

03



**Instituto Dr. José Frota**  
24 horas de proteção à vida



**Rotina de Atividades  
do Centro de Tratamento  
de Queimados  
Fortaleza - Ceará**

**2ª Edição - 2001**

ETHICON

DIVISÃO DE

*Johnson & Johnson*

PRODUTOS PROFISSIONAIS LTDA.



---

---

ÍNDICE

---

---

Estrutura física e funcional do C.T.Q. ....	07
Cirurgia Plástica .....	09
Clínica Médica .....	13
Clínica Pediátrica .....	25
Enfermagem .....	32
Nutrição .....	52
Fisioterapia .....	53
Terapia Ocupacional .....	55
CCIH .....	62
Serviço Social .....	71
Rotina de Anestesia .....	73
Hemoterapia .....	76
Estatística Mensal e Anual .....	79
Campanha de Prevenção de Queimaduras .....	92



---

---

MENSAGEM

---

---

O trabalho de equipe, dentro de um serviço de saúde, requer a integração multidisciplinar e multiprofissional, objetivando oferecer, à pessoa alvo, o melhor tratamento possível, através da utilização dos recursos humanos e materiais disponíveis e de sua otimização.

Acolher as experiências de cada um, embasadas em conceitos gerais consagrados propicia o substrato para a determinação de condutas consensuais, que podem ser adotadas em substituição aos vários comportamentos individuais. Nenhuma conduta deverá ser definitiva e a sua permanência ficará sempre na dependência dos seus bons resultados.

No intuito de uniformizar os procedimentos adotados no Centro de Tratamento de Queimados – CTQ, foram escritas as rotinas de todos os grupos profissionais dele integrados. Esta versão contou, nas discussões e aprovação das condutas, com a participação de representantes de todos os segmentos envolvidos.

O alvo dessas ações é o Paciente vítima de queimaduras, o qual padece de grande sofrimento físico e, quase sempre, também psicológico, condicionado às seqüelas oriundas do horror da ocorrência e/ou das marcas severas em seu corpo. Minimizar tais efeitos é uma árdua tarefa para todos os profissionais que nela se empenham, mas muito pouco para resgatar o sofrimento dessas vítimas.

Cumpre-me, na condição de coordenador dos trabalhos da rotina clínica e um dos representantes clínicos nas discussões e aprovação das condutas, aqui registrar a liderança, empenho e persistência do Dr. Edmar Maciel Lima Júnior, Chefe do CTQ, na condução dos trabalhos de elaboração dessas rotinas, sem o que, tenho a certeza, não teria sido possível realizá-la.

A Equipe do CTQ tem consciência de que não se trata de trabalho acabado, pois em muito poderá ser aperfeiçoado, sem contar com as possíveis falhas nele existentes. Permite-se, todavia, a convicção de que o objetivo foi atingido.

---

**Dr. Raimundo José Barbosa do Carmo**

Diretor Científico da Sociedade Brasileira de Queimaduras - Regional do Ceará.



---

---

**HOMENAGEM**

---

Homenagem especial ao Prefeito de Fortaleza, Juraci Vieira de Magalhães e ao ex-Superintendente Petrônio Leitão pela visão política, administrativa e humanitária na construção do I.J.F.

Aproveito o momento para agradecer à direção do hospital na pessoa do superintendente Dr. Marcos Alves, os diretores Luciano Aguiar e Grijalva Otávio e a todos os funcionários que compõem esta instituição.

**Dr. Edmar Maciel Lima Júnior**

*Chefe do Centro de Treinamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota.*

*Presidente da Sociedade Brasileira de Queimaduras.*

*Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.*

*Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - Regional Ceará.*



## ESTRUTURA FÍSICA E FUNCIONAL DO C.T.Q.

O atual Centro de Tratamento de Queimados do I.J.F foi inaugurado em novembro de 1993, sendo Superintendente o Médico Petrônio de Vasconcelos Leitão e Prefeito de Fortaleza o Médico Juraci Vieira de Magalhães. Atualmente o Superintendente é o Dr. Marcos Antonio Alves. O Centro de Queimados tem o nome do Dr. Germano Riguet e o ambulatório de Queimados o nome do Dr. Mário Vasconcelos. Desde a sua inauguração até o presente momento a direção está com o Dr. Edmar Maciel.

O Centro de Queimados localiza-se no 7º andar, possui uma área de 1.400 m<sup>2</sup> e tem 32 leitos. O ambulatório está anexo ao Centro de Queimados e possui dois consultórios, sala de balneoterapia, sala de curativo, banheiro e 01 recepção para 15 pacientes sentados. O ambulatório funciona 24 horas com médico e enfermeira de plantão.

A estrutura física interna do Centro de Queimados está assim distribuída: 01 recepção, 02 enfermarias de crianças, 01 enfermaria de adulto masculino, 01 enfermaria de adulto feminino, 01 isolamento, 01 UTI com 04 leitos, 01 enfermaria de convênios e 02 apartamentos. Inclui-se a área física 01 Centro Cirúrgico com 02 salas, 01 recuperação, 01 posto de enfermagem e sala de preparo de material. Temos 03 postos de enfermagem, 01 sala de Fisioterapia, 01 sala de Terapia Ocupacional, Dormitórios para médicos e enfermeiras, 02 copas (paciente e funcionários), 02 postos de serviço, 02 almoxarifados, 02 expurgos, 01 sala de chefia, 05 banheiros para funcionários e 03 filtros de entrada ao Centro de Queimados. Além da sala de balneoterapia do ambulatório existe uma sala interna de balneoterapia com sala de curativos e 02 banheiros.

A equipe multiprofissional é composta por 140 servidores das mais diversas especialidades: Cirurgiões Plásticos (06), Intensivistas (10), Clínico da Rotina (01), Pediatra da Rotina (01), Anestesiologistas (03 + Rotina), Hematologista (01), Enfermeiras (12), auxiliares de enfermagem (70), Nutricionista (01), Fisioterapeutas (04), Terapeutas Ocupacionais (02), Psiquiatra (01), Copeiras e Zeladores. Esta família foi treinada e dedica-se com amor e carinho no Tratamento do paciente queimado.

O Centro de Queimados possui uma diagramação visual, é totalmente informatizado e as estruturas elétricas, hidráulicas, ar condicionado e gás localizam-se no teto, permitindo manutenção constante, sem causar transtorno no funcionamento do C.T.Q.

A Sociedade Brasileira de Queimaduras – Regional do Ceará e o Centro de Tratamento de Queimados mantêm atividades científicas a fim de proporcionar um intercâmbio com todos os profissionais. Acontece uma sessão clínica mensal todas as primeiras 3<sup>as</sup> Feiras de cada mês às 19:00 hs, visitas semanais às 2<sup>as</sup> e 5<sup>as</sup> Feiras às 09:00 hs, aulas para as 03 residências de cirurgia plástica e as 3 residências de cirurgia geral, curso anual para acadêmicos de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição e terapia ocupacional e curso anual para reciclagem de funcionários de nível médio. A SBQ – Ceará organiza o Módulo de Queimaduras do Outubro Médico (evento médico local) e os profissionais participam de cursos, Jornadas e Congressos no Brasil e no exterior.

A preocupação com o ensino é uma constante, pois anualmente o C.T.Q. recebe 240 acadêmicos de medicina, fisioterapia, enfermagem, nutrição e terapia ocupacional, residentes de cirurgia plástica e anestesia, residentes de outros Estados, pós-graduados, além de visitantes e estagiários. A Regional do Ceará já organizou 03 Jornadas Norte e Nordeste de Queimaduras e 01 Congresso Brasileiro de Queimaduras em 1999.

O Centro de Queimados possui um serviço chamado Disque – Queimados que atende pelo telefone 255-5060 prestando esclarecimentos a toda a população do estado sobre como proceder em caso de queimaduras.



### Ambulatório de Queimados

- Horário de funcionamento: Manhã: 7:30h às 11:30h  
Tarde: 13:30h às 17:30h
- O Cirurgião plástico atende os pacientes de 1ª vez, os pacientes subseqüentes (retorno) e faz a interação quando necessário. Na ausência do Cirurgião Plástico, em horário de almoço ou em período noturno, os pacientes devem ser atendidos pelo médico plantonista. Todos os pacientes devem ser avaliados pelo médico.
- Os curativos são realizados de 2 em 2 dias ou no máximo de 3 em 3 dias, dependendo da necessidade do caso;
- A internação do paciente deve obedecer a rotina clínica do C.T.Q.;
- Os curativos são com sulfadiazina de prata, gaze acolchoada e atadura de crepom (oclusivo e contensivo). Nas zonas doadoras e receptoras de pele o curativo é realizado com gaze vazelinada;
- Os pacientes devem ser orientados pelo cirurgião plástico quando há retorno, sessões de fisioterapia, uso de malhas, creme hidratante, fotoprotetor e creme nutritivo;
- Após a internação, o primeiro curativo no dia seguinte é realizado sob anestesia;
- A balneoterapia consta de abertura do curativo com água corrente e sabão neutro, uso de PVPI por 7 a 10 minutos.
- Todos pacientes atendidos devem ser registrados;
- O Cirurgião Plástico ou o clínico quando internarem o paciente devem preencher rigorosamente todos os papéis do prontuário, bem como assiná-los e carimbar;
- As cirurgias eletivas dos pacientes ambulatoriais devem ser marcadas pelo Cirurgião Plástico de acordo com disponibilidade do leito, devendo os exames ser previamente solicitados;
- A rotina do C.T.Q. obedece ao rompimento de bolhas e vesículas e aplicação de antimicrobiano tópico;
- Apenas nas queimaduras de face deve ser utilizada collagenase.
- No ambulatório devem ser atendidos apenas pacientes vítimas de queimaduras.
- Curativos:
  - Queimaduras do 1º grau:
    - \* Banho com água corrente abundante e sabão neutro;
    - \* Aplicar vaselina sólida.
  - Queimaduras do 2º grau:
    - \* Banho com água corrente abundante e sabão neutro;
    - \* Rupturas de flictenas seguida da lavagem com água corrente abundante;
    - \* Curativo com sulfadiazina de prata a 1% em gazes ELOS, (ELOS 20 x 20cm padrão) e aplicação de bandagens (curativo oclusivo, contensivo);



- Queimaduras do 3º grau:
  - \* Banho com água corrente abundante e sabão neutro;
  - \* Limpeza da queimadura com retirada de necrose cutânea, se possível;
  - \* Aplicação de PVPI a 1%;
  - \* Curativo com sulfadiazina de prata a 1% em gaze ELOS;
  - \* Aplicação de bandagens (curativo oclusivo, contensivo de repouso).

## **Balneoterapia**

- A balneoterapia sob anestesia geral venosa inicia-se às 8 horas com o máximo 08 pacientes (a não ser em casos excepcionais), em primeiro lugar as crianças e posteriormente os adultos;
- Os pacientes devem permanecer em jejum após 24 horas do dia anterior, sendo administrada dieta líquida restrita às 3 horas para as crianças e às 5 horas para os adultos;
- Os banhos anestésicos nos pacientes de convênio devem ser realizados em horário a combinar entre o anestesista e o Cirurgião Plástico, sem entretanto, interferir no horário dos demais pacientes;
- Todos os pacientes que se submeterem à balneoterapia com ou sem anestesia, devem ser avaliados pelo cirurgião plástico, enfermeira, clínico plantonista, pediatria, clínico da rotina e fisioterapeuta;
- Os curativos são realizados semelhantes aos do ambulatório e centro cirúrgico;
- O Cirurgião Plástico deve realizar intervenção cirúrgica na sala de balneoterapia, caso seja necessário;
- A balneoterapia sob anestesia nos pacientes externos devem ser marcadas as 3ª e 6ª feiras;
- O Cirurgião Plástico deve descrever minuciosamente as intervenções cirúrgicas, bem como evoluir no prontuário;
- A balneoterapia nos pacientes que não se submeteram a anestesia deve ser realizada a seguir dos pacientes em jejum;
- Os pacientes que se submeterão à enxertia de pele devem realizar balneoterapia antes de deslocar-se para o centro cirúrgico.

## **Curativos**

- Anestesia geral venosa com monitorização;
- Retirada do curativo oclusivo contensivo de repouso;
- Lavagem da área queimada com água corrente abundante e sabão neutro;
- Aplicação de PVPI por um período de 7 min;
- Fisioterapia durante a Degermação;
- Procedimentos cirúrgicos insavios (debridamento de necrose), estabelecimento de acesso venoso, curativos cirúrgicos, colocação de sondas naso-gástricas, enterais e vesicais;
- Higienização do paciente;
- Lavagem com água corrente abundante;
- Curativo com Sulfadiazina de prata a 1% em gases ELOS;
- Aplicação de bandagens (curativo oclusivo, contensivo de repouso).

## **Centro Cirúrgico**

- Horário das cirurgias:
  - Manhã: 08 horas.
  - Tarde: 13 horas.
- Após o ato cirúrgico, o C.P. deve descrever as cirurgias, evoluir no prontuário e medicar o paciente;
- 1º banho anestésico pós-enxertia de pele deverá acontecer entre 4º e 5º dia pós-operatório e os pontos retirados com 5 a 6 dias;
- O curativo é semelhante ao realizado no ambulatório e sala de balneoterapia;
- Todas as ocorrências no c.c. são da responsabilidade da equipe cirúrgica devendo ser registradas e anotadas no prontuário. As cirurgias suspensas devem ser justificadas no prontuário pela equipe médica;
- Não é permitido intervenção cirúrgica em pacientes não queimados no c.c. do C.T.Q.;
- As cirurgias dos pacientes internados têm prioridade em relação às cirurgias eletivas, devendo ser realizadas em primeiro lugar;
- Os pacientes devem submeter-se a balneoterapia antes de ir o c.c.;
- A alta hospitalar deve ser em conjunto com o clínico, pediatra e C.P. O paciente é encaminhado ao ambulatório para complementação do tratamento (cirúrgico, clínico, fisioterápico).

## **Pacientes de Convênios**

- O sobreaviso dos pacientes de convênios obedece escala previamente divulgada:
  - 2ª feira: Dr. Rômulo
  - 3ª feira: Dr. Paulo Régis
  - 4ª feira: Dr. Edmar
  - 5ª feira: Dr. Luzinon
- Rodízio nos finais de semanas (6ª, sábado e domingo);
- É de inteira responsabilidade do C.P. e do clínico o paciente de convênio, ou seja, prescrição, curativos, marcação de cirurgias, alta, etc. A chefia médica e de enfermagem fiscalizam e orientam a estrutura física e funcional do C.T.Q. nos pacientes de convênios;
- O C.P. deve solicitar do convênio a internação do paciente, prorrogação de internação, intervenções subseqüentes, bem como toda a burocracia necessária durante a internação do paciente;
- As cirurgias e balneoterapia dos pacientes de convênios devem ser realizadas fora do horário normal de trabalho do C.P. e anestesista.

## **Lembretes Gerais**

- O Cirurgião Plástico deve tratar o paciente pelo nome, informá-lo sobre os procedimentos que serão realizados, bem como solicitar autorização para os procedimentos que assim o exigem;
- É importante a harmonia e o diálogo da equipe multiprofissional, tendo como maior beneficiado o paciente;
- Quando necessário, o cirurgião Plástico deve realizar intervenções cirúrgicas em seu horário de ambulatório ou balneoterapia;
- O cirurgião Plástico deve orientar e ensinar os acadêmicos, residentes e pós-graduandos que realizam estágio no C.T.Q.

## **Rotina Científica do C.T.Q. e S.B.Q. – Regional Ce.**

- Sessão clínica todas as 2ª e 5ª feiras, às 8:30 horas – visita a todos os pacientes internados (C.P., clínicos e pediatra de rotina, clínico e enfermeiras de plantão, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, chefia médica e de enfermagem e auxiliares de enfermagem da enfermaria);
- Aulas ministradas todas 5ª feiras às 8 horas para os acadêmicos e estagiários do C.T.Q.;
- Curso anual sobre queimaduras para acadêmicos de medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional;
- Curso anual para reciclar os profissionais de nível médio;
- Participação em seminários, simpósios, cursos, jornadas e congressos no Brasil e exterior;
- Manter atualizada a biblioteca e videoteca do C.T.Q.;
- Organizar e ministrar os cursos de queimaduras nas universidades;
- Divulgar a campanha de prevenção de queimaduras, principalmente na época das festas juninas.



**I – ATENDIMENTO INICIAL – AMBULATÓRIO**

1. Examinar as condições gerais do paciente;
2. Verificar a necessidade imediata de Punção Venosa (Hidratação/Sedação/Analgesia);
3. Iniciar banho com água corrente e sabão neutro;
4. História objetiva;
5. Avaliar a necessidade de Internação;
  - Quantificar a superfície Corpórea Queimada;  
Extensão e Profundidade;
    - SCQ > ou = 20%, em 2º Grau - Adultos;
    - SCQ > ou = 10%, em 2º Grau - Crianças;
    - SCQ > ou = 10%, em 3º Grau;
    - SCQ > ou = 05%, em 3º Grau - Crianças;
    - Suspeita de queimaduras de vias Aéreas;
    - Sítios Corpóreos Especiais (FACE, GENITÁLIA, MÃOS E PÉS);
    - Queimaduras circunferenciais (risco de comprometimento circulatório);
    - Condições clínicas desfavoráveis, associadas à queimadura.

**I - PACIENTES QUE NÃO NECESSITAM DE HOSPITALIZAÇÃO**

- Banho e Curativo:  
Usar sabão neutro (banho) creme de sulfadiazina de Prata a 1%, em queimaduras de 2º e 3º graus (curativos contensivos); áreas de 1º grau – não cobrir e orientar para o uso de compressas geladas, até o desaparecimento de ardor/dor local.
  - Aliviar a dor (analgesia, na urgência)
  - Orientar sobre os cuidados com as lesões
  - Prescrever analgésicos/antitérmicos, para uso domiciliar
  - Tratamento Ambulatorial – Retornos para curativos e avaliações médicas.

**II – PACIENTES QUE NECESSITAM DE HOSPITALIZAÇÃO INICIAR MAIS RÁPIDO POSSÍVEL A HIDRATAÇÃO VENOSA**

- \* Usar sol. de Ringer Lactato Acesso Venoso – ordem de prioridade
- 1. puncionar:
  - 1.1. veia periférica que possibilite boa infusão - usar Abocath
  - 1.4. Subclávia
  - 1.5. Femural

Obs.: as punções de jugular externa e interna poderão estar indicadas (caráter de emergência); lembrar o grande incômodo dessas punções para o queimado, que, em geral, necessita do acesso por vários dias.

2. dissecar veia, se possível, em área não queimada.

Obs.: Evitar dissecações em áreas de articulação e de Safena, proximalmente ao maléolo medial.

## **HIDRATAÇÃO INICIAL**

ADULTO - 3 a 4ml de Ringer Lactato x peso em Kg x % SCQ (limitada a 50%)

### **(Fórmula de Parkland)**

Esse volume será infundido nas primeiras 24 horas, sendo: 50% nas 1ª 8 horas e 50% nas 16 horas subsequentes.

Observando-se sinais de desidratação, deixar livre gotejamento, até obter-se diurese.

## **INDICAÇÕES DE SOLUÇÃO DE NaCl a 7,5% (Sol. Hipertônica) - Nas primeiras 24h**

- \* Burn Shock (Choque do Queimado)
- \* Queimaduras de Face, com riscos de grande edema
- \* Queimaduras circulares
- \* Grandes Queimados
- \* Volume a Ser Administrado (VSA)
- \* 04ml/Kg de peso – Infusão em 30 minutos. (Dose Única)
- \* Preparação da sol. de NaCl a 20%, disponível em ampolas de 10ml – Para cada 100ml de NaCl a 7,5%, necessita-se de: 35ml de NaCl a 20%+65ml de S.F. a 0,9%

Após a pesagem do paciente, determina-se o VSA e, através de uma regra de três, calcula-se o volume de NaCl a 20% a ser utilizada.

Completa-se com S.F. a 0,9%, até atingir o VSA.

Nota: A utilização da Sol. de NaCl a 7,5%, reduz a necessidade de Ringer Lactato em cerca de 1/3 do volume a ser infundido nas primeiras 24 horas.

## **SEDAÇÃO E ANALGESIA**

- \* Pacientes muito excitados e/ou ansiosos, poderão ser sedados, usando-se:
  - Diazepan 10mg – 01 amp. diluída (1:10) em ABD,IV, lentamente.
- \* Analgesia: - Cloridrato de Nalbufina (Nubain ®) 10mg – 01 amp. Diluída (1:20) em ABD, IV, até de 4/4 horas.
  - Cloridrato de Tramadol (Sylador ®/Tramal ®) – 50mg – 01 amp. Diluída (1:20) em ABD, IV, até de 4/4horas.
  - Analgesia contínua: (Sol. de Glicose a 5% - 500ml) + (200mg de Cloridrato de Tramadol) - IV, 14 gotas/min – para períodos de 12 horas.
- \* Preencher Formulários do Atendimento de Internação Hospitalar; (V.anexos)
- \* Solicitar os Exames de Rotina:

- 1) Laboratoriais: Hemograma Completo, Contagem de Plaquetas, Dosagens de Glicose, Uréia, Creatinina, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Proteína Total e Frações;
- 2) Radiografia de Tórax em PA;
- 3) ECG, para pacientes acima de 40 anos.
- 4) Gasometria Arterial (suspeita de queimadura de vias aéreas e nos grandes queimados)

## **INDICAÇÕES DE SONDA VESICAL DE DEMORA**

- \* SCQ > 30%;
- \* Queimaduras de Genitália;
- \* Pacientes comatosos ou sem controle esfínteriano, quando não houver condições de colocação de coletores de urina.

## **BALANÇO HÍDRICO**

Instituir no momento da internação, mantendo-o até a estabilização das condições hemodinâmicas e de equilíbrio hidroeletrólítico do paciente.

