

CAPÍTULO 11

FERIMENTOS, CURATIVOS E BANDAGENS

1. Introdução

Ferimento é qualquer lesão ou perturbação produzida em qualquer tecido por um agente externo, físico ou químico.

Os agentes capazes de produzir um ferimento podem ser físicos (mecânico, elétrico, irradiante e térmico) e químicos (ácidos ou álcalis).

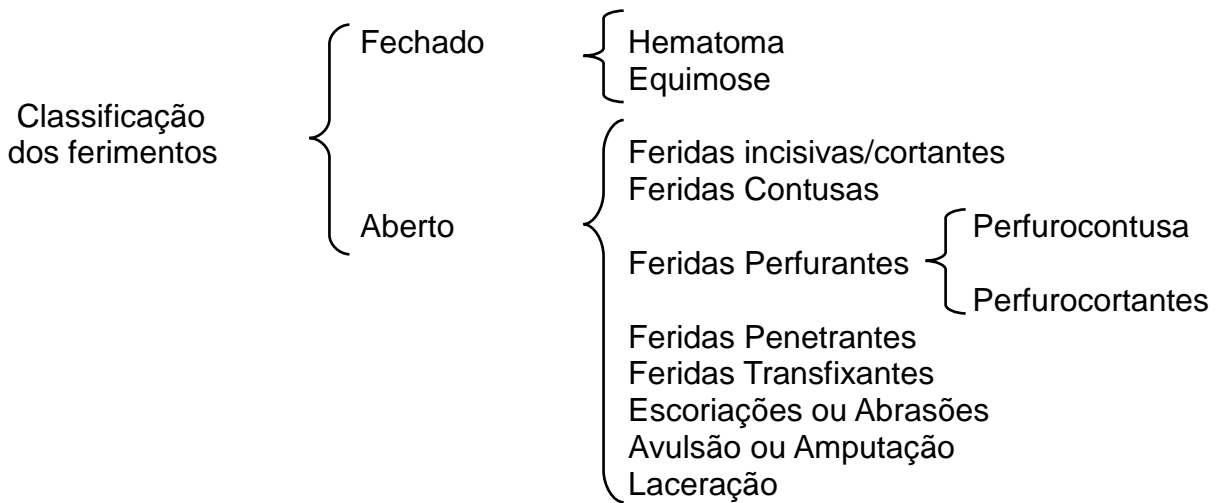
Os traumatismos causados por agentes químicos e por agentes físico-térmicos serão tratados em outro capítulo.

Este capítulo se limita aos traumatismos produzidos por agentes físicos mecânicos.

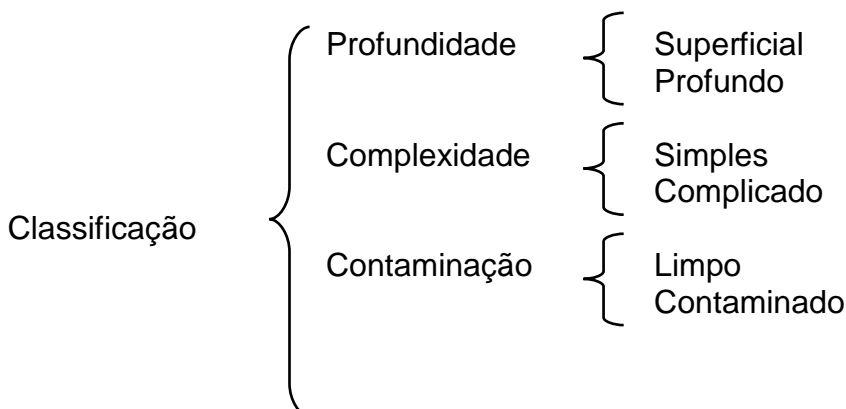


Fig 11.7 – Ferida transfixante

Fig 11.8 – Ferida transfixante



Os ferimentos podem variar conforme a profundidade, complexidade, contaminação e natureza do agente agressor classificando-se conforme indicado abaixo:



