



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA-LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ADRIELE MARQUES DE ANDRADE

**OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES ADULTOS
VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: Uma análise no Hospital Municipal de
Itaituba-PA**

Itaituba, PA
2018

ADRIELE MARQUES DE ANDRADE

**OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES ADULTOS
VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: Uma análise no Hospital Municipal de
Itaituba-PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Enf.^a Esp. Rosângela de Aguiar Rodrigues.

Itaituba, PA

2018

ADRIELE MARQUES DE ANDRADE

**OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES ADULTOS
VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: Uma análise no Hospital Municipal de
Itaituba-PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Enf.^a Esp. Rosangela de Aguiar Rodrigues.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação.

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação.

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação.

Resultado: _____ Média: _____

Data: ____ de fevereiro de 2018

A Deus por tudo que tens feito por mim, a minha família em especial a minha mãe Rosinete Marques e ao meu avô Mariano, pelo amor, carinho e estímulo que me ofereceram. Dedico-lhes essa conquista como gratidão.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor desta longa trajetória. Em memória ao meu avô Mariano Ribeiro de Lima, dedico-lhe todas as minhas conquistas, você foi essencial nesta longa trajetória, você foi o meu incentivo e hoje o motivo de mais uma vitória.

À minha família, pela confiança, amor e dedicação. Mãe o seu amor, cuidado e dedicação foi o meu alicerce durante todo esse percurso, você foi e sempre será o motivo de todas as minhas lutas e vitórias, obrigada por sempre caminhar lado a lado, me incentivando e acreditando em mim, a sua confiança me torna cada vez mais uma vencedora. Pai, sua presença significou segurança e a certeza de que eu não estou sozinha.

À minha tia Maria de Fátima pelo voto de confiança e dedicação a cada aditamento, obrigada por ter passado longas e barulhentas metamorfoses a cada semestre ao meu lado, não foi fácil mais nós vencemos, juntamente com o seu esposo tio Egídio, obrigado por terem percorrido esta longa caminhada lado a lado me incentivando e motivando.

À dona Rosinete e Tio Braz meu muito obrigado pelo resgate, o que seria da minha vida sem vocês, fui salva na repescagem.

Agradeço aos meus patrões pela compreensão, confiança e força no decorrer desta longa jornada.

À minha amiga Deiziane dos Santos por todos os momentos que passamos juntas, nos momentos bons nós vibramos juntas e nos momentos ruins nós servimos como alicerce e por fim nós conquistamos a nossa tão sonhada colação de grau, esse ainda não é o fim, é apenas o começo de uma longa caminhada, obrigada por ter percorrido uma parte deste trajeto ao seu lado, eu pedi uma amiga e Deus me deu uma irmã.

À minha orientadora professora Rosângela Aguiar, por seus ensinamentos e paciência ao longo das supervisões, fundamentais para a conclusão da dissertação. Agradeço pelo incentivo à pesquisa, pela compreensão, por acreditar em minhas potencialidades e pelo empenho no desenvolvimento deste trabalho que sem sua contribuição não teria o mesmo brilho. A você, minha imensa admiração.

Agradeço aos meus professores por seus ensinamentos ao longo do curso e a todos os meus colegas que me ajudaram ao longo desses anos.

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, a minha família, ao meu namorado Frank pelo seu amor, paciência, dedicação, companheirismo e confiança, agradeço as minhas irmãs Renata e Vanessa pela cumplicidade, amizade e todo amor e principalmente a minha princesa Manuely Vitória que mesmo tão pequeninha me encorajava a cada dia a seguir adiante, minha princesa o orgulho que você demonstra sentir por mim me sustenta de uma forma inexplicável, o meu melhor e maior presente é ter vocês ao meu lado.

Obrigada, Deus...

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer a mais bela das artes!

“Florence Nightingale”

RESUMO

O paciente queimado necessita de um cuidado muito especial, pois exigem uma equipe multidisciplinar especializada com habilidades para lidar com as respostas psicológicas do paciente e de seus familiares. As queimaduras são um dos problemas de saúde mais significativos no Brasil, com isso, o cuidado de enfermagem é essencial na recuperação desses pacientes. Nessa perspectiva, essa pesquisa teve como objetivo geral analisar o conhecimento e a conduta da equipe de enfermagem do Hospital Municipal de Itaituba frente ao atendimento a vítimas de queimaduras, nesse sentido buscou-se também, reunir informações com o propósito de responder a seguinte problemática: A equipe de enfermagem do HMI tem conhecimento sobre os aspectos gerais e a classificação das queimaduras? À luz do pesquisado observa-se que tanto os enfermeiros quanto os técnicos de enfermagem, têm um conhecimento profundo sobre o tema, não havendo diferenças nas falas de enfermeiros e técnicos de enfermagem, pois os mesmos abordam conceitos como: lesões na pele, agressões, traumas, agentes físicos, químicos, radioativos, eletricidade e sendo que as queimaduras mais recorrentes de internação hospitalar são por produtos químicos, água fervente e óleo quente. Foi motivo de arguição nesse estudo as dificuldades enfrentadas no dia a dia pelos mesmos, sendo destacada a falta de estrutura física e os aparatos técnicos para proporcionar melhor conforto, a sobrecarga de trabalho da equipe, também foi muita citada pelos participantes. Apesar de todos esses entraves, nota-se que são por meio de pequenas atitudes por parte dos profissionais, que é possível ocorrerem excelência da prática do cuidado acolhedor, uma conduta eficaz e um atendimento humanizado. Diante das evidências apresentadas, foi de suma relevância ouvir os dois lados da equipe de enfermagem: enfermeiros e técnicos, sendo possível conhecer as dificuldades que cada um enfrenta no dia a dia, como também perceber que apesar de todos os percalços, existem uma assistência de enfermagem permeada com respeito, ética, que visa proporcionar uma prestação de serviço com qualidade buscando apoiar, acolher, oferecer atenção e esclarecimento aos usuários, proporcionando alívio da dor, conforto emocional e psicológico.

Palavras-chave: Queimadura. Conhecimento. Enfermeiro.

ABSTRACT

The burned patient needs very special care because they require a specialized multidisciplinary team with skills to deal with the patient's and his family's psychological responses. Burns are one of the most significant health problems in Brazil, with this, nursing care is essential in the recovery of these patients. In this perspective, this research had as general objective to analyze the knowledge and the conduct of the nursing team of the Municipal Hospital of Itaituba regarding the attendance to victims of burns, in this sense we also sought to gather information with the purpose of answering the following problem: Does the HMI nursing team know about the general aspects and classification of burns? In the light of the researcher, it is observed that both nurses and nursing technicians have a thorough knowledge of the subject, and there are no differences in nurses 'and nursing technicians' statements, since they address concepts such as: skin lesions, aggressions, traumas, physical agents, chemicals, radioactive, electricity and being the most recurrent burns of hospitalization are by chemicals, boiling water and hot oil. It was an argument in this study that the difficulties faced in the day to day by the same ones, being highlighted the lack of physical structure and the technical apparatuses to provide better comfort, the overload of work of the team, was also much cited by the participants. In spite of all these obstacles, it is noticed that they are through small attitudes on the part of the professionals, that it is possible to occur excellency of the practice of the warm care, effective conduct and a humanized care. Given the evidences presented, it was extremely important to hear both sides of the nursing team: nurses and technicians, being able to know the difficulties that each one faces in the day to day, but also to realize that despite all the mishaps, there is an assistance of nursing permeated with respect, ethics, which aims to provide a service with quality seeking to support, welcome, offer attention and clarification to users, providing pain relief, emotional comfort and psychological.

Keywords: Burn. Knowledge. Nurse.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Classificação das queimaduras. Fonte: Prestes e Júnior (2008)	20
Quadro 02 - Regra dos nove para calcular a superfície queimada. Fonte: Elaine e Ricardo (2007)	21
Quadro 03 - Identificação da equipe de enfermagem da clínica médica do HMI	38
Quadro 04 - Conhecimento da equipe de enfermagem sobre queimaduras	39
Quadro 05 - Dificuldades enfrentadas no dia a dia dos entrevistados referente aos cuidados com os pacientes vítimas de queimadura	41
Quadro 06 - Percepção da equipe de enfermagem referente ao sentimento do paciente diante da cicatriz ocasionada por queimadura	42
Quadro 07 - Tipos de queimaduras mais recorrentes no HMI	44
Quadro 08 - Condutas utilizadas pela equipe de enfermagem no tratamento de queimaduras	45
Quadro 09 - Métodos de tratamento utilizados para os diferentes graus de queimaduras	46
Quadro 10 - Sentimento da equipe de enfermagem no primeiro contato com o paciente vítima de queimadura	48
Quadro 11 - Fatores que podem complicar o quadro clínico do paciente queimado	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Camadas da epiderme. Fonte: Oliveira (2012).....	16
Figura 2 -	Estruturas acessórias da pele. Fonte: Tortora e Gerard (2015)	18
Figura 3 -	Características das queimaduras quanto ao grau.Fonte: Tortora e Gerard (2015)	21
Figura 4 -	Esquema regra dos nove em crianças e adultos. Fonte: Gomes <i>et al.</i> (1997)	22

LISTA DE ABREVIATURAS

ENF. - Enfermeiro;
ESP. - Especialista;
EV-Endovenosa;
FAI - Faculdade de Itaituba;
HMI - Hospital Municipal de Itaituba;
KG - Quilograma;
LTDA - Limitada;
MG- Miligrama;
MS - Ministério da Saúde;
°C - Celsius;
OMS - Organização Mundial de Saúde;
PA - Pará;
PROF.- Professor (a);
QV - Qualidade de Vida;
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública;
SF- Soro Fisiológico;
SUS - Sistema Único de Saúde;
TEC. ENF. - Técnico de Enfermagem;
UTI's- Unidade de Terapia Intensiva;
UTQ - Unidade de Tratamento Para Queimados;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1 A PELE	15
2.1.1 Estruturas da pele.....	16
2.1.2 Epiderme.....	16
2.1.3 Derme.....	17
2.1.4 Hipoderme ou tecido subcutâneo.....	17
2.2 QUEIMADURAS	18
2.2.1 Características das queimaduras.....	19
2.3 PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DA PELE	22
2.4 FATORES DE RISCO	23
2.5 TRATAMENTO	25
2.5.1 Curativo e terapia tópica.....	27
2.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS	29
2.7 QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE QUEIMADO	31
3 METODOLOGIA	35
3.1 TIPO DE ESTUDO	35
3.2 LOCAL DE ESTUDO	35
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	36
3.5 ANÁLISE DE DADOS	36
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	38
5 CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE.....	61
ANEXO.....	62

1 INTRODUÇÃO

O paciente queimado necessita de um cuidado especial, de uma conduta eficaz, visto que, diante da complexidade e gravidade, exigem-se, uma equipe multidisciplinar unida e especializada para melhor atuar, e habilidades para lidar com as respostas psicológicas do paciente e de seus familiares, o que irá contribuir para a reabilitação precoce desse paciente (DUARTE, 2010).

Nesse cenário, faz-se necessário frisar que a equipe de enfermagem deve estar atenta para atuar no controle da dor, administração de medicamentos e analgésicos, além de proporcionar conforto físico e apoio emocional para o paciente. Nesse contexto, a assistência de enfermagem ao paciente vítima de queimadura é complexa, exigindo conhecimentos técnicos e científicos (NOBLE *et al.*, 2006).

Além disso, o paciente que sofre de queimadura torna-se um paciente extremamente difícil e complexo de cuidar. Portanto a primeira assistência prestada pela equipe de enfermagem com o paciente que muitas vezes ainda chega lúcido após o acidente, ou que irá enfrentar fortes dores que o acompanharão durante o tempo de internação, requer um cuidado acima de tudo especializado e humanizado (DUARTE *et al.*, 2004).

Nessa perspectiva, essa pesquisa teve como objetivo geral descrever o conhecimento e a conduta da equipe de enfermagem do hospital municipal de Itaituba frente ao atendimento a vítimas de queimaduras, especificamente: relatar as dificuldades enfrentadas frente á pacientes vítima de queimaduras; explicar as estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem durante uma ocorrência de paciente queimado; descrever as medidas de tratamento para os diferentes graus de queimaduras e identificar os sentimentos da equipe de enfermagem nos primeiros contatos com o paciente.

Buscou também, reunir informações com o propósito de responder a seguinte problemática: A equipe de enfermagem do HMI tem conhecimento sobre os aspectos gerais e a classificação das queimaduras? Quais as dificuldades relatadas pelos mesmos frente às vítimas de queimaduras? Quais sentimentos os profissionais sentem nos primeiros contatos com o paciente?

Deste modo, justifica-se a escolha do tema proposto, deixando-se evidente que a participação do enfermeiro como papel de agente, contribui de forma significativa para a recuperação deste paciente, exigindo condutas, conhecimento e habilidades direcionadas às vítimas que sofrem por queimaduras seja ela em

qualquer extensão, é sempre útil revisar a teoria que versam sobre a mesma, pois o cuidado de enfermagem prestado a pacientes vitima de queimaduras é fundamental para sua recuperação. Este fornece uma assistência tanto para a parte física do paciente, como também fornece apoio psicológico e emocional, encarando o doente como um todo.

Por fim este estudo está estruturado em cinco partes, iniciando com uma introdução ao tema, a segunda fundamenta sobre os cuidados de enfermagem a pacientes adultos vitimas de queimaduras. A terceira explica como foram realizadas as coletas de dados da pesquisa. A quarta refere-se à interpretação dos dados e da análise de resultados, proveniente dos estudos nas unidades básicas de saúde do município de Itaituba, e encerrando com a conclusão da pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A PELE

De acordo com Oliveira (2012), a pele é responsável pelo recobrimento e proteção de todas as composições internas, com funções que envolvem a proteção mecânica e difusão, raios ultravioletas, radiação ionizante, sustentação do equilíbrio hidroeletrólítico, função química e imunológica, termorregulação e hemorregulação, metabolismo, sensibilidade e percepção.