## **CONDUTA NAS PRIMEIRAS 24 HORAS**

- \* Paciente Grande Queimado e grave deve, prioritariamente, ficar isolado em enfermaria menor, sempre que possível;
- \* Pacientes recém-queimados não devem ser colocados em enfermaria onde esteja internado algum paciente infectado;
- \* Acomodar o paciente no leito, conforme as características das queimaduras
- \* Manter vias aéreas permeáveis
  - \* aspirar secreções
  - \* uso de O<sub>2</sub> úmido (3l/min.), se necessário
  - \* intubação precoce, se necessário
- \* Manter as boas condições de venoclise
- \* Prescrever sonda vesical de demora, quando se fizer necessário
- \* Monitorar a diurese (manter entre 30 a 50 ml/H.)
- \* Controlar a velocidade de infusão de Ringer Lactato, com base na diurese
- \* Aliviar a dor/ansiedade
- \* Observar a frequência cardíaca (FC > 120 sugere reposição volêmica insatisfatória)
- \* Não usar soluções colóides, nas 1as. 24 horas
- \* Dieta – Líquida
  - \* Pacientes largados, torporosos ou comatoso, devem ser mantidos em Dieta Zero.
- \* Hidratação Venosa

## **AJUSTE DA VELOCIDADE DE INFUSÃO:**

- \* Utilizar a diurese horária, objetivando manter 30 a 50 ml/h

### ***Analgesia/Sedação***

- \* V. Esquema já apresentado

Obs.: Para os banhos/curativos realizados sem sedação anestésica e que, pela natureza das lesões, possam ser dolorosos, está indicada a analgesia antes e/ou após o banho.

### ***Anatoxi-Tetânica***

- \* 01 amp., IM, nas primeiras 24 horas. (Pacientes Adultos)

### ***Antitérmicos (Se $T_p > ou = 37,8$ °C)***

- \* Dipirona

Injetável – 01 a 02 ml (500 a 1000mg) – diluídos em 18ml de ABD, IV, até de 6/6h.

Gotas – 30 a 40 gotas (750 a 1000mg) – VO, até de 6/6h.

- \* Acetaminofen/Paracetamol

Comprimidos 750mg – 01 compr., VO, até de 6/6h.

Gotas (200mg/ml) – 50 a 75 gotas, VO, até de 6/6h.

### ***Antiemético (Náuseas /Vômitos)***

- \* Metoclopramida

Injetável – ampolas de 02ml=10mg – 01 amp. + 18ml S.G. 5%, IV, até de 6/6h.

- \* Bromoprida

Injetável – ampolas de 02ml = 10mg – 01 amp. + 18ml S.G.5%, IV, até de 12/12h.

### ***Antagonista H2 (Prevenção Hemorragia Digestiva)***

- \* Cloridrato de Ranitidina

Injetável 50mg – 01 amp. + 18ml de ABD, IV, de 8/8 ou 12/12h.

- \* Balanço Hídrico

- \* Sinais Vitais (PA,  $T_p$ ., FR e Pulso) – de 6/6h.

- \* Instituir tratamento adequado, para as patologias preexistentes detectadas (HAS, Diabetes, angina do Peito, etc).

## **III – CONDOTA CLÍNICA APÓS AS PRIMEIRAS 24 HORAS**

- \* Indicado o uso de Colóides – após 24 horas do trauma térmico/reposição volêmica.
- \* Uso de 01 F.A. de 50ml, IV, em intervalos de 4/4h., 6/6 h., 8/8h. ou 12/12h.
- \* Manter Ringer Lactato, controlado a Velocidade de Infusão x Débito Urinário (30 a 50ml/h.).
- \* Indicadores para Infusão de Albumina Humana.
  - = Nível sérico < 03g/dl
  - = Edema (avaliação diária).
  - = Até 10 F.A. de 50ml, a 20%, /dia (Ref. GOMES, Dino R.).

## \* AVALIAÇÃO MÉDICA DIÁRIA

### 1. Grau de Hidratação

- = Diurese/hora
- = Referência de sede
- = Umidade de pele e mucosas

### 2. Anemia

- = Verificar palidez de pele e mucosas
- = Considerar perdas (hemólise pelo trauma, redução da vida média das hemácias, escape pelas lesões e decorrentes dos desbridamentos e limpezas cirúrgicas e nas balneoterapias/curativos)
- = Dosagens de Hb e Ht, (controles de 72/72 horas)

### 3. Icterícia

- = Leve e transitória, sem maior importância clínica.
- = Se associada a transfusão sanguínea – investigação, tendo a frente o Hemoterapeuta.
- > Icterícia associada a transfusão sanguínea, pode ocorrer por dois motivos: hemólise intravascular ou extravascular, associadas ou não a fenômenos imunológicos. Causa preocupante é a da realização de transfusão sanguínea pelo mesmo acesso venoso em que esteja sendo administrada solução hipotônica (p. ex. Ringer Lactato), produzindo hemólise intravascular.
- > Solicitar: Hb, BT e frações, TGO e TGP, Fosfatase Alcalina, TAP, TTPa (alargamento – hemólise intravascular imediata), Uréia, Creatinina, HC, Plaquetas (plaquetopenia – hemólise intravascular), Reticulócitos (reticulocitose – hemólise intravascular).
- = Icterícia Pós-transfusional – afastar outras causas de icterícia e avaliar a possibilidade de reação hemolítica extravascular tardia, o que deverá ser feito em conjunto com o Hemoterapeuta.
- = Se no curso de SEPSE – indicativo de mau prognóstico.

### 4. Ausculta Cardíaca

- = Taquicardia – desequilíbrio hidroeletrólítico ou infecção.

### 5. Ausculta Pulmonar

- = Estertores de base – solicitar Rx de tórax – as pneumonias são a causa mais comum de SEPSE, em Queimados.

### 6. Exame do Abdome

- = Distensão/Ausência de Peristalse – mudança na conduta nutricional.
- = Suspeitar de SEPSE.

### 7. Inspeccionar Edemas/Hiperemias/Calor

- = Edema em áreas não queimadas – sugere Hipoalbuminemia.
- = Hiperemias/Calor – trajetos e áreas íntegras – tromboflebites e celulites.

### 8. Dor Torácica/Dispneia

- = Embolia Pulmonar.
- = Pneumonia.
- = IAM/angina.
- = Asma Brônquica.



## 9. Hipertermia

\* Hipertermia é quase uma constante no Grande queimado, oriunda da resposta endócrino-metabólica ao trauma  
= Se  $< 39^{\circ}\text{C}$ , 01 a 02 episódios/24h e ausência de outros sinais/sintomas associados - sem maior importância clínica

= Elevada e/ou persistente – sugere infecção: associar à resposta leucocitária, examinar aspecto das lesões, solicitar Hemocultura com TSA

## 10. Exames Laboratoriais de Rotina para Controle de Grande Queimado

= HC, Cont. Pla., PT e Fr., Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup> - de 72/72h.

= G, U, Cr, Bt, e Fr., TGO e TGP – 1 x/semana

= Se houver alteração, repetir U e Cr, 2 – 3 x/semana

= Se fizer drogas nefrotóxicas, repetir U, Cr, 2 x/semana

= Na suspeita de SEPSE – gasometria, avaliação das funções renal e hepática

= Se dispnéia – gasometria diária ou com frequência, se necessário

## 11. Grau de aceitação da dieta, anorexia e jejum pré-operatório

### \*SUPORTE NUTRICIONAL

\* Fase imediata ao trauma térmico (até 48/72 horas) - Hipometabolismo

= Dieta líquida/branda/livre

\* Fase do Reequilíbrio Hemodinâmico (após 72 horas) - Hipermetabolismo

Dieta Hiperproteica e Hipercalórica

\* Indicação para Suporte Nutricional Enteral

= SCQ > ou = 30%

= Desnutridos

= Anorexia moderada a severa

= Comatosos, Torporosos e Largados

= Queimaduras de boca e lábios

\* Utilizar Sonda Enteral Flexível, tipo “Dobb Hoff” – trajeto nasogástrico

\* Posicionamento da extremidade da Sonda – Gástrico (SNG)

\* Usar Dietas Poliméricas

\* Utilizar Bomba de Infusão (BI), para instalação/gotejamento da Dieta Enteral – permite gotejamento contínuo e uniformemente controlado.

\* Não suspender a Dieta Oral, mantendo-a, paralelamente, à Dieta por Sonda. O VCT deverá ter como base o suporte enteral. Mesmo que haja ingestão por via oral satisfatória, deverá ser mantida a dieta por SNG, até a obtenção de sinais de recuperação da perda ponderal do paciente.

\* O surgimento de Diarréia, não é indicativo para suspender a dieta por Sonda. O ajuste da velocidade de gotejamento e/ou da composição da dieta, em geral, resolve a intercorrência.

\* As necessidades calóricas diárias deverão ser calculadas pelo Nutricionista, cabendo ao Clínico, avaliar os resultados, conjuntamente com aquele profissional.

## \* A INFECCÃO

- \* Na avaliação clínica do Grande Queimado dever-se-á estar alerta para os primeiros sinais de Infecção com exame físico dirigido (estado geral do paciente, ausculta pulmonar e cardíaca e inspeção diária das lesões, durante os banhos/curativos).
  - \* Considerar Fatores Predisponentes
    - = alterações imunodepressoras do Queimado
    - = a queimadura como meio de crescimento bacteriano
    - = desnutrição prévia
    - = patologias preexistentes
    - = manipulação cirúrgica e outros procedimentos invasivos (sonda vesical e outros cateteres)
    - = transfusão de sangue e derivados
  - \* Manifestações Clínicas da Infecção
    - = hipertermia persistente e/ou mais elevada (>39 °C)
    - = taquicardia, hipotensão
    - = adinamia, sonolência, anorexia, toxemia
    - = leucocitose com neutrofilia, leucopenia
    - = vasculite em áreas não queimadas
    - = alteração na coloração das feridas (coloração clara ou rósea muda para azul-esverdeada e/ou enegrecida)
    - = taquipnéia, dispnéia
    - = disúria, poliúria
  - \* Casos Suspeitos – solicitar Hemocultura com TSA
  - \* Não havendo condições de aguardar os resultados da hemocultura, consoante avaliação clínica, associada ao hemograma, INICIAR ANTIBIOTICOTERAPIA (ATBT) EMPÍRICA. ATBT Empírica (escolha segundo constatação dos microorganismos mais comuns, consoante resultados das culturas obtidas dos pacientes internados no CTQ e sensibilidade demonstrada, nos respectivos TSAs)
  - \* Usar: 1) Ceftadizima (Fortaz ®) 1g – IV, de 8/8 horas; +  
2) Oxacilina 1 a 2g – diluído em 100ml de S.G. 5% - IV, de 4/4 horas
  - > Se na hemocultura crescer Pseudomonas ou se não houver melhora clínica com o esquema Ceftadizima + Oxacilina, acrescentar Amicacina [Att. para determinação da dose pelo peso – 7,5mg/Kg de peso, de 12/12h – e pela função renal. Administrar diluído em 50ml de S.G. 5% (reduz nefrotoxicidade)].
  - > Para ampliar o espectro de ação das drogas e/ou proporcionar sinergismo, a Amicacina poderá ser associada por 72 horas ou, no máximo, por 12 dias.
  - \* Pacientes internados com Queimaduras já infectadas – objetivar submetê-los a desbridamentos/limpeza cirúrgica, o mais rápido possível. Dependendo das condições gerais do paciente, não usar ATBT, principalmente, se oriundos da comunidade.
- Obs: Sendo imperioso o uso de ATBT, iniciar Cefalosporina de primeira geração:
- = Cefalotina (Keflin ®) 1g, IV, de 4/4h, ou
  - = Cefalexina (Keflex ®, Ceporexina ®) 500mg, VO, de 6/6h.

\* Ter como meta não usar outro antibiótico ou associação, sem embasamento no TSA, oriundo de hemocultura.

\* **Manifestações Clínicas de SEPSE**

- = febre elevada e persistente ou hipotermia
- = falha cardíaca não justificada
- = hipotensão, pele úmida e fria
- = alargamento das lesões para áreas não queimadas
- = trombocitopenia
- = inquietação, obnubilação, delírio
- = distensão abdominal

\* **TRANSFUSÕES SANGÜÍNEAS NO QUEIMADO**

\* **Critérios para Transfusão**

\* Não transfundir sangue até o reequilíbrio volêmico (1as. 72h pós-trauma térmico)

\* O tempo de transfusão sangüínea de uma bolsa não deve ser superior a 04 horas

\*  $11 \text{ g/dl} > \text{Hb} > 7 \text{ h/dl}$ , em Queimados hemodinamicamente estáveis e sem previsão de procedimentos cirúrgicos, não constitui indicação de transfusão, exceto os pacientes cardiopatas e neurológicos, para os quais se aconselha  $\text{Hb} > \text{ou} = 8 \text{ g/dl}$ .

\* Pacientes com previsão de extensas limpezas cirúrgicas e/ou enxertos de pele, deverão ser mantidos com  $\text{Hb} > \text{ou} = 11 \text{ g/dl}$ .

\* **Volume a ser Transfundido**

\* 300ml de Concentrado de Hemácias, para cada 1 g/dl que necessite corrigir no parâmetro da Hb

Obs: 1) Concentrados de Hemácias Lavadas perdem, em média, 40% das hemácias contidas, antes da lavagem;

2) O uso de Filtro de Leucócitos reduz em cerca de 30% o número de hemácias que seriam transfundidas.

\* **Cuidados Transfusionais**

\* Evitar transfusões sangüíneas no curso de Hipertermia ( $T_p > \text{ou} = 38^\circ\text{C}$ )

\* O surgimento de Hipertermia (aumento de  $1^\circ\text{C}$ ), durante a transfusão, sem outra causa, é indicativo de complicação transfusional:

= suspender imediatamente a transfusão;

= administrar antitérmicos;

= devolver a bolsa da transfusão para o Banco de Sangue, com a comunicação da ocorrência, objetivando estudo imuno-hematológico;

= observar sinais vitais com maior freqüência, a diurese e surgimento de icterícia ou hemorragia;

\* **O surgimento da Urticária:**

= suspender imediatamente a transfusão;

= administrar anti-histamínico {Cloridrato de Prometazina (Fenergan®) 01 amp. De 02ml – 50mg – IM} ou Corticosteróide {Sucinto Sódico de Hidrocortizona (Solu-Cortef®) 01 fr.amp. de 052ml – 500mg – IV}, conforme a intensidade;

- = devolver a bolsa da transfusão para o B.S., com a comunicação da ocorrência;
- = observar sinais de anafilaxia;
- \* Medidas de Emergência nas Complicações Transfusionais:
  - = suspender imediatamente a transfusão
  - = manter acesso venoso;
  - = utilizar S.F. a 0,9%, para infusão no acesso;
  - = checar os dados da etiqueta da bolsa com os do paciente;
  - = registrar os líquidos e drogas administradas, concomitantemente, com o hemocomponente;
  - = conservar a bolsa da transfusão, para devolve-la ao B.S., para estudo imunológico;
  - = tratar sinais e sintomas da reação:
    - > Hipertermia – antitérmicos (Dipirona ou Acetaminofen/Paracetamol);
    - > Urticária – anti-histamínicos e/ou corticosteróides, conforme a intensidade;
    - > Hipotensão Arterial – infusão de S.F. a 0,9% e/ou Dopamina (V. Uso de Dopamina);
    - > Broncoespasmo – broncodilatadores { Aminofililina (01 amp. De 10ml – 240mg + 50ml de S.G. a 5% - IV), Aerossol (05ml de S.F. a 0,9% + 05 gotas e Berotec), Corticosteróides (Hidrocortizona – 200mg – IV)}
    - > Anafilaxia (Adrenalina S.C.)
    - > Hemorragias (repor fatores de coagulação)
    - > Oligúria {hidratação venosa (S.F. a 0,9%), diurético (Furosemida – IV)}
    - > Edema Agudo de Pulmão (tratar Edema Agudo)
    - > Dispneia/Hipoxemia (O2 úmido)

\* Na suspeita de ICTERÍCIA, solicitar TGO, TGP, Bilirrubinemia Total e Frações e Fosfatase Alcalina.

\* Icterícia pós-transfusional requer investigação clínica especializada, devendo ser contatado, imediatamente, o Médico responsável pelo B.S., a quem caberá conduzir os trabalhos e o competente registro no prontuário.

#### = Queimaduras Especiais

\* Queimaduras por Descarga elétrica

\* Avaliação Cardiológica Precoce

= Ausculta Cardíaca – detecção de arritmias

= ECG

= Nas arritmias

- Monitorar o paciente

- Tratar:

> Paciente hemodinamicamente instável

- Taquicardia ventricular (TV) = cardioversão (200 a 300J)

- Fibrilação Atrial = cardioversão (150 a 200J)

- Flutter Atrial = cardioversão (50 a 100J)

> Paciente hemodinamicamente estável

- Taquicardia Ventricular (TV) = drogas:

a) Xilocaína 20% - 1,5 a 2,0 mg/Kg – em “bolus” – 05 min. Manter – 2 a 4 mg/Kg

Solução para manutenção:

- S.G. 5% - 450ml

- Xilocaína 20% - 50ml, donde 1ml = 20mg

b) Amiodarona - 5 a 10mg/Kg, em 100ml de S.G. 5%, correr em 30 min. 01 amp. = 150mg. Manter - 900 mg/24h, IV quando possível passar VO – 600 a 900 mg/dia

- Fibrilação Atrial:

a) observar durante 24h – possível remissão espontânea

b) controlar frequência ventricular com:

- Digoxina

- Propranolol

- Verapamil

c) após 24h e antes de 48h, tentar reversão com Amiodarona (esquema anterior)

- Taquicardia Supraventricular (TSV):

a) Massagem seio carotídeo

b) Adenosina – 3 a 12mg, em bolus

c) Verapamil – 1 a 10mg/min, em bolus (1amp. = 5mg)

- Bloqueio AV – avaliar necessidade de marcapasso

\* Atentar para os riscos de lesões de estruturas profundas (músculos, nervos e vasos sanguíneos), que podem causar alterações do balanço ácido-base e produzir mioglobínúria, com riscos de danos renais severos.

= Urina avermelhada ou cor de Coca-Cola, sugere acidose e mioglobínúria:

- usar Bicarbonato de sódio – 50mEq, IV, até a normalização do pH;

- solicitar exames complementares, para controle:

> CPK, Aldolase e LDH – 2x/semana

> Creatinina e K +

> Gasometria – grau de acidose

- manter o paciente bem hidratado (diurese 50 – 100ml/h), enquanto CPK e Aldolase estiverem elevadas.

• Queimaduras Químicas

\* Agentes mais comuns:

= Ácido Sulfúrico e Ácido Nítrico

= Bases (soda Cáustica ou Amônia Anidra) provocam queimaduras mais graves

\* Cuidados imediatos:

= Lavagem abundante com água corrente, durante pelo menos 30 minutos;

= Lesões por substâncias básicas, nos olhos – irrigação contínua (mínimo de 08h)

• Queimaduras de Vias Aéreas e Face

\* Queimaduras em ambientes fechados (fumaças e vapores quentes, chamas e explosões), em geral, provocam queimaduras de face e vias aéreas.

\* Cuidados Especiais

- = Limpar as vias aéreas superiores
- = Verificar/providenciar a permeabilidade das vias respiratórias
- = Usar O<sub>2</sub> úmido, na presença de dispnéia
- = Avaliar inalação de fumaça
- = Pesquisar edema da Faringe, que pode requerem a intubação orotraqueal e ventilação mecânica
- = Pacientes intubados e sob ventilação mecânica devem ser conduzidos e mantidos em UTI, até normalização da função respiratória e retirada do tubo
- = Solicitar Gasometria Arterial

• Queimaduras de Face

- \* Riscos de volumoso edema – administrar solução de NaCl a 7,5% (dose única)
- \* Manter cabeceira elevada (aprox. 30 graus), nas primeiras 96h ou enquanto persistir o edema já instalado

• Queimaduras de Pálpebras e Olhos

- \* Irrigação freqüente com S.F. a 0,9% resfriado
- \* Manter a região orbitária/palpebral coberta por compressas de gaze úmidas com S.F a 0,9%
- \* O paciente deverá receber, precocemente, orientação/cuidados do Oftalmologista.

• Queimaduras Circulares/Circunferenciais

- \* Indicada à administração de solução de NaCl a 7,5% - tentativa de minimizar o surgimento de edema que poderá comprimir e comprometer a circulação.
- \* Na presença de edema e sinais constrictivos, está indicada a Escarotomia e a Fasciotomia – liberação e afrouxamento dos tecidos, com a normalização circulatória.
- \* As lesões decorrentes das escarotomias e fasciotomias, embora salvadoras, expõem severamente os pacientes às infecções (ampliação de janelas infecciosas).

**= USO DE DOPAMINA NO PACIENTE QUEIMADO**

1. Hipotensão (Choque) -5 a 10mcg/Kg peso/min
2. Para aumentar a perfusão renal - a 3mcg/Kg peso/min

\* Preparação da Solução:

- S.G. 5% - 200ml

- Dopamina – 05amp. donde, cada 1ml = 1.000mcg

Obs: 1ml = 20gts.

1 gt = 03mcgts

Gotejamento em Bl = dose desejada x peso em Kg (ml/H. ou mcgt/min) 16,6

## = HEPARRINAS DE BAIXO PESO MOLECULAR

- \* Indicação de Uso, para a Profilaxia das Tromboses Venosas Profundas:
  - > história progressiva de tromboembolismos (AVC, Embolia Pulmonar)
  - > infecção em MMII (Celulite s, Trombo-flebites) e/ou história progressiva
  - > pacientes prostrados e/ou com imobilizações dos MMII
  - > grande queimados, idosos e obesos, com mobilidade prejudicada
- \* Usar:
  - Nadroparina Cálcica (Fraxiparina ®) - 0,3ml, SC, 1x/dia.
  - Enoxaparina (Clexane ®) - 0,2ml (20mg), SC, 1x/dia.
- Manter a administração enquanto persistirem os riscos de TVP.

