



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

SIMONE FRANCISCA NASCIMENTO

**QUEIMADURAS: conhecimento de enfermeiros que atuam no
Hospital Municipal de Itaituba**

Itaituba – PA

2019

SIMONE FRANCISCA NASCIMENTO

**QUEIMADURAS: conhecimento de enfermeiros que atuam no
Hospital Municipal de Itaituba**

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

Orientador: Esp. Raimison Antônio de Abreu Santos.

Itaituba – PA

2019

NASCIMENTO, Simone Francisca.

Queimaduras: conhecimento de enfermeiros que atuam no hospital municipal de Itaituba. Simone Francisca Nascimento. Itaituba: FAI, 2019.

49 f.

Orientador: Raimison Antonio de Abreu Santos.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Itaituba, 2019.

1. Queimadura. 2. Enfermagem. I Santos, Raimison Antonio de Abreu. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2019.

SIMONE FRANCISCA NASCIMENTO

**QUEIMADURAS: Conhecimento de enfermeiros que atuam no
Hospital Municipal de Itaituba**

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

Orientador: Espec. Raimison Antonio de Abreu Santos

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Raimison Antonio de Abreu Santos, Especialista.

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Marcio Silva da Conceição, Mestre.

Avaliadora: _____ Nota: _____
Profa. Karla Santos da Silva, Especialista.

Resultado: _____ Média: _____

Itaituba, PA: 06 de abril de 2019

Primeiramente a Deus, pois é o meu refúgio e a minha fortaleza, e se faz presente na minha vida me proporcionando novas conquistas. E a minha abençoada família que é um presente de Deus em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço este trabalho primeiramente a Deus, pois sem ele nada disso seria possível, ao meu esposo **Jefferson Adriel Santos Macário** que de uma forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldade, sua ajuda e seu apoio foram muito importantes para mim.

Agradeço ao meu pai **Antônio Francisco Pereira**, que se esforçou muito para que eu pudesse estar na faculdade realizando não só o meu sonho, mas o dele em poder ver um filho formado.

Ao meu irmão **Antônio Francisco Nascimento** (Toim), que me motivou, me deu força, me apoiando em tudo, trabalhando no garimpo junto a meu pai para que meus sonhos fossem concretizados, sem vocês nada disso seria possível.

A minha amada mãe **Maria Anita Francisca Nascimento**, por sempre acreditar em mim, por sempre estar comigo em todos os momentos, por fazer muito além da sua capacidade para me ver realizada, mãe obrigada por tudo que fez e faz por mim, te amo.

Aos meus amigos e colegas de turma pelo crescimento e aprendizado no decorrer desses cinco anos árduos de aventuras, campanhas, ação sociais, obrigado por compartilhar sonhos e conquistas juntos.

A todos os professores pelas excelentes aulas ministradas desde o início do curso, o meu muito obrigada pela contribuição.

Agradeço meu Orientador **Raimisson** pela parceria e paciência durante a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Os professores supervisores de estágio que com muito carinho e paciência me conduziram no papel da enfermagem, me auxiliando da melhor forma possível na arte de cuidar, da teoria e pratica.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

“Se o dinheiro for a sua esperança de independência, você jamais a terá. A única segurança verdadeira consiste numa reserva de sabedoria, de experiência e de competência.”

Henry Ford

RESUMO

Queimaduras são feridas traumáticas que, na maioria das vezes, são causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. Estes, por sua vez, atuam nos tecidos que revestem o corpo, provocando a destruição parcial ou total da pele, podendo atingir as camadas mais profundas como tecido subcutâneo, músculos, tendões e ossos. As queimaduras são ainda, consideradas lesões altamente agressivas, por causar alterações não só físicas como também psicossociais. Nos setores de urgência e emergência é onde ocorre o primeiro atendimento ao paciente queimado, e este atendimento é complexo e exige da equipe de enfermagem uma atenção especial pelo risco de contrair uma infecção. Essa pesquisa tem como objetivo geral mostrar a importância da atuação humanizada da assistência de enfermagem ao paciente queimado, do Hospital Municipal de Itaituba frente ao atendimento a vítimas de queimadura. A assistência de enfermagem para o paciente com queimaduras, requer um tratamento especializado de toda uma equipe multiprofissional e conhecimento técnico-científico. A classificação e avaliação do paciente queimado são parâmetros que se utiliza para o direcionamento de uma conduta adequada. 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 no setor de urgência e emergência 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, a sobrecarga de trabalho, falta de treinamentos e protocolos e até mesmo a incompreensão da família na ajuda do tratamento. Nesse contexto, é importante ressaltar o compromisso com o paciente que sofre com queimadura. Portanto, é importante humanizar a assistência hospitalar, e essa humanização venha a proporcionar um atendimento digno e ético. Cabe então a consciência desse ato de solidariedade.