Natureza do Agente Agressor {
Agentes Físicos
Agentes Químicos

Tabela 11.1 Classificação dos Ferimentos	
Profundidade	
Superficiais	Profundos
Envolvem pele, tecido subcutâneo e músculos	Atingem estruturas profundas ou nobres, como nervos, tendões, vasos calibrosos, ossos e vísceras
Complexidade	
Simples	Complicado
Sem perda tecidual, sem contaminação ou corpo estranho	Há perda tecidual. Ex.: esmagamento, queimaduras, avulsão, deslocamento de tecidos ou implantação de corpo estranho
Contaminação	
Limpo	Contaminado
Sem presença de resíduos ou sujidade. Ex.: ferida cirúrgica	Presença de sujidade, corpo estranho ou microorganismo patogênico
Natureza do Agente Agressor	
Agentes físicos	Agentes químicos
Mecânico, elétrico, irradiante, térmico	Queimaduras por agentes térmicos e químicos (cáusticos e álcalis)

2. Classificação Geral dos Ferimentos

2.1. Ferimentos Fechados

São os ferimentos onde não existe solução de continuidade da pele, a pele se mantém íntegra. Podendo ser classificada em:

☞ **Contusão:** lesão por objeto contundente que danifica o tecido subcutâneo subjacente, sem romper a pele.

☞ **Hematoma:** extravasamento de sangue no subcutâneo com formação de coleção (aumento de volume), pela ruptura de veias e arteríolas, consequência de uma contusão. Quando localizado no couro cabeludo, é o hematoma subgaleal.

☞ **Equimose:** extravasamento de sangue no

☞



Fig 11.2 – Equimose

⌘ subcutâneo sem formação de coleção, conseqüência da ruptura de capilares.

2.2. Ferimentos Abertos

São os ferimentos que rompem a integridade da pele, expondo tecidos internos, geralmente com sangramento. Também são denominados feridas.

As feridas são traumas de alta ou baixa energia, decorrentes da superfície de contato do agente vulnerante. Segundo este conceito, as feridas podem ser classificadas em:

⌘ **Incisivas/cortantes:** produzidas por agentes vulnerantes cortantes, afiados, capazes de penetrar a pele (bisturi, faca, estilete etc), produzindo ferida linear com bordas regulares e pouco traumatizadas.



Fig 11.3 – Ferida incisiva

⌘ **Contusas:** causadas por objetos com superfície romba (instrumento cortante não muito afiado - pau, pedra, soco etc.), capazes de romper a integridade da pele, produzindo feridas com bordas traumatizadas, além de contusão nos tecidos arredores. São as feridas cortocontusas.



Fig 11.4 – Ferida contusa

⌘ **Perfurantes:** o objeto que as produz a ferida é geralmente fino e pontiagudo, capaz de perfurar a pele e os tecidos subjacentes, resultando em lesão cutânea puntiforme ou linear, de bordas regulares ou não. As feridas perfurantes podem ser:

⌘ **Perfurocontusas:** ocorre quando o objeto causador da ferida é de superfície romba (ferimento por arma de fogo);



Fig 11.5 – Feridas perfurantes

⌘ **Perfurocortantes:** quando o agente vulnerante possui superfície de contato laminar ou pontiagudo (ferimento causado por arma branca - faca, estilete, adaga).

⌘ **Penetrante:** quando o agente vulnerante atinge uma cavidade natural do organismo, geralmente tórax ou abdômen. Apresenta formato externo variável, geralmente linear ou puntiforme.



Fig 11.6 – Ferida perfurocontusa

⌘ **Transfixante:** este tipo de lesão constitui uma variedade de ferida que pode ser perfurante ou penetrante; o objeto vulnerante é capaz de penetrar e atra

vessar os tecidos ou determinado órgão em toda a sua espessura saindo na outra superfície. Pode-se utilizar como exemplo as feridas causadas por projétil de arma de fogo, que são feridas perfurocontusas, podendo ser penetrantes e/ou transfixantes. As ferida transfixantes possuem:

✘ Orifício de Entrada: ferida circular ou oval, geralmente pequena, com bordas trituradas e com orla de detritos deixada pelo projétil (pólvora, fragmentos de roupas).