## = BANHO E TROCA DE CURATIVOS

- \* Salvo contra-indicações médicas ou pacientes enxertados, os banhos com a troca de curativos deverão ser feitos diariamente.
- \* Sempre que necessário, fazer analgesia (Cloridrato de Nalbufina ou Cloridrato de Tramadol), 15 min., IV, ou 30 min., IM, antes dos banhos e/ou após a sua realização.

## IV - ALTA HOSPITALAR

Quando: 1. Não houver indicação de procedimento cirúrgico e o paciente estiver clinicamente em condições de continuar tratamento ambulatorial;  
2. O paciente tiver realizado os procedimentos cirúrgicos programados e estiver em condições de continuar tratamento ambulatorial

Obs.: A alta hospitalar deve sempre ser dada com a concordância das equipes clínica e cirúrgica.

### Orientação ao Paciente:

\* Todo paciente deverá ser orientado sobre o seu estado de saúde, bem como os cuidados de que ainda necessita, incluindo o de dar continuidade ao tratamento, em regime ambulatorial

\* Entregar ao paciente a prescrição da medicação que deverá continuar a fazer uso; é sempre de bom alvitre, prescrever analgésico e antitérmico, com o uso condicionado à ocorrência de dor ou febre; dar preferência à via oral {analgésicos-Tylenol ® 7,5 ou 30mg – compr., Sylador® 50mg – compr. Ou Tramal ® 50mg – caps. Ou AINEs ( de 8/8 horas); antitérmicos: Dipirona ou Paracetamol}.

**I. ATENDIMENTO NO LOCAL DO ACIDENTE:**

1. Lavar copiosamente a área queimada com água corrente;
2. Cobrir a área queimada com uma toalha molhada;
3. Dirigir-se ao hospital de referência.

**II. ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA (CUIDADOS IMEDIATOS NA SALA DE URGÊNCIA):**

**• CRIANÇAS COM QUEIMADURAS LEVES A MODERADAS QUE NÃO NECESSITAM DE INTERNAMENTO:**

1. Analgesia;
2. Lavar as queimaduras com água corrente e sabão neutro;
3. Romper as bolhas (flictenas) e retirar os tecidos desvitalizados;
4. Fazer curativo oclusivo e contensivo com gazes acolchoadas, atadura de crepom e sulfadiazina de prata 1% nas queimaduras de 2° e 3° grau e vaselina nas queimaduras de 1° grau;
5. Encaminhar para tratamento ambulatorial. Nesta ocasião, orientar os cuidados que deverão ter em casa, bem como checar o calendário de vacinas.

**• CRIANÇAS COM QUEIMADURAS QUE NECESSITAM DE INTERNAÇÃO:**

1. Manter as vias aéreas p rveas;
2. Nos casos de paciente com choque hipovolêmico, fazer cateterismo venoso e iniciar, imediatamente, a correção da volemia com soro fisiológico ou ringer lactato (preferencialmente), na dose de 30ml/Kg, correr em 30 minutos;
3. Monitorização do status hemodinâmico através do rigoroso balanço hídrico e monitorização clínica;
4. Identificação de lesões associadas;
5. Analgesia endovenosa (vide Anexo 3);
6. Limpeza e debridamento das áreas queimadas;
7. Avaliação da profundidade e extensão das lesões, já calculando a superfície corporal queimada – SCQ (vide tabela de Lund Browder e /ou os desenhos – Anexos 1 e 2);
8. Curativo oclusivo e contensivo com gazes Elos, ataduras e sulfadiazina de prata 1%;
9. Cateterismo vesical (na criança grande queimada e/ou com queimadura de genitália);
10. Imunização contra o tétano (de acordo com o cartão da vacina); Encaminhar para a unidade de internaq o.



### III. ATENDIMENTO DA CRIANÇA QUEIMADA NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

#### • NAS PRIMEIRAS 24 HORAS DO TRAUMA:

1. Iniciar o mais precocemente a dieta líquida-pastosa por via oral ou por sonda gástrica (nos casos que não aceitar por VO);
2. Hidratação venosa com cristalóide ou hipertônico, mantendo um débito urinário em torno de 1 a 3ml/kg de peso/hora;

**Podemos calcular o volume a ser infundido por duas fórmulas:**

#### FÓRMULA DE PARKLAND:

***3 a 4ml de ringer lactato (ou soro fisiológico a 0,9% x peso (g) x % SCQ)***

OBS.: A metade do volume é administrado nas primeiras 8 horas após o trauma. Não é indicada para crianças menores de 1 ano.

A velocidade de infusão pode ser alterada de acordo com a diurese/hora (1 a 3ml/Kg/hora) e a frequência cardíaca.

A outra metade é administrada nas 16 horas subseqüentes, observando sempre a diurese/hora e frequência cardíaca.

#### FÓRMULA DE CARVAJAL:

***2000ml/m<sup>2</sup> de superfície corpórea/24hs + 5000mlm<sup>2</sup> da SCQ/24hs***

1. Profilaxia da hemorragia digestiva. Usa-se antagonista H<sub>2</sub> – cimetidina (ou similar), ev ou por vo (vide anexo 3);
2. Usa-se antitérmicos nas 24 a 48 horas do trauma. Veja anexo 3;
3. Analgésicos endovenoso ou por via oral. Veja anexo 3;
4. Balanço hídrico rigoroso;
5. Manter a criança aquecida;
6. Manter a criança no leito com posicionamento adequado, elevando-se a área queimada;
7. EXAMES SOLICITADOS: hemograma completo, contagem de plaquetas, uréia, creatinina, proteína total e frações e eletrólitos;
8. Monitorizar: temperatura, pulso, pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória.

**LEMBRETE:** Não usar soluções colóides nas 1<sup>as</sup> 24h.

Não transfundir hemoderivados nas 1<sup>as</sup> 24h.

Não fazer antibiótico profilático.

• **TRATAMENTO SUBSEQÜENTE (APÓS AS 1<sup>AS</sup> 24 HORAS)**

1. Reposição de soluções colóides.

Indicação: albumina sérica < 3g/dl e clínica de hipoalbuminemia (edema).

1ª escolha: ALBUMINA HUMANA 20%

Dose: 1 a 2g/kg de peso/24 horas. FAZER DILUÍDA A 5%, EM SORO FISIOLÓGICO A 0,9%, EM DUAS HORAS.

Prescrever lasix, na dose de 1mg/kg de peso/dia, endovenoso, após a administração de soluções colóides.

2. Concentrado de hemácias

Indicação: Hg < 10g/dl e clínica de descompensação cardíaca (taquicardia). Fazer controle laboratorial de 72/72 horas.

Dose: 10mg/kg de peso/dia, EV, em duas horas.

3. Antibiótico

Indicação: na suspeita de infecção, levando em consideração as avaliações clínicas diárias. Solicitar hemocultura antes de iniciar antibiótico.

1ª linha (empírico): Oxacilina (dose: 100 a 150mg/kg de peso/dia, EV, 6/6h) e Ceftazidima (Fortaz ®) na dose de 150mg/kg de peso/dia, EV, 8/8 horas.

A antibioticoterapia será modificada de acordo com o acompanhamento clínico e resultado da hemocultura.

4. Manter em hidratação venosa, com ringer lactato, controlando a velocidade de infusão de acordo com a diurese/hora e a frequência cardíaca até a estabilização de estado hemodinâmico.

5. Anti-histamínicos (veja anexo 3).

6. Vitaminas (complexo B e vitamina C).

**RESUMO; MONITORIZAÇÃO DA CRIANÇA QUEIMADA DIARIAMENTE:**

• SINAIS VITAIS

- \* PULSO
- \* RESPIRAÇÃO
- \* TEMPERATURA
- \* FREQUÊNCIA CARDÍACA
- \* PRESSÃO ARTERIAL

• EXAME FÍSICO

- \* APARÊNCIA GERAL
- \* SENSÓRIO
- \* ENCHIMENTO CAPILAR
- \* PESO CORPORAL

• EXAMES LABORATORIAIS

**Anexo 01****Determinação da Extensão da Área Queimada  
Superfície Corporal Queimada (SCQ)****Anexo 02****Tabela de Lund Browder**

<b>ÁREA</b>	<b>ATÉ 1</b>	<b>1 a 4</b>	<b>5 a 9</b>	<b>10 a 16</b>	<b>ADULTO</b>
CABEÇA	19	17	13	11	7
PESCOÇO	2	2	2	2	2
TÓRAX ANTERIOR	13	13	13	13	13
TÓRAX POSTERIOR	13	13	13	13	13
NÁDEGA DIREITA	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
NÁDEGA ESQUERDA	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
GENITÁLIA	1	1	1	1	1
BRAÇO DIREITO	4	4	4	4	4
BRAÇO ESQUERDO	4	4	4	4	4
ANTEBRAÇO DIREITO	3	3	3	3	3
ANTEBRAÇO ESQUERDO	3	3	3	3	3
MÃO DIREITA	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
MÃO ESQUERDA	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
COXA DIREITA	5,5	6,5	8	8,5	9,5
COXA ESQUERDA	5,5	6,5	8	8,5	9,5
PERNA DIREITA	5	5	5,5	6	7
PERNA ESQUERDA	5	5	5,5	6	7
PÉ DIREITO	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
PÉ ESQUERDO	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**DROGAS USADAS NA PEDIATRIA**

**I. ANALGÉSICOS/ANTITÉRMICOS**

**1.1 Não opiáceos**

1.1a) Acetominofen (paracetamol)

POSOLOGIA: 10 a 20mg/kg de peso/dose, vo, 6/6 ou de 4/4 horas.

NOME COMERCIAL: Acetofen, Calpol, Dórico e Tylenol

1.1b) Diclofenaco

POSOLOGIA: 1 ano: 0,5 a 2,0mg/kg/dose, de 8/8 ou 12/12 horas.

12 anos: 50mg, 8/8 horas ou de 12/12 horas.

NOME COMERCIAL: Cataflan, Diclofen, Flogan e Voltaren

1.1c) Dipirona

POSOLOGIA: 6 a 16mg/kg/dose, de 6/6 ou de 4/4 horas.

NOME COMERCIAL: Dipirona, Magnopyrol e Novalgina.

1.1d) Naproxen

POSOLOGIA: 10 a 15mg/kg/dia, de 6/6 ou 8/8 horas.

NOME COMERCIAL: Flanax e Naprosyn

1.1e) Nimesulide

POSOLOGIA: 1 a 10 anos: 2,5mg/kg/dose, 12/12 horas.

10 anos: 50 a 100mg/dose, de 12/12 horas.

NOME COMERCIAL: Nisalgen, Nisulid, Scaflam e Sintalgin.

**1.2 Opiáceos**

1.2a) Metaperidina

POSOLOGIA: 1 a 1,5mg/kg. Dose máxima: 100mg

NOME COMERCIAL: Dolantina ou dolosal (amp. 100mg/2ml)

1.2b) Morfina

POSOLOGIA: 0,1 a 0,2mg/kg/dose, subcutânea. Dose máxima: 15mg/dia

NOME COMERCIAL: Dimorf (amp. 2mg/2ml, 10mg/ml e 10mg/10ml)

1.2c) Tramadol

POSOLOGIA: 5mg/kg/dia. Máximo: 400mg/dia

VIA DE ADMINISTRAÇÃO: oral, parenteral e retal.

NOME COMERCIAL: Sylador e Tramal

APRESENTAÇÃO: gotas 50mg/ml, comprimidos 50mg, injetável 50 e 100mg e supositório 100mg.

**II. ANTIBIÓTICOS**

**2.1. CEFTAZIDIMA**

POSOLOGIA:

Recém-nascido e lactentes até 2 meses: 25 a 60mg/kg dia, de 12/12 horas.

2 meses: 20 a 150mg/kg/dia, 12/12 ou 8/8 horas.

NOME COMERCIAL: Fortaz (frasco-amp de 1,0 e 2,0g) e Kefadim (FA 1g)

## 2.2. IMPINEM

### POSOLOGIA:

Recém-nascido com peso <1.200g (0 a 4sem. de vida): 20mg/kg/dose, 18/18horas.

Peso 1.200 a 2.000g: 20mg/kg/dose, 12/12horas.

Peso >2.000g (0 a 7 dias de vida): 20mg/kg/dose, 12/12 horas.

(> 7 dias de vida): 20mg/kg/dose, 8/8horas.

NOME COMERCIAL: Tienam (FA 1g).

## 2.3. OXACILINA

### POSOLOGIA:

Recém-nascido com peso <1.200g (0 a 4 sem. de vida): 25mg/kg/dose, 12/12h.

Peso 1.200 a 2.000g (0 a 7 dias): 25mg/kg/dose, 12/12h.

Peso >2.000g (>7 dias de vida): 25mg/kg/dose, 8/8h.

Cças com menos de 40kg: 50 a 100mg/kg/dia, 6/6h.

Cças com mais de 40kg: 250mg a 1g/dose, de 4/4 ou 6/6h.

NOME COMERCIAL: Staficilin-N e Oxacilina (FA 500mg)

## 2.4. VANCOMICINA

### POSOLOGIA:

Recém-nascido com peso <1.200g (0 a 4 sem): 15mg/kg/dose, 24/24h

Recém-nascido com peso >1.200g (0 a 7 dias): 15 mg/kg/dose, 12/12.

(>7 dias): 15mg/kg/dose, 8/8h.

Cças acima de 4 semanas; 40mg/kg/dia, de 6/6ou 12/12h.

NOME COMERCIAL: Vancocina e Vancomicina (FA 500mg).

Via de administração: intravenosa.

## III. ANTIEMÉTICOS

### 3.1. BROMOPRIDA

POSOLOGIA: 0,5 a 1,0mg/Kg/dia, até de 8/8h.

NOME COMERCIAL: Pridecil (gotas 4mg/ml).

### 3.2. METOCLOPRAMIDA

POSOLOGIA: 0,5 MG/KG/DIA, ATÉ DE 8/8H. Dose máxima: 15mg/dia. Cça com menos de 6 anos não deve receber mais do que 0,1mg/kg/dose.

NOME COMERCIAL: Plasil (amp. 10mg/2ml)

## IV. ANTI-HISTAMÍNICOS

### 4.1. ANTI-H<sub>1</sub>

#### 4.1a) FUMARATO DE CLEMASTINA

POSOLOGIA: Cça até 1 ano: 0,125mg/dose, de 12/12h.

1 a 3 anos: 0,125 a 0,150mg/dose, de 12/12h

3 a 6 anos: 0,250mg/dose, de 12/12h.

6 a 12 anos: 0,375mg/dose, de 12/12h.

Maiores de 12 anos: 0,75 a 1mg/dose, de 12/12h.

NOME COMERCIAL; Agasten (comp. de 1mg e xarope de 0,75mg/15ml).

4.1b) PROMETAZINA

POSOLOGIA: Cça de 2 a 5 anos: 2 a 3 colheres de chá (5mg/5ml), dividido em 2 ou 4 partes.

Cça de 5 a 10 anos: 3 a 6 colheres de chá dividido em 2 ou 4 partes.

NOME COMERCIAL: Fenegan (xarope 5mg/5ml, comp. de 25mg e amp. de 50mg/2ml).

4.1c) LORATADINA

POSOLOGIA: Cça com menos de 30kg: 5mg, de 24/24h.

Cça com mais de 30kg: 10mg, de 24/24h.

NOME COMERCIAL: Claritin e Loralerg (solução oral 5mg/5ml e comp. 10mg).

4.2. ANTI-H<sub>2</sub>

4.2a) CIMETIDINE

POSOLOGIA: 20 a 40mg/kg/dia, de 6/6 ou de 12/12h.

NOME COMERCIAL: Duomet, Tagamet e Ulcimet (sol. injetável de 300mg).

4.2b) RANTIDINA

POSOLOGIA: Dose oral: 2 a 4mg/kg, 2 vezes ao dia, até no máximo 300mg/dia.

NOME COMERCIAL: Antak(xarope 150mg/10ml, comp. 150 e 300mg e amp. 50ml/2ml).



---

---

## ENFERMAGEM

---

• **Objetivo geral:**

Direcionar as atividades básicas do serviço, facilitando a prestação da assistência e realização das atividades com o menor gasto e desperdício de material.

• **Objetivos específicos:**

Promover uma sistematização da assistência de enfermagem visando a recuperação e bem estar do paciente favorecendo a alta precoce com o mínimo de seqüelas.

Melhorar a qualidade da assistência prestada aos nossos pacientes de forma eficiente e eficaz.

**TAREFA:**

- Triagem no Ambulatório de Queimados

**EXECUTANTE:**

- Enfermeira e aux. de enfermagem.

**RESULTADOS ESPERADOS:**

- Organizar, agilizar e facilitar o atendimento.

**PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Fichas de atendimento;
- Livros de registros.

**PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

- Priorizar curativos por ordem: crianças, idosos, portadores de deficiência física e mental e situações de emergência;
- Identificar pacientes cirúrgicos e banhos anestésicos externos, checando em mapa de cirurgia existente e quadro de banhos;
- Providenciar abertura de prontuário, autorização de internação e termo de responsabilidade;
- Encaminhar a sala de banhos para troca de bandagens, seguindo rotina cirúrgica;
- Comunicar internação do paciente.

**CUIDADOS:**

- Providenciar roupa para entrada no C.T.Q.

**AÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES:**

**TEREFA:**

- Assistência de enfermagem no primeiro atendimento do paciente grande queimado.

### **EXECUTANTE:**

- Enfermeiro(a)/aux. de enfermagem.

### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Prestar assistência de enfermagem em situações de urgência e emergência com finalidade de salvar a vida e manter funções vitais.

### **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Oxigenoterapia (**oxigênio, cateter e látex**)
- Aspirador;
- Carro de urgência;
- Suporte circulatório (**equipe, cath, soluções cristalóides, etc.**)
- Bandeja de cateterismo vesical;
- Bandeja de pequena cirurgia;
- Medicação.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

- **Permeabilidade de vias aéreas:**
  - Observar presença de queimaduras de face: lesões de fuligem na orofaringe e no catarro;
  - Retirar corpos estranhos;
  - Aspirar vias aéreas superiores;
  - Entubação orotraqueal por profissional capacitado para o procedimento (**se necessário**);
- **Oxigenação:**
  - Instalar oxigênio úmido por cateter nasal (**se necessário**);
- **Suporte circulatório:**
  - Montar aparelho de soro;
  - Puncionar acesso venoso periférico, em veia calibrada com cath de grande calibre (**iniciar punção em sentido ascendente pelo dorso da mão**);
  - Comunicar, imediatamente, ausência de condições para punção periférica solicitando flebotomias ou acesso venoso central;
  - Iniciar hidratação com solução de Ringer Lactato e gotejamento livre seguindo prescrição médica;
  - Controlar a dor através do uso de analgésicos prescritos;
  - Colaborar de forma simultânea ao atendimento de enfermagem, com a avaliação médica para o mapeamento no diagrama das áreas queimadas e cálculos do percentual de S.C.Q;
  - Iniciar banho para retirar sujidades e necroses soltas, aplicação tópica de pomada e confecção de bandagens (**conforme rotina cirúrgica**);
  - Realizam cateterismo vesical para monitorização de diurese;
  - Comunicar traumas e lesões associados como T.C.E., fraturas, contusões, etc;
  - Manter paciente aquecido promovendo conforto e bem estar;
  - Retirar objetos de uso pessoais e adornos;
  - Encaminhar a enfermaria.



### CUIDADOS:

- Pesquisar história do acidente da queimadura;
- Retirar vestes e acessórios;
- Cateterizar veia em área queimada somente se necessário comunicando para retirada tão logo seja possível.

### AÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES:

### TAREFA:

- Atividades de enfermagem diárias do Ambulatório de Queimados

### EXECUTANTE:

- Enfermeiro(a)/aux. de enfermagem.

### RESULTADOS ESPERADOS:

- Atendimento rápido eficaz.

### PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Campos impermeáveis;
- Aventais e botas de borracha(cano longo);
- Soluções anti-sépticas;
- Materiais descartáveis;
- Anestésicos e pomadas.

### PRINCIPAIS ATIVIDADES:

- Ler ocorrência e checar materiais permanentes;
- Checar funcionamento de equipamentos e aparelhos, (**aspiradores, oxigênio,etc**);
- Repor material de consumo diário (**esparadrapo, solução anti-séptica,etc**) e roupas;
- Receber e conferir material do Centro de Material e Esterilização para o período de 24h;
- Solicitar e conferir pomadas junto com o controlista;
- Preparar a mesa para realização dos curativos;
- Executar os curativos, segundo rotinas cirúrgicas e sob supervisão do enfermeiro(a);
- Auxiliar os enfermeiros(as) no atendimento ao cliente em situações de urgência e emergência (**primeiro atendimento**);
- Solicitar a presença do médico plantonista e/ou enfermeiro(a) sempre que necessário;
- Trocar soluções conforme prazo de validade (**depósitos de duchas na sala de banhos e tesouras**);
- Proceder as anotações no livro de registro de pacientes;
- Manter setor limpo e organizado;
- Passar plantão;
- Fazer ocorrência de enfermagem e livro de material.

### **CUIDADOS:**

- Troca de luvas a cada curativo;
- O curativo deverá restringir-se as áreas de lesões por queimadura e/ou traumas associados;
- Manter mesa sempre protegida;
- Evitar excesso de material na mesa de curativos;
- Aplicar pomadas nas ELOS em fina camada.

### **AÇÕES NÃO CONFORMIDADES:**

#### **TAREFA:**

- Admissão de pacientes no C.T.Q.

#### **EXECUTANTE:**

- Enfermeiro(a) e aux. de enfermagem.

#### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Implementar o tratamento de forma precoce, com prestação de cuidados sistematizados, promovendo segurança, conforto e bem estar.

#### **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Lençóis de cama;
- Pijama/camisola;
- Prontuário;
- Censo/livro censo;
- Quadro de identificação de pacientes;
- Materiais para sinais vitais;
- Balança antropométrica.