Nesse contexto, a pele tem a função de formar uma barreira que previne contra a ação de agentes físicos, químicos ou bacterianos sobre os tecidos mais profundos do organismo, sendo composto por camadas que detectam as diversas sensações corporais, como o sentido do tato, a temperatura e a dor (BRASIL, 2012).

Segundo Pandolfo (2011), no decorrer dos anos a pele expressa claramente as alterações fisiológicas relacionadas às modificações do organismo devido às agressões do meio interno e externo, levando a predisposição de doenças, foto envelhecimento, gerando uma aparência inestética.

Outras considerações são reforçadas por Harris (2005), dizendo que a pele é o maior órgão do corpo humano, composto de anexos cutâneos como as unhas e pelos responsáveis pela proteção do corpo, as glândulas sebáceas e sudoríparas desempenham a função de regulação da temperatura corpórea.

No organismo existe dois tipos diferentes de pele, sendo elas: pele glabra lisa e sem pelos e com uma densa camada de queratina (palma das mãos e sola dos pés) e a pele mais fina, composta de sulcos e pregas peculiares do resto do corpo. A pele constitui o mais vasto órgão sensorial do corpo, que percebe estímulos táteis, térmicos e dolorosos. Com um teor hídrico em torno de 70% do peso da pele sem o tecido gorduroso (GUIRRO; GUIRRO, 2004).

Moore (2001) reforça os conceitos informando que a pele reveste todo o corpo humano e determina seu limite com o meio externo. As funções da pele são diversas, como o controle térmico, defesa orgânica, controle do fluxo sanguíneo, proteção contra invasão bacteriana, domínio de entrada e saída de líquidos e eletrólitos, e também como receptor de raios solares para o desenvolvimento de vitamina D.

2.1.1 Estruturas da pele

A pele e suas estruturas anexas, junto com as glândulas, músculos e nervos protegem a integridade física e bioquímica do corpo, mantendo a temperatura corpórea constante e fornecendo informações sensoriais a respeito do ambiente em que este é inserido (TORTORA, 2002).

De acordo com Souza e Mozachi (2009), a pele é constituída por três camadas sendo a epiderme, derme e hipoderme ou tecido subcutâneo. Qualquer camada da pele lesionada que comprometa o tecido é considerada uma ferida, a pele quando sofre uma ação de agentes químicos, físicos ou biológicos, provoca uma lesão conhecida como queimadura.

2.1.2 Epiderme

Conforme Piazza (2011), a epiderme é considerada a camada mais superficial da pele, responsável pela barreira de proteção contra as agressões externas, prevenindo a entrada de substâncias estranhas no organismo, esta camada retém conteúdo interno, principalmente de água, eletrólitos e nutrientes.

A epiderme é avascular e sua espessura é relativamente uniforme, é composta por epitélio multiestratificado, formado por várias camadas de células achatadas justapostas e organizadas em camadas no sentido de dentro para fora, dispostas como: germinativa ou basal, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea (OLIVEIRA, 2012).

Estas camadas estão ilustradas, conforme figura 01.

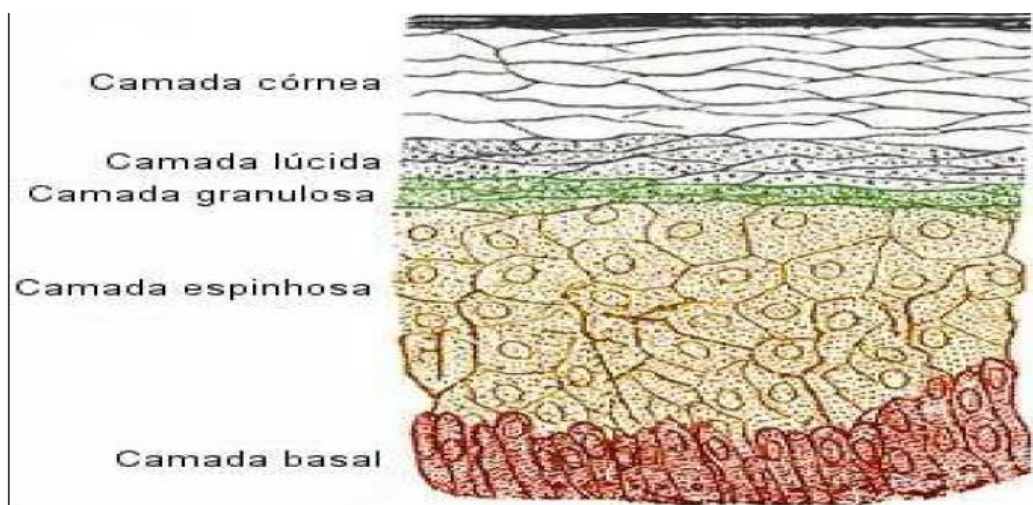


Figura 01 - Camadas da epiderme. Fonte: Oliveira (2012).

Assim, a maior quantidade de células da epiderme são os ceratinócitos ou queratinócitos, geradas das células tronco que sofreram maturação, que se deslocam em direção ao extrato córneo, possuindo características de proteínas estruturais de filamentos intermediários e impermeáveis que são as queratinas ou ceratinas; ocorrerá um processo de diferenciação na epiderme que é regulado pela formação dessas proteínas marcadoras da diferenciação, a queratina é uma proteína fibrosa rígida que abriga a pele e os tecidos subjacentes do calor e dos microrganismos, responsáveis pela impermeabilização da pele. Devido à estratificação o queratinócito origina os corneócitos, onde ocorre também a produção dos grânulos lamelares, que liberam um conteúdo hidro-repelente (RAMOS; RIBEIRO, 2010).

2.1.3 Derme

A derme é a camada média da pele, encontrada abaixo da epiderme, que forma a parte estrutural do organismo, onde ocorre maior parte do trabalho realizado pela pele. A derme é uma região bastante vascularizada, possuindo vasos sanguíneos e linfáticos, nervos, glândulas sudoríparas e sebáceas que geram a irrigação, nutrição e ajuda a liberar toxinas (PIAZZA, 2010).

De acordo com Ramos e Ribeiro (2010), a derme é flexível e elástica, está separada pela membrana basal, possui funções de suporte estrutural e funcional, sendo constituída por um gel de mucopolissacarídeos contendo proteínas da matriz extracelular, como o colágeno e a elastina. O colágeno é a fibra mais abundante do tecido conjuntivo, em especial os colágenos do tipo II e III.

2.1.4 Hipoderme ou tecido subcutâneo

Harris (2005) afirma que a hipoderme é um tecido conjuntivo adiposo sendo a camada mais profunda da pele em espessura. O tecido subcutâneo sustenta as 23 camadas principais da pele sendo basicamente constituída de adipócitos, que são células que armazenam gordura, glóbulos brancos e fibras reticulares no organismo, protegendo-as contra os traumas e pressões externas. A hipoderme mantém a temperatura corporal e seus coxins de gordura dando a pele uma aparência mais saudável. A figura 02 representa as estruturas da pele e seus anexos.

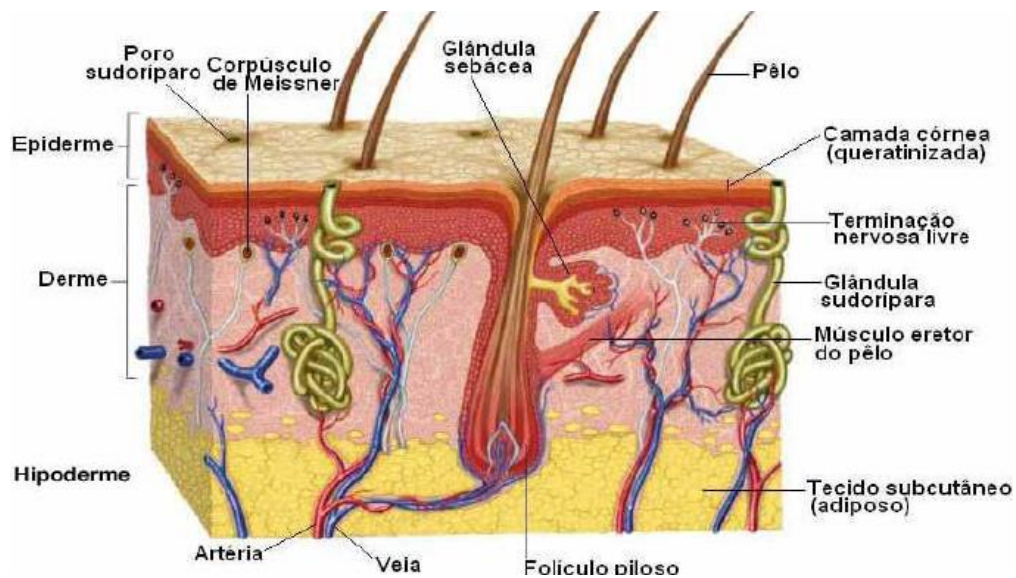


Figura 02 - Estruturas acessórias da pele. Fonte: Tortora e Gerard (2015).

2.2 QUEIMADURAS

Segundo Gawryszewsk (2009), as queimaduras constituem um trauma de alta complexidade, com importante repercussão em aspectos sociais, econômicos e de saúde pública. Mundialmente, as queimaduras apresentam alta taxa de morbidade e mortalidade, acometendo aproximadamente 1 milhão de indivíduos por ano, envolvendo um cenário de baixas condições socioeconômicas.

Nesse contexto, o autor supracitado informa que a queimadura é uma das maiores agressões que o nosso organismo pode sofrer; ela varia desde uma simples insolação, sendo queimadura de primeiro grau, até a destruição total da pele (epiderme e derme) e dos tecidos adjacentes, como nas queimaduras de terceiro grau, causadas pelo choque elétrico. A maioria da população atingida pelas queimaduras é de baixa renda e 97% não tem nenhum plano de saúde (PIAZZA, 2010).

Outros conceitos dizem que as queimaduras são lesões ocasionadas por agentes físicos, biológicos ou químicos (NORO, 2008). As lesões acometem os tecidos gerando destruição total ou parcial da pele, atingindo desde a epiderme até o tecido subcutâneo, músculo, tendões e ossos (KNOBEL *et al.*, 2006).

Fernandes (2004) colaborando com o exposto, informa que as queimaduras podem ser consideradas qualquer lesão provocada por agente térmico, químico, elétrico ou radioativo no tecido de revestimento do corpo, destruindo parcial ou total,

podendo chegar aos tecidos mais profundos, como subcutâneo, músculos, tendão e ossos, pois esta lesão pode proceder para complicações tanto físicas quanto psíquicas, as quais necessitam de tratamento global de reabilitação.

Diante das considerações, as causas maiores de queimaduras são por exposição ao fogo, água fervente e contato com objetos aquecidos (CARVALHO, 2010). As lesões ocasionadas por queimadura têm uma taxa elevada de morbimortalidade em todo o mundo, com uma vasta frequência entre adultos e crianças (BARRETO, 2008).

De acordo com Sheridan (2003), as queimaduras são acidentes frequentes em nosso meio, decorrente em ambos os sexos, ocorrendo em qualquer faixa etária, ocupação, circunstância ou situação econômica do paciente, afetando a integridade funcional da pele, invalidando a homeostase hidroeletrolítica, alterando a temperatura, flexibilidade e lubrificação corporal, os danos ocorrem de acordo com a extensão e a profundidade da lesão.

Nessa contextualização, a pele humana suporta até 44 °C de temperatura, acima desse valor, incidem lesões que se alteram conforme a temperatura e o tempo de exposição (BOLGIANI; SERRA, 2010). A queimadura faz com que o indivíduo perca a sua linha de defesa, e a integridade de sua pele, deste modo, a um desequilíbrio da microbiota, permitindo o desenvolvimento de bactérias patogênicas (GUIRRO; GUIRRO, 2004).

2.2.1 Características das queimaduras

Segundo Leonardi (2012), as lesões atuam nos tecidos de revestimento do corpo, atingindo parcialmente ou totalmente a pele, podendo comprometer os tecidos subcutâneos, músculos, tecidos e órgãos. As queimaduras são consideradas abertura estrutural ou fisiológica que podem estimular resposta tecidual, ou seja, é uma lesão ou morte das células dos tecidos (VOLPATO; PASSOS, 2007).

A classificação é feita de acordo com a profundidade do local lesionado, o cálculo da extensão do agravo é classificado de acordo com a idade do paciente, sendo importante para se analisar o prognóstico para prover o período de cicatrização e cura (BRASIL, 2012).

Corroborando com Fernandes-Júnior *et al.* (2006), existem diversos aspectos que devem ser levados em consideração na hora de classificar uma queimadura, uma vez que colaboram na escolha do tratamento e identificam a gravidade do caso, tais

como: agente causal, profundidade da queimadura, extensão da área corporal queimada, gravidade e etiologia da lesão.

Já para Vale (2005), a profundidade da queimadura pode-se analisar a proporção do comprometimento das funções, como a integridade funcional da pele, o controle da temperatura interna, a flexibilidade e a lubrificação da superfície corporal.

Deste modo, as queimaduras são caracterizadas por sua profundidade, alterando conforme as lesões, sendo classificadas de 1º grau, até lesões graves, classificadas como queimaduras de 3º grau (PRESTES *et al.*, 2008). Conforme demonstrado no quadro 01 e figura 03.

Quadro 01 - Classificação das queimaduras.

PRIMEIRO GRAU	SEGUNDO GRAU	TERCEIRO GRAU
Compromete apenas a epiderme.	Atinge a epiderme e parte da derme.	Destruição total das camadas da pele, atingindo da epiderme até o subcutâneo, músculos e ossos.
Hiperemia, edema e umidade local.	Apresenta dor, eritema, edema, bolhas, erosão ou ulceração.	Causa lesão branca ou marrom, seca, dura.
Não há formação de bolhas.	Regeneração espontânea.	É indolor.
Evolui com descamação em poucos dias.	Cicatrização mais lenta (2 a 4 semanas).	Não há regeneração, necessita de enxerto.
Regride sem deixar cicatrizes.	Pode deixar sequelas superficiais ou profundas.	Pode cicatrizar porem com retração de bolhas.

Fonte: Prestes e Júnior (2008).