✘ Orifício de Saída: ferida geralmente maior, com bordas irregulares, voltadas para fora.

✘ **Escoriações ou abrasões:** produzidas pelo atrito de uma superfície áspera e dura contra a pele, sendo que somente esta é atingida. Frequentemente contém partículas de corpo estranho (cinza, graxa, terra).

✘ **Avulsão ou amputação:** ocorre quando uma parte do corpo é cortada ou arrancada (membros ou parte de membros, orelhas, nariz etc.).

✘ **Lacerações:** quando o mecanismo de ação é uma pressão ou tração exercida sobre o tecido, causando lesões irregulares. Os exemplos são inúmeros.



Fig 11.9 – Escoriação



Fig 11.10 – Avulsão



Fig 11.11 – Laceração

3. Cuidados para com as Vítimas de Ferimentos

O atendimento pré-hospitalar dos ferimentos visa a três objetivos principais:

- ✘ Proteger a ferida contra o trauma secundário;
- ✘ Conter sangramentos;
- ✘ Proteger contra infecção.

Na fase pré-hospitalar deve-se evitar perder tempo em cuidados excessivos com os ferimentos que não sangram ativamente e não atingem os planos profundos. Estes

cuidados retardam o transporte ao hospital, o que pode agravar o estado geral dos pacientes com lesões internas associadas.

No atendimento à vítima com ferimentos deve-se seguir os seguintes passos e cuidados:

1) Controle do ABC é a prioridade como em qualquer outra vítima de trauma. Ferimentos com sangramento importante exigem controle já no passo C.

2) Avaliação do ferimento, informando-se sobre a natureza e a força do agente causador, de como ocorreu a lesão e do tempo transcorrido até o atendimento.

3) Inspeção da área lesada, que deve ser cuidadosa. Pode haver contaminação por presença de corpo estranho e lesões associadas. O ferimento deve ser exposto e, para isto, pode ser necessário cortar as roupas da vítima; evite movimentos desnecessários com a mesma.

4) Limpeza da superfície do ferimento para a remoção de corpos estranhos livres e detritos; utilizar uma gaze estéril para remoção mecânica delicada e, algumas vezes, instilação de soro fisiológico, sempre com cautela, sem provocar atrito. Não perder tempo na tentativa de limpeza geral da lesão, isto será feito no hospital. Objetos impalados não devem ser removidos, mas sim imobilizados para que permaneçam fixos durante o transporte.

5) Proteção da lesão com gaze estéril que deve ser fixada no local com bandagem triangular ou, se não estiver disponível, utilizar atadura de crepe.

4. Cuidados nos Diversos Tipos de Ferimentos

☞ **Nas escoriações**, é comum a presença de corpo estranho (areia, graxa, resíduos de asfalto etc.), fazer a tentativa de remoção conforme descrito anteriormente; em seguida, cubra a área escoriada com gaze estéril fixando-a no local com atadura ou bandagem triangular.

☞ **Nas feridas incisivas**, aproximar e fixar suas bordas com um curativo compressivo, utilizando atadura ou bandagem triangular.

☞ **Nas feridas lacerantes**, controlar o sangramento utilizando os métodos de pressão direta e/ou elevação do membro, proteger com uma gaze estéril firmemente pressionada. Lesões graves podem exigir a imobilização da parte afetada.

☞ **Nas avulsões e amputações**, os cuidados de emergência requerem, além do controle de sangramento, todo o esforço da equipe de socorro para preservar a parte amputada. No caso de retalhos de pele, recoloca-lo na posição normal delicadamente, após a limpeza da superfície; em seguida, fazer o curativo. Partes do corpo amputadas devem ser colocadas em bolsa plástica seca, estéril,

selada e se possível resfriada (jamais congelar), que deve acompanhar o paciente até o hospital.