#### **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

##### **ENFERMEIROS(AS)**

- Providenciar leito;
- Conferir prontuário (**registros, termos de responsabilidade, prescrição, evolução, etc.**);
- Receber o paciente, chamando-o pelo nome;
- Realizar avaliação do estado geral do paciente e diagnóstico de necessidades;
- Aprazar horários encaminhando prescrição médica;
- Checar abertura de balanço hídrico ou controle de diurese;
- Controlar administração da reposição volêmica;
- Checar funcionamento de sondas, acessos venosos, etc;
- Colocar nome no quadro de informação de pacientes;
- Registrar no livro de censo, censo diário e folha de admissão;
- Programar curativo anestésico;

- Checar pesagem;
- Registrar admissão de paciente em folha de evolução;
- Orientar paciente sobre rotinas do serviço e o tratamento;
- Comunicar ao serviço social;
- Providenciar exames

### **AUX. DE ENFERMAGEM**

- Arrumar o leito;
- Providenciar roupa;
- Receber o paciente, chamando-o pelo nome;
- Checar funcionamento de punções venosas e sondas;
- Pesar o paciente;
- Orientar os pacientes sobre os procedimentos que serão realizados;
- Receber e conferir prontuário (**termo de responsabilidade, registros, prescrição médica, etc.**);
- Abrir balanço hídrico ou controle de diurese;
- Realizar observações de enfermagem (**data e hora da admissão, sinais vitais, nível de consciência, condições de paciente no momento da admissão, etc.**);
- Verificar sinais vitais;
- Identificar com o nome o leito do paciente.

### **CUIDADOS:**

- Atenção à manipulação do paciente quanto à manutenção de acesso venoso;
- Todas as solicitações de parecer médico, banco de sangue, radiologia e exames especiais deverão ser encaminhados devidamente protocolados.

### **AÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES:**

#### **TAREFA:**

- Atividades diárias de enfermagem nas enfermarias.

#### **EXECUTANTE:**

- Aux. de enfermagem.

#### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Prestação de cuidados de forma eficiente e eficaz, promovendo uma recuperação precoce com o mínimo de intercorrências.

### **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Tensiômetro;
- Estetoscópio;
- Termômetro;

- Folha de impresso (**balanço hídrico, prescrição, etc.**);
- Material de consumo diário;
- Bandeja para medicação;
- Psicotrópicos;
- Medicamentos diversas;
- Etc.

## **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

### **MANHÃ E TARDE**

- Receber e entregar o plantão;
- Fazer check-list de material permanente;
- Checar roupas existentes no setor;
- Conferir psicotrópicos;
- Receber pacientes conforme divisão do(a) enfermeiro(a), realizando visita às enfermarias;
- Conferir pacientes que irão para exames, curativos anestésicos e cirurgias;
- Checar prescrição médica, agilizando condutas;
- Verificar sinais vitais;
- Realizar higiene oral 3x/dia;
- Hidratar face e lábios de pacientes com queimaduras de face 3x/dia;
- Implementar prescrição médica;
- Pesar de 3 em 3 dias;
- Administrar dietas (**sonda nasogástrica**) e oferecer dieta por via oral;
- Verificar presença de prótese ou adornos de pacientes que irão para o centro cirúrgico ou curativo anestésicos;
- Encaminhar o paciente a sala de banhos, observando o funcionamento de acesso venoso, cateter e sondas;
- Solicitar ao zelador para desinfecção do leito;
- Preparar leito, checando necessidade de oxigênio, colchão piramidal, etc;
- Posicionar corretamente no leito;
- Elevar em ângulo de 30° pacientes com queimaduras de face;
- Realizar mudança de decúbito de 3 em 3h em pacientes graves;
- Abrir e fechar balanço hídrico (**diurese horária**);
- Medir e anotar diurese (**se prescrito controle de diurese**);
- Promover conforto e bem-estar;
- Realizar observações de enfermagem;
- Manter setor, posto de enfermagem e enfermaria, organizados.

### **NOTURNO**

- Receber e entregar o plantão;
- Fazer check-list de material permanente;
- Conferir psicotrópicos;

- Conferir roupas existentes no setor;
- Verificar sinais vitais;
- Implementar e checar prescrição médica;
- Administrar alimentação para S.N.G. e oferecer dietas por via oral, registrando aceitação da alimentação;
- Administrar dieta líquida restrita conforme rotina do serviço de nutrição;
- Checar, junto com o enfermeiro(a), pacientes que irão para exames, anestésicos e cirurgias;
- Realizar higiene oral;
- Hidratar pele dos pacientes com queimaduras de face;
- Controlar o balanço hídrico e fazer controle de diurese;
- Realizar observações de enfermagem;
- Checar funcionamento de acesso venoso, sondas e cateteres;
- Manter ambiente limpo e organizado.

### **CUIDADOS:**

- Dieta líquida restrita
- **Crianças:** alimentar às 3h;
- **Adultos:** alimentar às 5h, caso tenha mais de duas crianças para realizar curativos anestésicos. Se não houver crianças, não alimentar.
- Manter acessos venosos sempre funcionantes, observando o controle de gotejamento.

### **ACÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES:**

#### **TAREFA:**

- Banho anestésico e pré-operatório.

#### **EXECUTANTE:**

- Aux. de enfermagem.

#### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Realizações das intervenções cirúrgicas com segurança e benefício do paciente.

#### **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Preparação da sala de banhos conforme rotina do curativo anestésico;
- Preparação da sala de cirurgia conforme mapa cirúrgico.

#### **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

- Iniciar jejum a partir de zero hora dos pacientes com cirurgia programada para às 8:00h;
- Iniciar jejum a partir de 7h dos pacientes com cirurgia às 13:00h (**O desjejum deverá acontecer antes das 7h**);
- Realizar banho comum antes da cirurgia a fim de trocar bandagens e higienização;
- Realizar tricotomia da área doadora;

- Iniciar jejum a partir de zero hora dos pacientes que irão realizar curativos anestésicos, sendo observado a administração dos líquidos claros conforme rotina existente, ou seja, prioridade dos curativos de crianças, depois de adultos;
- Marcar somente 07 (sete) curativos anestésicos por dia, observando casos especiais com prévia comunicação à chefia do serviço;
- Marcar os curativos externos, pelo cirurgião, para as terças e sextas-feiras, a fim de não sobrecarregar os dias de maior quantidade de curativos;

### **CUIDADOS:**

- O banho anestésico no pré-operatório deverá acontecer quando solicitado pelo cirurgião 30 a 60 min. antes da cirurgia;
- Casos especiais em que haja necessidade da marcação fora da quantidade estipulada deverá ser feita com prévia comunicação;
- Administração de dietas líquidas restritas:
- **Crianças:** alimentar às 3h;
- **Adultos:** alimentar às 5h, caso tenha mais de duas crianças para realizar curativos anestésicos. Se não houver crianças, não alimentar.

### **AÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES:**

#### **TEREFA:**

- Atividades de limpeza e infecção na Sala de Banhos.

#### **EXECUTANTE:**

- Aux. de enfermagem e zelador.

### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Combate à infecção hospitalar e organização do serviço.

### **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Soluções desinfetantes;
- Álcool a 70%.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

#### **ZELADOR-PADRÃO**

- Realizar desinfecção de área com álcool a 70% na bancada e macas de fibra, antes do início das atividades;
- Limpar piso com solução desinfetante;
- Colocar glutaraldeído a 2% em depósitos de duchas e tesouras para retirada e bandagem;
- Realizar desinfecção, obrigatoriamente, das salas de curativos a cada paciente e das macas de fibra.

## **AUX. DE ENFERMAGEM**

- Retirar ao término dos curativos todo o material de anestesia e umidificadores procedendo desinfecção;
- Acondicionar todo o material devidamente limpo em depósitos limpos e secos;
- Manter duchas de paciente imersas no glutaraldeído e lavá-las antes do uso com água corrente para retirar resíduos tóxicos;
- Encaminhar a lavanderia, devidamente protocolado, batas impermeáveis e permeáveis.

## **CUIDADOS:**

## **AÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES:**

## **TAREFA:**

- Atividades de enfermagem na Sala de Balneoterapia.

## **EXECUTANTE:**

- Enfermeira e aux. de enfermagem.

## **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Promover a rápida cicatrização, preparação da pele para enxertia, renovação do agente tópico, conforto e bem estar do paciente.

## **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Bandejas cirúrgicas;
- Campos e impermeáveis;
- Aventais e botas de borracha (cano longo);
- Soluções anti-sépticas;
- Materiais descartáveis;
- Anestésicos e pomadas.

## **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

- Checar funcionamento de equipamentos e aparelhos (**oxímetro, aspirador, saídas de oxigênio, etc.**);
- Repor material de consumo diário e psicotrópicos;
- Checar todo o material recebido do Centro de Material e Esterilização e guardá-los em seus devidos locais;
- Montar mesa de curativos, obedecendo técnicas assépticas e colocação do impermeável ;
- Receber e conferir pomadas, aplicando-as nas ELOS em fina camada;
- Colocar em recipiente estéril gazes ELOS que deverão ficar embebidas com sabão neutro e P.V.P.I. degermante;
- Checar pacientes que irão submeter-se ao curativo conforme lista confeccionada pelo enfermeiro(a);

- Encaminhar o paciente ao curativo seguindo ordem de prioridades (**crianças e adultos/ anestésicos e comuns**);
- Realizar curativos anestésicos pela manhã e comuns a tarde;
- Receber o paciente, identificando-o pelo nome e orientando-o sobre o que vai ser feito;
- Posicionar o paciente na banheira respeitando a sua privacidade;
- Evitar o banho simultâneo de pacientes do sexo masculino e feminino;
- Realizar o banho seguindo princípios científicos e rotina cirúrgica (**troca de luvas de procedimento para pronto-uso após retirada de bandagens a cada paciente**);
- Retirar quantidade excessiva de pêlos das áreas comprometidas pelas queimaduras para melhor avaliação das lesões (**tricotomia**);
- Aplicar sabão neutro nas áreas não queimadas e P.V.P.I. degermante nas lesões de queimaduras;
- Lavar com duchas de água corrente, sob leve pressão, as lesões de forma abundante;
- Comunicar ao médico e/ou enfermeiro(a) para a avaliação do aspecto das lesões;
- Solicitar o(a) enfermeiro(a) para procedimentos (**sondagens, punções e curativos cirúrgicos**);
- Aplicar agente tópico e confecção de bandagens (**trocas de luvas (pronto-uso) a cada paciente**);
- Manter o paciente aquecido durante a confecção do curativo, a fim de prevenir hipotermia;
- Encaminhar o paciente ao leito, entregando-o ao auxiliar de enfermagem da enfermaria e observando alterações;
- Recolher, ao final das atividades, todo o material usado deixando bancadas e o ambiente organizados (**todos funcionários da sala de banhos**);
- Checar todo o instrumental e bandejas cirúrgicas utilizadas encaminhando ao Centro de Material e esterilização devidamente protegido (**funcionário da mesa**);
- Proceder desinfecção de todo o equipamento da anestesia (**funcionários das duchas**);
- Registrar gastos e cuidados prestados (**funcionários da bandagem**).

### **CUIDADOS:**

- Desinfecção obrigatória da sala de curativos a cada paciente, assim como, a desinfecção de macas de fibra;
- As solicitações de materiais ao Centro de Material e Esterilização é função de todos;
- A mesa de curativos é exclusiva do(a) funcionário(a) que estiver escalado naquele período;
- O lanche deverá acontecer de forma alternada, permanecendo no mínimo com 03(três) funcionários na banheira;
- Não circular fora da sala de banhos com o uso de batas e botas.

### **ACÕES DE NÃO CONFORMIDADES:**

#### **TAREFA:**

- Atividades da enfermagem no pré-operatório (na enfermaria).

#### **EXECUTANTE:**

- Aux. de enfermagem.



### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Promover assistência de enfermagem no pré e pós-operatório, colaborando com a rápida recuperação e com o mínimo de ansiedade e desconforto ao paciente.

### **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

#### **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

- Receber paciente conforme divisão do(a) enfermeiro(a);
- Orientar o paciente sobre a cirurgia e pós-operatório;
- Conferir pacientes que irão para cirurgia e jejuns;
- Chegar termo de responsabilidade;
- Providenciar bata cirúrgica, propés e gorro;
- Observar juntamente com o(a) enfermeiro(a) necessidades da troca do curativo caso o paciente não esteja para curativo anestésico;
- Verificar sinais vitais no pré-operatório;
- Proceder anotações no prontuário (**condições do paciente, hora do encaminhamento ao centro cirúrgico, etc.**)
- Observar presença de prótese ou adornos, retirando-os;
- Encaminhar o paciente ao centro cirúrgico conforme solicitação;
- Preparar leito com oxigênio e aspirador;
- Receber o paciente do centro cirúrgico;
- Observar nível de consciência, perfusão cutânea, presença de desconforto respiratório, funcionamento de acessos venosos, sondas e cateteres;
- Posicionar corretamente o paciente no leito;
- Observar presença de sangramento na área doadora;
- Verificar sinais vitais no pós-operatório;
- Comunicar intercorrências ao enfermeiro(a) e clínico plantonista;
- Administrar anotações de enfermagem.

### **CUIDADOS:**

### **AÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES:**

#### **TAREFA:**

- Atividades de enfermagem no trans-operatório (Centro Cirúrgico).

#### **EXECUTANTE:**

- Aux. de enfermagem.

### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Promover uma assistência de enfermagem de forma eficiente, eficaz e segura ao paciente visando uma recuperação precoce e prevenindo complicações no pós-operatório.

## **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Materiais descartáveis;
- Instrumental cirúrgico;
- LAPS;
- Anestésicos;
- Soluções anti-sépticas.

## **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

- Receber o plantão e ler ocorrência;
- Checar materiais, medicamentos e aparelhos (**oxímetros, aspiradores, saídas de oxigênio, focos, bisturís, etc**);
- Repor materiais de consumo diário e psicotrópicos;
- Receber e conferir o material proveniente do Centro de Material e Esterilização, acondicionado-os em seus devidos locais;
- Montar sala seguindo técnica asséptica;
- Checar cirurgias do dia, confirmando paciente, solicitando-os conforme ordem de mapa cirúrgico;
- Receber o paciente chamando pelo nome, e encaminhando-o para a sala de operação;
- Observar presença de próteses e adornos, assim como uso de bata e propés;
- Receber o prontuário, proceder anotações e entregar após conferencia ao anestesista;
- Posicionar o paciente na mesa cirúrgica;
- Realizar atividades de circulante e instrumentadora;
- Encaminhar o paciente ao leito comunicando alterações (**posição no leito, intercorrências cirúrgicas, etc**);
- Fazer anotações no prontuário;
- Preencher folha de gasto;
- Recolher e conferir o material (**instrumental cirúrgico**);
- Recolher, ao final das atividades, todo o material de anestesia e proceder desinfecção;
- Manter o ambiente ao Centro de Material e Esterilização para as cirurgias do dia seguinte (**enviar segunda via da notificação de cirurgia**).

## **CUIDADOS:**

- Manter o paciente seguro e confortável.

## **TAREFA:**

- Atividades do(a) enfermeiro(a) plantonista.

## **EXECUTANTE:**

- Enfermeiro(a) plantonista.

## **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Assistência de enfermagem planejada visando um atendimento eficiente e eficaz.

## **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Irá depender do procedimento a ser realizado.

## **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

### **PLANTONISTA DIURNO**

- Receber e entregar o plantão;
- Conferir carro de urgência;
- Ler ocorrências, observando a do dia anterior;
- Confeccionar lista de banhos checando curativos anestésicos e pós-enxertos;
- Realizar visitas as enfermarias identificando pacientes graves e priorizando assistência de enfermagem;
- Providenciar realização dos exames de urgência (**quando solicitados**);
- Encaminhar pedidos de sangue derivados, exames especiais e parecer médico;
- Avaliar pacientes durante os curativos observando intercorrências (**retiradas de pontos, sondagens, acesso venoso, curativos cirúrgicos, etc**);
- Checar prescrições e balanço hídricos a cada turno;
- Evoluir pacientes graves;
- Realizar ocorrência de enfermagem;
- Dividir pacientes conforme quantidade de aux. de enfermagem escalados para o plantão.

### **PLANTONISTA NOTURNO**

- Receber e entregar o plantão;
- Conferir carro de urgência;
- Ler ocorrências, observando a do dia anterior;
- Realizar visitas as enfermarias identificando pacientes graves e priorizando assistência de enfermagem;
- Confeccionar e distribuir placas de jejum para exames laboratoriais, curativos anestésicos e cirúrgicos e cirurgias, orientando o pacientes quanto ao jejum e procedimentos a serem realizados;
- Encaminhar solicitações de exames ao laboratório;
- Checar prescrições, observações de enfermagem e balanço hídrico;
- Evoluir pacientes;
- Realizar ocorrência de enfermagem;
- Fechar e abrir censo diário;
- Dividir pacientes conforme necessidades de aux. de enfermagem escaladas no plantão.

### **PLANTONISTA DO AMBULATÓRIO DE QUEIMADOS**

- Prestar assistência integral e individualizada ao cliente;
- Executar atividade de enfermagem;
- Preparar psicologicamente o cliente por ocasião do curativo;
- Acompanhar o cliente na troca do curativo;
- Supervisionar as atividades do pessoal lotado no setor;

- Controlar o uso de material sob a sua responsabilidade;
- Manter material de urgência completo;
- Supervisionar a manutenção de limpeza e realização de tarefas;
- Colaborar com o chefe do C.T.Q. na avaliação do desempenho funcional do pessoal e enfermagem;
- Convocar o pessoal para reuniões;
- Verificar a frequência da equipe conferindo escala mensal.

### **CUIDADOS:**

- Prestar cuidados de enfermagem a pacientes graves com risco de vida.

### **ACÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES:**

### **TAREFA:**

- Sondagem nasogástrica.

### **EXECUTANTE:**

- Enfermeira.

### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Oferecer melhor suporte nutricional a pacientes com S.C.Q. > 25%;
- Melhorar a nutrição de paciente com anorexia e problemas de deglutição.

### **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Estetoscópio;
- Xylocaina spray;
- Seringa de 20cc;
- Fita adesiva;
- Luvas;
- Gaze pequena;
- Éter.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

- Preparar a bandeja para a sondagem nasogástrica;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento importância para o seu tratamento;
- Calçar luvas;
- Realizar lubrificação das sondas;
- Realizar sondagem utilizando técnica preconizada;
- Testar o posicionamento da sonda no estômago (**aspirador gástrico e ausculta do ruído gástrico**);
- Fixar a sonda de forma conveniente;
- Realizar observações no prontuário e quadro de registro.

### **CUIDADOS:**

- Orientação prévia com finalidade de obter a cooperação do paciente no procedimento e tratamento;
- Lavagem das mãos antes e depois do procedimento;
- Uso de técnicas assépticas;
- Higiene a nível das narinas e troca de curativo de fixação diariamente;
- Identificar necessidade de troca.

### **AÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES:**

#### **TAREFA:**

- Alimentação por sonda nasogástrica.

#### **EXECUTANTE:**

- Aux. de enfermagem.

#### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Fornecer suporte nutricional a paciente com S.C.Q. > 25%;
- Administrar dieta a paciente com dificuldades de deglutição, inconscientes e anorexia.

#### **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Recipiente com alimento;
- Equipo para alimentação;
- Seringa de 20cc;
- Estetoscópio;
- Copo d'água;
- Gazes.

#### **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

- Lavar as mãos antes e depois do procedimento;
- Preparar o material;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Elevar a cabeceira se não houver contra indicação;
- Checar posicionamento da sonda no estômago, aspirando o conteúdo gástrico e ausculta do ruído;
- Medir resíduo gástrico;
- Correr a alimentação pelo equipo, preenchendo a fim de retirar o ar;
- Limpar a extremidade da sonda com gaze;
- Controlar gotejamento, se em uso de bomba de infusão, ajustar gotejamento;
- Lavar a sonda no final da alimentação com 20cc de água fechando-a em seguida. Caso esteja em BIC, proceder lavagem periódica;
- Realizar higiene oral 3x/dia e a nível das narinas pela manhã;
- Proceder anotações na prescrição: horário, quantidade administrada e intercorrências se houver.

### **CUIDADOS:**

- Orientar o paciente para o procedimento;
- Evitar introduzir ar no equipo;
- Observar gotejamento rápido;
- Avaliar necessidade de troca;
- Medir resíduo gástrico antes das alimentações;
- **ADULTO > 100ml, não alimentar;**
- **CRIANÇA > 20ml, não alimentar.**

### **ACÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES:**

#### **TAREFA:**

- Cateterismo vesical.

#### **EXECUTANTE:**

- Enfermeira.

#### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Monitorar a reposição volêmica em paciente grande queimados;
- Auxiliar no controle de diurese;
- S.C.Q. > 40%;
- Queimaduras de genitálias.

#### **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Bandeja de cateterismo vesical;
- Sonda de Folley;
- Coletor sistema fechado;
- Xylocaina spray;
- Solução anti-séptica;
- Luvas;
- Seringa e esparadrapo.

#### **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

- Preparar material;
- Identificar o paciente;
- Preparar psicologicamente o paciente, orientando-o sobre a finalidade do procedimento;
- Expor a área;
- Antissepsia;
- Limitação com campo fenestrado;
- Testar a sonda, observando diâmetro da uretra para escolha do calibre da sonda;
- Testar o balão;
- Preparar soro fisiológico numa seringa;

- Montar o coletor urinário de sistema fechado;
- Realizar o procedimento seguindo técnica asséptica preconizada;
- Observar funcionamento do sistema;
- Registrar características da diurese;
- Proceder a anotações de enfermagem.

