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

Quanto mais cedo for reconhecida a obstrução da via aérea, mais precocemente se aplicam manobras promovendo a sua eficácia.

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

1. Classificação da OVA quanto à gravidade:

Ligeira

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

Grave

- Vítima incapaz de falar;
- Tosse fraca/ineficaz ou ausente;
- Respiração em “esforço” com ruído agudo alto à inspiração ou ausência total de ruído;
- Incapacidade de movimentar o ar;
- Cianose (coloração azulada da pele, especialmente da face e nas extremidades, devida a deficiente oxigenação do sangue);
- Vítima com as mãos no pescoço (sinal universal de asfixia).

A obstrução da via aérea por corpo estranho apresenta-se como uma causa de PCR accidental potencialmente reversível.

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



2. Algoritmo de desobstrução da Via Aérea

Este algoritmo aplica-se a adultos.

Pancadas Interescapulares

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



Fig. 17 - Pancadas interescapulares

Compressões Abdominais

As compressões abdominais devem ser aplicadas caso as pancadas interescapulares não tenham sido eficazes, alternando estas duas manobras até resolução da obstrução ou a vítima ficar inconsciente. Podem ser aplicadas com a vítima de pé ou sentada:

- Fique por detrás da vítima e circunde o abdómen da mesma com os seus braços;
- Incline a vítima para a frente;
- Feche o punho de uma das mãos e posicione-o acima da cicatriz umbilical, com o polegar voltado contra o abdómen da vítima;
- Sobreponha a 2.ª mão à já aplicada;
- Aplique uma compressão rápida para dentro e para cima;
- Aplique cada nova compressão (**até 5**) como um movimento separado e distinto;
- Após cada compressão abdominal deve verificar se a obstrução foi ou não resolvida.
- Em obesos, grávidas e bebés substitua as compressões abdominais por torácicas.



Fig. 16 - Compressões abdominais (Manobra de Heimlich)



Vítima inconsciente por OVA grave

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

Assim:

- Suporte/ampare a vítima colocando-a no chão em decúbito dorsal sobre uma superfície rígida;
- Ligue de imediato 112, ou garanta que alguém o faça;
- Inicie compressões torácicas e insuflações (após 30 compressões, tente 2 insuflações eficazes);
- Após as 30 compressões e antes das insuflações se o objeto for não só visível, como também acessível com dedos, deve ser removido;

- Mantenha compressões e insuflações até a vítima recuperar e respirar normalmente ou até chegarem os meios de emergência.

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

As compressões abdominais e as compressões torácicas quando aplicadas, apesar da eventual eficácia das mesmas, poderão causar lesões interna. Assim sendo, as vítimas submetidas a estas manobras, devem igualmente ser sujeitas a observação médica.

ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

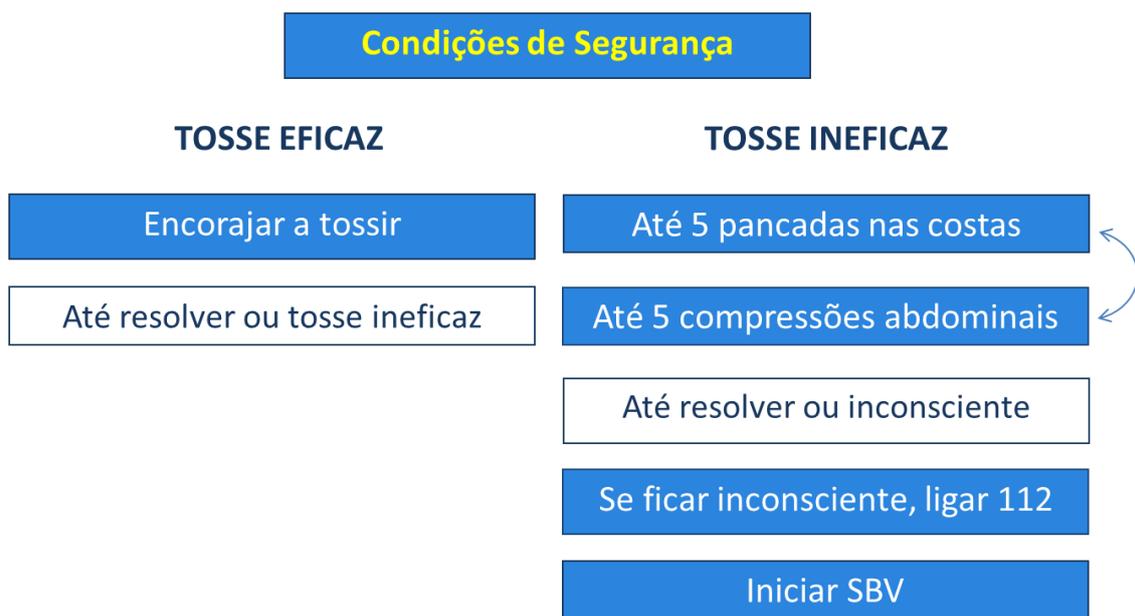


Fig. 18 - Algoritmo de Obstrução da Via Aérea

VI. PONTOS A RETER

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



VII. SIGLAS

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

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olasveengen TM, Semeraro F, Ristagno G, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. *Resuscitation*. 2021;161:98-114. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.009
2. OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019. Published 2020. Accessed August 31, 2021. www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e
3. Dados estatísticos. Published 2018. Accessed August 31, 2021. <http://www.fpcardiologia.pt/atividades/projeto-salva-vidas/dados-estatisticos/>
4. T. Olasveengen, M. Castrén, A. Handley AK, KG. Monsieurs, G. Perkins, V. Raffay, G. Ristagno FS, M. Smyth, J. Soar HS. Suporte básico de vida e Desfibrilhação Automática Externa (DAE) adaptado para COVID-19. Published online 2020:2845.

