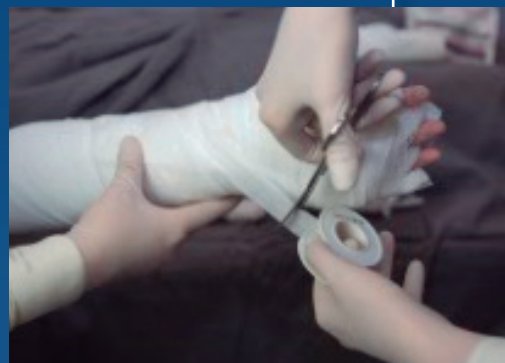
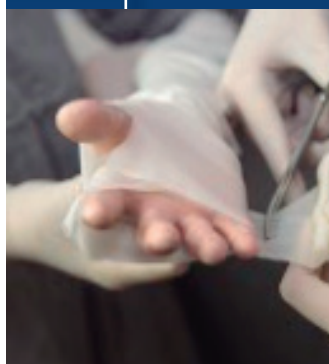


GUIA ILUSTRADO SOBRE A TÉCNICA DO

CURATIVO EM PACIENTE QUEIMADO



SUSANA RODRIGUES DE MELO PIERONI

LEILA BLANES

CHRISTIANE STEPONAVICIUS SOBRAL

GUIA ILUSTRADO SOBRE A TÉCNICA DO

CURATIVO EM PACIENTE

QUEIMADO

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte. Não é permitida a sua comercialização.

Elaboração: Susana Rodrigues de Melo Pieroni

Leila Blanes

Christiane Steponavicius Sobral

Colaboradora: Fernanda Rodrigues de Melo Perentel

Diagramação: Linotec

Fotografia: Mario Costa

Este Guia Ilustrado foi desenvolvido no Curso de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Gestão Aplicadas à Regeneração Tecidual, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Guia Ilustrado sobre a técnica do curativo em paciente queimado/Susana Rodrigues de Melo Pieroni et al. 2018

ISBN: 978-85-7587-174-4

1. Queimaduras 2. Curativos oclusivos 3. Unidades de queimados 4. Pesquisa sobre serviços de saúde.

I. Pieroni, Susana Rodrigues de Melo. II Blanes, Leila. III Sobral, Christiane Steponavicius.

GUIA ILUSTRADO SOBRE A TÉCNICA DO

CURATIVO EM PACIENTE QUEIMADO

SUSANA RODRIGUES DE MELO PIERONI

LEILA BLANES

CHRISTIANE STEPONAVICIUS SOBRAL

1ª edição

São Paulo

2018

Sumário

Introdução.....	7
PARTE 1 – Materiais utilizados no curativo	11
PARTE 2 – Posição do paciente no leito.....	17
PARTE 3 – Paramentação do profissional.....	19
PARTE 4 – Técnica do curativo em região da face, orelha e cervical	21
PARTE 5 – Técnica do curativo no membro superior (braço, antebraço e axila).....	25
PARTE 6 – Técnica do curativo na região das mãos.....	31
PARTE 7 – Técnica do curativo na região do membro inferior (coxa, perna e pés)	39
PARTE 8 – Técnica de preparo do curativo tipo colete.....	53
PARTE 9 – Técnica para colocar o curativo tipo colete na região do tronco....	61
PARTE 10 – Avaliação da mobilidade do ombro, cotovelo, punho, quadril, tornozelo e expansão do tórax.....	73
Referências.....	77

Introdução

Queimadura é um trauma grave, com repercussões sociais, econômicas e de saúde pública, que necessita da atenção de órgãos governamentais (AVELAR, 2009; COMINI *et al.*, 2017). A queimadura é um trauma de grande complexidade e de difícil tratamento, sendo este multidisciplinar, com alta taxa de morbidade e mortalidade (GRAGNANI & FERREIRA, 2009). No Brasil, estima-se que ocorra um milhão de casos de queimaduras por ano, sendo que apenas 100 mil vítimas procuram serviço médico para atendimento, enquanto cerca de 2.500 morrem por consequência direta ou indireta destas queimaduras (GOMES *et al.*, 2001; DIAS *et al.*; 2015). Segundo dados do Sistema Único de Saúde (SUS), este tipo de agravo é responsável por quase 30 mil internações hospitalares ao ano, demonstrando a importância do tema no planejamento público de saúde (Cruz *et al.*, 2012; Dias 2015).

As lesões provocadas pelas queimaduras são descritas com base na sua profundidade, sendo classificadas como de primeiro grau, quando é comprometida apenas a epiderme, segundo grau (superficial ou profunda) quando atinge a epiderme e parte da derme e terceiro grau quando envolve todas as estruturas da pele e tecidos subjacentes (FERREIRA *et al.*, 2003; SANTOS *et al.* 2017). O tratamento destes pacientes sempre representou um grande desafio para a equipe de saúde em todo o mundo, tanto pela complexidade das lesões quanto pela necessidade de cuidados intensivos e multidisciplinares, que envolvem os mais diversos profissionais de saúde como cirurgiões plásticos, médicos clínicos, intensivistas, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e enfermeiros (GRECO *et al.*, 2007). Os agentes causadores de queimaduras são classificados em queimaduras inflamáveis, gasosos, radiação, sólidos, químicos, líquidos,

calor/fogo, eletricidade, geladura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; DIAS *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2017; COMINI *et al.*, 2017; COLARES *et al.*, 2017). As queimaduras de segundo e terceiro grau passam por um processo de desbridamento, que consiste na retirada de tecidos desvitalizados. Os protocolos para tratamento de feridas provocadas por queimaduras podem variar de um hospital para outro e têm sido realizados frequentemente por médicos e profissionais de enfermagem (FERREIRA *et al.*, 2003). Os curativos são realizados diariamente no centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, unidade de internação sob anestesia, sedação e analgesia, e com frequência são oclusivos, com exceção da face e genitália. Além do agente tópico, utiliza-se curativo primário não aderente e secundário com gaze algodoadada, seguido de fechamento com ataduras (GRECCO *et al.*, 2007).