### **CUIDADOS:**

- Trocar luvas antes de realizar a sondagem;
- Nunca encher o balão quando não tiver certeza que ele esteja na bexiga;
- Quando encontrar resistência nunca forçar a introdução da sonda;
- Anti-sepsia rigorosa;
- Sempre testar o balão antes de introduzir a sonda;
- Observar, a partir da data de colocação, 15 dias para avaliar necessidade de troca (normalização CCIH);
- Proceder esvaziamento do coletor de urina sistema fechado a cada 6h;
- Pacientes em balanço hídrico deverão ter controle horário;
- S.C.Q. < 40% - controle com carimbo da C.C.I.H.

### **DIURESE HORÁRIA:**

- Adultos = 30 - 50ml de urina/hora.
- Crianças = 25 - 30ml de urina/hora.

### **AÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES:**

#### **TAREFA:**

- Troca de sondas, tubos e cateteres.

#### **EXECUTANTE:**

- Enfermeira e aux. de enfermagem.

#### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Redução do índice de infecção hospitalar.

### **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Macronebulizadores;
- Umidificadores;
- Cateteres nasais e de punções venosas;
- Equipos de soro;
- Sonda vesical de demora;
- Sonda nasogástrica;
- Cath.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

- Macronebulizador - renovar a cada 24h;
- Umidificador - renovar a cada 24h;
- Equipos para soro – renovar a cada 72h;
- Buretas - renovar a cada 48h;
- S.V.D. – C.C.I.H. não estipular tempo determinado para troca, observar a cada 15 dias necessidade de troca;
- S.N.G. – renovar a cada 15 dias (se necessário);
- Cath – renovar a cada 72h;
- Cateter nasal – renovar a cada 24h;
- Látex do sistema a vácuo – renovar a cada 24h;
- Frasco do aspirador a vácuo – renovar a cada 24h e se necessário;
- Soluções;
- Glutaraldeído – a cada 14 dias e fabricante;
- Hipoclorito de sódio – 1h após a exposição.

### **CUIDADOS:**

- Proceder desinfecção do material diariamente, após o uso pelo paciente;
- Acondicionar todo o material em recipientes plásticos e limpos;
- Manter material organizado e fácil acesso nos postos de enfermagem;
- Renovar soluções em tempo hábil.

### **AÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES:**

#### **TAREFA:**

- Rotina de curativos (dissecação, subclávia, feridas cirúrgicas e escaras).

#### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Prevenir infecções e continuidade do tratamento.

#### **PREPARAÇÃO DO MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Pacote de curativo;
- Éter;
- Álcool 70%;
- Fita adesiva;

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

- Retirar curativo anterior;
- Limpar a lesão com álcool 70% e bordas da lesão;
- Realizar anti-sepsia de pele próxima à lesão;
- Desengordurar a pele próximo a lesão com éter;
- Fechar lesão com gaze e fita adesiva;



- Proceder identificação de data e assinatura do profissional;
- Fazer anotações no prontuário.

### **CUIDADOS:**

- Prevenir contaminação da lesão;
- Renovar curativo a cada 48h, caso não tenha sido realizado banho;
- Proceder anotações sobre o curativo.

### **TAREFA:**

- Administração de sangue e derivados.

### **EXECUTANTE:**

- Enfermeiro (a) / aux. de enfermagem.

### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Administração de sangue e derivados de forma segura com o mínimo de intercorrências.

### **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Equipe de sangue;
- Acesso funcionante por veia de grande calibre.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

- Encaminhar, todas as requisições de transfusões (RT) de sangue e derivados, protocolados;
- Observar a quantidade de sangue e/ou derivados, prescrita, pois o banco de sangue somente mandará a RT, para arquivo no prontuário, quando o paciente for transfundido com a última bolsa (**obs: a RT, ficando no banco de sangue, facilitará o controle da quantidade que já foi enviada para o C.T.Q.**);
- Devolver ao banco de sangue as bolsas de sangue e/ou derivados, quando o paciente apresentar reações que impossibilitem sua administração;
- Observar a ocorrência da elevação de temperatura, durante as transfusões; nestes casos, a bolsa deverá ser retirada e, após contato com o banco de sangue, proceder à devolução, a fim de conservar a bolsa em temperatura adequada para posterior administração (**obs: após a devolução ao banco de sangue a bolsa aberta terá validade de 6h**);
- Enviar ao banco de sangue a RT, caso esteja no prontuário, juntamente com a bolsa que está sendo devolvida;
- Comunicar ao médico plantonista, se o paciente, no período de 6h, mantiver a temperatura elevada. A bolsa em poder do banco de sangue deverá ser desprezada. Quando o paciente reunir condições para transfusão, far-se-á necessária nova RT.

### **CUIDADOS:**

- A colaboração de toda a equipe de enfermagem é imprescindível no sucesso do tratamento.

## **ACÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES:**

### **TAREFA:**

- Atividades diárias do controlista.

### **EXECUTANTE:**

- Aux. de enfermagem.

### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Manter organização e bom funcionamento do serviço.

### **PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS:**

- Pastas de pedidos e livros de protocolo.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES:**

#### **INTERNAÇÃO**

- Receber o plantão e ler ocorrência;
- Conferir medicações controladas (**psicotrópicos, pomadas, etc**);
- Suprir posto com materiais de consumo diário;
- Distribuir material necessário para suprir o ambulatório de queimados, centro cirúrgico, salas de banhos;
- Providenciar pedidos de farmácia, almoxarifado e rouparia, devidamente assinados por chefia do serviço;
- Receber consumo diário a unidade;
- Realizar troca, quando necessário, do material permanente da unidade juntamente com chefia do serviço;
- Renovar soluções;
- Supervisionar aparelhos e equipamento do serviço, enviando-os para a manutenção, sempre que necessário;
- Protocolar e enviar solicitações de raio X, parecer médico, sangue e derivados;
- Manter entrosamento com outras unidades sempre que necessário;
- Cumprir portarias, ordens do serviço e regulamentos de hospital.

#### **AMBULATÓRIO DE QUEIMADOS**

- Organizar diariamente impressos para o uso do setor;
- Solicitar medicação de urgência para o setor com requisição assinada pelo enfermeiro;
- Solicitar material de consumo;
- Receber o material, acondicionando-o em local adequado;
- Providenciar e organizar prontuário;
- Manter o setor organizado.



Critérios para se classificar os pacientes nos níveis de assistência nutricional:

**(a) Nível Primário:**

Pacientes internados com área menor que 20% (adultos) e 10% (crianças) em que a prevalência não seja de queimaduras de 3º grau e sem estados carenciais anteriores à queimadura;

**(b) Nível Secundário:**

Pacientes internados com área queimada entre 20-35% (adultos) e 10-20% (crianças) com prevalência de queimaduras de 2º grau;

**(c) Nível Terciário:**

Todos que não se enquadram nos dois níveis citados anteriormente.

**Obs:** esta classificação não é definitiva e o paciente pode passar de um nível para o outro caso o profissional **Nutricionista** assim o avalie.

• Etapas a serem seguidas no protocolo de atendimento nutricional **Centro de Tratamento de Queimados (CTQ):**

1. Admissão do paciente;
2. Avaliação inicial (triagem);
  - Coleta de dados no prontuário.
  - Anamnese alimentar e social (formulário próprio).
  - Coleta de dados antropométricos possíveis.
3. Preencher formulário próprio de atendimento nutricional no prontuário, estabelecendo se existe ou não risco nutricional classificando nos níveis de assistência nutricional;
4. Estabelecer cuidados nutricionais;
5. Evolução dos registros conforme os níveis de assistência.

• Critérios para a instituição do **Suporte Nutricional Enteral** no Centro de Tratamento de Queimados:

- (a) Paciente com queimaduras em áreas superiores a 25% (prevalência de 3º grau);
- (b) Estados carenciais anteriores à queimadura;
- (c) desenvolvimento e perda de peso superior a 10% no decorrer da hospitalização;
- (d) Patologias associadas, tais como: traumatismo crânio-encefálico, lesões faciais graves, etc.
- (e) Idosos acima de 20% de SCQ.

• Padronização do cálculo para provisão de energia e macronutrientes:

**(a) Crianças:**

<b>IDADE</b>	<b>FÓRMULA DE CURRERI</b>
0 – 1 ano	NB kcal/kg + 15 Kal/%SCQ
1 – 3 anos	NB kcal/kg + 15 Kal/%SCQ
4 – 15 anos	NB kcal/kg + 40 Kal/%SCQ

NB (Necessidade Basal de calorias da criança).

RN	120 Kcal/Kg
Até 1 ano (= peso 10 Kg)	100 Kcal/Kg
Peso 10Kg	1000+50cal para cada Kg acima de 10g.
Peso 20Kg	1000+20cal para cada Kg acima de 20g.

**(b) Adultos:**

25 kcal/kg+40x%SCQ

**Obs:** Considerar o peso usual do paciente e mediante avaliação do peso ideal, utilizar o mais adequado.

**(c) Macronutrientes:**

• Proteína:

Adulto: 1g/kg +3g%SCQ

Criança: 3g/kg +2g/%SCQ

• Lipídio:

25 a 35% do Vr. Calórico Total.

• Carboidratos:

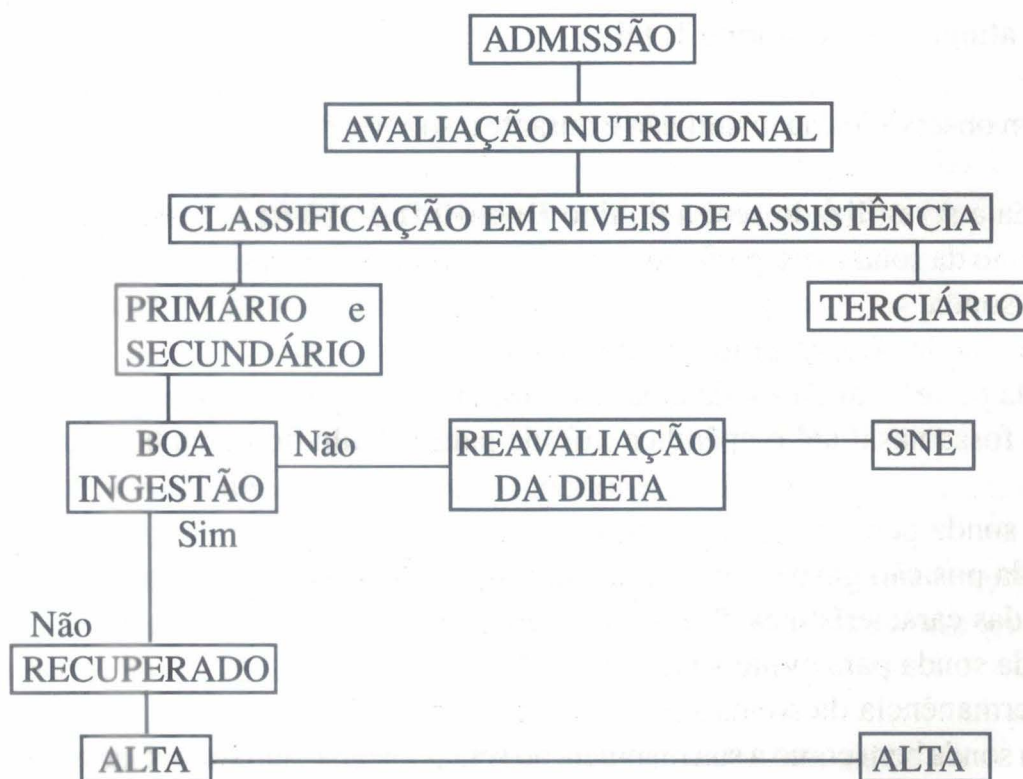
Completar até atingir o Vr. Calórico Total.

Itens a serem observados na instituição e durante o suporte nutricional enteral ao paciente queimado.

- O tipo de sonda a ser utilizado será a do tipo Dobbhoff de 12 fr;
- O posicionamento da sonda será preferencialmente gástrica, salvo condição que não permita;
- Colocação da sonda:
  1. Colocar o paciente de 30 a 45 graus de inclinação;
  2. Lubrificação da parte final da sonda e da fossa nasal com Xylocaina gel;
  3. Medicação da fossa nasal até o apêndice xifóide para cálculo do tamanho da sonda a ser introduzida;
  4. Introdução da sonda pelo nariz até o estômago;
  5. Confirmação da posição gástrica da sonda com aspiração do conteúdo gástrico checka a visão direta das características do líquido e pH ácido;
  6. Imobilização da sonda para evitar saída acidental;
- O tempo de permanência da sonda será de no mínimo 15 dias;
- A instalação da sonda bem como a sua manutenção será realizada pelo serviço de enfermagem.

- Técnica e administração:
  1. A dieta será administrada na forma contínua utilizando-se bomba de infusão, durante 24h, exceto nos dias de banhos anestésicos e cirurgias;
  2. A dieta por via oral complementar o VCT total que será administrado ao paciente.
- Recomendações Gerais:
  1. Os horários estabelecidos para a administração das dietas terão o padrão do hospital;
  2. As refeições serão servidas pela copeira e administradas pelo serviço de enfermagem;
  3. Será expressamente proibida a entrada no CTQ de alimentos trazidos por acompanhantes, salvo condições expressas e sob avaliação do nutricionista;
  4. Os utensílios, bem como os restos alimentares serão recolhidos imediatamente após o término da refeição.
  5. Após a administração da dieta por sonda, a mesma deverá ser lavada a fim de se evitar o entupimento da mesma.
  6. Todo paciente deverá ser pesado durante a sua internação, salvo o mesmo não tenha condições;
  7. Supervisionamento rigoroso da sonda.
- Banhos Anestésicos:
  1. Tempo recomendado de jejum:  
Nas cirurgias; tempo mínimo de 6h antes do procedimento;
  2. Administração às 3h de dieta líquida restrita às crianças que terão balneoterapia e às 5h aos adultos.

### FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL



1. Análise do prontuário.
2. Visita ao leito e realização de:
  - 2.1. Avaliação Inicial:
    - Respiratória
    - Articular e funcional
    - Postural
  - 2.2. Reavaliações diárias.
3. Orientação e correção postural
  - Prevenção de escaras
  - Prevenção de complicações respiratórias
  - Prevenção de retrações articulares
4. Orientação aos acompanhantes de pacientes: crianças, idosos e deficientes.
5. Fisioterapia respiratória:
  - Desobstrução brônquica
  - Desinsuflação pulmonar
  - Reexpansão pulmonar
  - Cinesioterapia respiratória
6. Fisioterapia articular e funcional:
  - Cinesioterapia Passiva
  - Cinesioterapia Ativa
  - Cinesioterapia Ativa Assistida
  - Cinesioterapia Ativa Resistida
  - Cinesioterapia Isométrica
7. Balneoterapia:
  - 7.1. Com anestesia:
    - Avaliação da área queimada
    - Massagem
    - Cinesioterapia passiva
    - Confeção e colocação de órtese gessada
    - Orientação durante o curativo visando possíveis liberações das articulações com prometidas.
  - 7.2. Sem anestesia:
    - Avaliação da área queimada
    - Cinesioterapia ativa assistida
    - Orientação das A.V.D.S. (Atividades da Vida Diária).
    - Orientação durante o curativo visando possíveis liberações das articulações com prometidas.
8. Deambulação:
  - Estimular precocemente as posturas de: sentar, bipedestação e deambulação.

9. Mecanoterapia.
10. Evolução nos prontuários.
11. Ocorrência no livro de fisioterapia.
12. Orientação aos pacientes de alta com encaminhamento ao ambulatório.

### **Rotina do fisioterapeuta de queimados**

1. Avaliação do Paciente
  - Anamnese
  - Avaliação da área comprometida
  - Avaliação das seqüelas articulares
2. Balneoterapia – avaliação da área queimada
3. Fisioterapia articular e funcional
  - Cinesioterapia ativa assistida
  - Cinesioterapia ativa resistida
4. Orientação durante o curativo
  - Liberação da articulações
  - Confecção e colocação de órteses gessadas.
5. Orientação e correção postural nas A.V.D.S. (Atividades da Vida Diária)
6. Ocorrência no livro de fisioterapia
7. Orientação aos pacientes de alta
  - Indicação e colocação de malhas compressivas
  - Encaminhamento as clínicas de reabilitação.

### **Recursos Materiais Utilizados**

#### ***No Leito:***

- Almofadas em forma de triângulo ou rolos pequenos, médios e grandes;
- Suporte de madeira para leito para manter os pés em 90° (evitar equinismo);
- Ataduras de crepom: confecção de coxins para prevenir escaras nas regiões do couro cabeludo, tornozelos e cotovelos;
- Confecção de bolas para manter a mão no posicionamento anatômico e favorecer o fortalecimento muscular;
- Órteses em PVC: colar cervical em regiões do antebraço, punho e mão;
- Ataduras gessadas: confecção de talas para posicionamento das articulações;
- Incentivadores e reexpansores pulmonares.

#### ***Na Sala:***

- Barras Paralelas;
- Bicicleta Fixa;
- Escada com Rampa;
- Escada de Dedos;
- Exercitador de Tornozelos;
- Polia;
- Prono Supinador;
- Roda de Ombro.



**Introdução:**

A Rotina da Terapia Ocupacional no Centro de Tratamento de Queimados tem início quando o paciente encontra-se internado. O nosso trabalho também é dirigido ao acompanhante.

**\* Atendimento é Realizado:**

- No leito;
- No setor de terapia ocupacional;
- Junto a balneoterapia;
- Em conjunto com o fisioterapeuta;
- Acompanhamento ao centro cirúrgico.

**\* Objetivos do Tratamento:**

- Diminuir o medo e a ansiedade;
- Promover a socialização;
- Estimular as AVD's;
- Melhorar a auto-estima;
- Estimular a deambulação;
- Prevenir padrões posturais anormais;
- Melhorar a amplitude articular.

**Atendimento à Criança e ao Adolescente no Leito:**

**\* Realizar o atendimento quando:**

- Tratar-se de um grande queimado;
- Não conseguir se locomover;
- Estiver indisposto;
- Apresentar resistência ao tratamento.

**\* Como proceder:**

1. Internação Terapeuta x Paciente: Manter contato inicial, objetivando um melhor entrosamento, procurando ser o mais informal possível, tornando a conversa agradável e descontraída, evitando comentários sobre o acidente;
2. Avaliação física:
  - Observar o comprometimento motor decorrente das queimaduras e outros pré-existentes;
  - Analisar os aspectos psicológicos para detectar a presença de distúrbios emocionais;
  - Verificar os níveis de concentração e percepção;
  - Observar a coordenação motora, preensão e pinça fina.
  - Fazer movimento de extensão da perna – com ajuda da bola pedir ao paciente para chutar;



- Fazer movimento de elevação da perna e flexo extensão do joelho - colocar a bola entre uma perna e outra, à altura do tornozelo, pedir o paciente para elevar;
- Estimular a bipedestação – tentar se possível e respeitando os limites da dor, colocar o paciente de pé, ficar assim por alguns minutos e retornar ao leito.

**\* Realizar a parte motora, atuar no aspecto emocional e ocupacional:**

- Colocar o paciente na posição sentada com ajuda do triângulo;
- Passar algumas atividades relaxantes, tipo pintura ou usar a contoterapia. Aliviando assim o medo e a ansiedade, próprios da situação.

**Atendimento no Setor da Terapia Ocupacional:**

**\* Queimados de face:**

- Exercitar os músculos da face através de atividades auto-expressivas, dramatizações e imitação de sons;
- Fazer movimentos com a face e pedir o paciente que repita.

**\* Queimadura em região cervical:**

- Movimentar o pescoço para direita, esquerda e para cima – usar estímulos sonoros.

**\* Queimaduras em MMSS:**

- Realizar movimentos de extensão, abdução e elevação do braço – paciente em pé, usar atividades lúdicas (boliches), seguindo o terapeuta, que se encontra na mesma posição;
- Estimular os AVD's (atividades da vida diária) - utilizar pente ou escova, pedir o paciente para realizar a atividade;
- Aumentar a força muscular, melhorar os movimentos de extensão e abdução – usar jogos lúdicos (tiro ao vai e vem).

**\* Queimadura em mão:**

- Aumentar a força, sensibilidade e favorecer os movimentos de extensão – usar bolinha de borracha;
- Exercitar a preensão e pinça fina – atividades lúdicas dirigidas (encaixes);
- Favorecer a independência, reeducar a coordenação motora usar almofada de AVD's.

**\* Queimadura em MMII:**

- Realizar movimento de extensão – com a bola colocada sob os pés;
- Melhorar o movimento de elevação prender a bola entre as pernas;
- Estimular a deambulação – usar um apoio (cadeira), pedir o paciente para empurrar;
- Realizar movimento de flexo - extensão do joelho usar escada, colocar no último de grau, pedir o paciente para pegá-lo.
- Promover atividades recreativas em grupo – jogo de futebol.

**Atendimento em Conjunto com o Fisioterapeuta:**

- Realizar essa integração, sempre que se tratar com paciente de difícil aceitação ao tratamento;

- Melhorar a concentração e promover o relaxamento – utilizar atividades auto-expressivas (dramatização com fantoches), promovendo assim, uma condição adequada a atuação do fisioterapeuta.

#### **Acompanhamento ao Centro Cirúrgico:**

- Melhorar o estado emocional – usar a conversação;
- Promover o relaxamento – utilizar a musicoterapia.

#### **Atendimento ao Adulto no Leito:**

##### **\* Realizar atendimento no leito quando:**

- Paciente encontrar-se impossibilitado de se locomover;
- Estiver enxertado;
- Submetido a transfusões;
- Estiver com febre.

##### **\* Contato inicial:**

- Identificação:
  - Falar resumidamente da função do terapeuta;
  - Explicar os objetivos do tratamento;

##### **\* Avaliação:**

- Observar a extensão e o tipo de queimadura;
- Verificar o comprometimento motor;
- Analisar o estado emocional.

##### **\* Paciente extremamente grave:**

- Dar suporte emocional.