Prestes e Júnior (2008) afirmam ainda que as queimaduras de primeiro grau evoluem rapidamente, regenerando-se em até cinco dias; as queimaduras de segundo grau são classificadas como superficial e profunda e sua evolução

dependerá do grau de profundidade e da ocorrência de complicações. Assim como as de terceiro grau que também poderão evoluir de forma mais lenta e podendo também estar acompanhada de complicações, como infecção ou qualquer processo de intervenção.

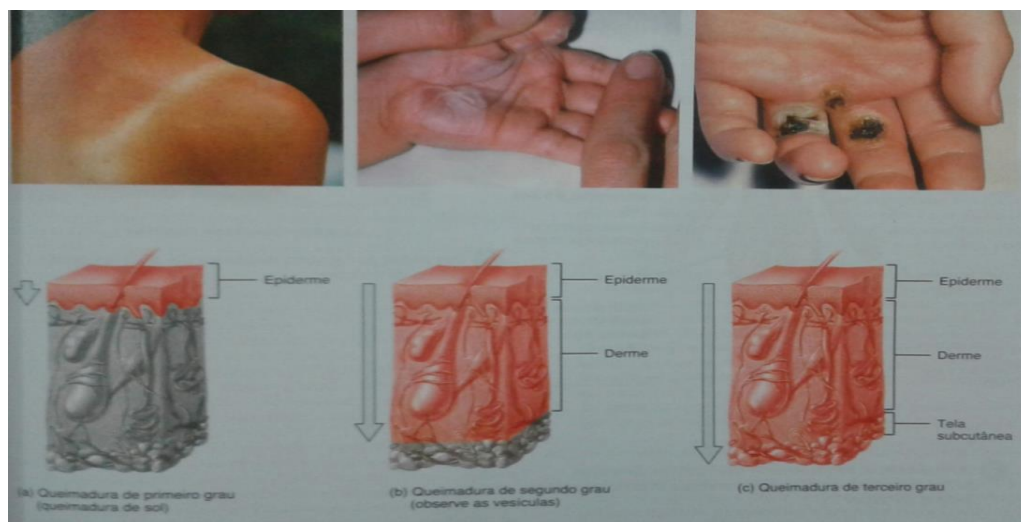


Figura 03 - Características das queimaduras quanto ao grau. Fonte: Tortora e Gerard (2015).

Existem duas formas de se caracterizar a superfície corporal queimada, sendo a regra dos nove e o esquema de Lound Browder, conforme quadro 02 e figura 04.

Quadro 02 - Regra dos nove para calcular a superfície queimada.

MEMBROS	ADULTO	CRIANÇA
Cabeça e pescoço	9%	21%
Tronco anterior	18%	18%
Tronco posterior	18%	18%
Membro superior	18% (9% cada)	18% (9%, cada)
Membro inferior	36% (18% cada)	24% (12% cada)
Períneo	1%	1%

Fonte: Elaine e Ricardo (2007).

Regra dos Nove: constitui-se de uma maneira rápida para estimar a extensão das queimaduras. O sistema atribui percentual em múltiplos de nove às principais superfícies corporais como: membro superior no total 9%, cada membro inferior 18%, o tronco 36%, a cabeça 9% e o períneo 1% de Área de Superfície Corporal Total (SMELTZER *et al.*, 2008).

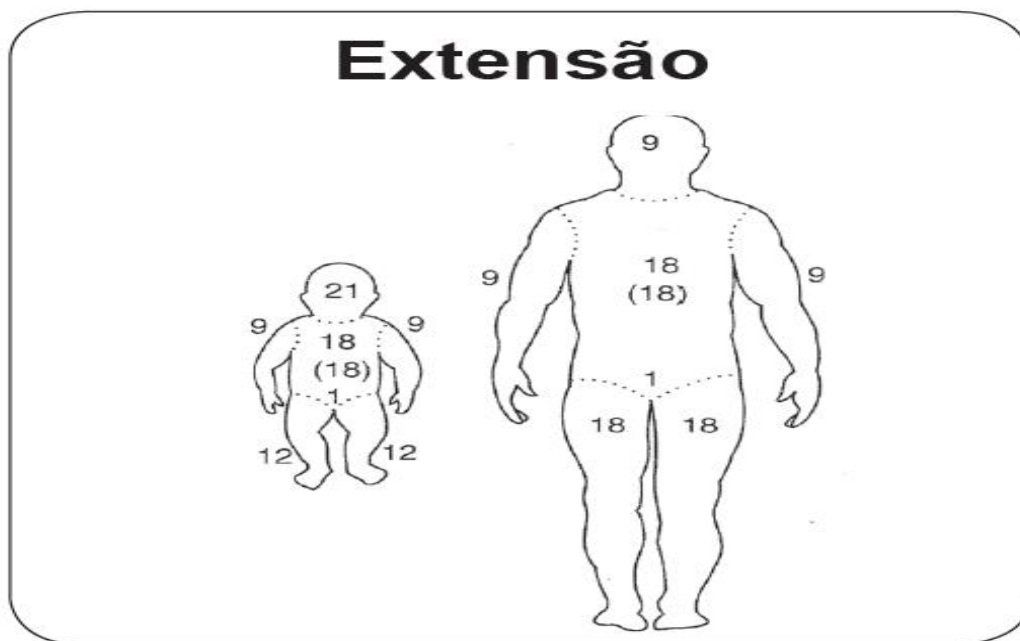


Figura 04 - Esquema regra dos nove em crianças e adultos. Fonte: Gomes *et al.* (1997).

Deste modo, o esquema de Lound Browder consiste em avaliar a superfície corporal de acordo com a idade e incide em um exame mais preciso (FERNANDA; JULIANA, 2005). Considerando a superfície corporal da criança similar à do adulto, a partir da puberdade. Frequentemente, a equipe de enfermagem classifica as queimaduras como leve, médio e de grande porte (MENEGETTI *et al.*, 2005).

Portanto, se a lesão atingir menos de 10% é considerado leve, quando o comprometimento é entre 10% a 20% da superfície corpórea, é denominada em médio queimado, e aquele que teve uma lesão que comprometeu mais de 20% da área corporal é considerado um paciente grande queimado (LURK *et al.*, 2010).

2.3 PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DA PELE

A cicatrização acontecerá toda vez que a perda de tecido for além da derme e iniciará com a fase inflamatória, sendo a preparação da ferida para a cicatrização. A Inflamação tem início em 3 a 5 dias, ocorrendo uma agregação das plaquetas e

deposito de fibrina, formando um coagulo sobre a lesão. A fibrina forma uma rede como treliça onde as células podem subir e se infiltrar na área que esta cicatrizando (STANLEY; RICHARD, 2004). Os neutrófilos, linfócitos e macrófagos migram sobre a rede de fibrina com o objetivo de remoção de tecidos desvitalizados (ANDRADE; LIMA; ALBUQUERQUE, 2010).

Algumas horas após a lesão, ocorre um processo chamado angiogenese sendo a formação de capilares que migram entre os tecidos para se encontrar com outros capilares. A vascularização é refeita, e com isso favorece o fluxo de nutrientes de forma continua para a cicatrização da lesão e formação do tecido de granulação. Nesta fase os macrófagos e monócitos são ativados, os fibroblastos proliferam produzindo colágeno extracelular (FRANCO, 2006).

Na fase proliferativa acontece o desenvolvimento do tecido de granulação que é composto de capilares novos, matriz extracelular e colágeno que são sintetizados pelas células endoteliais, fibroblastos e queratinocitos (ABREU; MARQUES, 2003).

2.4 FATORES DE RISCO

As queimaduras são consideradas feridas contaminadas por estarem associados frequentemente às sujidades do local de ocorrência, deste modo, os cuidados de enfermagem mais relevante ao paciente queimado são as intervenções para com a ferida provocada, a limpeza da ferida estabelece um passo efetivo para um protocolo de tratamento eficaz (ROSSI *et al.*, 2010).

Para Leonardi (2012), o cuidado da ferida inclui a limpeza, a manutenção da umidade local, a prevenção de infecções, a proteção contra traumas, o controle da dor e a manutenção da mobilidade e funcionalidade das partes afetadas. A limpeza da ferida, segundo os estudos mais recentes, faz-se por uso de solução fisiológica 0,9%, água corrente, filtrada, clorada ou ainda água destilada, devendo estar em temperatura média de 36° a 39 °C (BRYCHTA; MAGNETTE, 2011).

De acordo com Ferreira *et al.* (2011), são consideradas rompimentos cutâneos expostos as queimaduras, os traumatismos, as infecções, e as doenças autoimunes que são classificadas como feridas abstrusas. Quando a barreira é comprometida predispõe as infecções, as perdas insensíveis de água e hipotermia, o aumento de morbidade, internações com alto custo e também morte do indivíduo.

Segundo Rossi *et al.* (2010), as medidas preventivas de infecções em queimaduras envolvem a avaliação da ferida a cada troca de curativo, acerca de

mudanças no caráter do odor, volume e aspecto da exsudação e presença de necrose. Além disso, deve haver limpeza sistemática e diária da área queimada acompanhada do desbridamento de tecidos desvitalizados e tratamento com antimicrobianos tópicos.

Os agentes tópicos com ação antimicrobiana são responsáveis no controle de infecção relacionada às lesões por queimaduras. Deste modo, destacando o sulfato de neomicina e bacitracina, e o sulfato de neomicina isolado. Porém, a sulfadiazina de prata é totalmente aceita como o tópico mais eficaz para controle da infecção local (BOLGIANI; SERRA, 2010).

Ragonha *et al.* (2005) afirma que a sulfadiazina de prata 1% é efetiva contra bactérias gram-negativas (*E. coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *P. aeruginosa*), mas, inclui gram-positiva (*S. aureus*) e a *Cândida albicans*, e precisa ser usada em contrapartida de estágio de infecção encontrado.

Segundo a Portaria número 1.273/GM/MS de 21 de novembro de 2000, o paciente queimado, principalmente o médio e grande queimado, requer um cuidado especializado dado o alto índice de contrair infecções. Como no Brasil existem poucas unidades especializadas no tratamento aos pacientes queimados e a maioria está concentrada na região sudeste, grande parte dos atendimentos é realizada nos hospitais gerais que são responsáveis por prestar o primeiro atendimento e quando o paciente não apresenta um quadro estável, este é encaminhado a um centro de referência em assistência a queimados; durante o primeiro atendimento é necessário que a equipe envolvida esteja capacitada para cuidar adequadamente desse paciente, caso contrário o mesmo pode vir a ter complicações renais agudas, choque e infecção generalizada (BRASIL, 2000).

A Infecção é a principal causa de mortalidade no paciente grande queimado e um dos motivos mais relevantes para seu agravamento é a quebra de barreira cutânea decorrente da necrose tecidual, sendo que mais propenso à infecção o indivíduo fica quanto maior for a superfície de área corpórea comprometida pela queimadura. Outro motivo para a aquisição de infecções são os dispositivos intravasculares necessários para a administração de medicações, dispositivos para monitorização do paciente queimado e a cateterização vesical (FERNANDES-JÚNIOR *et al.*, 2006).

Segundo Brasil (2002), com a edição das portarias do MS nº 1.273 e 1.274, os serviços cadastrados como centros de referências estarão integrados na rede de

atendimento de urgência/emergência já estabelecida pelo MS, ou seja, o paciente queimado terá o seu primeiro atendimento em qualquer hospital geral e em se tratando de paciente médio ou grande queimado, este será encaminhado ao Centro de Referência mais próximo que dispõe de instalações físicas, recursos materiais e humanos especializados para prestar o atendimento necessário.

2.5 TRATAMENTO

As queimaduras exigem um tratamento especial por serem lesões que trazem sofrimento tanto físico como emocional podendo levar até mesmo a morte. É fundamentada nesse contexto a importância da enfermagem em proporcionar um atendimento humanizado para pacientes que estão passando por um momento tão doloroso em sua trajetória de vida; o tratamento inicial consiste em suprir o volume perdido, estabilizar o metabolismo e combater a dor (GOMES, 1994).

Segundo Guirro e Guirro (2007), no tratamento de queimaduras é realizado a crioterapia, esse método é utilizado logo após a lesão, com a finalidade de aliviar a dor e diminuir a severidade, principalmente quando a lesão é de primeiro e segundo grau, este método é muito eficiente e recomendável devido o resfriamento local ser benéfico para esse paciente, visto que ele permite uma vasoconstrição, limitando o escape de plasma e a prevenção da hipóxia secundária e diminuição do metabolismo celular; a crioterapia pode ser utilizada neste tipo de tratamento com as seguintes finalidades de minimizar a formação de edemas, bolhas e promover a analgesia, auxilia no processo de cicatrização e alongamento do tecido conjuntivo.

Outras considerações são reforçadas por Guyton e Hall (2011), os reflexos locais causados pela temperatura variam entre o calor e o frio, sendo o calor manifestado por uma vasodilatação e sudorese local, enquanto no frio ocorre vasoconstrição local e cessação da sudorese; essas reações são causadas pelos efeitos locais da temperatura diretamente sobre os vasos sanguíneos e reflexos medulares conduzidos pelos receptores cutâneos para a medula espinhal e suas glândulas sudoríparas; a intensidade desses efeitos locais depende de centros hipotalâmicos controladores da temperatura, visto que o efeito total é proporcional ao sinal hipotalâmico de controle de calor multiplicado pelo sinal local; estes reflexos podem colaborar com a prevenção de troca excessiva de calor quando locais específicos do corpo são resfriados ou aquecidos.

O tratamento de queimados é dividido em três fases, sendo a reanimação, reparação e reabilitação; o cuidado ao queimado, quanto ao critério de prioridades de condutas de atendimento, é o mesmo tido com vítimas de algum tipo de trauma, como, por exemplo, verificar as vias aéreas, ventilação, coluna vertebral e circulação, com objetivo de controlar a hemorragia. No caso do paciente queimado, faz-se necessário remover as roupas, a fim de possibilitar melhor avaliação. O exame neurológico é fundamental no primeiro momento (SMELTZER *et al.*, 2009).