Este guia ilustrado tem como objetivo fornecer informações básicas e relevantes para que o profissional de saúde possa atender o paciente queimado, com conhecimento específico sobre a técnica do curativo nas diversas regiões corporais. Essa padronização visa contribuir com treinamentos e, conseqüentemente, garantir um procedimento seguro para o paciente e para o profissional.

Este guia ilustrado traz informações relevantes para todos que cuidam de pacientes com queimaduras.

VEJA COMO SE FAZ

PARTE 1

Materiais utilizados no curativo

A seguir, estão apresentados os materiais cirúrgicos e descartáveis utilizados para a realização do curativo em paciente com queimadura.

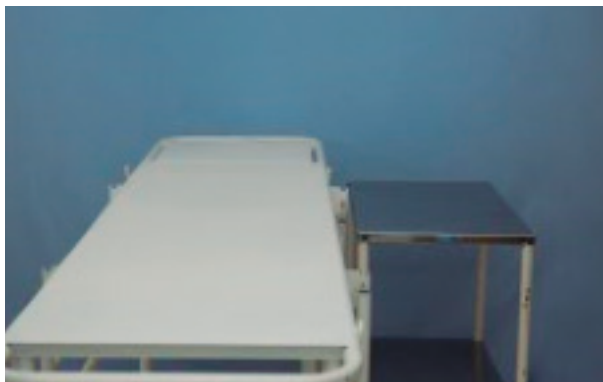


Figura 1 – Maca e mesa auxiliar.



Figura 2 – Campo e avental estéril.



Figura 3 – Bacia.



Figura 4 – Tesoura.

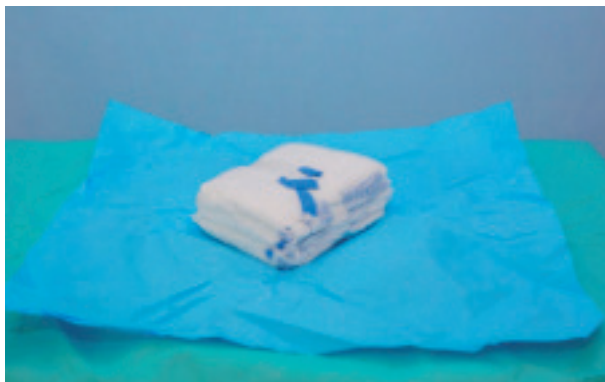


Figura 5 – Compressa cirúrgica.



Figura 6 – Atadura de raiom.



Figura 7 – Compressa algodoadada (tipo zobec) – pequena e grande.



Figura 8 – Atadura de crepe – 10, 15 e 20 cm.

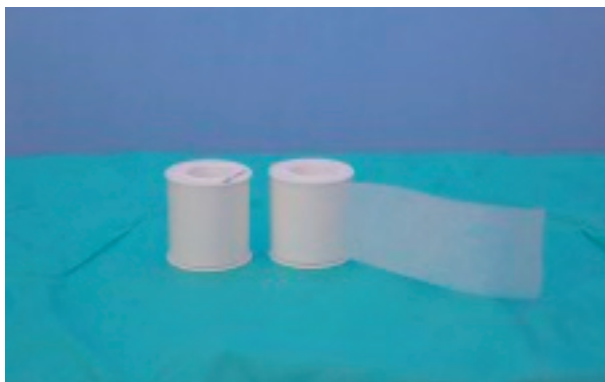


Figura 9 – Rolo de fita adesiva microporosa estéril.



Figura 10 – Luva cirúrgica estéril.



Figura 11 – Colar cervical.



Figura 12 – Solução antisséptica.

É necessário utilizar duas mesas (uma para apoio dos materiais fechados e outra como apoio dos materiais abertos sobre um campo estéril).



Figura 13 – Material estéril sobre a mesa.

OBSERVAÇÃO

O profissional que realiza o curativo deve garantir que a analgesia tenha sido administrada previamente.

Para limpeza, utilizar as soluções padronizadas na instituição.

A escolha da cobertura do curativo fica a critério do profissional que realiza o mesmo (cirurgião plástico e/ou enfermeiro especialista). O presente guia não abordará coberturas para tratamento de feridas.

Em pacientes pediátricos a técnica é realizada da mesma forma que em adultos.

PARTE 2

Posição do paciente no leito

O paciente deve ser posicionado em decúbito dorsal para a realização do curativo.



Figura 14 – Paciente com queimadura em decúbito dorsal.

PARTE 3

Paramentação do profissional

O curativo deve ser realizado com no mínimo dois profissionais devidamente paramentados (gorro/touca, máscara cirúrgica, avental estéril e luva estéril).



Figura 15 A



Figura 15 B

Figura 15 A e B – Profissional paramentado.

PARTE 4

Técnica do curativo em região da face, orelha e cervical

Para a limpeza, devem ser utilizadas compressas embebidas em solução antisséptica, que devem ser passadas na queimadura com firmeza, em sentido único.

O conduto auditivo e os olhos devem ser protegidos para que não haja contato com o antisséptico.



Figura 16 – Compressas embebidas em solução antisséptica.

Face e orelha

Na face e no pavilhão auricular deve ser realizada limpeza com movimentos circulares e manter o curativo sem oclusão.



Figura 17 A – Face.



Figura 17 B – Face.



Figura 17 C – Orelha.

Figura 17 A, B e C – Técnica de curativo na região da face e orelha.

Cervical

A limpeza na região cervical deve ser realizada em sentido único, utilizando compressa embebida em solução antisséptica.



Figura 18 – Técnica de limpeza na região cervical.

O raiom impregnado com agente tópico deve ser aplicado na queimadura no sentido ântero-posterior. O material deve ser cortado em tiras, e não deve completar uma volta inteira (Figura 19), para evitar compressão, em caso de edema.



Figura 19 – Técnica de aplicação do raiom.

Manter compressa algodoadada pequena (tipo zobec) se recomendado pelo cirurgião ou enfermeiro especialista.