##### **\* Paciente em condições de tratamento:**

- Realizar movimentação ativa assistida;
- Fazer exercícios respiratórios – usar bola de encher, língua da sogra e canudos;
- Fazer movimentos de extensão – usar cinesioatividades (bola, cones), pedir o paciente para realizar os movimentos.
- Usar a massoterapia – Observar as condições da mão, se está muito edemaciada, caso se encontre, realizar massagem de retorno venoso.
- Estimular as AVD's – Pedir ao paciente para levar o copo à boca, pentear os cabelos, escovar os dentes.
- Realizar movimentos das articulações do ombro, cotovelo, punho, mãos e dedos – Usar almofada de AVD's (atar e desatar cadarços, abotoar, dar laços), realizando essas atividades, o paciente torna-se independente no que se refere às atividades da vida diária, além de fazer os movimentos descritos acima.

### **Atendimento ao adulto no Setor de Terapia Ocupacional:**

- \* Levar o paciente de preferência deambulando com ou sem ajuda, se não for possível, usar cadeira de rodas.
  
- \* **Queimadura em MMSS:**
  - Estimular a extensão e abdução do braço com o paciente sentado, usar a ludoterapia (encaixe e jogos lúdicos);
  - Reforçar a preensão e pinça fina – encaixes e atividades dirigidas;
  - Promover integração social, diminuindo a ociosidade – usar atividades ocupacionais em grupo (dama, dominó e ludo);
  - Aumentar a amplitude articular – atividades lúdicas orientadas (escrever no quadro negro e tiro ao alvo).
  
- \* **Queimadura em MMII:**
  - Estimular a deambulação;
  - Realizar movimento de flexo extensão do joelho – pedir ao paciente para subir e descer escadas, sempre estimulando com um recurso lúdico;
  - Fortalecer a musculatura do quadríceps – usar a bola, pedir ao paciente para realizar o movimento de elevação.
  
- \* **Queimadura em face:**
  - Estimular os músculos da face – mímica facial;
  
- \* Ao final, acompanhar o paciente até o leito, observando e corrigindo falhas posturais.

### **Atendimento ao Acompanhante no Leito:**

- \* Prevenir padrões posturais anormais e futuras deformidades – Orientar o acompanhante, através da conversação;
- \* Melhorar o relacionamento acompanhante x paciente – conscientizar o acompanhante sobre o trauma emocional do qual o paciente é vítima, reforçando assim, a paciência e o carinho por parte do acompanhante;
- \* Reforçar as AVD's (atividades da vida diária) – dar noções de higiene, contribuindo assim, para um menor índice de contaminação e conseqüentemente infecção hospitalar.

### **Atendimento ao Acompanhante no Setor de Terapia Ocupacional:**

- \* Diminuir a ansiedade – atividade lúdicas relaxantes (pintura, tapeçaria e crochê).

### **Evolução nos Prontuários e Registros:**

- \* Todos os pacientes atendidos, são registrados em livro de ocorrência da terapia ocupacional. Na folha de evolução do prontuário de cada paciente, anotamos o atendimento que lhe é dispensado a cada dia.

## **Espaço Físico da Terapia Ocupacional:**

- \* Sala destinada especificamente à terapia ocupacional, com recursos materiais necessários.

## **Recursos Materiais Disponíveis:**

- \* colchão
- \* mesinha com cadeiras
- \* triângulo
- \* rolo
- \* quadro negro
- \* flanelógrafo
- \* teatro de fantoches
- \* bandinha musical
- \* jogos educativos
- \* brinquedos dirigidos a psicomotricidade
- \* jogos lúdicos (dama, dominó, ludo)
- \* almofada de AVD's
- \* encaixes (coordenação, preensão e pinça fina)
- \* tinta guache, massa de modelar, cola colorida, lápis de cor, papel ofício.
- \* jogos lúdicos dirigidos (tiro ao alvo, vai e vem).
- \* quebra cabeça e outros.

**Introdução:**

A intenção de padronizar normas e rotinas de todos setores do I.J.F., com participação das respectivas chefias, tem por finalidade orientar, facilitar e agilizar os serviços reservando-a e respeitando preventivamente, a recuperação rápida dos pacientes. Esta atitude elege a primazia da qualidade do atendimento, e representa a coluna vertebral na prevenção e controle das infecções hospitalares, com avaliação de vantagens e desvantagens de todos os métodos e motivação e astúcia para reciclagem e mudanças necessárias.

A C.C.I.H. é multidisciplinar, de um órgão de assessoria da diretoria do Hospital. É constituída por representantes influentes dos diversos setores do hospital, considerando as recomendações federais.

O S.C.I.H é o elemento central da C.C.I.H., com função executiva na VIGILÂNCIA, elaboração e aplicação das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares.

**PUNÇÃO VENOSA:**

- 01) Reunir material
- 02) Lavar as mãos
- 03) Explicar ao paciente o procedimento
- 04) Posicionar o mesmo e expor a área a ser puncionada
- 05) Colocar o torniquete e palpar veia
- 06) Fazer antissepsia no local da punção
- 07) Puncionar a veia com ângulo de 45°, observar refluxo de sangue
- 08) Retirar o torniquete
- 09) Unir conexão à ponta do cateter/scalp
- 10) Administrar a solução prescrita
- 11) Fixar o cateter à pele
- 12) Recolher material
- 13) Lavar as mãos
- 14) Registrar o procedimento no prontuário

**OBS:****\* Adultos:**

- Trocar equipo de soro e scalp a cada 72h.
- Em administração de sangue derivados e lipídios trocar equipo a cada 24h.
- Observar sinais de inflamação.

## **COLETA PARA URINOCULTURA NO PACIENTE NÃO SONDADO:**

- 01) Reunir material
- 02) Orientar paciente a colher a 1ª urina da manhã
- 03) Entregar ao paciente sabão líquido+gaze+frasco
- 04) Orientar o paciente a lavar mãos e órgãos genitais antes da coleta
- 05) Lavar órgãos genitais no sentido de cima para baixo
- 06) enxaguar com gaze
- 07) Desprezar o primeiro jato (início da urina)
- 08) colher o jato médio contínuo diretamente no frasco
- 09) Enviar ao laboratório imediatamente
- 10) Lavar as mãos após procedimento
- 11) Registrar procedimento no prontuário
- 12) Recolher material

## **PREPARO DE BOLINHAS DE ALGODÃO:**

- 01) Reunir o material
- 02) Lavar as mãos
- 03) Enrolar bolas de algodão com espátulas
- 04) Colocar em recipientes vazios e com tampas
- 05) Manter álcool a 70% em outro recipiente
- 06) Embeber bolas de algodão no momento de sua utilização com auxílio de uma pinça
- 07) Recolher material

## **CATETERISMO VESICAL**

- 01) Lavar as mãos
- 02) Preparar todo material necessário
- 03) Explicar ao paciente o procedimento
- 04) Realizar higiene íntima

## **CATETERISMO FEMININO**

- 05) Lavar as mãos
- 06) Informar ao paciente sobre o procedimento
- 07) Abrir a bandeja de cateterismo
- 08) Despejar a solução de PVPI tópico na cuba redonda
- 09) Colocar o líquido estéril em outra cuba redonda
- 10) Colocar a seringa estéril na bandeja de cateterismo
- 11) Abrir o pacote da sonda
- 12) Colocar a sonda dentro da bandeja
- 13) Posicionar o paciente em decúbito dorsal joelhos flexionados e pernas afastadas.
- 14) Abrir a bandeja
- 15) Calçar as luvas estéreis
- 16) Testar o balonete

- 17) Fazer antissepsia da genitália externa com PVPI tópico em movimento de cima para baixo
- 18) Utilizar para cada movimento uma gaze ou uma bola de algodão embebida com PVPI
- 19) Colocar campo fenestrado
- 20) Colocar a cuba rim sobre campo fenestrado
- 21) Introduzir a sonda no meato uretral até dar início ao fluxo
- 22) Encher a baloneta
- 23) Retirar o campo fenestrado
- 24) Conectar o tubo e coletor a sonda vesical
- 25) Medir a diurese no cálice
- 26) Retirar as luvas
- 27) Fixar a sonda na face interna da coxa
- 28) Por o paciente em posição confortável
- 29) Encaminhar o material ao expurgo
- 30) Lavar as mãos
- 31) Anotar o procedimento no prontuário

### **CATETERISMO MASCULINO**

- 32) Repetir os passos do 1º ao 12
- 33) Posicionar o paciente em decúbito dorsal com pernas estendidas
- 34) Repetir os passos 14,20 e 26
- 35) Fixar a sonda na região inferior da parede abdominal
- 36) Repetir os passos do 28 ao 31

### **INDICAÇÕES PARA SONDA VESICAL**

Em virtude do excessivo número de pacientes com sondagem vesical, após ato cirúrgico, o fato deste procedimento acarretar infecção urinária importante, de origem hospitalar – 5% em sistema fechado e criteriosa antissepsia – propomos algumas indicações baseadas em trabalhos no sentido de diminuir a infecção urinário/hospitalar.

- 01) Politraumatismos
- 02) Trauma das vias urinárias e perineal importante
- 03) Choque: hipovolêmico ou séptico
- 04) Trauma de bacia importante
- 05) Trauma raquimedular
- 06) Desidratação severa, diurese horária e balanço hídrico
- 07) Comatosos graves
- 08) Evitar sondas de alívio
- 09) Período máximo para trocar sonda vesical: 10(dez) dias (salvo casos especiais).

### **LIMPEZA, DESINFECÇÃO DE ESTETOSCÓPIO E ESFIGNOMANÔMETRO:**

- 01) Reunir o material
- 02) Calçar a luva de procedimento
- 03) Friccionar álcool a 70% por 30 segundos no estetoscópio

- 04) Friccionar álcool a 70% por 39 segundos no manguito de nylon
- 05) Lavar com água e sabão o manguito de pano
- 06) Colocar o material para secar
- 07) Recolher o material
- 08) Lavar as mãos

#### **LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MÁSCARA DO NEBULIZADOR:**

- 01) Reunir o material
- 02) Calçar a luva de procedimento
- 03) Lavar com água e sabão após uso
- 04) Enxaguar abundantemente
- 05) Secar com compressas
- 06) Colocar em solução desinfetante
- 07) Deixar máscaras conexões totalmente imersas por 39 min.
- 08) Calçar luva estéril
- 09) Enxaguar com bastante água corrente (tratada)
- 10) Secar com compressa e ar comprimido internamente as conexões
- 11) Guardar em recipiente limpo seco e fechado
- 12) Manter a solução em recipiente limpo e fechado
- 13) Trocar a solução na data marcada
- 14) Lavar o recipiente e tampa com água e sabão e secar
- 15) Identificar o recipiente com nome da solução e data da troca
- 16) Recolher o material
- 17) Lavar as mãos

#### **LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MATERIAIS TERMOSENSÍVEIS:**

- 01) Encaminhar material a sala de preparo
- 02) Calçar a luva
- 03) Lavar material com água, sabão e escova
- 04) Enxaguar com água corrente em pia exclusiva
- 05) Secar o material
- 06) Imergir em solução desinfetante por trinta minutos em recipiente de plástico hermético
- 07) Identificar o recipiente com nome, data de troca e validade
- 08) Retirar o material com auxílio de luva ou pinça estéril
- 09) Enxaguar com bastante água estéril ou fervida
- 10) Secar o material externamente com compressa estéril e canais internos com ar comprimido
- 11) Acondicionar o material em recipiente limpo
- 12) Lavar as mãos

**OBS:** Em máscara de nebulização, realizar enxágüe em água potável após retirar da solução desinfetante.



## **COLETA PARA URINOCULTURA DE PACIENTE SONDADO**

- 01) Reunir o material
- 02) Lavar as mãos e calçar luva estéril
- 03) Pinçar tubo coletor e fazer assepsia do látex com álcool a 70% fazendo esfregaço
- 04) Puncionar com a seringa estéril
- 05) Colocar o conteúdo aspirado dentro do frasco estéril
- 06) Despinçar o tubo coletor
- 07) Enviar a urina imediatamente ao laboratório
- 08) Conservar urina na geladeira a 4°C por tempo não superior a uma hora isso na impossibilidade do passo 7
- 09) Recolher o material
- 10) Lavar as mãos
- 11) Registrar o procedimento no prontuário

## **MANDAMENTOS PARA CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DO C.T.Q.**

### **ROTINA DE BANHO:**

#### **1. Ordem de Primazia**

- Criança
- Adultos
- Infectados inclusive adultos

#### **2. Colocar impermeável na bancada do preparo de curativo**

#### **3. Trocar diariamente antes do banho o umidificador de oxigênio e látex.**

#### **4. Trocar as luvas nos intervalos dos curativos.**

#### **5. Usar luvas estéreis, canos longos para banho e canos curtos para curativos.**

#### **6. Fazer a desinfecção da maca entre um paciente e outro e esperar 10 minutos para efeito residual.**

#### **7. Lavar a ducha entre um paciente e outro e emergir em glutaraldeído, (ideal 30min)**

#### **8. Lavar as duchas com água para retirar resíduos tóxicos de glutaraldeído.**

#### **9. Utilizar P.V.P.I. e sabão líquido em recipiente com pedal ou cuba rim mais ELOESSE.**

#### **10. Usar barbeador descartável**

#### **11. Acompanhantes: trocar de roupa após banho e todos os cuidados de lavagem das mãos quando entrar em contato com os pacientes e depois.**

#### **12. Proibir qualquer procedimento pelos acompanhantes.**

#### **13. Lavagem das mãos, antes e após qualquer procedimento.**

#### **14. Identificação visível de paciente com germe multiresistente, se possível isolando-o ou manter distância, obrigatória de no mínimo 1 metro entre os leitos. Comunicar a C.C.I.H.**

#### **15. Manuseio destes pacientes por funcionários, se possível exclusivo, paramentação completa, não permitindo procedimento de pessoas alheias à equipe de plantão, como estagiário etc.**

### **CLASSIFICAÇÃO DE CIRURGIAS:**

#### **a) LIMPAS:**

- Lise de bridas

- Enxertos
- Quelóides
- Cicatrizes hipertróficas
- Tecido de granulação

**b) *POTENCIALMENTE CONTAMINADAS:***

- Queimaduras recentes com bolhas rompidas sem supuração (1º, 2º. e 3º graus).

**c) *CONTAMINADAS:***

- Qualquer grau (1º, 2º e 3º graus) com necrose sem pus.

**d) *INFECTADA:***

- Qualquer queimadura com sinais de infecção, com necrose ou não, pus, celulite com manifestação clínica ou não.

**LIMPEZA E DESINFECÇÃO CONCORRENTE DAS UNIDADES:**

- 01) Reunir o material de limpeza
- 02) Colocar os equipamentos de proteção individual
- 03) Iniciar a limpeza pelo local mais limpo
- 04) Acondicionar a roupa em saco fechado e identificado
- 05) Lavar o depósito de roupa suja s/n
- 06) Recolher o lixo para lixeira central
- 07) Fazer a descontaminação em presença de matéria orgânica
- 08) Limpar com água e sabão mesinha, cama, suporte de soro etc.
- 09) Passar o desinfetante no local da descontaminação
- 10) Lavar a lixeira
- 11) Colocar os sacos nas lixeiras
- 12) Lavar os banheiros
- 13) Lavar e desinfetar panos e baldes
- 14) Estender panos
- 15) Lavar as mãos.

**LIMPEZA TERMINAL DAS UNIDADES:**

- 01) Reunir material de limpeza
- 02) Colocar o equipamento de proteção individual
- 03) Recolher o lixo
- 04) Lavar a lixeira
- 05) Limpar: teto, ventilador, paredes, portas, janelas
- 06) Lavar o chão com água e sabão
- 07) Limpar a mobília
- 08) Lavar os banheiros
- 09) Reunir o material e levar ao local de origem

- 10) Lavar e desinfetar panos e baldes
- 11) Estender panos
- 12) Lavar as mãos

### **LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE APARADEIRAS E PAPAGAIOS:**

- 01) Reunir o material de limpeza e desinfecção
- 02) Colocar os equipamentos de proteção individual
- 03) Retirar secreção da aparadeira e/ou papagaio e despejar no vaso sanitário
- 04) Limpar com sabão, sapólio, bombril
- 05) Enxaguar com água corrente
- 06) Colocar em solução desinfetante por 30 minutos
- 07) Colocar aparadeiras e/ou papagaio no banheiro
- 08) Recolher, limpar e guardar equipamentos de limpeza
- 09) Lavar as mãos

### **LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS VIDROS DE ASPIRADORES:**

- 01) Colocar equipamentos de proteção individual
- 02) Desconectar o conjunto de aspiração
- 03) Despejar o conteúdo aspirado no expurgo
- 04) Lavar tampa e frasco com água e sabão
- 05) Entregar frasco e conexão a controlista
- 06) Lavar as mãos

### **LIMPEZA DO PORTA PAPEL TOALHA:**

- 01) Reunir material
- 02) Lavar as mãos
- 03) Retirar papel toalha
- 04) Umedecer pano com água e sabão
- 05) Limpar porta papel na fase interna
- 06) enxaguar pano e limpar novamente
- 07) Secar porta papel com pano limpo
- 08) Repor papel
- 09) Recolher material
- 10) Lavar as mãos.

### **LIMPEZA DOS BEBEDOUROS:**

- 01) Reunir material
- 02) Embeber esponja com água e sabão
- 03) Proceder limpeza do bojo, torneiras e laterais
- 04) Embeber pano limpo com água
- 05) Realizar enxágüe e secar
- 06) Recolher material
- 07) Lavar as mãos

### **HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS:**

- 01) Abrir a torneira e umedecer as mãos
- 02) Fechar a torneira
- 03) Ensaboar as mãos com 5ml de sabão líquido
- 04) Friccionar por 15 a 20 segundos em todas as faces da mão
- 05) Abrir torneira e enxaguar
- 06) Secar com papel toalha
- 07) Fechar torneira com auxílio do papel toalha.

### **LIMPEZA, DESINFECÇÃO DE COLCHÕES, COLCHONETES, COLCHÕES DE ÁGUA, MACAS E CAMAS:**

- 01) Reunir material
- 02) Calçar luvas
- 03) Vestir avental
- 04) Remover matéria orgânica com papel toalha
- 05) Limpar com água e sabão
- 06) Secar com pano limpo
- 07) Desinfetar com álcool a 70% fazendo esfregaço
- 08) Recolher material
- 09) Lavar as mãos

### **LIMPEZA E DESINFECÇÃO CONCORRENTE DA SALA DE CIRURGIA:**

- 01) Reunir material
- 02) Colocar equipamento de proteção individual
- 03) Recolher toda roupa em saco e fechá-lo
- 04) Recolher material perfuro-cortante
- 05) Recolher lixo
- 06) Limpar com água e sabão e desinfetar mobiliário e aparelhos com pano embebido em álcool a 70% por fricção.
- 07) Limpar piso com água e sabão iniciando do fundo para a porta em linhas paralelas
- 08) Substituir água do balde sempre que estiver suja
- 09) Recolher material

**OBS:** Que a limpeza e desinfecção seja realizada no início da 1ª cirurgia e após o término das demais.

### **LIMPEZA E DESINFECÇÃO TERMINAL DA SALA DE CIRURGIA:**

- 01) Reunir material
- 02) Colocar equipamento de proteção individual (C.E.P.I.)
- 03) recolher toda a roupa em saco e fechá-lo
- 04) Recolher material perfuro-cortante
- 05) Recolher lixo

- 06) Limpar teto com água e sabão
- 07) Limpar paredes e portas com água e sabão de cima para baixo
- 08) Limpar com água e sabão e desinfetar mobiliário e aparelhos com pano embebido em álcool a 70% por fricção.
- 09) Limpar piso com água e sabão iniciando do fundo para a porta em linhas paralelas
- 10) Substituir água do balde sempre que estiver suja
- 11) Recolher material
- 12) Lavar as mãos.

**OBS:** Que a limpeza e desinfecção seja realizada após o término da última cirurgia.



### **Introdução:**

O Serviço Social no Centro de Tratamento de Queimados é um trabalho profissional junto ao paciente e familiares a nível de internação, além de orientar os acompanhantes dos pacientes internos na Unidade sobre as normas e rotinas do hospital.

### **Objetivos:**

- Informar e apoiar familiares e pacientes internos, auxiliando na superação de situações de angústia e desespero que envolvem o paciente, vítima de queimadura;
- Orientar quanto às providências relativas ao óbito, além de proporcionar o apoio necessário, neste momento altamente traumático;
- Promover trabalho educativo junto aos acompanhantes de pacientes internos;
- Encaminhar os pacientes ou familiares às Unidades Assistenciais, visando auxiliá-los na aquisição de prótese, cadeira de rodas, colchão d'água, urna funerária, entre outros;
- Apoiar o paciente que tenta suicídio. Orientação e encaminhamento dos familiares para acompanhamento psicológico após a alta hospitalar;
- Comunicar ao S.O.S. Criança, conselho tutelar e entidades de proteção à criança e adolescentes, nos casos de admissão de vítimas de maus tratos e de menores infratores;
- Verificar os casos onde esteja caracterizado maus tratos à criança e adolescente para acompanhamento pela comissão de maus tratos do IJF;
- Realizar abordagem aos pacientes, juntamente com a equipe multidisciplinar, nos casos onde o tratamento não é aceito pelos pacientes, bem como pelos respectivos familiares, principalmente quando há necessidade de amputação;
- Remover o paciente de alta hospitalar residente na capital e interior do Estado, internos ou atendidos no Ambulatório de Queimados;
- Orientar quanto a direitos securitários e trabalhistas.

### **Técnicas utilizadas:**

- Entrevista;
- Reuniões;
- Abordagem individual e grupal.