☞ **Nas feridas perfurantes**, por arma de fogo, devem ter os orifícios de entrada e saída do projétil igualmente protegidos. Arma branca que permanece no corpo não deve ser removida e sim fixada para que permaneça imobilizada durante o transporte, pois a retirada pode agravar o sangramento.

☞ **Ferimentos em cabeça, tórax e abdome** exigem atenção redobrada pela equipe de socorro pelo risco de comprometer as funções vitais (nível de consciência, respiração e circulação). Quando na cabeça, não pressionar a área atingida sob risco de lesão de cérebro por extremidades ósseas fraturadas. Ferimentos penetrantes em tórax podem comprometer o mecanismo da respiração pela entrada de ar na cavidade pleural; o curativo deve ser oclusivo sendo que um dos lados do mesmo não é fixado (três pontas).

☞ **Nas eviscerações** (saída de vísceras abdominais pelo ferimento) não tentar recolocar os órgãos para dentro da cavidade abdominal; cobrir com plástico esterelizado próprio para este fim ou compressas úmidas (embebidas em soro fisiológico).

Conforme a análise do mecanismo que produziu a lesão, característica do ferimento (profundo, complicado), a região do corpo atingido (cabeça, pescoço, tórax e abdome) e o grau de sangramento o médico deve ser acionado caso não esteja presente no local do acidente.

5. Resumo do Atendimento à Vítima de Ferimento

- 1) Controle do ABC e análise do mecanismo de lesão.
- 2) Expor o ferimento para inspeção.
- 3) Controle do sangramento.
- 4) Limpeza de superfície da lesão.
- 5) Proteção com gaze estéril.
- 6) Bandagem triangular ou atadura de crepe para fixar a gaze. Certifique-se da presença de pulso distal após a colocação da bandagem porque pode estar muito apertada.
- 7) Mantenha a vítima imóvel, quando possível. Movimentos desnecessários podem precipitar ou aumentar sangramentos.
- 8) Conforte a vítima, informando os procedimentos adotados, assim ela se tranqüiliza e colabora com o atendimento.

9) Cuidados para choque hipovolêmico como: oxigênio, aquecimento e elevação de MMII nos ferimentos graves com sangramentos importantes.

10) Não retardar o transporte desnecessariamente.

6. Curativos e Bandagens

Curativos são procedimentos que consistem na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, com a finalidade de promover a hemostasia, cicatrização, bem como, prevenir contaminação e infecção.

Geralmente nos serviços pré-hospitalares os curativos são realizados com aplicação de gaze ou compressas cirúrgicas e fixadas com esparadrapo.

As bandagens são constituídas por peças de tecido em algodão crú, cortando em triângulo medindo: 1,20m X 1,20m x 1,70m, sendo utilizadas para:

- ⌘ Fixar curativos, cobrindo as compressas;
- ⌘ Imobilizar e apoiar seguimentos traumatizados;
- ⌘ Promover hemostasia (conter sangramentos).

As bandagens mais freqüentemente usadas são as triangulares e as em rolo.

Qualquer que seja o tipo, conforto da vítima e a segurança do curativo dependem da sua correta aplicação.

Uma bandagem desalinhada e insegura, além de útil, pode ser nociva.

A bandagem triangular pode ser dobrada para produzir uma espécie de gravata: Traga a ponta da bandagem para o meio da base do triângulo e faça dobras sucessivas até obter a largura desejada de acordo com a extensão da lesão a recobrir.

É importante salientar que a bandagem triangular não é estéril, portanto não deve ser utilizada para ocluir ferimentos abertos. Antes de fixá-la deve ser aplicada gaze ou compressa cirúrgica.

Um detalhe importante e que trás conforto à vítima refere-se à fixação da bandagem. O Socorrista deve sempre lembrar que a fixação (amarração) da bandagem não deve ser feita sobre o ferimento.