Figura 20 – Técnica de aplicação da compressa algodoadada.

Na sequência, colocar o colar cervical para evitar retração da cicatriz.



Figura 21 – Técnica para colocar o colar cervical.

Ao término do curativo, manter a cabeceira do leito elevada a 30° para evitar aumento do edema na região cervical.

PARTE 5

Técnica do curativo no membro superior (braço, antebraço e axila)

Para realizar curativo no membro superior é necessário contar com o apoio de outro profissional para elevar o membro.



Figura 22 A



Figura 22 B

Figura 22 A e B – Técnica para elevar o membro.

Para limpeza na região da queimadura, realizar movimentos firmes no sentido proximal para distal ou distal para proximal.



Figura 23 – Técnica de limpeza no membro.

O raiom impregnado com agente tópico deve ser cortado em tiras e aplicado na queimadura, porém não deve completar uma volta inteira para evitar compressão em caso de edema (Figura 24 A). Iniciar a aplicação no membro no sentido proximal para distal ou distal para proximal (Figura 24 B). O profissional deve escolher um ponto para iniciar a aplicação da atadura de raiom para que o fechamento acabe onde teve início.



Figura 24 A



Figura 24 B



Figura 24 C

Figura 24 A, B e C – Técnica de aplicação do raiom em queimadura no membro superior.

Aplicar a compressa algodoadada (tipo zobec) sobre o raio na região posterior e anterior do membro até oclusão total, com objetivo de proteção e absorção de exsudato.



Figura 25 A



Figura 25 B



Figura 25 C

Figura 25 A, B e C – Técnica de aplicação de compressa algodoadada nos membros superiores.

Utilizar as ataduras de crepe para fechamento do curativo. A técnica deve ser em “zig e zag” ou “vai e vem” começando do sentido proximal para distal ou distal para proximal até o final, controlando a força para prevenir compressão excessiva. Fixar as ataduras de crepe com fita adesiva microporosa estéril.



Figura 26 A



Figura 26 B

Figura 26 A e B – Técnica de fixação com atadura de crepe em membro superior.

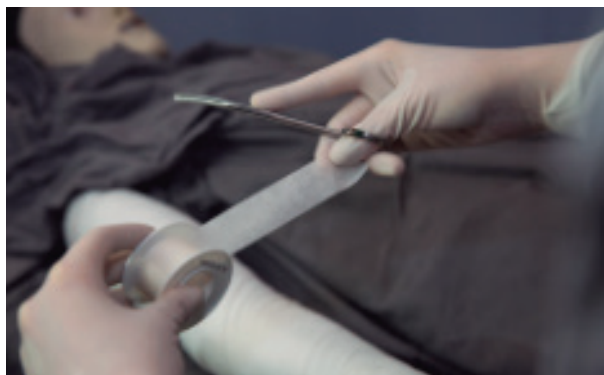


Figura 27 – Fixação com fita adesiva microporosa em toda extensão da atadura de crepe.

PARTE 6

Técnica do curativo na região das mãos

Para realizar o curativo na região das mãos é necessário o apoio de outro profissional para elevar o membro em questão. Deve-se realizar a limpeza da queimadura com solução antisséptica seguindo um movimento único.



Figura 28 – Técnica para manter o membro elevado.



Figura 29 – Técnica para limpeza da mão.

O raiom impregnado com agente tópico deve ser cortado em tiras e aplicado na queimadura, porém não deve completar uma volta inteira para evitar compressão em caso de edema. Iniciar a aplicação no sentido proximal para distal ou distal para proximal pelo dorso da mão, fazendo a circunferência se necessária. O profissional deve escolher um ponto para iniciar a aplicação da atadura de raiom para que o fechamento acabe onde teve início.



Figura 30 A



Figura 30 B



Figura 30 C

Figura 30 A, B e C – Aplicação do raiom no dorso e na palma da mão.

O raiom impregnado com agente tópico deve ser cortado em tiras e aplicado na queimadura, porém não deve completar uma volta inteira para evitar compressão em caso de edema. Iniciar a aplicação no sentido proximal para distal ou distal para proximal nos dedos, fazendo a circunferência. O profissional deve escolher um ponto para iniciar a aplicação da atadura de raiom para que o fechamento acabe onde iniciou.

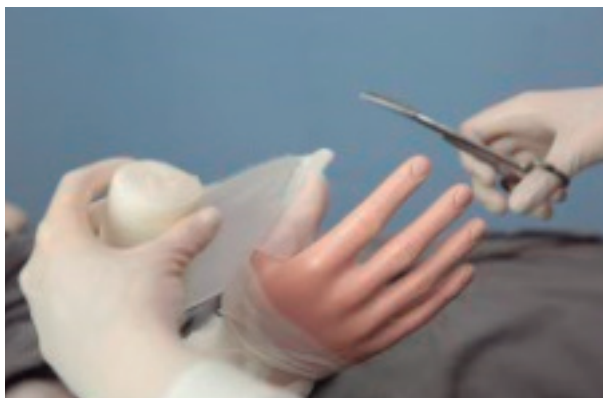


Figura 31 A

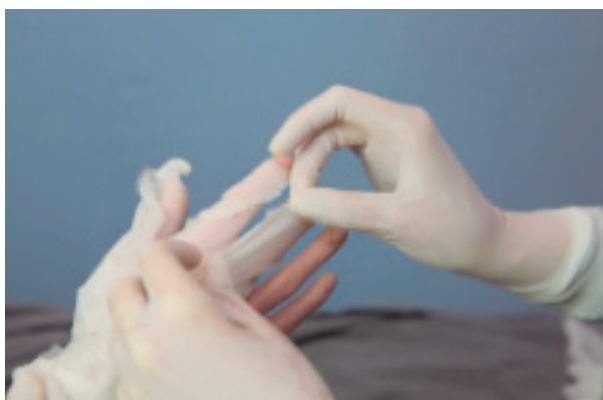


Figura 31 B

Figura 31 A e B – Aplicação do raiom em queimadura nos dedos.