### **Rotina de trabalho:**

- Visita ao CTQ;
- Entendimento com a equipe multidisciplinar sobre o paciente admitido e os internos;
- Leitura dos prontuários, para coletar informações sobre o estado de saúde do paciente a fim de repassá-las aos familiares;
- Visita as enfermarias, realizando visita individual a cada paciente;
- Entrevista com pacientes ou acompanhantes, coletando dados sobre o acidente responsável pela queimadura;

- Abordagem grupal, detalhando normas e rotinas do CTQ e do hospital, principalmente no que tange ao acompanhamento do paciente pelos familiares;
- Reuniões educativas com pacientes e acompanhantes;
- Comunicação telefônica com familiares, quando necessário, (solicitação da presença dos familiares no hospital, comunicação da alta e óbito);
- Abordagem individual dos familiares nos casos de óbito para: orientar quanto à expedição da guia cadavérica, remoção para o IML, direitos securitários, encaminhamento para o funeral gratuito, além de prestar assistência e apoio psico-social aos familiares;
- Remover o paciente de alta hospitalar para o seu domicílio, obedecendo ao seguinte:
  - \* Remoção efetuada pelos familiares, quando podem fazê-lo;
  - \* Remoção através do transporte do IJF;
  - \* Solicitação de ambulância, através de contato telefônico com as prefeituras e hospitais interioranos, para efetuar a remoção dos pacientes residentes no interior do Estado;
  - \* Entendimento com a unidade de abrigo e líderes comunitários para remover o paciente de rua (desabrigado).
- Encaminhamentos escritos, para Unidades Assistenciais, contendo o histórico do paciente e relatório social para aquisição de equipamentos importantes à recuperação do queimado;
- Relatório contendo o histórico do paciente e ficha psico-social para o Conselho Tutelar da Criança e Adolescente, SOS criança e Comissão de Maus Tratos, quando é caracterizado "Maus Tratos", para acompanhamento psicológico após a alta hospitalar;
- Abertura de prontuário social para acompanhamento do paciente que:
  - \* Tenta o suicídio;
  - \* Necessita de acompanhamento psicológico;
  - \* Realiza amputação de algum membro.



---

---

**ROTINA DE ANESTESIA**

---

---

**I - Drogas:**

- Drogas para a ressuscitação cardiorespiratória
- Drogas anestésicas

**II - Anestesia na Balneoterapia:**

1. Pacientes adultos hígidos
  - Midazolam (Dormonid, Dormire)  
Dose: 0,1 a 0,2mg/kg, EV
  - Cetamina (Ketalar, Ketamin)  
Dose: 1,0 a 3,0mg/kg, EV
2. Pacientes com alterações respiratórias estado geral comprometido decorrente da queimadura - Midazolam  
Dose: titulada de acordo com o caso  
Cetamina – dose titulada
3. Pacientes Hipertensos
  - Midazolam  
Dose 5,0 a 10mg/kg
  - Citrato de fentanila (fentanil)  
Dose: 150mg Ev
  - Propofol (Diprivan)  
Dose: 70mg e EV seguida de gotas  
(dose é função da resposta do paciente e do grau de estímulo cirúrgico).
4. Paciente com história de doença mental  
Idem o item anterior
5. Pacientes coronariopatas
  - Midazolam  
Dose 5,0 a 7,0mg EV (lento)
  - Citrato de fentanila  
Dose 100 a 150mg EV
  - Etomidato (Hipnomidate)  
Dose: Tateada
6. Criança
  - 6.1. Idade de 01 a 04 anos
    - Sem acesso venoso - Cetamina  
Dose: 7,0 a 13,0 mh/kg, IM
    - Com acesso venoso – Cetamina  
Dose: 1,0 a 3,0 mg/kg, EV



6.2. Idade de 05 a 12 anos

Midazolam

Dose: 5 a 7,0mg EV

Cetamina

Dose: 1 a 3,0mg EV

**OBS:** Criança pequena para a idade e sem acesso venoso opta-se pela administração de Cetamina IM em dose preconizadas no item 6.1.

### **Equipe Multiprofissional**

#### **\* Cirurgia Plástica:**

- Dr. Edmar Maciel Lima Júnior (Chefe do C.T.Q.)
- Dr. Sérgio Miranda Ferreira (Coordenador do Centro Cirúrgico)
- Dr. Francisco Chagas Ley
- Dr. Paulo Régis de Oliveira
- Dr. Rômulo César C. Barbosa
- Dr. Luzinon de Souza Tomaz.

#### **\* Clínica Médica:**

- Dr. Rdo. José Barbosa do Carmo (Coordenador Clínico)
- Dr. Antônio Sílvio Araújo (Coordenador Científico)
- Dra. Clarice Tito Pereira
- Dr. Flávio Rocha
- Dr. Fco. Ronê Félix de Melo
- Dra. Inês Cláudia Costa Roque
- Dr. João de Sousa Ribeiro Neto
- Dr. Júlio Lélis
- Dra. Marília Holanda Bessa
- Dr. Sílvio Benevides
- Dra. Maria Goretti Policarpo Barreto (Pediatra)

#### **\* Enfermagem:**

- Cybele M<sup>a</sup> Philopimin Leontsinis (Chefe da Enfermagem)
- Josefa de Fátima dos Santos Leite (Coordenadora do Ambulatório)
- M<sup>a</sup> Eliane Maciel de Brito
- Sheila Cavalcante de Sousa
- M<sup>a</sup> Adélia Timbó Dias
- Andréa Lourdes Costa Maia
- Irisbênia Martins de Barros
- M<sup>a</sup> das Graças F. Guimarães
- Gilka Albuquerque Forte
- M<sup>a</sup> Dayse Fernandes Oliveira
- Anathomaque S. Varejão
- Júlia Auricélia (Coordenadora da Campanha de Prevenção)

\* **Nutrição:**

- Dr. Sérgio Oliveira Lopes (Chefe da Nutrição)

\* **Fisioterapia:**

- Fátima Maria da Silveira Lima (Chefia)
- Ana Maria do Rosário Siqueira Pinheiro
- Eliane Maria Vasconcelos Serpa
- Maria Cira Melo de Andrade
- Flávio Feitosa Pessoa de Carvalho

\* **Terapia Ocupacional:**

- Teresa Cristina Rocha Bezerra
- Mércia dos Santos Aires.

\* **Serviço Social:**

- Janice de Oliveira Pinheiro (Chefia)
- Vanda Maria Albuquerque Pedrosa
- Vivyanni Bezerra Jucá
- Aíla Zaranza Lopes Sobreira
- Maria de Fátima Araújo Diógenes
- Maria do Socorro Dantas Moreno
- Maria Ivone Marques

\* **Anestesia:**

- Dra. Hervânia Castro Alencar
- Dr. Fco. Ronê Félix de Melo
- Dra. Ana Cláudia



## CRITÉRIOS ACEITÁVEIS PARA HEMOTRANSFUSÃO EM PACIENTES QUEIMADOS.

### TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

1. Pacientes anêmicos com **estabilidade** hemodinâmica e **assintomáticos**:
  - 1.1. Adultos portadores de doença coronariana ou AVC com Hb < 8,0 g/dl.
  - 1.2. Adultos > 65 anos com Hb < 8,0 g/dl.
  - 1.3. Neonatos (< 24 horas) com Hb < 13,0 g/dl.
  - 1.4. Recém nascidos (até 01 semana) com Hb < 10,0 g/dl.
  
2. Pacientes anêmicos com **estabilidade** hemodinâmica e **sintomáticos**:
  - 2.1. Síndromes coronarianas agudas.
  - 2.2. Doença vascular cerebral aguda.
  - 2.3. Hipoxemia detectada por gasometria.
  - 2.4. Neonatos (< 24 horas) com Hb < 14,0 g/dl.
  - 2.5. Recém nascidos (até 01 semana) com Hb < 12,0 g/dl portadores de doença pulmonar severa e/ou cardiopatia cianótica.
  - 2.6. Recém nascidos (> 01 semana) com Hb < 7,0 g/dl apresentando desconforto respiratório.
  
3. Pacientes anêmicos com **instabilidade** hemodinâmica.
  - 3.1. Corrigir a instabilidade com soluções ou drogas vasoplégicas e/ou cardiotônicas.
  - 3.2. Usar Concentrado de Hemácias (CH) caso persistir a instabilidade após realização do item 3.1.

### ATENÇÃO:

1. A transfusão de CH em crianças não deve ultrapassar 10ml/Kg de peso corporal.
2. A infusão deve durar no máximo 04 horas.
3. É proibida a infusão de CH no mesmo acesso venoso, concomitante com outras soluções.

### APRESENTAÇÕES DOS CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS:

1. CH padrão.
2. CH desleucocitado (filtradas).
3. CH pobre em leucócitos (buffy - coat).
4. CH pobre em plasma (lavadas).
5. CH irradiadas.
6. CH com mais de uma das características acima.

## TRANSFUSÃO DE ALBUMINA HUMANA.

1. Valores que podem ser considerados para eventual necessidade de transfusão de albumina:
  - 1.1. Albumina sérica < 2g/dl e proteínas séricas total < 1 g/dl em pacientes com idade < 60 anos.
  - 1.2. Albumina sérica < 2,5 g/dl e proteínas séricas total < 4,5 g/dl em pacientes com idade < 60 anos ou crianças.
2. A simples constatação da redução da albumina sérica e das proteínas totais não deve motivar a terapia corretiva com albumina sérica na ausência de indicação clínica.
3. Condições clínicas em que o uso de albumina é vantajoso:
  - 3.1. Queimaduras de 2º e 3º graus com SCQ < 30% após 24 horas da lesão.
  - 3.2. Instabilidade hemodinâmica, não corrigida após reposição de 50% da volemia sanguínea estimada, com o uso de cristalóides.
  - 3.3. Isquemia cerebral ou miocárdica atribuída a hipovolemia, não corrigida com soluções cristalóides.
  - 3.4. Síndromes compartimentais ou deiscência de anastomose.

- Fórmula para o cálculo estimado da volemia sanguínea:

$VS = \text{Peso do paciente (Kg)} \times 75\text{ml}$

Exemplo: Paciente com 75Kg sua volemia = 5250ml.

## APRESENTAÇÕES DE COLÓIDES:

Albumina humana 20% - frasco com 50ml.

Colóides sintéticos: Haesteril 3% - frasco com 500ml.

Haesteril 6% - frasco com 500ml.

Pentaspán 10% - bolsas com 500ml.

Pentaspán 20% - bolsa com 500ml.

## **CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS**

Rua Barão do Rio Branco, 1816 – Centro.

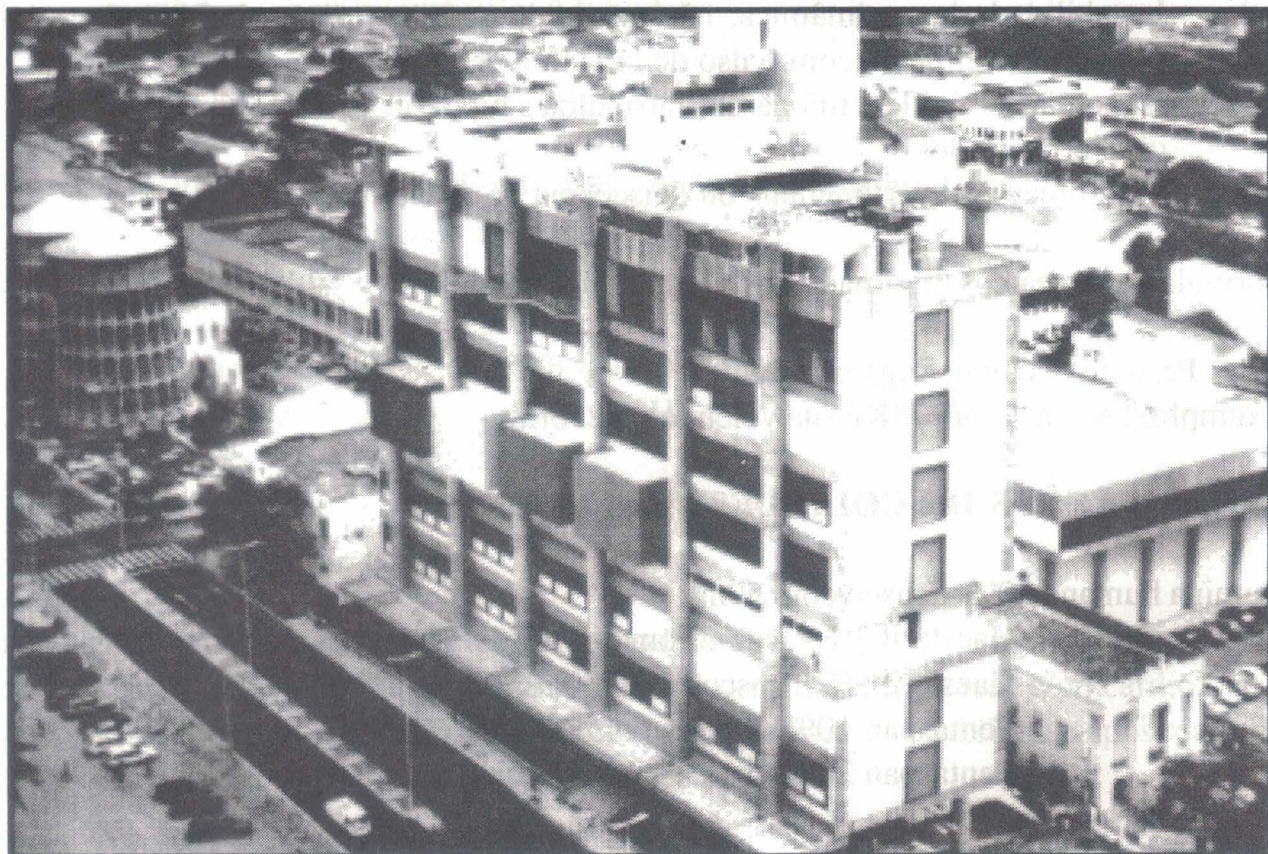
Tel: (85) 255 5077 – Chefia

255 5071 – Secretaria

255.5076 – Posto Enfermagem

Fortaleza - Ceará - Brasil

CEP 60025-061



## **SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURA SEDE CEARÁ (2001 a 2003)**

Av. Senador Virgílio Távora, 1901/ Sala 601 - Meireles

Tel/Fax: (85) 244.4956

E-mail: [edmarmaciел@hotmail.com](mailto:edmarmaciел@hotmail.com)

Fortaleza-Ceará-Brasil

CEP: 60.170-251



ESTATÍSTICAS DO C.T.Q.

O Centro de Tratamento de Queimados é informatizado tanto o setor de ambulatório quanto o setor de internação permitindo um registro fidedigno. Os dados obtidos mês a mês, ano a ano, são utilizados para nos orientar nos rumos da Campanha de Prevenção de Queimaduras.

ANO 1996

- ✓ N.º DE PACIENTES ATENDIDOS 1º VEZ: 4.492
- ✓ N.º DE CURATIVOS E ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES: 15.928
- ✓ PACIENTES INTERNADOS (QUEIMADO AGUDO E SEQUELAS): 429

Total	Feminino	Masculino
Faixa Etária	149	280
0 - 10	67	110
11 - 20	24	52
21 - 30	18	64
31 - 40	15	26
41 - 50	08	15
• 51	17	13

✓ AMBULATÓRIO

Faixa Etária	
0 - 10	1.223
11 - 20	830
21 - 30	836
31 - 40	669
41 - 50	524
• 51	410

✓ REGIÕES ATINGIDAS

		Cabeça	499
		Tronco	1.048
		MMSS	1.496
		MMII	1.597
			1.527
	Líquidos Quentes		531
	Superfícies Quentes (moto, forno, ferro, etc.)		450
Agente Etiológico	Líquidos Inflamáveis (álcool, gasolina, etc.)		422
(Causador)	Chamas (fogo com chama - calor)		719
	Choque Elétrico		158
	Radiações (sol, etc.)		288
	Gás Butano (gazes)		223
	Químicas		174
	Pólvora		

✓ N.º DE CIRURGIAS: 352

✓ N.º DE ÓBITOS: 17

- ✓ N.º DE PACIENTES ATENDIDOS 1º VEZ: 3.826
- ✓ N.º DE CURATIVOS E ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES: 12.719
- ✓ PACIENTES INTERNADOS (QUEIMADO AGUDO E SEQUELAS): 358

	Feminino	Masculino
Total	131	227
Faixa Etária		
0 – 10	74	93
11 – 20	13	31
21 – 30	13	23
31 – 40	08	24
41 – 50	05	25
•51	18	31

✓ **AMBULATÓRIO**

Faixa Etária	
0 – 10	1.099
11 – 20	836
21 – 30	759
31 – 40	586
41 – 50	339
•51	207

✓ **REGIÕES ATINGIDAS**

Cabeça	437
Tronco	973
MMSS	1.241
MMII	1.342

Líquidos Quentes	2.216
Superfícies Quentes (moto, forno, ferro, etc.)	661
Agente Etiológico Líquidos Inflamáveis (álcool, gasolina, etc.)	290
(Causador) Chamas (fogo com chama – calor)	369
Choque Elétrico	417
Radiações (sol, etc.)	50
Gás Butano (gazes)	77
Químicas	68
Pólvora	64

✓ N.º DE CIRURGIAS: 267

✓ N.º DE ÓBITOS: 27

**ANO 1998**

- ✓ N.º DE PACIENTES ATENDIDOS 1º VEZ: 3.876
- ✓ N.º DE CURATIVOS E ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES: 12.869
- ✓ PACIENTES INTERNADOS (QUEIMADO AGUDO E SEQUELAS): 536

	Feminino	Masculino
Total	219	317
Faixa Etária		
0 – 10	119	163
11 – 20	23	29
21 – 30	21	47
31 – 40	24	34
41 – 50	06	12
•51	26	32

**✓ AMBULATORIO**

Faixa Etária

0 – 10	1.253
11 – 20	802
21 – 30	769
31 – 40	496
41 – 50	349
•51	207

**✓ REGIÕES ATINGIDAS**

		Cabeça	439
		Tronco	983
	Masculino	1.935	MMSS 1.251
	eminino	1.941	MMII 1.345
Líquidos Quentes			1.832
Superfícies Quentes (moto, forno, ferro, etc.)			676
Agente Etiológico	Líquidos Inflamáveis (álcool, gasolina, etc.)		308
(Causador)	Chamas (fogo com chama – calor)		379
	Choque Elétrico		422
	Radiações (sol, etc.)		51
	Gás Butano (gazes)		78
	Químicas		66
	Pólvora		64

✓ N.º DE CIRURGIAS: 374

✓ N.º DE ÓBITOS: 32



- ✓ N.º DE PACIENTES ATENDIDOS 1º VEZ: 3.674
- ✓ N.º DE CURATIVOS E ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES: 13.696
- ✓ PACIENTES INTERNADOS (QUEIMADO AGUDO E SEQUELAS): 551

	Feminino	Masculino
Total	223	328
Faixa Etária		
0 - 10	95	175
11 - 20	40	32
21 - 30	27	52
31 - 40	22	30
41 - 50	10	19
•51	29	20

✓ AMBULATÓRIO

Faixa Etária	
0 - 10	1.218
11 - 20	767
21 - 30	736
31 - 40	463
41 - 50	316
•51	174

✓ REGIÕES ATINGIDAS

		Cabeça	339
	Masculino	Tronco	883
	Feminino	MMSS	1.231
		MMII	1.335
Agente Etiológico (Causador)			
	Líquidos Quentes		1.808
	Superfícies Quentes (moto, forno, ferro, etc.)		652
	Líquidos Inflamáveis (álcool, gasolina, etc.)		286
	Chamas (fogo com chama - calor)		357
	Choque Elétrico		400
	Radiações (sol, etc.)		29
	Gás Butano (gazes)		56
	Químicas		44
	Pólvora		42

- ✓ N.º DE CIRURGIAS: 423
- ✓ N.º DE ÓBITOS: 28

- ✓ N.º DE PACIENTES ATENDIDOS 1º VEZ: 3.851
- ✓ N.º DE CURATIVOS E ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES: 14.400
- ✓ PACIENTES INTERNADOS (QUEIMADO AGUDO E SEQUELAS): 715

	Feminino	Masculino
Total	84	183
Faixa Etária		
0 - 10	41	81
11 - 20	07	18
21 - 30	10	28
31 - 40	10	31
41 - 50	08	12
•51	08	13

✓ **AMBULATÓRIO**

✓ **REGIÕES ATINGIDAS**

Faixa Etária

0 - 10	1.350
11 - 20	724
21 - 30	620
31 - 40	482
41 - 50	395
•51	279

Masculino	1.875	Cabeça	405
Feminino	1.975	Tronco	872
		MMSS	1.340
		MMII	1.347

	Líquidos Quentes	122
	Superfícies Quentes (moto, forno, ferro, etc.)	10
Agente Etiológico	Líquidos Inflamáveis (álcool, gasolina, etc.)	78
(Causador)	Chamas (fogo com chama - calor)	26
	Choque Elétrico	28
	Radiações (sol, etc.)	-
	Gás Butano (gazes)	-
	Químicas	03
	Pólvora	-

- ✓ N.º DE CIRURGIAS: 533
- ✓ N.º DE ÓBITOS: 25
- ✓ N.º DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: 10

✓ N.º DE PACIENTES ATENDIDOS 1º VEZ

✓ AMBULATÓRIO: 284

✓ INTERNADOS: 23

✓ N.º DE CURATIVOS E ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES: 1.420

✓ PACIENTES INTERNADOS (QUEIMADO AGUDO E SEQUELAS)

	Feminino	Masculino
Total	-	-
Faixa Etária		
0 – 10	04	07
11 – 20	01	05
21 – 30	-	01
31 – 40	01	-
41 – 50	02	01
•51	01	01

✓ AMBULATÓRIO

✓ REGIÕES ATINGIDAS

Faixa Etária

0 – 10	02
11 – 20	50
21 – 30	61
31 – 40	55
41 – 50	29
•51	17

Masculino  
Feminino

Cabeça	20
Tronco	81
MMSS	98
MMII	99

Ambulatório Internados

Líquidos Quentes	114	11
Superfícies Quentes (moto, forno, ferro, etc.)	38	-
Agente Etiológico Líquidos Inflamáveis (álcool, gasolina, etc.)	19	05
(Causador) Chamas (fogo com chama – calor)	32	05
Choque Elétrico	37	02
Radiações (sol, etc.)	09	-
Gás Butano (gazes)	18	-
Químicas	12	-
Pólvora	05	-

✓ N.º DE CIRURGIAS: 47

✓ N.º DE ÓBITOS: 1

✓ N.º DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: 1

## FEVEREIRO DE 2001

- ✓ N.º DE PACIENTES ATENDIDOS 1º VEZ:
  - ✓ AMBULATÓRIO: 221
  - ✓ INTERNADOS: 19
- ✓ N.º DE CURATIVOS E ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES: 1.105
- ✓ PACIENTES INTERNADOS (QUEIMADO AGUDO E SEQUELAS):

Total	Feminino	Masculino
Faixa Etária		
0 – 10	03	04
11 – 20	02	02
21 – 30	-	-
31 – 40	-	03
41 – 50	-	02
•51	03	-

### ✓ AMBULATÓRIO

Faixa Etária

0 – 10	69
11 – 20	41
21 – 30	37
31 – 40	30
41 – 50	30
•51	14

### ✓ REGIÕES ATINGIDAS

Cabeça	15
Tronco	74
MMSS	80
MMII	83

Agente Etiológico (Causador)		Ambulatório	Internados
Líquidos Quentes		103	09
Superfícies Quentes (moto, forno, ferro, etc.)		35	-
Líquidos Inflamáveis (álcool, gasolina, etc.)		21	06
Chamas (fogo com chama – calor)		25	04
Choque Elétrico		17	-
Radiações (sol, etc.)		05	-
Gás Butano (gazes)		08	-
Químicas		07	-
Pólvora		-	-

- ✓ N.º DE CIRURGIAS: 30
- ✓ N.º DE ÓBITOS: 04
- ✓ N.º DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: 02

✓ N.º DE PACIENTES ATENDIDOS 1º VEZ:

✓ AMBULATÓRIO: 321

✓ INTERNADOS: 31

✓ N.º DE CURATIVOS E ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES: 1.105

✓ PACIENTES INTERNADOS (QUEIMADO AGUDO E SEQUELAS):

Total	Feminino	Masculino
Faixa Etária		
0 – 10	09	09
11 – 20	03	01
21 – 30	02	01
31 – 40	-	02
41 – 50	-	02
•51	02	-

✓ AMBULATÓRIO

Faixa Etária

0 – 10

99

11 – 20

61

21 – 30

52

31 – 40

45

41 – 50

40

•51

24

✓ REGIÕES ATINGIDAS

Cabeça

26

Tronco

98

MMSS

110

MMII

125

Ambulatório Internados

Líquidos Quentes

123

19

Superfícies Quentes (moto, forno, ferro, etc.)