Fig 11.12 – Curativo



Fig 11.13 – Bandagem

7. Tipos de Bandagens

7.1. Bandagem para Cobrir Ferimentos em Crânio

7.1.1. Frontal



Fig 11.14 – Centralizá-la na testa. **Fig 11.15** – Cruzá-la no occipital. **Fig 11.16** – Fixá-la na frente

7.1.2. Bandagem Temporal ou Facial



11.17 – Centralizar

Fig 11.18 – Cruzar

Fig 11.19 – Fixar

Fig 11.20 – Fixar

Fig

7.1.3. Bandagem Aberta (tipo cazuza)



11.21 – Centralizar.

Fig 11.22 – Cruzar.

Fig 11.23 – Ajustar.

Fig 11.24 – Fixar.

Fig

7.1.4. Bandagem Aberta para Fixação em Vítima Deitada (baiana)



Fig 11.25 – Posicionar.



Fig 11.26 – Ajustar.



Fig 11.27 – Fixar.

7.2. Bandagem em Ombro



Fig 11.28 – Bandagem guia



Fig 11.29 – Ajuste no ombro



Fig 11.30 – Fixação.

7.3. Bandagem em Pescoço



Fig 11.31 – Fixar a guia.



Fig 11.32 – Bandagem.



Fig 11.33 – Ajustar.



Fig 11.34 – Fixar.

7.4. Bandagem em Tórax sem Guia



Fig 11.35 – Posicionar a bandagem no tórax.



Fig 11.36 – Fixação no dorso.

Fig

7.5. Bandagem em Tórax com Guia



11.37 – Posicionar a guia e a bandagem no tórax.



Fig

11.38 – Fixação proximo ao pescoço e no dorso

7.6. Bandagem em Coxa e/ou Glúteo



11.39 – Posicionar a guia e a bandagem.



Fig

11.40 – Fixação a bandagem na coxa.

7.7. Bandagem em Articulações



11.41 – Centralizar a bandagem na articulação.



Fig

11.42 – Ajustar e fixar a bandagem.

7.8. Bandagem em Mão



11.43 – Centralizar a bandagem na mão. punho.



Fig 11.44 – Ajustar e fixar a bandagem no

Fig

7.9. Bandagem Aberta em Mão



Fig 11.46 – Ajustar.



Fig 11.47 – Ajustar pontas.



Fig 11.45 – Posicionar.



11.49 – Fixar.



Fig 11.48 – Ajustar pressão.

Fig

7.10. Bandagens em Ossos Longos



Fig 11.50 – Centralizar bandagem. **Fig 11.51** – Ajustar.

Fig 11.52 – Fixar.

8. Bandagem em Rolo ou Atadura de Crepe

Usada com a mesma finalidade das bandagens triangulares, da mesma forma, exige habilidades específicas para sua colocação eficaz.

8.1. Atadura Circular

Usada para pescoço, tórax e abdômen. As voltas da atadura são aplicadas de maneira a que se sobreponham, não muito apertadas, de modo a não impedir a respiração.

8.2. Atadura Espiral

Utilizada em segmentos cilíndricos, como dedos, antebraço, braço, perna e coxa. Mais indicada que a circular nessas situações, porque apresenta maior aderência nessas regiões anatômicas.



Fig 11.53 – Atadura circular.



Fig 11.54 – Atadura no pescoço.



Fig 11.55 – Atadura em tórax.

Fig 11.56 – Atadura em ante

braço.



Fig 11.57 – Atadura no tórax

8.3. Atadura Cruzada ou "em Oito":

Utilizada para a fixação de curativos nas articulações.



11.58 – Atadura na articulação do cotovelo.

Fig 11.59 – Atadura na articulação do joelho.

9. Considerações no Utilização de Ataduras

☞ As ataduras ou bandagens devem ter aspecto agradável, proporcionando conforto e bem estar à vítima. Ao aplicar uma bandagem, observar o local e a extensão da lesão e as condições da circulação.

☞ As bandagens não devem ser muito apertadas para não impedir o afluxo e refluxo do sangue, pois isto pode provocar edema e/ou causar dores intensas. Entretanto, devem ficar firmes e indeslocáveis, adaptando-se às formas corporais.

☞ Na aplicação da bandagem, coloque o membro em posição funcional e evite contato entre duas superfícies cutâneas, para que não haja 'aderências e fricções.