Colocar as gazes entre os dedos para proteção e evitar retração interdigital.

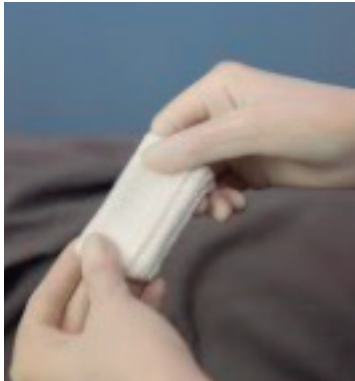


Figura 32 A



Figura 32 B



Figura 32 C

Figura 32 A, B e C – Aplicação das gazes entre os dedos.

Aplicar as compressas algodoadas (tipo zobec) sobre o raio na parte posterior e anterior e da mão com objetivo de proteção e absorção de exsudato até cobrir o local por completo. Deixar os dedos de forma que fiquem livres para observar a perfusão periférica. Manter posição anatômica e funcional.



Figura 33 – Técnica para aplicar compressa algodoadada sobre o raio.

Ao aplicar a atadura de crepe, iniciar da região proximal para distal ou distal para proximal em “zig, zag” ou “vai e vem” até o final. Controlar a força para evitar compressão excessiva. Fixar com fita adesiva microporosa estéril.



Figura 34 A



Figura 34 B

Figura 34 A e B – Técnica de aplicação de atadura de crepe nas mãos.



Figura 35 – Técnica para manter exposição dos dedos.



Figura 36 – Fixação com fita adesiva microporosa estéril em toda extensão da atadura de crepe.

PARTE 7

Técnica do curativo na região do membro inferior (coxa, perna e pés)

Para realizar curativo no membro inferior é necessário contar com o apoio de outro profissional para elevar o membro. Deve-se realizar a limpeza da queimadura com solução antisséptica seguindo um movimento único.



Figura 37 A



Figura 37 B



Figura 37 C

Figura 37 A, B e C – Técnica para manter o membro inferior elevado.

Realizar a limpeza da queimadura com solução antisséptica em sentido único.



Figura 38 – Técnica para limpeza na coxa.



Figura 39 – Técnica para limpeza na perna.



Figura 40 – Técnica para limpeza no pé.

O raiom impregnado com agente tópico deve ser cortado em tiras e aplicado na queimadura, porém não deve completar uma volta inteira para evitar compressão em caso de edema (Figura 41 A). Iniciar a aplicação no membro no sentido proximal para distal ou distal para proximal. O profissional deve escolher um ponto para iniciar a aplicação da atadura de raiom para que o fechamento acabe onde se iniciou.

Aplicar a atadura de raiom por toda a área de queimadura na coxa.



Figura 41 A



Figura 41 B

Figura 41 A e B – Técnica de aplicação do raiom em queimadura na coxa.

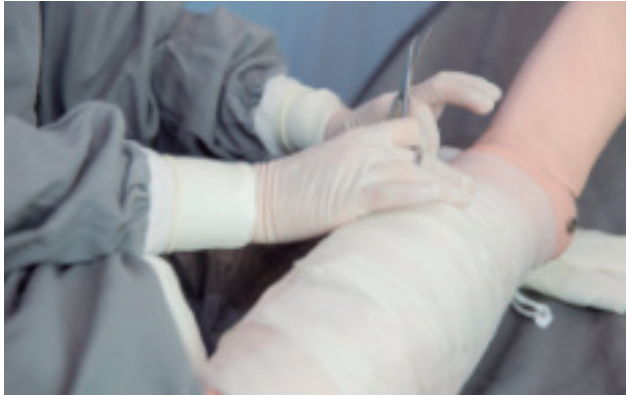


Figura 41 C

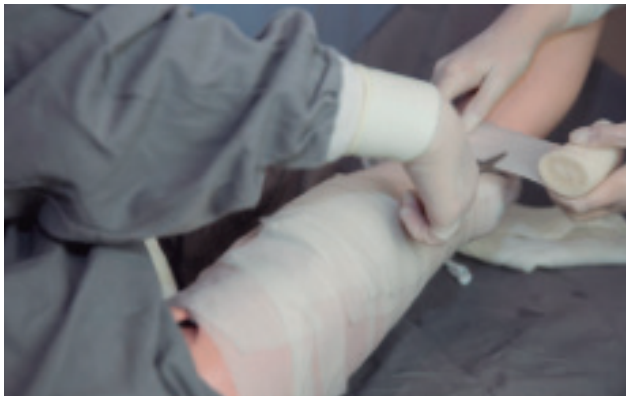


Figura 41 D

Figura 41 C e D – Técnica de aplicação do raiom em queimadura na coxa.

Aplicar a atadura de raiom por toda a queimadura na perna com a técnica descrita anteriormente.



Figura 42 A

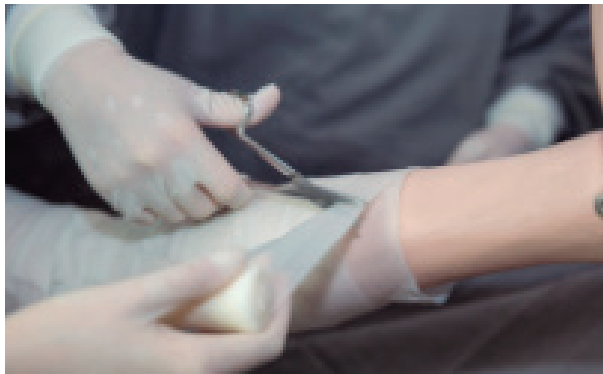


Figura 42 B



Figura 42 C

Figura 42 A, B e C – Técnica de aplicação do raiom por toda a extensão da queimadura na perna.

Aplicar atadura de raiom por toda a queimadura, dorso e planta do pé, com a técnica descrita anteriormente.



Figura 43 A



Figura 43 B



Figura 43 C

Figura 43 A, B e C – Técnica de aplicação do raiom por toda a extensão da queimadura.