Documentos consultados:

1. Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). Manual de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação, versão 2.0 – 1ª Edição



Apêndice 1 - Número Europeu de Emergência - 112

1. O Número Europeu de Emergência

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

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

2. Os Centros Operacionais 112 (CO112)

- Os CO112 são distribuídos pelo território nacional de modo a efetuar a sua cobertura total.
- Os CO112, sem prejuízo da sua redundância quando necessário, compreendem:
 - a) O Centro Operacional Norte (112CONOR), com responsabilidade de atendimento das chamadas dos distritos de Aveiro, Braga, Bragança, Coimbra, Guarda, Porto, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu;
 - b) O Centro Operacional Sul (112COSUL), com responsabilidade de atendimento das chamadas dos distritos de Beja, Castelo Branco, Évora, Faro, Leiria, Lisboa, Portalegre, Santarém e Setúbal;
 - c) O Centro Operacional Açores (112COAZR), com responsabilidade de atendimento das chamadas da Região Autónoma dos Açores;
 - d) O Centro Operacional Madeira (112COMDR), com responsabilidade de atendimento das chamadas da Região Autónoma da Madeira.

Aos Centros Operacionais 112 compete:

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

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

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



Fig. 19 - Chamada 112

3. Ao ligar 112/CODU:

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

Só assim é possível otimizar o socorro às vítimas.



Apêndice 2 – SBV adaptado COVID-19 para socorristas leigos

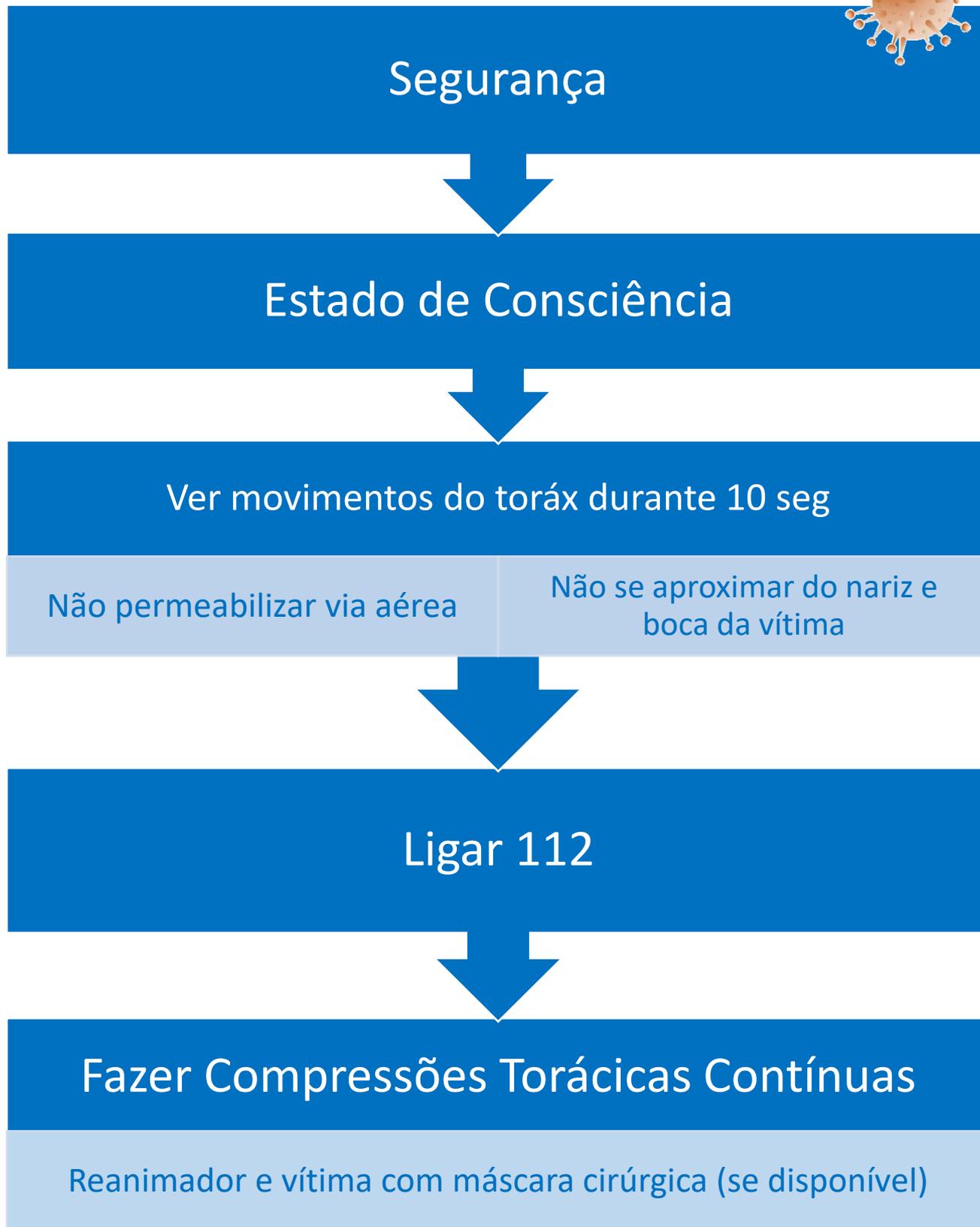


Fig. 20 - Adaptação de Algoritmo SBV DAE COVID19 Publicado pelo ERC 2020 ⁴



SEDE
Rua Almirante Barroso, 36
1000-013 Lisboa
Tel.:213 508 100

www.inem.pt | inem@inem.pt