Segundo Nazário e Leonardi (2012), o tratamento das queimaduras sempre foi um desafio para a equipe de saúde, em face da gravidade das lesões e multiplicidade de complicações que estes pacientes apresentam; atualmente, fazem parte do tratamento de queimados as equipes de socorro e de emergência que tem acesso ao primeiro contato com os pacientes, além dos profissionais que atuam em centros de tratamento de queimados, incluindo: cirurgões plásticos, clínicos gerais, médicos intensivistas e anestesiológicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, técnicos de enfermagem, entre outros que são responsáveis pelo atendimento às vítimas.

Para Rossi *et al.* (2010), a prioridade com o paciente queimado deve ser primeiramente manter permeável às vias aéreas, repor os fluídos perdidos e amenizar a dor, e somente após esses cuidados deve ser tratada a ferida provocada pela queimadura. As vítimas de queimaduras apresentam risco de choque hipovolêmico devido à lesão e a perda excessiva de líquidos; no primeiro momento até às 24 horas é indispensável à reposição de líquidos com cristaloides e líquidos VO de 2 a 3 litros para dar junto com sólidos hiperprotéicos e hipercalóricos (MURTA, 2012).

Conforme a magnitude e a gravidade das queimaduras, o tratamento do paciente queimado pode conter algumas ou todas as medidas necessárias para a efetividade e segurança do paciente, sendo que o tratamento conservador inclui o atendimento de emergência, o tratamento da dor, o desbridamento cirúrgico e o enxerto; os pacientes que sofrerem pequenos ferimentos de espessura parcial não necessitam de procedimentos clínicos de emergência, apenas de analgesia e breves cuidados hospitalares ou ambulatoriais para o desbridamento, trocas de curativo, exercícios, posicionamento, imobilização e tratamento da cicatriz (IRION, 2012).

Embora os avanços da medicina no tratamento das queimaduras tenham evoluído com o uso de enxertia e novas técnicas de curativos, as taxas de

mortalidade ainda são grandes devido às complicações como infecções, sepse e desnutrição (STARKEY, 2001).

As vítimas de queimaduras desenvolvem um aumento acelerado em seu metabolismo chegando a um gasto energético de até 50% acima do normal, em consequência de sua gravidade; o hipermetabolismo leva a uma perda exagerada de massa magra corporal o que vem a causar a instalação da desnutrição (WAITZBERG *et al.*, 2006).

2.5.1 Curativo e terapia tópica

Segundo Guimarães-Júnior (2006), existem dois métodos atualmente para a realização do curativo de uma lesão por queimadura sendo o de oclusão ou de exposição; a opção por um método ou outro depende exclusivamente do agente antimicrobiano tópico que será utilizado. Os parâmetros que servem de indicativos para a escolha do método incluem o local da queimadura, a extensão e profundidade, o tipo do paciente, o tipo de agente tópico e os recursos disponíveis, o curativo da exposição apresenta algumas desvantagens como aderência das feridas nas roupas de cama, sensação de frio e presença de dor na manipulação e mudança de posição; enquanto o método oclusivo proporciona vantagens como maior comodidade para o paciente, dificuldade de uma contaminação suplementar, possibilidade de imobilização e o favorecimento da eliminação pela maceração.

O paciente vítima de queimadura está sujeito a enfrentar dores intensas durante a realização de atividades específicas tais como debridamentos, banho e limpeza das lesões, troca de curativos e procedimentos fisioterápicos. O grau e duração da dor dependem da extensão e localização da queimadura, nível de ansiedade e da tolerância à dor; dessa forma, o enfermeiro deve estar preparado para lidar com a dor do outro e com o fato de que os procedimentos de enfermagem ao serem executados podem potencializar a dor (ROSSI *et al.*, 2000).

O paciente queimado apresenta um tratamento longo, trazendo consigo processos dolorosos e sequelas físicas e emocionais; a equipe de enfermagem tem um papel essencial nesse processo de cuidados e deve ter um olhar mais humanizado e precisa estar sempre apto com conhecimentos técnicos e científicos atualizados (RATI, 2003).

No tratamento da dor, é instalado acesso intravenoso e administrado para adultos, dipirona de 500mg a 1g em injeção endovenosa (EV), ou Morfina 1 ml (ou

10mg) diluído em 9ml de solução fisiológica (SF) a 0,9%, considerando-se que cada 1ml é igual a 1mg. Administra-se de 0,5 a 1mg para cada 10 kg de peso. Para as crianças é administrado Dipirona de 15 a 25mg/kg em EV; ou Morfina 10mg diluída em 9 ml de SF a 0,9%, considerando-se que cada 1ml é igual a 1mg (BRASIL, 2012).

Os curativos maiores são realizados no centro cirúrgico ou UTI's e necessitam de desbridamento com aplicação de sulfadiazina de prata a 1%, os menores podem precisar do desbridamento, podendo ser sem sedação e analgésico. Tanto os grandes como os menores podem ser abertos ou fechados, dependendo da perda de líquido. Quando fechados tem que ser trocados, a cada 12 ou 24 horas, dependendo da umidade do curativo, pois os curativos não podem ficar molhados (SOUZA; MOZACHI, 2009).

Nas queimaduras de pequena expansão é recomendado o curativo úmido com soro fisiológico, para evitar a contaminação da lesão. Esse mesmo curativo deve ser evitado, na extensa, por causa do risco de hipotermia, pois a pele perde sua capacidade de proteção da temperatura do corpo, sendo mais indicada nesse caso, cobrir o paciente com lençol. Já nas queimaduras com hemorragia tem que usar curativos compressivos para cessar o processo hemorrágico (SANTOS, 2008).

Segundo Gubitosi *et al.* (2014), os tecidos biológicos de origem animal, como a pele de porco, a pele de rã, o pericárdio bovino e a camada submucosa de intestino de porco, têm sido utilizados em curativos oclusivos biológicos conhecido como heteroenxertos. Nas lesões por queimaduras, entretanto, para a liberação e a utilização desses materiais, eles devem ser submetidos a rigorosos protocolos, para a identificação da sua real contribuição, eficácia e biocompatibilidade (PICCOLO *et al.*, 2009).

Segundo Guimarães-Junior (2006), os agentes antimicrobianos tópicos são aplicados para impedir o crescimento bacteriano na ferida. a maior causa de morte em paciente queimado é a sepse, que pode originar-se da ferida infectada nos pacientes sem uso de terapia tópica adequada que atua no controle da população bacteriana da queimadura com o objetivo de prevenir a infecção da ferida, permitindo o aumento da lesão tecidual e sepse sistêmica; atualmente, os agentes tópicos mais utilizados são: creme de sulfadiazina de prata; creme de acetato de mafenide (creme de *sulfamylon*); solução de nitrato de prata; creme de sulfadiazina de cério e prata nanocristalizada.

Posso (2006) relata que a dor é um estado de alerta, é quando algo não está funcionando de forma correta, é um importante sintoma que deve ser avaliado pelo enfermeiro na hora do exame físico. Os profissionais de enfermagem devem ter conhecimento suficiente para diagnosticar o motivo da dor, para assim fornecer a terapêutica adequada, pois a dor é considerada uma sensação única, associada às várias sensações psicológicas de percepção, reação e manifestação.

Os pacientes que tiveram perda total da pele não apresentam dor, devido à destruição das terminações nervosas sensoriais, e apesar do avanço significativo, na compreensão do fenômeno doloroso, ainda existe muito sofrimento nas pessoas que vivenciam isso ocorre porque os profissionais de saúde não têm o conhecimento básico das experiências dolorosas e despreparo em relação à prescrição e administração de anestésicos (MURTA, 2012).

Irion (2005) afirma que são várias as complicações que leva o paciente queimado ao risco de morte, uma delas é o choque hipovolêmico devido à perda de líquido pela ferida, as lesões das vias respiratórias e os pulmões que também podem induzir ao risco imediato de morte em decorrência do calor e as toxinas inaladas, nas feridas profundas o paciente recebe um tratamento de emergência, com punção venosa, limpeza do ferimento, infusão de líquidos por via parenteral e se necessário o desbridamento.

2.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS

O processo de enfermagem implica o desempenho da prática pelos profissionais de enfermagem de forma sistemática por meio de uma atividade deliberada, lógica e racional; o uso de um conhecimento compreensivo essencial para avaliar o estado de saúde do paciente; a realização de julgamentos, diagnósticos, planejamento e avaliação das ações de enfermagem de forma apropriada, o processo de enfermagem compreende cinco passos inter-relacionados: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (UCHOA, 2003).

A enfermagem é o ato de cuidar do ser humano, e harmonizar uma recuperação segura, além de ser responsável na execução de medidas preventivas ao paciente. Deste modo, a equipe de enfermagem deve estar preparada para atuar em distintas áreas, com competência e habilidades (RAMBO *et al.*, 2011).

De acordo com Silva e Castilhos (2011), proporcionar assistência de enfermagem ao paciente queimado exige ao enfermeiro conhecimento científico sobre as alterações fisiológicas que ocorrem no sistema orgânico após uma queimadura. Isso possibilitará a identificação e a prevenção de alterações que possam desencadear maiores complicações em decorrência das lesões. O paciente queimado necessita de um cuidado especial, uma equipe multidisciplinar unida e especializada para melhor atuação, e um centro de queimados com modernos aparatos técnico-científicos (DUARTE, 2010).

O profissional de saúde deve considerar que a queimadura é um evento traumatizante, pois expõe o indivíduo tanto à patógenos, tanto pela perda da integridade da pele, quanto devido às percepções, sentimentos e reações psicológicas em relação ao fato de estar queimado (GONÇALVES *et al.*, 2011).

O enfermeiro constitui uma peça fundamental para o tratamento do grande queimado e a anamnese de enfermagem serve como o meio mais eficaz para identificar o grau de gravidade no qual se encontra este paciente. Este profissional deve possuir pensamento crítico que promova a decisão clínica e ajude a identificar as necessidades do paciente e as melhores medidas a serem tomadas para atendê-lo. E, para melhor embasamento teórico e prático do cuidado de enfermagem ao grande queimado, são necessárias atualizações específicas de conteúdos que remetam diretamente aos cuidados do paciente queimado, como fisiologia e anatomia da pele pelo processo de cicatrização e queimaduras (CANELA *et al.*, 2011).

Costa e Rossi (2003) afirmam que a equipe de enfermagem deve estar alerta para o controle e a administração de sedativos e analgésicos, além de proporcionar conforto físico e suporte emocional para o paciente. Deste modo, a assistência de enfermagem ao queimado é complexa, exige habilidades para lidar com as respostas psicológicas do paciente e de seus familiares, o que poderá contribuir para a reabilitação precoce.

Segundo Brasil (2011), os principais objetivos da rede de assistência a queimados se caracterizam por organizar uma linha de cuidados que envolva todos os níveis de atenção (primária e especializada de média e alta complexidade), ambulatorial e hospitalar, integrados com a atenção às urgências e emergências, e privilegiando o atendimento humanizado; constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral;

desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atendimento ao paciente com queimaduras; organizar uma estrutura de nível terciário e de alta complexidade necessária a esse tipo de atendimento e estabelecer atributos necessários ao credenciamento ou habilitação de serviços que prestam atendimento especializado a queimados.

Proporcionar assistência de qualidade ao paciente queimado é um trabalho árduo, sendo muito importante a dedicação e a perseverança da equipe de enfermagem. Deste modo, é preciso entendê-lo, levando-se em consideração as características consequentes da situação traumática vivenciada, partindo do pressuposto de que as queimaduras que sofreu podem deixar sequelas para a vida toda, incapacitando o indivíduo ou desfigurando-o irreversivelmente (JARDIM *et al.*, 2009).

De acordo com Souza e Mozachi (2009), o enfermeiro é responsável por obter o histórico do paciente, realizar um exame físico eficaz, para o tratamento necessário, e coordenar a equipe de enfermagem. A equipe de enfermagem exerce uma tarefa árdua, uma rotina de muito trabalho, dor e sofrimento do doente e seus familiares, e exige intervenções delicadas por parte de toda a equipe. O enfermeiro terá de lidar com a dor, depressão, padrão de sono perturbado, mobilidade prejudicada e risco para infecção, e deverá saber intervir em cada situação, de maneira eficaz e ética (CARVALHO, 2010).

Segundo Macedo e Santos (2006), enfatiza que na assistência de enfermagem com o paciente queimado, todos os cuidados deverão ser realizados com técnicas assépticas, evitando um ambiente favorável para a proliferação bacteriana, diminuindo a dor e o sofrimento do doente. As causas mais frequentes de infecção em pacientes queimados são por bactérias, como *Staphylococcus* e *Pseudomonas*.

2.7 QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE QUEIMADO

Segundo Fleck (2000), a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu Qualidade de Vida (QV) englobando cinco dimensões: saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais e meio ambiente; desde que a OMS definiu a saúde como condição física, psicológica e social, alguns índices, além dos tradicionais, foram levados à análise para a consideração de uma situação do indivíduo como saudável.

Desde 1970, observa-se o crescente interesse pela avaliação de qualidade de vida na área da saúde, possivelmente em razão do aumento da expectativa de vida e da sobrevivência de pessoas com incapacidades ou com comprometimentos crônicos da saúde, verifica-se, também, a existência de diferentes maneiras de se conceituar QV, sendo um conceito abrangente e complexo, que envolve amplo leque de dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e ambientais (ROSENBERG, 1995).

Corroborando com Fleck *et al.* (2010), nas últimas décadas houve um crescente desenvolvimento da tecnologia na medicina e ciências afins, sendo que paralelamente a esse processo, deparamo-nos com uma progressiva desumanização no cuidado. A fim de favorecer o processo de humanização do cuidado na área da saúde, passaram a ocorrer movimentos dentro das ciências biológicas e humanas com o intuito de valorizar aspectos mais amplos do que o controle de sintomas, mortalidade e aumento da expectativa de vida, abrindo espaço para questionamentos mais aprofundados sobre qualidade de vida.

A QV é hoje, considerada parte da história clínica do paciente, sendo defendida como uma variável tão importante quanto à sobrevida ou taxa de mortalidade (SILVA *et al.*, 2000). A persistência em situações de comorbidade (doenças que acompanham a patologia principal) são fatores que frequentemente interferem na QV desses pacientes (SANCHEZ *et al.*, 2008).