O raiom impregnado com agente tópico deve ser cortado em tiras e aplicado na queimadura, porém não deve completar uma volta inteira para evitar compressão, em caso de edema. Aplicar nos dedos, fazer a circunferência, se necessário. Iniciar no sentido proximal para distal ou distal para proximal. O profissional deve escolher um ponto para iniciar a aplicação da atadura de raiom para que o fechamento acabe onde iniciou.

Aplicar atadura de raiom por toda queimadura nos dedos.



Figura 44 A



Figura 44 B



Figura 44 C

Figura 44 A, B e C – Técnica de aplicação do raiom no dedo com queimadura.

Colocar as gazes entre os dedos para proteger e prevenir retração.



Figura 45 A



Figura 45 B

Figura 45 A e B – Técnica para aplicar gazes entre os dedos com queimadura.

Aplicar a compressa algodoadada (tipo zobec) sobre o raio na região posterior e anterior do membro, na posição horizontal ou vertical com objetivo de proteção e absorção de exsudato até ocluir completamente.

Aplicar compressa algodoadada (tipo zobec) sobre o raiom por toda a queimadura na coxa.



Figura 46 A



Figura 46 B

Figura 46 A e B – Técnica para colocar compressa algodoadada (tipo zobec) na coxa.

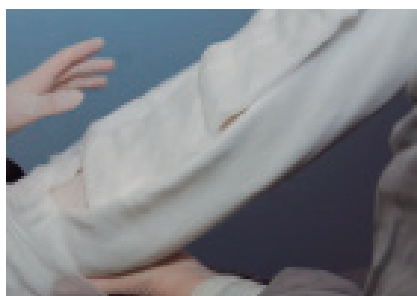


Figura 47 A



Figura 47 B

Figura 47 A e B – Técnica para colocar compressa algodoadada (tipo zobec) na perna e no pé.

Para finalizar, utilizar atadura crepe para a fixação; começar no sentido proximal para distal ou distal para proximal de forma “vai e vem” para evitar compressão excessiva do membro. Fixar com fita adesiva microporosa estéril.



Figura 48 A



Figura 48 B



Figura 48 C



Figura 48 D

Figura 48 A, B, C e D – Técnica de aplicação de atadura crepe na coxa e perna.

Para a região dos pés, utilizar atadura de crepe, para ocluir em forma de botinha. Começar no sentido proximal para distal ou distal para proximal em “vai e vem” até o final, evitando compressão excessiva. Fixar com fita adesiva microporosa esteril.



Figura 49 A



Figura 49 B

Figura 49 A e B – Técnica de aplicação de atadura de crepe (tipo botinha) em queimadura.



Figura 49 C



Figura 49 D

Figura 49 C e D – Técnica de aplicação de atadura de crepe (tipo botinha) em queimadura.

É importante que os dedos fiquem expostos de forma que seja possível ser verificada a perfusão. Manter posição anatômica funcional.



Figura 50 – Técnica para manter dedos expostos.

Fixar com fita adesiva microporosa estéril por toda a extensão.



Figura 51 – Fixação com fita adesiva microporosa em toda a extensão da atadura de crepe.

PARTE 8

Técnica de preparo do curativo tipo colete

A técnica do curativo tipo colete com “V” é utilizado nas regiões do ombro, dorso, tórax, abdome e glúteo (também é denominado de “rolinho”).

Após preparar os materiais e o profissional se paramentar, deve-se colocar um campo estéril aberto sobre a maca.

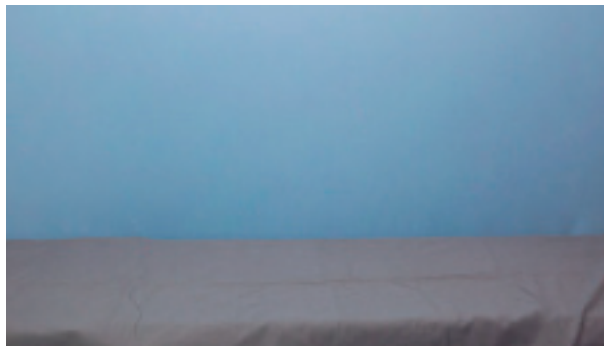


Figura 52 – Campo estéril estendido sobre a maca.

Um segundo campo deve ser dobrado próximo ao meio e posicionado sobre a maca previamente com o campo estendido.

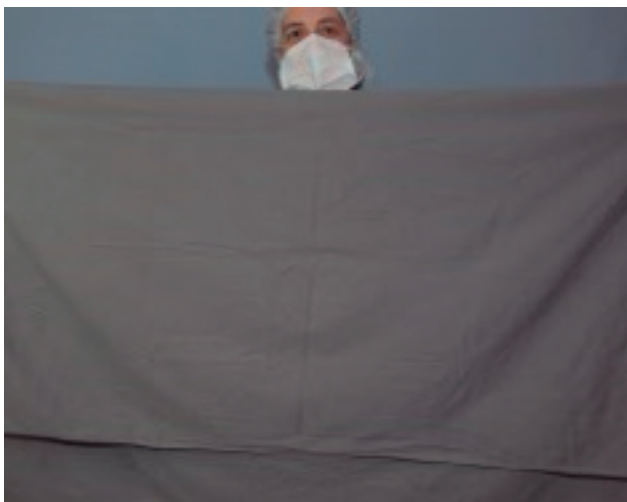


Figura 53 – Campo dobrado próximo ao meio.

Sobre o campo dobrado próximo ao meio, colocar atadura de crepe (20 cm) em “zig, zag” ou “vai e vem” no sentido do comprimento da maca (aproximadamente 1 metro).