45

-

Agente Etiológico

Líquidos Inflamáveis (álcool, gasolina, etc.)

31

04

(Causador)

Chamas (fogo com chama – calor)

38

04

Choque Elétrico

29

04

Radiações (sol, etc.)

10

-

Gás Butano (gazes)

18

-

Químicas

17

-

Pólvora

10

-

✓ N.º DE CIRURGIAS: 43

✓ N.º DE ÓBITOS: 01

✓ N.º DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: 01

✓ N.º DE PACIENTES ATENDIDOS 1º VEZ:

✓ AMBULATÓRIO: 236

✓ INTERNADOS: 26

✓ N.º DE CURATIVOS E ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES: 1.180

✓ PACIENTES INTERNADOS (QUEIMADO AGUDO E SEQUELAS):

Total	Feminino	Masculino
Faixa Etária		
0 – 10	05	09
11 – 20	01	03
21 – 30	-	01
31 – 40	-	03
41 – 50	01	01
•51	-	02

✓ AMBULATÓRIO

Faixa Etária

0 – 10	62
11 – 20	58
21 – 30	47
31 – 40	33
41 – 50	20
•51	16

✓ REGIÕES ATINGIDAS

Cabeça	16
Tronco	68
MMSS	79
MMII	88

Masculino 121  
Feminino 115

Ambulatório Internados

Líquidos Quentes	100	14
Superfícies Quentes (moto, forno, ferro, etc.)	43	-
Agente Etiológico Líquidos Inflamáveis (álcool, gasolina, etc.)	29	09
(Causador) Chamas (fogo com chama – calor)	27	01
Choque Elétrico	18	02
Radiações (sol, etc.)	-	-
Gás Butano (gazes)	15	-
Químicas	2	-
Pólvora	2	-

✓ N.º DE CIRURGIAS: 41

✓ N.º DE ÓBITOS: 01

✓ N.º DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: 01

- ✓ N.º DE PACIENTES ATENDIDOS 1º VEZ:
  - ✓ AMBULATÓRIO: 243
  - ✓ INTERNADOS: 27
- ✓ N.º DE CURATIVOS E ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES: 1.105
- ✓ PACIENTES INTERNADOS (QUEIMADO AGUDO E SEQUELAS):

Total	Feminino	Masculino
Faixa Etária		
0 – 10	05	05
11 – 20	01	02
21 – 30	-	03
31 – 40	02	03
41 – 50	-	01
•51	01	04

✓ AMBULATÓRIO

Faixa Etária	
0 – 10	77
11 – 20	53
21 – 30	45
31 – 40	33
41 – 50	23
•51	12

✓ REGIÕES ATINGIDAS

Masculino	133	Cabeça	19
Feminino	110	Tronco	69
		MMSS	79
		MMII	94

Agente Etiológico (Causador)		Ambulatório	Internados
Líquidos Quentes		131	16
Superfícies Quentes (moto, forno, ferro, etc.)		27	-
Líquidos Inflamáveis (álcool, gasolina, etc.)		15	08
Chamas (fogo com chama – calor)		22	01
Choque Elétrico		30	02
Radiações (sol, etc.)		-	-
Gás Butano (gazes)		18	-
Químicas		-	-
Pólvora		-	-

- ✓ N.º DE CIRURGIAS: 46
- ✓ N.º DE ÓBITOS: 02
- ✓ N.º DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: 01

## JUNHO DE 2001

- ✓ N.º DE PACIENTES ATENDIDOS 1º VEZ:
  - ✓ AMBULATÓRIO: 288
  - ✓ INTERNADOS: 28
- ✓ N.º DE CURATIVOS E ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES: 1.440
- ✓ PACIENTES INTERNADOS (QUEIMADO AGUDO E SEQUELAS):

Total	Feminino	Masculino
Faixa Etária		
0 – 10	05	08
11 – 20	-	02
21 – 30	01	07
31 – 40	-	02
41 – 50	-	01
•51	-	02

### ✓ AMBULATÓRIO

Faixa Etária	
0 – 10	100
11 – 20	37
21 – 30	59
31 – 40	49
41 – 50	19
•51	24

### ✓ REGIÕES ATINGIDAS

Agente Etiológico (Causador)	Ambulatório		Internados	
	Masculino	Feminino		
Líquidos Quentes	155	133	Cabeça	20
Superfícies Quentes (moto, forno, ferro, etc.)			Tronco	78
Líquidos Inflamáveis (álcool, gasolina, etc.)			MMSS	98
Chamas (fogo com chama – calor)			MMII	107
Choque Elétrico				
Radiações (sol, etc.)				
Gás Butano (gazes)				
Químicas				
Pólvora				

- ✓ N.º DE CIRURGIAS: 51
- ✓ N.º DE ÓBITOS: 01
- ✓ N.º DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: 00



✓ N.º DE PACIENTES ATENDIDOS 1º VEZ:

✓ AMBULATÓRIO: 258

✓ INTERNADOS: 29

✓ N.º DE CURATIVOS E ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES: 1.290

✓ PACIENTES INTERNADOS (QUEIMADO AGUDO E SEQUELAS):

Total	Feminino	Masculino
Faixa Etária		
0 – 10	06	09
11 – 20	-	01
21 – 30	01	04
31 – 40	02	01
41 – 50	-	02
•51	02	01

✓ **AMBULATÓRIO**

✓ **REGIÕES ATINGIDAS**

Faixa Etária

0 – 10	89
11 – 20	32
21 – 30	54
31 – 40	46
41 – 50	16
•51	21

Masculino	138	Cabeça	17
Feminino	120	Tronco	73
		MMSS	98
		MMII	99

Ambulatório Internados

Líquidos Quentes	132	16
Superfícies Quentes (moto, forno, ferro, etc.)	43	-
Líquidos Inflamáveis (álcool, gasolina, etc.)	18	06
Chamas (fogo com chama – calor)	18	02
Choque Elétrico	19	05
Radiações (sol, etc.)	01	-
Gás Butano (gazes)	06	-
Químicas	08	-
Pólvora	13	-

✓ N.º DE CIRURGIAS: 60

✓ N.º DE ÓBITOS : 03

✓ N.º DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: 00

- ✓ N.º DE PACIENTES ATENDIDOS 1º VEZ:
  - ✓ AMBULATÓRIO: 259
  - ✓ INTERNADOS: 14
- ✓ N.º DE CURATIVOS E ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES: 1.295
- ✓ PACIENTES INTERNADOS (QUEIMADO AGUDO E SEQUELAS):

Total	Feminino	Masculino
Faixa Etária		
0 – 10	02	06
11 – 20	-	-
21 – 30	01	01
31 – 40	-	-
41 – 50	01	-
•51	03	-

**✓ AMBULATÓRIO**

Faixa Etária	
0 – 10	74
11 – 20	45
21 – 30	41
31 – 40	43
41 – 50	27
•51	29

**✓ REGIÕES ATINGIDAS**

	Cabeça	25
	Tronco	59
	MMSS	107
	MMII	117

Agente Etiológico (Causador)		Ambulatório	Internados
Líquidos Quentes		160	05
Superfícies Quentes (moto, forno, ferro, etc.)		42	-
Líquidos Inflamáveis (álcool, gasolina, etc.)		16	05
Chamas (fogo com chama – calor)		19	03
Choque Elétrico		12	01
Radiações (sol, etc.)		-	-
Gás Butano (gazes)		04	-
Químicas		04	-
Pólvora		02	-

- ✓ N.º DE CIRURGIAS: 61
- ✓ N.º DE ÓBITOS : 02
- ✓ N.º DE TENTATIVAS DE SUICIDIO: 03



## CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS

### 1. Justificativa

O Centro de Tratamento de Queimados – CTQ é a unidade do Instituto Dr. José Frota responsável pelo atendimento e tratamento de pacientes queimados. Funciona no 7º andar do Instituto José Frota, em área de 1 400m<sup>2</sup> dispondo de 30 leitos, sala de cirurgia e Unidade de Terapia Intensiva.

Inaugurado em novembro de 1993, conta com uma equipe multidisciplinar de 140 profissionais e é o único centro especializado no tratamento de queimados, desde o Acre até Pernambuco. As ações que desenvolve são consideradas pelo Ministério da Saúde como *serviços de alta complexidade*.

Para possibilitar pronto atendimento à população o CTQ mantém uma linha telefônica especial, o *disque queimado: 255.5060*.

O Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota, em Fortaleza, é tido, hoje, com um centro de excelência no tratamento das queimaduras, no Brasil, tendo tal posição internacionalmente reconhecida. Dotado de modernos equipamentos e dispondo de uma equipe multidisciplinar altamente especializada, o Centro no ano 2 000 recebeu 3 850 pacientes, dos quais cerca 485 sofreram internação. Nos pacientes hospitalizados e naqueles acompanhados ambulatorialmente, foram realizados 13 834 curativos. Os pacientes atendidos, ainda no ano 2 000, cerca de 1 350 (35%) pertenciam à faixa etária de 0 – 12 anos. Os agentes causadores principais de tais acidentes em crianças, foram líquidos aquecidos (40%) e o local mais freqüente onde aconteceram as queimaduras foi o ambiente domiciliar. Salientamos a alta incidência de tentativas de suicídio, alcançando, no ano passado, o numero de 106 pacientes.

A depender da extensão e profundidade da agressão térmica, os danos causados – além do sofrimento físico que ocasionam – podem determinar variados graus de morbidade, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes. Nos grandes queimados o quadro é quase sempre exacerbado pela manifestação de conseqüências de extrema gravidade, gerando seqüelas estéticas, psíquicas e funcionais que podem incapacitar o paciente para o exercício profissional e para o desenvolvimento de suas atividades de vida diária.

Salienta-se o elevado custo financeiro do tratamento do queimado, o qual supera em muito os valores do tratamento do paciente de uma UTI, pois além do tratamento inicial em caráter de urgência para salvar a vida do acidentado, mercê do brutal desequilíbrio que surge minutos após o acidente envolvendo o metabolismo hídrico e de elementos químicos essenciais à vida, temos de considerar a penosa e estressante conduta subsequente de livrar ou diminuir a incidência das terríveis seqüelas deformantes. Apesar de todo empenho de uma equipe multidisciplinar atuando vinte e quatro horas por dia, o período de internamento de tais pacientes é por demais prolongado, superando, no grande queimado, 35 dias de hospitalização.

Assim, a direção e a equipe de profissionais do CTQ têm plena consciência de que não basta à instituição ser eficiente e eficaz no tratamento de queimados; é de fundamental importância, também, que seja capaz de atuar, com propriedade, na prevenção das queimaduras.

## **2. Objetivo**

Para tanto, concebeu uma *Campanha de Prevenção de Queimaduras*, que tem como objetivo básico alertar a população para os riscos a que está exposta no que se relaciona às principais causas de queimaduras e esclarece-la sobre a forma de evitá-las. Saliente-se que a população de baixo nível financeiro é a mais atingida por queimaduras, tornando-se patente a necessidade dela ter acesso a tais informações. Urge que o grito de alerta seja dado, pois somente assim muitos acidentes serão evitados, livrando-se tantas famílias da consideração de acompanhar um ente querido na via crucis do tratamento da queimadura.

A disseminação da informação foi processada em Fortaleza e nas principais cidades do interior cearense envolvendo a população como um todo e, especificamente, escolas e organizações comunitárias.

## **3. Estrutura Básica da Campanha**

O desenvolvimento da Campanha dar-se-á em três etapas, sendo a primeira de **lançamento (choque)**, a segunda de **manutenção** e a terceira de **consolidação**.

A etapa de **choque** foi realizada em junho de 2001 e abrangerá ações segundo quatro grandes linhas, a saber: i) lançamento da campanha; ii) veiculação nos meios de comunicação; iii) apresentação de grupo teatral; iv) pontos informativos na cidade.

### **Lançamento da Campanha**

Foi levado ao conhecimento da população as razões e objetivos da Campanha de Prevenção de Queimaduras. Autoridades constituídas e nomes de projeção dos diversos segmentos da sociedade se manifestaram sobre a iniciativa.

### **Veiculação nos Meios de Comunicação**

Durante o período de duração da campanha foram feitas inserções de mensagens nas emissoras de rádio e televisão e veiculados anúncios em jornais. Buscou-se, igualmente, viabilizar, nesses meios de comunicação, a divulgação de entrevistas com dirigentes e especialistas do CTQ. Durante o período de duração da Campanha, foram utilizados 40 bus doors (durante 90 dias), além de 40 out doors (15 dias) em pontos estratégicos de Fortaleza, divulgando a Campanha.

### **Apresentação de Grupo Teatral**

É outra maneira de despertar o interesse da população para a importante finalidade da campanha. O grupo se apresentou em locais e horários previamente determinados.

## **Pontos Informativos da Cidade**

Locais de grande afluência da população foram visitados por profissionais engajados na Campanha, inclusive grupo teatral, chamando a atenção de todos do perigo das queimaduras e de como prevenir tais acidentes. Cartilhas informativas foram distribuídas. Visitamos shoppings, praias, praças, terminais de ônibus, etc.

As peças que constituem a campanha são as seguintes:

- 40 out doors
- 220 000 cartilhas
- 20 000 folders
- 10 000 cartazes
- 01 vídeo interativo (desenho animado)
- 01 vídeo informativo (teatral)
- 06 vídeos para a televisão
- 04 spots de rádio
- anúncios de jornal
- 1 000 camisas alusivas à campanha
- 10 banners
- 40 bus doors durante 3 meses.

A etapa de **manutenção** se prolongará de maneira ininterrupta de agosto 2001 a junho de 2002 e consistirá na realização de palestras, exibição de vídeos e distribuição de cartilhas.

Serão realizadas reuniões em escolas públicas, comunidades, associações de bairros, centro comunitários, favelas, etc. Nessas reuniões, integrantes da equipe profissional do CTQ farão exposições sobre as principais causas de queimaduras e suas conseqüências, bem como sobre os cuidados que se deve ter para evitá-las. As exposições serão apoiadas com a exibição de recursos audiovisuais e concluídas com uma sessão de perguntas e respostas. Nas escolas, as reuniões serão desenvolvidas em duas etapas: uma com professores e outra com os alunos. Em todas as apresentações serão distribuídas cartilhas ilustrativas, mostrando os diversos momentos propícios para os acidentes com queimaduras. Deverá ser distribuída, igualmente, em sinais de trânsito, no Dia Nacional de Queimaduras (26 de maio).

A etapa de **consolidação** será levada a efeito em maio e junho de 2002, com previsão de 15 dias na mídia e 2 meses de palestras informativas e educativas.

Após cada etapa, será feito um criterioso estudo sobre os resultados da Campanha.

A Campanha de Prevenção de Queimaduras obteve o 1º lugar no Estado do Ceará no ano de 2001. A Campanha foi apresentada em alguns Estados, bem como no Chile e França. A Regional do Ceará cedeu direitos autorais a Sociedade Brasileira de Queimaduras para que todas as outras Regionais possam usar em seu Estado e Padronizar a Campanha.

## **4. Equipe**

**Promoção:** *Sociedade Brasileira de Queimaduras – Regional do Ceará.*

**Coordenador:** *Dr. Edmar Maciel Lima Júnior.*

*Dr. Paulo Régis Teixeira.*

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS**

Rua 3, nº 301, Setor Oeste  
Goiânia - GO Brasil 74115-050

Telefax: 55 62 223-3637

e-mail: [sbq@internacional.com.br](mailto:sbq@internacional.com.br)

Site: [www.sbqueimaduras.com.br](http://www.sbqueimaduras.com.br)

**PROPOSTA DE FILIAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_  
Categoria: Titular ( ) R\$ 80,00 (médicos)  
Afiliação: Afiliado ( ) R\$ 40,00 (não médicos, mas envolvidos com prevenção ou tratamento de queimaduras ou pessoas ainda universitárias)  
Afiliação: Afiliação Institucional ( ) R\$ 800,00 (instituições)  
Cheque nº: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Endereço para correspondência:**  
Rua/Av.: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Apto.: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Residência: \_\_\_\_\_  
Consultório: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Ano de formatura: \_\_\_\_\_  
Registro no Conselho Regional de: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Especialidade: \_\_\_\_\_  
Títulos: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_  
Nome do chefe do serviço: \_\_\_\_\_  
Endosso por dois membros fundadores da categoria (ou presidente + um membro da diretoria regional):  
1 - Nome: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2 - Nome: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS (SEDE CEARÁ)**

Av. Senador Virgílio Távora, 1901 Sala 601 - Aldeota

Fortaleza - CE Brasil 60.170-251

Telefax: 55 85 244-4956

e-mail: [edmarmacielsbq@hotmail.com](mailto:edmarmacielsbq@hotmail.com)

**OBS.: A ficha de filiação devidamente preenchida poderá ser remetida via correia para endereço acima, juntamente com cheque nominal à SBQ no valor correspondente à sua filiação ou comprovante de depósito no Banco Real Ag. 0132/Conta 8730094.**

**The International Societ for Burn Injuries**

**Membership Application 2000**

“A filiação à Sociedade Internacional de Queimaduras está aberta a todas as pessoas interessadas em melhorar o tratamento de queimaduras internacional e promover a educação em queimaduras”.

Nome Completo e Título: _____ (como você deseja que apareça no certificado)	
Endereço Completo: _____	Fax: 55 _____
_____	Fone: 55 _____
Cidade: _____	Estado: _____
CEP.: _____	Brasil
Assinatura: _____	

Profissão (sublinhe): MD (médico), PhD, RN (enfermeiro/a), OT (terapeuta ocupacional), PT (fisioterapeuta), MSW (assistente social), RD (nutricionista), Industry Rep. (Indústria, comércio), PARAMEDIC (paramédico), BURN PATIENT (paciente), LAY PERSON (pessoa leiga).

**Médicos: US \$ 50,00, todas as outras categorias: US \$ 30,00.**

Autorizo o débito em meu cartão de crédito internacional:

Cartão: \_\_\_\_\_

Nº do cartão: \_\_\_\_\_ Data de expiração: \_\_\_\_\_

Nome do cartão: \_\_\_\_\_ Valor a cobrar: \_\_\_\_\_

**Enviar para: Nelson Sarto Piccolo**

**Representante para as Américas, ISBI**

**Fax: (62) 225-8603 / 229-4424**

# Sulfadiazina de Prata 1% Micronizada com a garantia e qualidade Laclean.



Indicado na prevenção e tratamento de feridas com grande potencial de sepse-queimaduras, úlceras varicosas, escaras de decúbito e feridas cirúrgicas infectadas. Ação profilática contra infecções em cateterismos venosos e arteriais.

- Não irritante à pele e mucosas
- Facilmente removido com água
- Espalha-se facilmente, sem provocar dor
- Não adere à gases e roupas de cama
- Hipoalergênico
- Testado dermatologicamente

## DermaClean®

**LACLEAN**

LABORATÓRIO CLEANFAR LTDA. Rua João Borba Maranhão, 02, Porto da Madeira - Beberibe - Recife - PE - CEP: 52130-352  
Fone: (81) 3443.3457 e-mail: laclean@terra.com.br





**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ**  
**UNIVERSIDADE DE FORTALEZA**  
ENSINANDO E APRENDENDO