A pessoa vítima de queimadura sofre importantes alterações funcionais, sistêmicas e emocionais que repercutem negativamente, tanto nos relacionamentos sociais quanto nos laborais, e conseqüentemente, na qualidade de vida (BESSA, 2011).

Conceição *et al.* (2008) afirma que a internação em Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) traz alterações principalmente psicológicas por causa da aparência e cicatrizes que nem sempre com cirurgia reparadora se desfazem, devendo os profissionais de enfermagem estar preparados para atuarem junto ao paciente e a sua família de forma a reduzir os efeitos e transtornos da longa internação, sendo que o impacto emocional de uma queimadura leva ao desenvolvimento de problemas psicológicos que afetam a vida da vítima e de sua família, podendo permanecer por tempos prolongados ou por toda sua vida.

Considerando que o conceito de qualidade de vida da OMS engloba cinco dimensões, sendo estas: saúde física, saúde psicológica, nível de independência,

relações sociais e meio ambiente, torna-se imprescindível uma intervenção integral e multidisciplinar que contemple os distintos aspectos afetados pelo agravo, não se restringindo às limitações físicas (ROCHA, 2016).

De acordo com Bessa (2011), a percepção de uma boa qualidade de vida pelos pacientes que sofreram queimaduras estaria relacionada à ideia de "normalidade", isto é, quando o indivíduo consegue dar continuidade ao desempenho do seu papel social dentro da família e da sociedade. Logo, indivíduos que não se apresentam satisfeitos em relação à capacidade funcional, imagem corporal, retorno ao trabalho, desempenho nas atividades de lazer e relações interpessoais podem apresentar uma percepção negativa da qualidade de vida.

Dentre as relações interpessoais, o apoio social define-se como aquilo que leva a pessoa a acreditar que é amada, cuidada e valorizada. Sentimento que surge a partir de uma relação de confiança mútua, entre duas ou mais pessoas, na qual sentimentos e informações são compartilhados em qualquer circunstância (COBB, 1976).

Frente a isto, o apoio social, provindo dos familiares, amigos e de pessoas próximas, torna-se um aspecto psicossocial que influencia diretamente na reabilitação dos indivíduos que sofreram queimaduras, pois oferece suporte emocional, afetivo e material (GONÇALVES, 2011).

O período de internação pós-queimadura pode ser extenso, e muitas vezes o indivíduo queimado sente-se fragilizado por permanecer longe da família e vivenciar novas rotinas de cuidados⁸. Neste processo, a equipe de enfermagem desempenha suas atividades buscando melhorar as condições de reabilitação destes pacientes (CARLUCCI, 2007).

De forma geral, durante a hospitalização, além da equipe de saúde, a presença da rede de apoio social é considerada um aspecto importante para a reabilitação, por se tratar de uma opção particular e de atributos sinceros, e a ausência de tal suporte dificultaria a vivência e superação desta experiência (TOLLEY, 2014).

Desta maneira, quanto maior for o apoio social, maior será o bem-estar psicológico do indivíduo durante a recuperação. O apoio e o encorajamento da família e dos membros da equipe de saúde representam um papel relevante, já que, além de ser uma experiência nova, esta proporciona importantes alterações de sentimentos e comportamentos (CARLUCCI, 2007).

De acordo com Frota (2010), as relações estabelecidas entre os indivíduos e suas redes sociais durante o período de recuperação pós-queimadura influenciam positivamente o comportamento, habilidades e emoções, contudo, o afastamento do convívio social e das pessoas próximas pode contribuir na geração de sentimentos de solidão e dificuldade para a vivência deste período de incertezas.

As queimaduras graves muitas vezes resultam em prejuízos longos ou permanentes à saúde, incluindo diminuição ou perda da capacidade funcional e sequelas estéticas que podem acarretar em danos psicológicos importantes a esse paciente, conhecer os diferentes fatores que prejudicam a qualidade de vida do paciente que sofreu queimadura proporcionará subsídios para novas práticas que melhor atenda às necessidades apresentadas a esses sujeitos no processo de reabilitação (COSTA, 2010).

Os prejuízos emocionais englobam o medo da dor, a mudança na aparência que pode causar estranheza a si e as pessoas em volta, podendo acarretar em prejuízo social, dificuldade na retomada do cotidiano e desempenho do papel ocupacional. É importante destacar que o sofrimento pode estar presente durante o tratamento, assim como na convivência com as sequelas, afetando o dia a dia (ASSIS, 2009).

De acordo com Costa e Rossi (2003), é muito complexa para a equipe de enfermagem a convivência com pacientes que permanecem internados por um longo período e que são sujeitos a procedimentos dolorosos. Rotineiramente, o paciente que sofreu queimaduras é submetido à higiene corporal, à limpeza da área atingida, a curativos e estimulado a realizar exercícios fisioterápicos e todos estes procedimentos geram dor. São os profissionais de enfermagem que presenciam a queixa de dor, avaliam a sua manifestação e agem com a finalidade de dar alívio ao paciente.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa se caracteriza por não focar fortemente em dados estatísticos como elementos descritivos de fatos. Ela leva em conta a perspectiva do pesquisador e dos participantes como uma forma de entender e interpretar os fenômenos do objeto foco de pesquisa (NEVES, 2006).

A pesquisa qualitativa possui as seguintes características, de acordo com Neves (2006): o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental; o caráter exploratório descritivo; o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida como preocupação do investigador e enfoque indutivo.

A pesquisa descritiva tem por objetivo analisar e fazer comparações de fatos e fenômenos de uma determinada realidade, usando técnicas padronizadas de coletas e análises de dados (OLIVEIRA, 2007).

A investigação bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem a pacientes adultos vítimas de queimaduras: uma análise no Hospital Municipal de Itaituba, teve por base artigos, teses e dissertações, manuais do Ministério da Saúde, proveniente nas bases de dados do ScientificElectronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google acadêmico, no cervo da biblioteca da Faculdade de Itaituba, e outras revistas do interesse do tema proposto em diversas busca de referências pesquisadas pela ferramenta Google.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Municipal de Itaituba (HMI) que funciona no prédio onde antes foi instalado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, sendo este último órgão responsável pela prestação de relevantes serviços a saúde pública do Brasil. Além de criar diversos hospitais em cidades ribeirinhas da Amazônia, participou ativamente nas campanhas de erradicação da varíola, e na formação de profissionais da saúde (PISQUILA, 2012).

Por meio da lei nº 3.750 de 1960, o SESP foi transformado em fundação vinculada ao Ministério da Saúde (MS), fundação serviço de saúde pública, com caracterização permanente (BRASIL, 2004).

A partir daí, tornou-se então HMI, sendo hoje, a referência do SUS, haja vista que é o único hospital que disponibiliza de um atendimento público no município, contando com apenas alguns hospitais de iniciativa privada, de modo complementar para dar suporte a população, onde conta com uma ala de urgência e emergência, internação que está dividida em clínicas: médica e cirúrgica, pediátrica, obstétrica e unidade de cuidados intensivos (SEMSA, 2015).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi à equipe de enfermagem do setor de clínica médica e cirúrgica do HMI, que aceitaram a participar do estudo, 05 enfermeiros e 05 técnicos de enfermagem. Para essa amostra foram inclusos sujeitos atuantes no quadro de funcionários da instituição. O trabalho foi realizado no período de setembro de 2017.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O método empregado para coleta de informações deste estudo foi um questionário com 10 questões, conforme roteiro apresentado às equipes de enfermagem como modelo no apêndice.

Este questionário teve questões abertas e buscou identificar os conhecimentos da equipe de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem a pacientes vítimas de queimaduras, a equipe de enfermagem do HMI tem conhecimento sobre os aspectos gerais e a classificação das queimaduras? Quais as dificuldades relatadas pelos mesmos frente às vítimas de queimaduras? Quais os sentimentos dos profissionais nos primeiros contatos com o paciente? Desta forma, conhecer as condutas da equipe e o nível de conhecimento torna-se importante para uma assistência de qualidade e segura na unidade hospitalar.

Inicialmente cada participante da pesquisa foi informado sobre os objetivos do trabalho e a seguir foi oferecido o termo de consentimento livre e esclarecido, após a assinatura deste termo, os questionários foram entregues e, para posteriormente as respostas serem analisadas e discutidas com embasamento teórico científico.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Num primeiro momento, obtidas as informações necessárias na coleta de dados, iniciou-se o processo de análise do material de campo. Com base em Minayo

(1992), existem quatro finalidades para esta fase: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural de que faz parte.

O momento posterior foi ter explorado o material onde, pela observação das respostas dos participantes, foram sumarizados ora com palavras ou frases, mas que não interferisse no contexto do objetivo proposto aos objetivos do estudo. E por fim foi realizada a interpretação onde, resultados após o estudo teórico e minucioso foi feito a análise final com o apoio da literatura pertinente ao tema do estudo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram esclarecidas as condições da pesquisa e diante do exposto ficou claro o objetivo do trabalho, sendo informado que os dados obtidos seriam somente para a pesquisa, e as informações, não trariam nenhum risco ou prejuízo, ficando guardado somente com a pesquisadora. Nessa pesquisa, todos os participantes leram o termo de consentimento e livre esclarecimento, onde assinaram, levando consigo, uma cópia.

Quanto à identidade das participantes, estas foram denominadas em Enf. 1 a Enf. 5 para os enfermeiros e Tec. Enf. 1 a Tec. Enf. 5 para os técnicos de enfermagem, a fim de garantir o anonimato das entrevistas. Seus nomes ou as informações que indiquem as suas participações não foram e nem serão liberados sem permissão, sendo garantido que não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A participação no estudo não acarretou custos ou gerou qualquer tipo de compensação financeira adicional.

4 RESULTADO E DISCUSSÕES

Como se trata de um estudo de abordagem qualitativa, os resultados serão apresentados conjuntamente com o processo de discussão, como forma de melhor explorar todas as nuances mencionadas nos relatos dos participantes. Sendo assim, abaixo interpretativo, entremeadas com dados da literatura.

Os sujeitos da pesquisa foram denominados em: enfermeiros (ENF. 1 a ENF. 5) e técnicos de enfermagem (TEC.ENF 1 a TEC. ENF. 5), todos atuantes do setor de clínica médica do HMI. O quadro 01 revela uma breve identificação dos sujeitos.

Estão apresentados os relatos resultantes do processo de análise das entrevistas, com os depoimentos representativos das mesmas, conjugados aos processos.

Quadro 03 - Identificação da equipe de enfermagem da clínica médica do HMI.

ENF. 1	31 anos, sexo masculino, solteiro, atua na profissão há 02 anos.
ENF. 2	28 anos, sexo feminino, casada, atua na profissão há 07 anos.
ENF. 3	36 anos, sexo feminino, solteira, atua na profissão há 08 meses.
ENF. 4	42 anos, sexo feminino, casada, atua na profissão há 06 anos.
ENF. 5	30 anos, sexo feminino, solteira, atua na profissão há 04 anos.
TEC. ENF. 1	43 anos, sexo masculino, casado, atua na profissão há 17 anos.
TEC. ENF. 2	36 anos, sexo feminino, casada, atua na profissão há 07 anos.
TEC. ENF. 3	45 anos, sexo feminino, casada, atua na profissão há 10 anos.
TEC. ENF. 4	28 anos, sexo feminino, casada, atua na profissão há 08 meses.
TEC. ENF. 5	45 anos, sexo feminino, casada, atua na profissão há 12 anos.

A idade de todos os participantes, seja enfermeiros ou técnicos de enfermagem teve uma média de 28 anos, sendo 08 mulheres e 02 homens. Em relação ao estado civil, 03 participantes são solteiros e 07 são casados. O tempo de atuação profissional foi em média de 02 anos, e variou de 08 meses a 17 anos em serviços hospitalares.

No setor de internação é necessário atuar com bastante competência e deve os profissionais atuantes buscar pelo constante aprimoramento técnico-científico de sua equipe de enfermagem, para a efetiva sistematização da prestação do cuidado, onde a equipe de enfermagem como prestadora direta de assistência ao paciente, deve continuamente estar atenta a qualquer alteração que possa indicar piora em seu estado de saúde; além disso, deve possuir conhecimentos sobre os sinais e somas de risco, e quais atitudes devem ser tomadas diante de cada um deles, proporcionando ao usuário um atendimento com responsabilidade e compromisso (JORGE; BARRETO, 2012).

O quadro 04 retrata o conhecimento técnico científico que cada participante possui sobre o tema abordado. Esse conhecimento é de suma importância para garantir uma assistência segura com os pacientes queimados.

No contexto sobre os cuidados de enfermagem a pacientes adultos vítimas de queimaduras, observa-se que os participantes têm um conhecimento profundo sobre o tema, não havendo diferenças nas falas de enfermeiros e técnicos de enfermagem, pois os mesmos abordam conceitos como: lesões na pele, agressões, traumas, agentes físicos, químicos, radioativos, entre outros, sendo que é bom ressaltar a resposta (TÉC. ENF. 4) que cita a eletricidade, que é uma forma também comum de queimadura, outra menção que também merece ser destacada, é a fala do (TEC. ENF. 3), que diz que a queimadura é considerada a morte das células, que se classificam e 3 graus.

Nesse contexto, se explica que a pele tem a função de formar uma barreira que previne contra a ação de agentes físicos, químicos ou bacterianos sobre os tecidos mais profundos do organismo, sendo composto por camadas que detectam as diversas sensações corporais, como o sentido do tato, a temperatura e a dor (BRASIL, 2012).

Quadro 04 - Conhecimento da equipe de enfermagem sobre queimaduras.