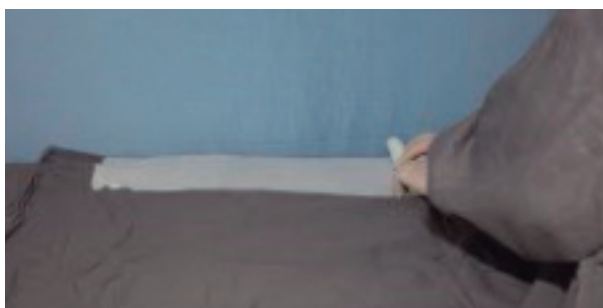


Figura 54 A

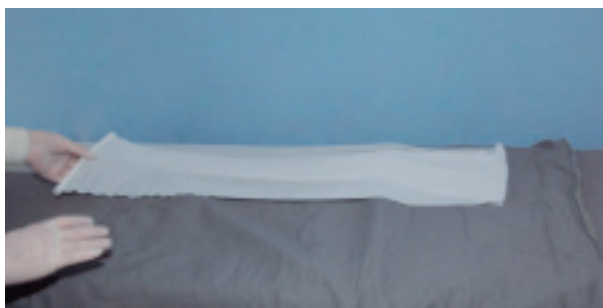


Figura 54 B



Figura 54 C

Figura 54 A, B e C – Técnica para colocar atadura em “zig, zag” ou “vai e vem” sobre o campo.

Na sequência, pegar uma atadura de crepe de 15 cm ou 20 cm, e dobrar em forma de “V”. Colocar por cima das ataduras previamente esticadas no campo e deixar mais ou menos 10 cm para fora.



Figura 55 A



Figura 55 B

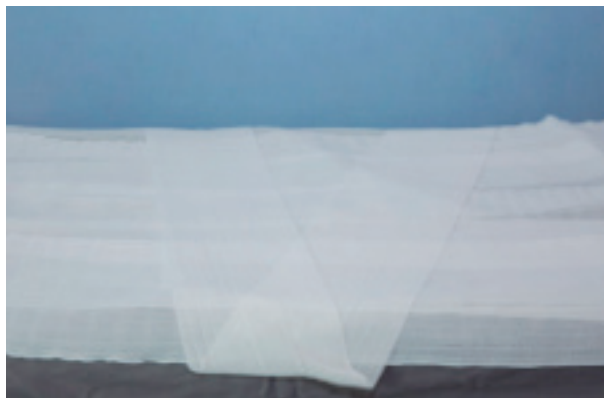


Figura 55 C

Figura 55 A, B e C – Atadura de crepe dobrada em forma de “V”.

Colocar 3 a 4 compressas algodoadas (tipo zobec) de 20 cm por cima das ataduras abertas, de maneira que fiquem no centro das ataduras (para ocluir o dorso e glúteo). Começar de cima para baixo na posição horizontal, com o objetivo de proteção e absorção do exsudato.



Figura 56 A



Figura 56 B

Figura 56 A e B – Técnica para colocar a compressa algodoadada sobre a atadura de crepe.

Aplicar o raio impregnado com agente tópico sobre as compressas algodoadas. Começar sempre de cima para baixo, de uma ponta a outra, na posição horizontal até o final das compressas algodoadas (tipo zobec). Elas devem ficar sobrepostas mais ou menos 2 cm.



Figura 57 A



Figura 57 B

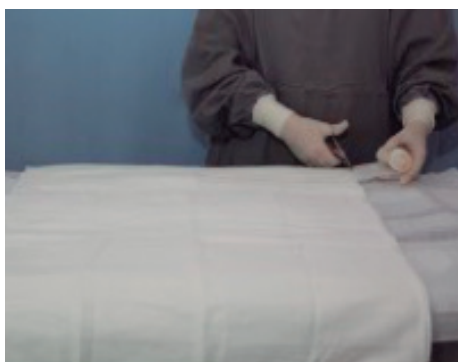


Figura 57 C



Figura 57 D

Figura 57 A, B, C e D -Técnica para aplicar atadura raio nas compressas algodoadas.

Após aplicação do raiom na compressa algodoadada, o colete está finalizado.



Figura 58 – Colete finalizado.

O curativo tipo colete pode ser realizado da esquerda para a direita ou da direita para a esquerda. A decisão da posição é feita pelo profissional.

O profissional deve enrolar de uma ponta a outra até o curativo ficar completamente protegido dentro de um “rolinho”.



Figura 59 – Técnica do curativo tipo colete pronto para ser enrolado.



Figura 60 –Técnica do curativo tipo colete, enrolado e protegido.

Manter o curativo tipo colete pronto, sobre o campo estéril antes que seja colocado no paciente.



Figura 61 – Técnica para manter o curativo pronto, protegido no campo estéril.

PARTE 9

Técnica para colocar o curativo tipo colete na região do tronco

Para colocar o curativo tipo colete nas regiões do dorso, glúteo, ombro, tórax e abdome é necessário o apoio de no mínimo dois profissionais paramentados.

O paciente deve estar em decúbito dorsal no leito.



Figura 62 – Paciente queimado na posição dorsal.

Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo com o auxílio de um dos profissionais. Os profissionais paramentados devem estar posicionados um de cada lado do leito.



Figura 63 – Técnica para posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo.

Dorso e glúteo

No momento de colocar o rolo, é realizada a limpeza com a solução antisséptica no dorso e glúteo. Fazer movimentos firmes sempre da região dorsal para o glúteo. Esta técnica deve ser empregada com o paciente na posição lateral esquerda ou na posição lateral direita.



Figura 64 – Técnica para limpeza da queimadura do dorso e glúteo.

O profissional que realiza a limpeza deve pegar, na mesa, o curativo tipo colete para colocar no paciente.

Após, deve posicioná-lo no dorso, de forma que fique centralizado e cubra toda a área da queimadura.

O curativo deve ser desenrolado até o meio do dorso.



Figura 65 – Técnica para colocar o colete.



Figura 66 – Técnica para desenrolar o curativo até o meio do dorso.

Mudar o paciente de posição (da lateral esquerda para a lateral direita), sendo que um dos profissionais deve sempre segurá-lo.



Figura 67 – Técnica para mudar a posição do paciente.



Figura 68 – Técnica do paciente posicionado à direita para limpeza.

O segundo profissional paramentado deve pegar o curativo tipo coleite e desenrolar do outro lado. Necessário se faz certificar-se de que o dorso e glúteos estão cobertos.