Palavras-Chave: Queimadura, Urgência e emergência, Enfermagem.

ABSTRACT

Burns are traumatic wounds that, most of the times, are caused by thermal, chemical, electrical or radioactive agents. These, in turn, act on the tissues lining the body, causing the partial or total destruction of the skin, reaching the deeper layers such as subcutaneous tissue, muscles, tendons and bones. Burns are still, considered highly aggressive lesions, to cause not only physical as well as psychosocial changes. Burn injuries are among the main causes of external death recorded in the country, losing only to car accidents and homicides. In the emergency and emergency sectors it is where the first care for the burned patient occurs, and this care is complex and requires the nursing team to pay special attention to the risk of contracting an infection. This research has as general objective to show the importance of the humanized actuation of the nursing care to the burned patient of the Municipal Hospital of Itaituba in front of the attendance to burn victims. Nursing care for patients with burns requires specialized treatment of a multiprofessional team and technical-scientific knowledge. The classification and evaluation of the burned patient are parameters that are used to guide an appropriate conduct. 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 in the emergency and emergency sector are by chemicals, boiling water and hot oil. It was a matter of argument in this study the difficulties faced in their daily life, being highlighted the lack of physical structure, work overload, lack of training and protocols and even the incomprehension of the family in the treatment aid. In this context, it is important to highlight the commitment to patients suffering from burns. Therefore, it is important to humanize hospital care, and this humanization will provide decent and ethical care. It is then the awareness of this act of solidarity.

Keywords: Burn. Urgency and emergency, Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 EPIDEMIOLOGIA	11
2.2 CONCEITO DE QUEIMADURA	11
2.2.1 Tipos de agentes agressores da queimadura	12
2.3 FISIOPATOLOGIA	12
2.4 CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS	14
2.5 PRIMEIRO CUIDADO COM PACIENTE QUEIMADO	17
2.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE QUEIMADO	19
2.6.1 Assistência de enfermagem diante das necessidades afetadas	22
2.6.1.1 Assistência de enfermagem diante dos aspectos psicológicos do paciente queimado	24
3 METODOLOGIA	26
3.1 TIPO DE ESTUDO	26
3.2 LOCAL DE ESTUDO	26
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	27
3.5 ANÁLISE DE DADOS	28
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE	46
APÊNDICE A – Questionário	46
APÊNDICE B – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	48

1 INTRODUÇÃO

Queimaduras são feridas traumáticas que, na maioria das vezes, são causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. Estes, por sua vez, atuam nos tecidos que revestem o corpo, provocando a destruição parcial ou total da pele, podendo atingir as camadas mais profundas como tecido subcutâneo, músculos, tendões e ossos (LIMA; ARRUDA; CARVALHO, 2013).

As queimaduras são ainda, consideradas lesões altamente agressivas, por causar alterações não só físicas como também psicossociais. As vítimas de com lesões por queimaduras, apresentam alterações no metabolismo, perda de volume de líquidos, predisposição para infecção, dor, deformidades corporais, e submissão de cuidados (ALVES, 2013).

Os acidentes por queimaduras estão entre as principais causas de morte externa registradas no país, perdendo apenas para os acidentes automobilísticos e homicídios. Segunda a Revista Brasileira de Queimaduras. No Brasil a cada ano ocorrem em média um milhão de casos de queimaduras, dos quais 200 mil necessitam dos serviços de urgência e emergência e 40mil demandam hospitalização (SILVA; CASTILHOS, 2011).

Nos setores de urgência e emergência é onde ocorre o primeiro atendimento ao paciente queimado, e este atendimento é complexo e exige da equipe de enfermagem uma atenção especial tanto pela fragilidade que se encontra a pessoa, pelo risco de contrair uma infecção pelas condições favoráveis que a lesão apresenta, como competência, habilidades e conhecimento técnico, tendo em vista contribuir para diminuição da taxa de mortalidade e risco de complicações (CHAGAS; LEAL; TEIXEIRA 2014).

Diante do exposto acima, tem-se a seguinte pergunta norteadora desse estudo: Quais os cuidados da equipe de enfermagem a respeito do primeiro atendimento ao paciente queimado no setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba?