ENF. 1	“São lesões agressivas que o organismo pode sofrer em decorrência de reações químicas, elétrica ou radioativa”.
ENF. 2	“A queimadura faz com que o indivíduo perca a sua linha de defesa, e a integridade de sua pele, ocasionando um desequilíbrio da microbiota, e permitindo o desenvolvimento de bactérias podendo trazer sérias complicações”.
ENF. 3	“É um trauma ocasionado por agentes químicos e físicos que pode variar de uma simples insolação até uma destruição total da pele”.
ENF. 4	“São lesões que o organismo sofre em decorrência de agentes químicos, elétricos e radioativos”.
ENF. 5	“São lesões que acomete em qualquer faixa etária, ocupação, circunstância ou situação econômica do paciente, afetando a integridade funcional da pele, ocorrendo danos de acordo com a extensão e a profundidade da lesão”.
TEC. ENF. 1	“São lesões por exposição ao fogo, água fervente e contato com objetos aquecidos”.
TEC. ENF. 2	“São agressões que o corpo sofre em decorrência de raios ultravioletas, agentes químicos e físicos”.
TEC. ENF. 3	“A queimadura é considerada a morte das células e são classificadas em três graus”.
TEC. ENF. 4	“É uma lesão na pele causada por calor, eletricidade, substâncias químicas, atrito ou radiação”.
TEC. ENF. 5	“São lesões nos tecidos que envolvem as diversas camadas do corpo, sendo pele, cabelos, pelos tecidos”.

Noro (2008) explica que as queimaduras são lesões ocasionadas por agentes físicos, biológicos ou químicos, acomete os tecidos gerando destruição total ou parcial da pele, atingindo desde a epiderme até o tecido subcutâneo, músculo, tendões e ossos.

A classificação das queimaduras também é mencionada nas falas. Existem diversos aspectos que devem ser levados em consideração na hora de classificar

uma queimadura, uma vez que colaboram na escolha do tratamento e identificam a gravidade do caso, tais como: agente causal, profundidade da queimadura, extensão da área corporal queimada, gravidade e etiologia da lesão (FERNANDES-JÚNIOR *et al.*, 2006).

Em seguida, o quadro 05 apresenta os depoimentos da equipe de enfermagem, sobre quais as dificuldades que são vivenciadas no dia a dia com pacientes vítimas de queimaduras.

Quadro 05 - Dificuldades enfrentadas no dia a dia dos entrevistados referente aos cuidados com os pacientes vítimas de queimadura.

ENF. 1	“A falta de estrutura para se trabalhar com êxito”.
ENF. 2	“A falta de compreensão da família quanto aos cuidados que devemos ter a esse paciente”.
ENF. 3	“Os aparatos técnicos para proporcionar melhor conforto, sobrecarga de trabalho”.
ENF. 4	“Sempre foi um desafio para a equipe de saúde, em face da gravidade das lesões e multiplicidade de complicações que estes pacientes apresentam”.
ENF. 5	“A gravidade das queimaduras sem os aparatos técnicos suficientes para proporcionar conforto e bem-estar ao paciente”.
TEC. ENF. 1	“A sobrecarga de trabalho sempre é um fator que dificulta o nosso dia a dia”.
TEC. ENF. 2	“A ausência de salas específicas para pacientes queimados”.
TEC. ENF. 3	“Falta de treinamentos e de protocolos”.
TEC. ENF. 4	“A sobrecarga de trabalho”.
TEC. ENF. 5	“A falta de estrutura para receber esse paciente e proporcionar conforto adequado, sobrecarga de trabalho”.

Ao serem abordados sobre as dificuldades enfrentadas no dia a dia com pacientes vítimas de queimaduras, em suma, os entrevistados informaram que: há uma falta de estrutura para se trabalhar com êxito, faltam os aparatos técnicos para proporcionar melhor conforto e a sobrecarga de trabalho da equipe. A resposta do

(TEC. ENF. 3) se destaca das demais, pois o mesmo afirma que a falta de treinamentos e protocolos dificulta no atendimento, ressaltando que isso acaba por dificultar a execução do trabalho adequado.

Seria necessário à implementação de protocolos que proporcionasse efetivamente um instrumento de mudanças e de aumento de capacidade crítica dos profissionais, no intuito de melhorar o desempenho e a postura individual e coletiva, a fim de gerar um trabalho capaz de produzir mais saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Brasil (2003) declara que todas as ações de enfermagem devem ser registradas para que não sejam executadas de forma indiscriminada, casual ou arbitrária, mas sim, de forma específica e planejada com vistas ao atendimento das necessidades do paciente.

Ainda em conformidade com a fala do (TEC. ENF. 3), Montezeli (2009) diz que o grande fluxo de pacientes atendidos e a dinamicidade da rotina de um setor de clínica médica faz com que a atuação do enfermeiro precise ser muito eficiente, uma vez que é essencial, onde a equipe de enfermagem é um elemento fundamental no processo de recuperação desse paciente, sendo necessário obter conhecimentos técnicos e científicos de forma significativa para atuar de forma eficaz, levando assim, assistência adequada a esse paciente para sanar suas necessidades.

Outra pesquisa que ressalta o explanado nas falas, é que as ações da equipe de enfermagem no setor de clínica médica estão inteiramente ligadas à competência clínica, desempenho dos profissionais, cuidado holístico e metodologia científica, o respeito, o acolhimento e o ouvir as queixas (WERNECK *et al.*, 2005).

As queimaduras segundo Gilson *et al.* (2010), constituem um problema de saúde pública, atingindo pessoas de todas as idades e ambos os sexos, sendo consideradas lesões altamente agressivas, por causar alterações não só físicas, como também psicossociais (SANTOS, 2005).

Nesse pensamento, foi indagado quais os sentimentos psicológicos do paciente diante da cicatriz de queimaduras, conforme exibido no quadro 06.

Observa-se, na literatura, um enfoque no processo de reabilitação, em relação à adaptação depois do trauma e aos problemas psicológicos crônicos envolvidos no desenvolvimento do estresse pós-trauma, utilizando-se instrumentos

para avaliar qualidade de saúde e estado de saúde como, por exemplo, a *BurnSpecific Health Scale* (MUNSTER, 1999).

Quadro 06 - Percepção da equipe de enfermagem referente ao sentimento do paciente diante da cicatriz ocasionada por queimadura.

ENF. 1	“Trauma é como definem os sujeitos, em sua maioria, a experiência da queimadura”.
ENF. 2	“Insegurança, em relação ao risco de morte”.
ENF. 3	“Medo à vivência da internação e ao ambiente hospitalar”.
ENF. 4	“Preocupação com as mudanças no aspecto físico”.
ENF. 5	“Medo de deformidades”.
TEC. ENF. 1	“Trauma, à insegurança e à preocupação”.
TEC. ENF. 2	“Limitações relacionadas ao trabalho, atividades de lazer e vida doméstica”.
TEC. ENF. 3	“Descontentamento com aparência”.
TEC. ENF. 4	“Medo, trauma”.
TEC. ENF. 5	“Medo”.

Conforme exibido nas falas dos profissionais, a maioria observa sentimentos como: trauma, insegurança, medo e preocupação, nos clientes vítimas de queimaduras. O (TEC. ENF. 2) fala das limitações relacionadas ao trabalho, atividades de lazer e vida doméstica. Esses comprometimentos exibem um fator de grande impacto na auto-estima daqueles que sofrem com sequelas de queimaduras, tais como as limitações da locomoção em caso de acometimento no aparelho locomotor, vergonha recorrente as cicatrizes deixadas, o que pode prejudicar sua liberdade e incapacitando-os para o trabalho e para o desempenho social anterior à queimadura.

Contudo, se faz necessário que o enfermeiro tenha conhecimento de todos os processos que envolvam o paciente queimado, tais como: processo de cicatrização

da pele, graus de queimaduras, conhecimento das alterações psicológicas que esse paciente possa vir a sofrer e o tratamento adequado a ele (TOLEDO, 2003).

Referente aos tipos de queimaduras, foi solicitado aos profissionais de enfermagem que expressassem os tipos de queimaduras mais recorrentes no HMI, as respostas são apresentadas no quadro 07.

Quadro 07 - Tipos de queimaduras mais recorrentes no HMI.

ENF. 1	"Queimaduras por produtos químicos: combustível, álcool".
ENF. 2	"Por produtos químicos, e água fervente".
ENF. 3	"Álcool, óleo diesel, água quente".
ENF. 4	"Óleo de fritura".
ENF. 5	"Queimaduras por produtos químicos".
TEC. ENF. 1	"Produtos químicos".
TEC. ENF. 2	"Água fervente".
TEC. ENF. 3	"Óleo quente".
TEC. ENF. 4	"Produtos químicos, álcool".
TEC. ENF. 5	"Água quente e produtos químicos".

Conforme exibido no quadro 07, a resposta dos enfermeiros e técnicos de enfermagem são bastante semelhantes, visto que a maioria relata como sendo as queimaduras mais recorrentes no HMI, aquelas ocasionadas por: produtos químicos, água fervente e óleo quente.

Os agentes químicos são constituídos dos ácidos, que de acordo com o volume utilizado ou a duração de atuação determina os efeitos da lesão; o acidente com o agente químico pode causar até mesmo a perda de estruturas musculares e ósseas (SILVA; SILVA-JUNIOR, 1988).

Determinar o grau de queimaduras significa definir a profundidade do trauma térmico da pele, além disso, a consignaçoão do grau de queimaduras se faz necessário para que o atendimento terapêutico adequado possa ser estabelecido com maior eficiência (MACIEL; SERRA, 2004).

Diante do exposto, foi objeto de tema saber da equipe de enfermagem, quais as condutas utilizadas pela equipe no tratamento de queimaduras, conforme demonstrado no quadro 08.

Quadro 08 - Condutas utilizadas pela equipe de enfermagem no tratamento de queimaduras.

ENF. 1	“Explicar a importância do tratamento para o paciente, amenizar a dor com analgésicos”.
ENF. 2	“Estar atento à mudança de decúbito e acesso venoso”.
ENF. 3	“Proporcionar atendimento fisioterápico e psicológico”.
ENF. 4	“Manter as vias aéreas permeáveis”.
ENF. 5	“Amenizar a dor com analgésicos, manter as vias aéreas permeáveis, mudança de decúbito”.
TEC. ENF. 1	“Trabalhar o psicológico desse paciente e amenizar a dor com analgésicos”.
TEC. ENF. 2	“Amenizar a dor com analgésicos e proporcionar conforto ao paciente”.
TEC. ENF. 3	“Manter o paciente sempre informado de cada procedimento realizado, estar atento ao emocional do paciente e aliviar a dor”.
TEC. ENF. 4	“Aplicar sulfadiazina de prata nas primeiras 48-72 horas, objetivando evitar infecção e manter as vias aéreas permeáveis”.
TEC. ENF. 5	“Alívio da dor com analgésicos, limpeza com antissépticos e troca dos curativos de 12h em 12h”.

Como analisado nas respostas dos participantes, todos têm conhecimento sobre as condutas feitas pela equipe de enfermagem no tratamento de queimaduras, tais como: conforme prescrição médica administração de analgésico para alívio da dor, proporcionar conforto ao paciente com mudança de decúbito e manter as vias

aéreas permeáveis, portanto, todos os participantes mostram-se aptos na assistência realizada pela equipe de enfermagem para com o paciente.

Posso (2006) relata que a dor é um estado de alerta, é quando algo não está funcionando de forma correta, é um importante sintoma que deve ser avaliado pelo enfermeiro na hora do exame físico; os profissionais de enfermagem devem ter conhecimento suficiente para diagnosticar o motivo da dor, para assim fornecer a terapêutica adequada, pois a dor é considerada uma sensação única, associada às várias sensações psicológicas de percepção, reação e manifestação.

A dor existente em pacientes queimados durante o período de repouso é de baixa intensidade e é tratada de forma mais adequada com fármacos de ação moderada, cuja concentração mantenha-se constante ao longo do dia; as terapias não farmacológicas são uma medida de grande importância e complementação ao tratamento medicamentoso no controle da dor e da ansiedade nos pacientes queimados; o início do tratamento deve ser o mais rápido possível, visando à prevenção o desenvolvimento de ansiedade e a perpetuação do ciclo ansiedade dor (CASTRO, 2013).

Geralmente, para o alívio da dor, há a necessidade de despir o paciente, porém o mesmo além de sofrer com a dor, ainda sente sua privacidade violada por estar desnudo, e até mesmo indefeso como um recém-nascido à mercê dos cuidadores, pois na maioria das vezes todo o seu corpo fica exposto durante a maior parte da internação. O paciente queimado também sofre de medo, angústia, ansiedade e estresse do trauma (MEDINA, 1984).

Pinto *et al.* (2014) também diz que nesse tipo de acontecimento, existe uma clara mudança da fisionomia do paciente queimado, pois essa situação pode provocar sentimentos depressivo e de muita angústia.

Nesse sentido, no quadro 09 foi questionado quais os métodos utilizados para os diferentes graus de queimaduras.

Nessa categoria, quase todos os participantes concordaram com a fala dos demais em afirmar que as queimaduras de primeiro grau o tratamento é realizado a nível domiciliar, e já as queimaduras de segundo e terceiro grau, segundo eles necessitam de tratamento em unidade hospitalar. Faz-se necessário frisar a fala do (ENF. 1), ao dizer que para cada grau de queimaduras existe um tratamento específico, ressalta-se a fala do (TEC. ENF. 2), diz que no HMI quase não ocorre queimaduras de terceiro grau.

Quadro 09 - Métodos de tratamento utilizados para os diferentes graus de queimaduras.

ENF. 1	“Para cada grau de queimadura existe um tratamento específico”.
ENF. 2	“Para queimaduras de primeiro grau apenas analgésicos para o alívio da dor, para queimaduras de segundo e terceiro grau dependerá do que ocasionou a queimadura”.
ENF. 3	“Queimaduras de primeiro grau tratamento é realizado em domicílio por ser apenas uma lesão superficial, as demais são tratadas no hospital”.
ENF. 4	“Cada grau de queimaduras sofrerá um processo diferenciado de tratamento conforme a sua gravidade”.
ENF. 5	“As queimaduras de primeiro grau acometerão apenas a epiderme sendo apenas lesão superficial sendo realizado o tratamento domiciliar, já as demais lesões conforme sua extensão e complicação necessitarão de uma equipe especializada”.
TEC. ENF. 1	“Queimaduras de primeiro grau trata-se em casa por ser apenas lesões superficiais, lesões de segundo e terceiro grau na unidade hospitalar por acometer as camadas mais profundas da pele”.
TEC. ENF. 2	“As queimaduras são tratadas de acordo com o grau, mas aqui quase não tem a de terceiro grau”.
TEC. ENF. 3	“Todas as queimaduras que forem de primeiro grau serão tratadas em casa, sendo feito apenas o uso de analgésicos e pomadas, já as queimaduras mais profundas precisaram de um olhar mais clínico, assim, necessitando dos cuidados da equipe de enfermagem”.
TEC. ENF. 4	“Sempre que houver queimaduras de primeiro grau será encaminhado para tratamento domiciliar, as demais permanecem na unidade hospitalar para tratamento clínico”.
TEC. ENF. 5	“Primeiro grau tratamento domiciliar com uso de analgésicos e se necessário antibióticos, segundo e terceiro grau atendimento hospitalar”.