Figura 69 -Técnica para desenrolar o curativo.



Figura 70 – Curativo desenrolado.

Voltar o paciente com cuidado para a posição dorsal, de maneira que ele fique por cima do curativo.



Figura 71 – Paciente em decúbito dorsal sobre o curativo em dorso e glúteo.

Ombro, tórax e abdome

Para realizar um curativo nas regiões do tórax, ombro e abdome é necessário o auxílio de outro profissional para apoio dos membros superiores. Para limpeza, usar solução antisséptica na queimadura com movimento único.

Para evitar a exposição do paciente, colocar uma compressa cirúrgica na região genital. A queimadura na região genital deve permanecer sem oclusão.



Figura 72– Técnica para limpeza do ombro, tórax e abdome.

Ombro, tórax e abdome

Aplicar o raiom impregnado com agente tópico sobre a área queimada sempre no sentido látero-lateral. O profissional deve escolher um ponto para iniciar a aplicação da atadura de raiom.



Figura 73 A



Figura 73 B



Figura 73 C

Figura 73 A, B e C – Técnica da aplicação do raiom em queimadura do ombro, tórax e abdome.

Ombro, tórax e abdome

Aplicar as compressas algodoadas (tipo zobec) sobre o raiom na região do ombro, tórax e abdome no sentido látero-lateral, com objetivo de proteção e absorção de exsudato até sua completa oclusão.



Figura 74 A



Figura 74 B

Figura 74 A e B – Técnica da aplicação da compressa algodoadada sobre o raiom no ombro, tórax e abdome.

Deixar a fita adesiva microporosa estéril e uma tesoura o mais próximo possível de um dos profissionais para fechar o curativo.

Os profissionais paramentados devem estar posicionados um de cada lado do paciente.



Figura 75 – Posição do profissional.

Para o início do fechamento do curativo tipo colete é necessário trazer as pontas do curativo na direção do abdome para o tórax.

Cada profissional deve pegar uma ponta da atadura crepe e deixá-la bem esticada. Ambas as pontas devem ser trazidas, uma de cada lado, para ocluir. É preciso ter cuidado com a compressão excessiva, por poder prejudicar a expansão do tórax.



Figura 76 – Profissional esticando as ataduras de crepe.



Figura 77 A



Figura 77 B



Figura 77 C



Figura 77 D

Figura 77 A, B, C e D – Passagem da atadura de crepe do profissional da direita para o profissional da esquerda e fixação com fita adesiva microporosa estéril.

Pegar as pontas da atadura em “V” que ficaram no dorso e trazer por cima de cada ombro até a região do tórax, formando assim um colete. Deve-se pegar cada uma das pontas e depois trazê-las por cima de cada ombro até a região do tórax em forma de colete.

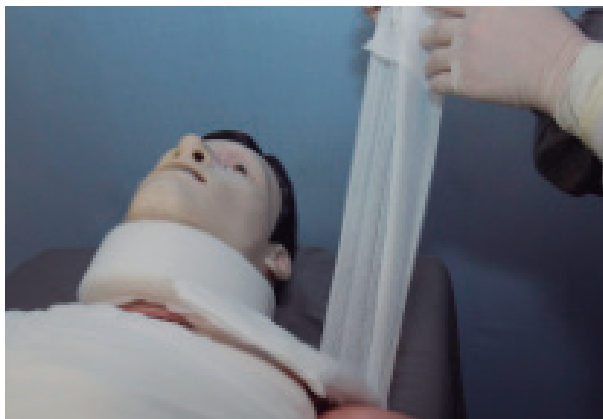


Figura 78 A



Figura 78 B

Figura 78 A e B – Fixação das alças do colete (ombro e tórax) com a atadura em “V”.

Finalizar com fita adesiva microporosa estéril para fixar as alças do colete.



Figura 79 – Fixação do colete com fita adesiva microporosa estéril.

PARTE 10

Avaliação da mobilidade do ombro, cotovelo, punho, quadril, tornozelo e expansão do tórax

Para reabilitação futura é necessário que os curativos oclusivos mantenham a mobilidade do paciente

Ao final do curativo, o profissional deve verificar a mobilidade das articulações e expansibilidade do tórax.



Figura 80 – Avaliação da mobilidade do cotovelo.



Figura 81 – Avaliação da mobilidade do ombro.



Figura 82 – Avaliação da mobilidade do punho.



Figura 83 – Avaliação da mobilidade do quadril.



Figura 84 A



Figura 84 B

Figura 84 A e B – Avaliação da mobilidade do joelho.



Figura 85 – Avaliação da mobilidade do tornozelo.

Ao final do curativo, é preciso mobilizar o paciente a cada duas horas e manter o membro superior e inferior elevado com o apoio de coxins. Tal procedimento visa prevenir o edema e melhorar o retorno venoso.

Para a avaliação da expansibilidade do tórax em pacientes conscientes, o profissional deve auscultar, colocar a mão sobre o tórax e pedir para que respire, sentindo sua expansibilidade.

Para pacientes em ventilação mecânica (VM), colocar a mão sobre o tórax, sentindo sua expansibilidade. Observar se está ocorrendo queda do volume corrente nos parâmetros do ventilador, pois esse fato sugere que o curativo esteja com compressão excessiva (solicitar orientação da equipe da fisioterapia).



Figura 86 – Avaliação da expansibilidade do tórax em paciente sem ventilação mecânica.

Referências

1. Áfio ACE, Balbino AC, Alves MDS, Carvalho LV, Santos MCL, Oliveira NR. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. *Rev Rene*. 2014;15(1):158-65.
2. Ahmad I, Zulqarnain M, Akhter S, Khurram F. Aspects of sexual life in patients after burn: The most neglected part of postburn rehabilitation in the developing world. *J Burn Care Research*. 2013;34(6):e333-41.
3. Asuquo ME, Ekpo R, Ngim O, Agbor C. A prospective study of burn trauma in adults at the University of Calabar Teaching Hospital Calabar (South Eastern Nigeria). 2008;8:e36.
4. Avelar JM. Reconstrução da orelha pós-queimadura. *Rev Bras Queimaduras*. 2009;8(1):42-50.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2012 [citada 2018 12 Mar]. Disponível em: https://www.saude.gov.br/pdf/busms.saude.gov.br/busms.saude.gov.br/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf
6. Colares RP, Modesto ES, Santos FDO, Silva BB, Vasconcelos TB, Bastos VOD. Efeito da cinesioterapia em crianças queimadas: revisão bibliográfica. *Rev Bras Queimaduras*. 2017;16(2):117-29.
7. Comini ACM, Lança PM, Antunes RB, Oliveira FFJ, Prearo SV, Vidal MA, Sanches JA, Vantine GR. Perfil epidemiológico dos pacientes internados em unidade de tratamento de queimados do Noroeste paulista. *Rev Bras Queimaduras*. 2017;16(2):76-80.
8. Costa MCP, Rossi LA, Dantas RAS, Trigueros LF. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. *Cogitare Enferm*. 2010;15(2):209-16.
9. Cruz BF, Cordovil PBL, Batista KNM. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. *Rev Bras Queimaduras*. 2012;11(4):246-50.

10. Dias LDF, Oliveira AF, Juliano Y, Ferreira LM. Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo: estudo epidemiológico. *Rev Bras Cir Plast.* 2015;30(1):86-92.
11. Ferreira E, Lucas R, Rossi AL, Andrade D. Curativo do paciente queimado: uma revisão de literatura. *Rev Esc Enferm USP.* 2003;37(1):44-5.
12. Ferreira RCT, Carepa SS, Spinellil J, Bastos OJ, Costa TL. Avaliação da ventilação mecânica em pacientes queimados com curativo oclusivo. *Rev Bras Queimaduras.* 2011;10(2):50-6.
13. Garcia PA, Vinicius P, Souza JA, Araujo JE, Feijó R, Pereima LJM. Análise do método no diagnóstico diferencial entre queimaduras de espessura parcial e total. *Rev Bras Queimaduras.* 2011;10(2):42-9.
14. Gimenes GA, Alferes FCBA, Dorsa PP, Barros ACP, Gonelha HA. Estudo epidemiológico de pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. *Rev Bras Queimaduras.* 2009; 8(1):14-7.
15. Geraldine RAB, Vieira ACC, Barreto MGP. Queimadura de Face: abordagem fonoaudiológica na prevenção de microstomia. *Rev Bras Queimaduras.* 2011;10(1):35-8.
16. Gomes DR, Serra MC, Macieira JL. Condutas atuais em queimaduras. Rio de Janeiro: Revinter;2001.p.102-5.
17. Gragnani A, Ferreira LM. Pesquisa em queimaduras. *Rev Bras Queimaduras.* 2009;8(3):91-6.
18. Grecco BJ, Moscoza AVM, Lopez JLA, Menezes GGMC, Tavarez OMF. Tratamento de Pacientes Queimados Internados em Hospital Geral. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2007;22(4):228-32.
19. Hochman B, Nahas FX, Ferreira LM. Fotografia aplicada na pesquisa clínico-cirúrgica. *Acta Cirúrgica Brasileira.* 2005;(Supl.2):19-25.
20. Hutchingson N. Asepsis, antiseptis skin preparation. *Surgery.* 2002;20:190-2.
21. Lacerda AL, Carneiro AC, Oliveira AF, Gragnani A, Ferreira LM. Estudo epidemiológico da Unidade de Tratamentos de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo. *Rev Bras Queimaduras.* 2010;9(3):82-8.
22. Machado THS, Lobo JA, Pimentel PCM, Serra MCVF. Estudo epidemiológico das crianças queimadas de 0-15 anos atendidas no Hospital Geral de Andaraí, durante o período de 1997 a 2007. *Rev Bras Queimaduras.* 2009;8(1):3-8.
23. Melo S V, Linhares LD, Almeida RD. Efeito do Método SamiballR na flexibilidade e expansibilidade em vítimas de queimadura: relato de caso. *Rev Bras Queimaduras.* 2011; 10(2):71-4.

24. Moreira MF, Nóbrega MML, Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2003 Mar-Abr;52(2):184-8.
25. Phan C, Greenwood J, Cleland H, Woodruff P, Maddern G. Bioengineered Skin substitutes for the management of burns: a systematic review burns. *Review Article.* 2007;33(8):946-57.
26. Peck MD. Epidemiology of burns throughout the world. Part II: Intentional burns in adults burns. *Review Article.* 2012;38(5):630-7.
27. Piccolo MS, Gragnani A, Daher RP, Scanavino MT, Brito MJS, Ferreira LM. Validation of Brazilian Version of the Burn Specif Health Scale- Brief (BSHs-B-BR). *Burns.* 2015;41(7):1579-86.
28. Rodrigues WCC, Pinheiro LB, Lima AT, Battisti L, Mota MAG, Costa MCC, Carvalho MC, Hamu TCDS. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com queimaduras atendidos pela fisioterapia na Universidade de Goiás. *Rev Bras Queimaduras.* 2017;16(2):94-9.
29. Santos GP, Freitas NA, Bastos VD, Carvalho FF. Perfil epidemiológico do adulto em um centro de referência em tratamento de queimaduras. *Rev Bras Queimaduras.* 2017; 16(2):81-6.
30. Santos LNR, Moniz NJ, Freitas RR. Higienização e antissepsia das mãos para cirurgia: artigo de revisão. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2010;55:82-7.
31. Shanmugakrishnan RR, Narayanan V, Thirumalaiko lundusubramanian P. Epidemiology of burns in a teaching hospital in south India. *Indian J Plast Surg.* 2008;41(1):34-7.
32. Van Loey NE, Van Son MJ. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol.* 2003;4(4):245-72.
33. Zorita LA, Blanes L, Veiga DF, Augusto FS, Ferreira LM. Self-esteem Among Burn Patients. 2016;28(1):27-34.