Corroborando com o resultado da pesquisa, Irion (2012) informa que os pacientes que sofrerem pequenos ferimentos de espessura parcial não necessitam de procedimentos clínicos de emergência, apenas de analgesia e breves cuidados hospitalares ou ambulatoriais para o desbridamento, trocas de curativo, exercícios, posicionamento, imobilização e tratamento da cicatriz.

Um outro tipo de tratamento não informado pelos participantes, é o tratamento de queimaduras é realizado a crioterapia, onde se caracteriza por ser um método utilizado logo após a lesão, com a finalidade de aliviar a dor e diminuir a severidade, principalmente quando a lesão é de primeiro e segundo grau, este método é muito eficiente e recomendável devido o resfriamento local ser benéfico para esse paciente, visto que ele permite uma vasoconstrição, limitando o escape de plasma e a prevenção da hipóxia secundária e diminuição do metabolismo celular (GUIRRO; GUIRRO, 2007).

Nazário e Leonardi (2012) dizem que o tratamento das queimaduras sempre foi um desafio para a equipe de saúde, em face da gravidade das lesões e multiplicidade de complicações que estes pacientes apresentam.

Nesse sentido, foi averiguado com os participantes qual o primeiro sentimento da equipe de enfermagem no primeiro contato ao paciente vítima de queimaduras, conforme quadro 10.

Com relação aos sentimentos da equipe de enfermagem, as respostas dos participantes são bem relevantes, sendo que o participante (ENF. 1) fala que um dos primeiros sentimentos é o distúrbio emocional, e a necessidade em ajudá-lo. Já o participante (ENF. 2) fala que o primeiro sentimento sempre é o amor ao próximo, é o desejo e a necessidade de proporcionar conforto, alívio da dor.

O participante (ENF. 5) diz que no primeiro momento o único sentimento é proporcionar conforto, enquanto que o participante (TEC. ENF. 5) apresentou respostas diferenciadas dos demais participantes, dizendo que o primeiro momento sempre é difícil, porque pensamos em nossa família, então sempre buscaremos fazer o melhor, no primeiro instante buscamos o bem estar desse paciente e passar segurança do procedimento que estamos realizando, mesmo sabendo o quão doloroso também se torna para nós, e ainda o (TEC. ENF. 3) diz que sente pena.

Quadro 10 - Sentimento da equipe de enfermagem no primeiro contato com o paciente vítima de queimadura.

ENF. 1	“Distúrbio emocional, necessidade em ajudá-lo”.
ENF. 2	“O primeiro sentimento sempre é o amor ao próximo, é o desejo e a necessidade de proporcionar conforto, alívio da dor”.
ENF. 3	“No primeiro momento pensamos em nossa família e nos faz querer o bem mais ainda desse paciente, porque nos colocamos no lugar dele e passamos a sentir as mesmas dores, então o sentimento é de ajudá-lo”.
ENF. 4	“Aflição, ajudar o próximo, proporcionar conforto”.
ENF. 5	“Proporcionar conforto, pois o mesmo sofre perde de tecidos”.
TEC. ENF. 1	“Necessidade em ajudá-lo, proporcionar conforto, abalo emocional, amor ao próximo”.
TEC. ENF. 2	“Proporcionar conforto, alívio da dor”.
TEC. ENF. 3	“Sinto muita pena, e por isso tenho o desejo e a necessidade de proporcionar conforto para esse paciente”.
TEC. ENF. 4	“No primeiro momento é olhar aquele paciente como um todo, proporcionando conforto e bem-estar, amenizando a dor e passar confiança”.
TEC. ENF. 5	“O primeiro momento sempre é difícil porque pensamos em nossa família, filhos então sempre buscaremos fazer o melhor, no primeiro instante buscamos o bem-estar desse paciente e passar segurança do procedimento que estamos realizando, mesmo sabendo o quão doloroso também se torna para nós”.

Rambo *et al.* (2011) diz que a enfermagem é o ato de cuidar do ser humano, e harmonizar uma recuperação segura, além de ser responsável na execução de medidas preventivas ao paciente. Deste modo, a equipe de enfermagem deve estar preparada para atuar em distintas áreas, com competência e habilidades.

E por fim, mereceu destaque saber quais os fatores que podem complicar o quadro clínico do paciente queimado, conforme exibido em quadro 11.

Quadro 11 - Fatores que podem complicar o quadro clínico do paciente queimado.

ENF. 1	“Infecção hospitalar, o acúmulo de pacientes na enfermaria”.
ENF. 2	“Excesso de pacientes na enfermaria, cuidados inadequados, higiene insatisfatória”.
ENF. 3	“Infecção da corrente sanguínea, infecção da ferida da queimadura, pneumonia”.
ENF. 4	“Infecção da corrente sanguínea, higiene insatisfatória, ausência de esterilização de materiais”.
ENF. 5	“Hipotermia, insuficiência respiratória”.
TEC. ENF. 1	“Problemas ósseos e articulares, infecção hospitalar”.
TEC. ENF. 2	“Insuficiência respiratória, excesso de pacientes na enfermaria”.
TEC. ENF. 3	“Infecção da ferida da queimadura, higiene insatisfatório”.
TEC. ENF. 4	“Infecção do trato urinário, Insuficiência respiratória, infecção hospitalar”.
TEC. ENF. 5	“O mais comum é a infecção hospitalar”.

Os fatores que podem complicar o quadro clínico do paciente queimado, conforme a reflexão dos participantes, está relacionada a uma série de fatores, mais o mais referido entre eles foram: Infecção hospitalar, Infecção da corrente sanguínea, insuficiência respiratória, higiene insatisfatória e infecção da ferida da queimadura. Todos os relatos estão de acordo com a teoria, dentre elas, a que mais se destacou foi a infecção hospitalar.

De acordo com Macedo *et al.* (2005), a infecção é uma das mais frequentes e graves complicações no paciente queimado, passado o primeiro momento em que os cuidados respiratórios e hemodinâmicos são prioridades, o controle da infecção coloca-se em seguida, como desafio maior, sendo que a infecção lidera as causas de morbidade e de letalidade no grande queimado.

Sabe-se que a pele íntegra é a primeira e principal barreira contra a invasão bacteriana, mas em pacientes queimados a pele está destruída. Os tecidos

desvitalizados, a presença de proteínas degradadas e a queda no suprimento de oxigênio proporcionam um excelente meio para o desenvolvimento e proliferação de microrganismos patogênicos. Além disso, a obstrução vascular por lesão térmica dos vasos dificulta a chegada de antibióticos e de componentes celulares do sistema imune à área queimada (PRUITT *et al.*, 1998).

A infecção da corrente sanguínea ocorre quando o equilíbrio entre as defesas do hospedeiro e a presença de patógenos invasores é rompido. Um dos principais fatores que alteram a defesa do hospedeiro, expondo-o à ação deletéria dos patógenos, é a destruição da barreira mecânica da pele, favorecendo a invasão de germes por via linfática ou sanguínea (BANG, 2002).

Uma outra contribuição feita por Oncul *et al.* (2002), é sobre a inalação da fumaça pelos pacientes que colaboram para o agravamento de complicações pulmonares, e isto institui uma realidade nos pacientes queimados, principalmente quando associadas à inalação de fumaça. Entretanto, mesmo os pacientes sem inalação de fumaça, mas com queimaduras extensas, geralmente evoluem com complicações pulmonares devido à hipoventilação causada pela dor ou a extensos curativos torácicos.

5 CONCLUSÃO

À luz do pesquisado observa-se que tanto os enfermeiros quanto os técnicos de enfermagem, têm um conhecimento profundo sobre o tema, não havendo diferenças nas falas de enfermeiros e técnicos de enfermagem, pois os mesmos abordam conceitos como: lesões na pele, agressões, traumas, agentes físicos, químicos, radioativos, eletricidade e sendo que as queimaduras mais recorrentes de internação hospitalar são por produtos químicos, água fervente e óleo quente. Foi motivo de arguição nesse estudo as dificuldades enfrentadas no dia a dia pelos mesmos, sendo destacada a falta de estrutura física e os aparatos técnicos para proporcionar melhor conforto, a sobrecarga de trabalho da equipe, também foi muita citada pelos participantes.

Outro ponto observado nas falas nos participantes, é que para o paciente fica sequelas e traumas relacionados à queimadura, e que o profissional deve estar preparado para essa assistência psicológica.

Apesar de todos esses entraves, nota-se que são por meio de pequenas atitudes por parte dos profissionais, que é possível ocorrerem excelência da prática do cuidado acolhedor, uma conduta eficaz e um atendimento humanizado, e estes cuidados contribuirão de forma positiva com vistas às intervenções voltadas ao bem-estar do paciente, pois a qualidade dessa assistência contribuem para uma diminuição do tempo de recuperação e internação destes clientes, assim como reduz os gastos para as instituições hospitalares.

Diante das evidencias apresentadas, foi de suma relevância ouvir os dois lados da equipe de enfermagem: enfermeiros e técnicos, sendo possível conhecer as dificuldades que cada um enfrenta no dia a dia, como também perceber que apesar de todos os percalços, existem uma assistência de enfermagem permeada com respeito, ética, que visa proporcionar uma prestação de serviço com qualidade buscando apoiar, acolher, oferecer atenção e esclarecimento aos usuários, proporcionando alívio da dor, conforto emocional e psicológico.

REFERÊNCIAS

- ABREU, E. S.; MARQUES, M. E. A. **Histologia da Pele Normal**. In: JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. Abordagem multiprofissional para o tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2003. p.17-29.
- ANDRADE, A. G.; LIMA, C. F.; ALBUQUERQUE, A. K. B. Efeitos do laser terapêutico no processo de cicatrização das queimaduras. **Rev. Bras. Queimaduras**, São Paulo, v. 9, n. 1 p. 21-3, 2010.
- ASSIS, J. T. S. J. **A terapia ocupacional em contextos hospitalares**: sua importância a assistência do paciente que sofreu queimadura. In: FIGEIREDO UCHÔA, L. R.; NEGRINI, S. F. B. M. Terapia ocupacional: diferentes práticas em hospital geral. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2009. p.189-99.
- BANG, R. L.; SHARMA, P. N.; SANYAL, S. C. A. L.; NAJJADAH, I. Septicaemia after burn injury: a comparative study. **Burns**, Lisboa, v. 28, n. 8, p. 746-51, 2002.
- BARRETO, M. G. P.; BARRETO, R. P.; OLIVEIRA, P. R. T.; LIMA, J. E. M. Estudo epidemiológico de pacientes queimados em Fortaleza, CE: revisão de 1997 a 2001. **Revista Pediátrica**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 23-9, 2008.
- BESSA, J. K. M.; SILVA, T. E. O.; ROSA, S. M. Mulheres Vítimas de Queimaduras: Um olhar sobre as atividades de vida diária. **Cad. Ter. Ocupac. UFSCar**, Santa Catarina, v. 19, n. 2, p.153-64, 2017.
- BOLGIANE, A. N.; SERRA, M. C. V. F. Atualização no tratamento local das queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 38-44, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 196/96**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 1996. 32 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 1.273 de 21 de novembro de 2000**. 1 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2000. 67 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 1 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. 40 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o desenvolvimento da saúde. **Manual de enfermagem**. 1 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. 45 p.
- BRYCHTA, P.; MAGNETTE, A. **European Practice Guidelines for Burn Care**. The Hague (NL): European Burns Association, 2011.

CANELA, A. F. Monitorização do paciente grande queimado e as implicações na assistência de enfermagem: relato de experiência. **Revista Brasileira de Queimaduras**, São Paulo, v.10, n.4, p. 133-137, 2011.

CARLUCCI, V. D. S.; ROSSI, L. A.; FICHER, A. M. F. T.; FERREIRA, E.; CARVALHO, E. C. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. **Rev Esc Enferm USP**, Santa Catarina, v. 41, n. 1, p. 21-8, 2007.

CARVALHO, F. L. **Significados da reabilitação: perspectiva de um grupo de pacientes que sofreu queimaduras e de seus familiares**. 98 f. (tese de doutorado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2010.

CASTRO, A. J. A.; LEAL, P. C.; SAKATA, R. K. Tratamento de queimaduras. **Revista Brasileira Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p.149-58, 2013.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosom. Med.**, Londres, v. 38, n. 5, p. 300-14, 1976.

CONCEIÇÃO, M. G. I. **Trauma pediátrico: Assistência de enfermagem a crianças vítimas de queimaduras**. São Paulo: E-books, 2008.

COSTA, E. C. F. B.; ROSSI, L. A. As dimensões do cuidado em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 23-8, 2003.

COSTA, E. C. F. B.; ROSSI, L. A. As dimensões do cuidado em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 34-9, 2003.

COSTA, M. C. S.; ROSSI, L. A.; DANTAS, R. A. S.; TRIGUEROS, L. F. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. **Cogitare Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 209-16, 2010.

DUARTE, M. L. C.; NORO, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 31, n. 4, p. 45-52, 2010.

DUARTE, P. H. A.; SALLES, F. H. V.; FILHO, E. M. T. Aplicabilidade do índice ABSI no prognóstico dos pacientes no Centro de Tratamento de Queimados no Hospital Dr. Armando Lages. **Rev. Científica do Hospital Geral do Estado de Alagoas**, Alagoas, v. 1, n. 1, p. 15-19, 2010.

ELAINE, G.; RICARDO, G. **Fisioterapia Dermatofuncional: Fundamentos, Recursos e Patologias**. São Paulo: Manole, 2007.

FERNANDA, Z. R.; JULIANA, F. **Intervenção fisioterapêutica na mão queimada por choque elétrico**. São Paulo: Claretiano, 2005.

FERNANDES, S. P. V. **atuação fisioterápica no Queimado** - São Paulo: E-book, 2005.

FERNANDES-JUNIOR. C. J. **O grande queimado**. In: KNOBEL, E. *Condutas no paciente grave*. 3 ed. Editora Atheneu. São Paulo, v. 1, cap.109, p. 1403-19, 2006.

FERREIRA, E. **Adaptação cultural da "BurnSpecific Health Scale- Revised" (BSHS-R): versão para brasileiros que sofreram queimaduras** 97 f. (pós-graduação). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

FERREIRA, M. C.; PAGGIARO, A. O.; ISAAC, C.; TEIXEIRA, N. S. G. B. Substitutos cutâneos: conceitos atuais e proposta de classificação. **Revista Brasileira Cirurgia Plástica**, Tocantins, v. 26, n. 4, p.696-702, 2011.

FLECK, M. P. A.; **Avaliação de qualidade de vida**. In: FRÁGUAS-JUNIOR, R. FIGUEIRÓ, J. A. B. *Depressão em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu, 2000. p.120-53.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, X. M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V.; **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS**. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 209-16, 2010.

FRANCO, T. R. **Cicatrização**. In: VIEIRA, L. M. *Clinica cirúrgica: fundamentos teóricos e práticos*. São Paulo: Atheneu, 2006.

FROTA, P. M. P. **Relação entre coping, traços de personalidade e apoio social e suas repercussões em sobreviventes de queimaduras graves**. 80 f. (Dissertação de mestrado). Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 2010.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; BERNAL, R. T. I.; SILVA, N. N.; MORAIS, N. O. L.; SILVA, M. M. A.; MASCARENHAS, M. D. M. **Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2009.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A. **Tratado de Queimaduras: um guia prático**. São José, SC: Revinter, 1994.

GONÇALVES, N.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; CARVALHO, F. L.; MIASSO, A. I.; ROSSI, L. A. Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 19, n. 3, p. 1-9, 2011.

GUBITOSI, A.; DOCIMO, G.; PARMEGGIANI, D.; PIROZZI, R.; VITIELLO, C.; SCHETTINO, P. **Acellular bovine pericardium dermal matrix in immediate breast reconstruction after Skin Sparing Mastectomy**. Lisboa: Int. J Surg, 2014.

GUIMARÃES-JÚNIOR, L. M. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2006.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. **Fisioterapia dermatofuncional**. 3 ed. Barueri: Manole, 2004.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. **Fisioterapia Dermato-Funcional: Fundamentos, Recursos e Patologias**. 4 ed. Barueri: Manole, 2007.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Organização funcional do corpo humano e controle do meio interno**. In: GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tratado de fisiologia humana. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. cap. 1, p. 3-10.

HARRIS, M. I. N. C. **Pele, estrutura, propriedades e envelhecimento**, 2 ed. São Paulo: SENAC, 2005.

IRION, G. L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

IRION, G. L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

JARDIM, D. E. R.; BAIA, E. C.; SOUZA, K. P. T.; FERRAZ, O. G. **Cuidado de enfermagem ao paciente grande queimado no ambiente hospitalar** (projeto de pesquisa). Belo Horizonte: Centro Universitário UNA, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde; 2009. 13 p.

KNOBEL, E. **Terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2006.

LEONARDI, D. F. **Lesão e curativos nas queimaduras**. Palhoça: Unisul, 2012.

LIMA, J. E. M. **Rotina de atendimento ao queimado**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2009.

LURK, L. K.; OLIVEIRA, A. F.; GRAGNANI, A.; FERREIRA, L. M. Evidências no tratamento de queimaduras. **Revista Brasileira Queimaduras**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 95-9, 2010.

MACEDO, J. L. S.; ROSA, S. C.; MACEDO, K. C. S.; CASTRO, C. Fatores de risco para sepse em pacientes queimados. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 32, n. 1, p. 173-7, 2005.

MENEGHETTI, R. A. S.; ROSSI, L. A.; BARRUFFINI, R. C. P.; DALRI, M. C. B.; FERREIRA, E. Planejamento da assistência a pacientes vítimas de queimaduras: relação entre os problemas registrados e cuidados prescritos. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 268-79, 2005.

MOORE, K. L.; DARLLY, A. F. **Anatomia orientada para a clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001.

MURTA, G. F. **Saberes e Práticas**: guia para ensino e aprendizado de enfermagem. 5 ed. São Caetano do Sul: Difusa, 2012.

NAZÁRIO, N. O.; LEONARDI, D. F. **Queimaduras**: atendimento pré-hospitalar. 1 ed. Palhoça: Unisul, 2012.

NORO, J. J. **Manual de primeiros socorros**: como proceder nas emergências em casa, no trabalho, no lazer. 1 ed. São Paulo: Ática, 2008.

OLIVEIRA, R. A. **A pele nos diferentes ciclos da vida**. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, cap. 2, p. 9-41. 2012.

OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K. F. A.; GONÇALVES, T. A. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 31-7, 2012.

ONCUL, O.; YUKSEL, F.; ALTUNAY, H.; AÇIKEL, C.; ÇELIKÖZ, B.; ÇAVUSLU, S. The evaluation of nosocomial infection during 1-yearperiod in the burn unit of a training hospital in Istanbul. **Burns**, Turkey, v. 28, n. 8, p. 738-44, 2002.

PANDOLFO, M. L. Gliacção e Envelhecimento Cutâneo, **Revista Personalité**, França, v. 72, n. 2, p. 18-20, 2011.

PIAZZA, F. C. P. Anatomia, fisiologia e bioquímica da pele. **Rev. Bras. Enf.**, v. 32, n. 1, p. 35-43, 2010.

PICCOLO, M.; PICCOLO, N.; DAHER, R.; DAHER, S. **Cicatrização e Cicatrizes**. In: LIMA-JÚNIOR, E. M.; NOVAES, F. N.; PICCOLO, N.; SERRA, M. C. V. F. Tratado de Queimaduras no Paciente Agudo. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 591-607.

PINTO, E.; DELLA-FLÓRA, A. M.; SILVA, L. D.; RORATO, T. J.; REQUIA, J.; MARTINS, E. S. R. O sentimento e a assistência de enfermagem perante um grande queimado. **Revista Brasileira Queimaduras**, São Paulo: v. 13, n. 3, p. 127-29, 2014.

POSSO, M. B. S. **Semiologia e Semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006.

PRESTES, M. A.; JÚNIOR, S. L. C. L. **Conhecendo o paciente queimado**. In: JÚNIOR, E. M. L.; NOVAES, F. N.; PICCOLO, N. S.; SERRA, M. C. V. F. editors. Tratado de queimaduras no paciente agudo. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 631.

PRUITT, B. A.; MCMANUS, A. T.; KIM, S. H.; GOODWIN, C. W. Burn wound infections: current status. **World J Surg**, New York, v. 22, n. 2, p. 135-45, 1998.

RAGONHA, A. C. O.; FERREIRA, E.; ANDRADE, D.; ROSSI, L. A. Avaliação microbiológica de coberturas com sulfazina de prata a 1%, utilizadas em queimaduras. **Revista Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 514-21, 2005.

RAMBO, E. V.; ROSANELLI, C. S.; STUMME, M.; LORO, M. M.; PIOVESAN, S. M. S.; KOLANKIEWICZ, A. B. O cuidado prestado pela enfermagem no espaço da UTI sob a ótica de pacientes: revisão sistemática. **Revista de Enfermagem UFPE**, Petrolina, v. 5, n. 5, p. 1272-9, 2011.

ROCHA, J. L. F. N.; CANABRAVA, P. B. E.; ADORNO, J.; GONDIM, M. F. N. Qualidade de vida dos pacientes com sequelas de queimaduras atendidos no ambulatório da unidade de queimados do Hospital Regional da Asa Norte. **Rev. Bras. Queimaduras**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 3-7, 2016.

ROSENBERG, R. Health related quality of life between naturalism and hermeneutic. **SocScMed**, Santa Catarina, v. 41, n. 10, p. 1411-5, 1995.

ROSSI, L. A. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 89-9, 2000.

ROSSI, L. A.; MENEZEZ, A. J.; GONÇALVES, N.; CIOFI, S. C. L.; FARINA, J. J. A.; STUCHI, R. A. G. Cuidados locais com as feridas das queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**. Santo André, v. 9, n. 2, p. 54-9, 2010.

SANCHEZ, J. L.; BASTIDA, J. L.; MARTÍNEZ, M. M.; MORENO, J. M.; CHAMORRO, J. J. Socio economico cost and health-related quality of life of burn victims in Spain. **Burns**, Espanha, v. 34, n. 7, p. 975-81, 2008.

SANTOS, N. C. M. **Urgência e emergência para a enfermagem**: do pré-hospitalar APH à sala de emergência. 5 ed. São Paulo: Iàtria, 2008.

SANTOS, V. A.; ABREU, S. M. Impacto da desnutrição no paciente adulto hospitalizado. **Revista Enfermagem**. UNISA, v. 6, n. 2, p. 54-9, 2005.

SHERIDAN, R. L. **Queimaduras e Metabolismo**. 1 ed. São Paulo: J Am Coll Surg., 2003.

SILVA, G.; NASPITZ, C. K.; SOLÈ, D. História clínica do paciente e avaliação de qualidade de vida. **Rev Bras Alergia Imunopatol**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 260-9, 2000.

SILVA, R. M. A.; CASTILHOS, A. P. L. A identificação de diagnósticos de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para implementação das ações de enfermagem. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 10, n. 3, p. 50-5, 2010.

SILVA, R. M. A.; CASTILHOS, A. P. L. A identificação de diagnóstico de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para implementação das ações de enfermagem. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 9, n. 2, p. 60-5, 2011.

SMELTZER, S. C. **BRUNNER & SUDDARTH**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H.; BRUNNER, S. **tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, T. J. A. **Qualidade de vida do paciente internado em um centro de tratamento de queimados** 87 f. (tese). Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), 2005.

SOUZA, V. H. S.; MOZACHI, N. O. Hospital: **manual do ambiente hospitalar**. 3 ed. Curitiba: Os Autores, 2009.

STANLEY, M. J.; RICHARD, R. L. **Queimaduras**. In: O-SULLIVAN.; SUSAN, B.; SCHMITZ, T. J. Fisioterapia: avaliação e tratamento. São Paulo: Manole, 2004. p.845-871.

STARKEY, C. O processo de resposta a lesão. **Recursos terapêuticos em fisioterapia**. São Paulo: Manole, 2001.

TOLLEY, J. S.; FOROUSHANI, P. S. What do we know about one-to-one peer support for adults with a burn injury. A scopingreview. **J. Burn. Care**, New York, v. 35, n. 3, p. 233-42, 2014.

TORTORA, G. J. **Princípios de anatomia e fisiologia**/Gerard J. Tortora, Bryan Derrickson. (revisão técnica Marco Aurélio Fonseca Passos, Patrícia Cristina Lisboa da Silva; tradução Alexandre Lins Werneck). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

UCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E.; SANTOS, C. B. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 184-91, 2003.

VALE, E. C. S. **Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista**. 1 ed. Rio de Janeiro: Anais Brasileiro de Dermatologia, 2005.

VOLPATO, A. C.; BRESSANE, P. V. C. S. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2007.

WAITZBERG, D. L.; NETO, R. S.; LEIRI, R. H. Queimadura. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na pratica clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 1395-1401.



**CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA S/C LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM EMFERMAGEM**

APÊNDICE

Codinome: _____
Profissão: _____
Idade _____ Sexo: () F () M
Quanto tempo de atuação: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

1. Qual o conhecimento que você possui sobre Queimaduras?
2. Quais as dificuldades que você enfrenta no dia a dia com pacientes vítimas de queimaduras?
3. Percepção da equipe de enfermagem referente ao sentimento do paciente diante da cicatriz ocasionada por queimadura?
4. Quais os tipos de queimaduras mais recorrentes de atendimentos no HMI?
5. Explique as condutas utilizadas pela equipe de enfermagem no tratamento de queimaduras?
6. Quais os métodos de tratamento utilizados para os diferentes graus de queimaduras?
7. Qual o primeiro sentimento da equipe de enfermagem no primeiro contato ao paciente vítima de queimaduras?
8. Explique quais os fatores que podem complicar o quadro clínico do paciente queimado?

ANEXO



Centro de Estudos Superiores de Itaituba
FAI – Faculdade de Itaituba

Ofício nº 016

Itaituba, 30 de agosto de 2017.

Ilmo. Sr. Iamax Prado Custódio
Secretário de Saúde

Prezado Senhor,

Pelo presente, apresentamos a Vossa Senhoria a acadêmica **Adriele Marques de Andrade**, do décimo período do Curso de Enfermagem e para tanto solicitamos sua autorização para que esta possa realizar pesquisa de campo no setor de internação do Hospital Municipal de Itaituba. Para desenvolver o projeto de pesquisa sobre cuidados aos pacientes queimados, através da aplicação de questionário para a equipe de enfermagem, estes dados serão utilizados na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado: **“Os cuidados de enfermagem a pacientes adultos vítimas de queimadura”**. Solicitamos sua autorização para que a aluna possa realizar o seu projeto. Estes dados tem finalidade puramente acadêmica.

Certos de contarmos com vossa colaboração, agradecemos.

Autorizo
Adriele
Assinatura
Data: 30/08/2017

Juliane de Almeida Lira
JULIANE DE ALMEIDA LIRA
ENFERMEIRA
19820

Atenciosamente,

Juliane de Almeida Lira
Coordenadora de enfermagem

Endereço: 4ª rua, Fernando Guilhon, 895 Jardim das Araras- Itaituba/PA
IES Autorizada pela Portaria Nº 2557 MEC/SESUP de 15/09/2003.
Fone: 93.3518.4320 Fax: 93.3518.4319 Site: www.unifaitb.edu.br
E-mail: fai@unifaitb.edu.br