Nesse questionamento essa pesquisa tem como objetivo geral mostrar a importância da atuação humanizada da assistência de enfermagem ao paciente queimado, do Hospital Municipal de Itaituba frente ao atendimento a vítimas de queimadura, e como objetivos específicos: investigar o conhecimento da equipe de enfermagem a respeito das queimaduras, conhecer as rotinas assistenciais de

enfermagem ao paciente queimado e descrever as medidas de tratamento para os diferentes graus de queimaduras.

Como já mencionado, a assistência de enfermagem ao paciente queimado é complexa, pois é necessário ter habilidade, conhecimento do processo fisiopatológico e terapêutico, ofertar um atendimento primário adequado visando reduzir a taxa de mortalidade e os números de sequelas físicas e patológicas e outras complicações (SILVA, 2011).

Diante do exposto, justifica-se a escolha da temática, pela necessidade de conhecer a assistência humanizada da equipe de enfermagem que atuam no Hospital Municipal de Itaituba, uma vez que, o enfermeiro é ferramenta fundamental para o tratamento do queimado e o processo de enfermagem serve como meio mais eficaz para a interação com o paciente, e esse atendimento é primordial para a eficácia do tratamento da vítima de queimadura, pois reduz as chances de morte e aumenta o controle de infecções e outras doenças associadas

Por fim este estudo está estruturado em cinco partes, iniciando com uma introdução ao tema, a segunda fundamenta sobre os conceitos de queimaduras a pacientes adultos vítimas 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, e encerrando com a conclusão da pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 EPIDEMIOLOGIA

Segundo a Revista Brasileira de Queimaduras (2011), no Brasil a cada ano ocorrem um milhão de casos de queimaduras, dos quais 200 mil necessitam dos serviços de emergência e 40mil demandam hospitalização. Os acidentes por queimaduras estão entre as principais causas de morte externa registradas no país, perdendo apenas para os acidentes automobilísticos e homicídios.

De acordo com Brasil (2012), os casos notificados no país, o maior índice de acidentes ocorre no ambiente domiciliar, tendo as crianças como vítima principal. As queimaduras mais comuns, envolvendo crianças são as por escaldamentos envolvendo a manipulação de líquido, como água fervente, bebidas e outros líquidos aquecidos, como óleo de cozinha. Nesse tipo de acidentes as queimaduras costumam ser mais extensas, porém superficiais.

Em adultos, o sexo masculino é predominante, tendo as ocorrências por chamas de fogo as mais frequentes, sendo que, o ambiente de trabalho tem tido o maior índice de acidentes. Por tanto, as queimaduras decorrentes dessa ação costumam ser mais profundas e, acompanhada de danos mais severos causados pela inalação de fumaça (BRASIL, 2012).

De acordo com estudos recentes, os hospitais brasileiros, anualmente, realizam em média 100.000 atendimentos a pacientes vítimas de queimaduras. No geral esse número só representa 10% de das ocorrências no Brasil. Sendo que 2,5% dessas vítimas queimadas vão a óbito por motivos direto/indireto das lesões sofridas (GUIMARÃES; MARTINS; GUIMARÃES, 2013).

2.2 CONCEITO DE QUEIMADURA

Queimaduras são feridas traumáticas que, na maioria das vezes, são causadas por agentes químicos, térmicos, elétricos ou radioativos (SILVA; CASTILHOS, 2011).

As queimaduras atuam nos tecidos que revestem o corpo, podendo causar a destruição parcial ou total da pele, chegando a atingir as camadas mais profundas

como tecido subcutâneo, músculos, tendões e ossos (LIMA; ARRUDA; CARVALHO, 2013).

A gravidade das lesões é definida pela extensão da área afetada, pela profundidade e tamanho. Atualmente esses acidentes têm causado grandes problemas para a saúde pública, não só pela gravidade das lesões e pelo risco de complicações, mas devido às sequelas deixada nas vítimas (SILVA; CASTILHOS, 2017).

2.2.1 Tipos de agentes agressores da queimadura

Segundo Silva (2008) as queimaduras são originadas pelo contato direto ou indireto com os seguintes agentes:

- Térmicos: chama direta, objetos e líquidos aquecidos, vapores, produtos inflamáveis, radiação solar, etc...
- Elétricos: correntes elétricas, raios, etc...
- Químicos: produtos químicos contendo ácidos, álcali, álcool, etc...
- Biológicos: urtiga, água-viva, etc... que são capazes de produzir calor excessivo lesionando os tecidos corporais ocasionando morte celular.

Os agressores mais recorrentes são os agentes térmicos com exposição ao fogo, substâncias inflamável, água fervente e objetos aquecidos. Menos corriqueiros são os ocasionados por correntes elétricas que ao entrarem em contato com o corpo se transformam em calor. Já os causados por substâncias causticas, por agente químicos, não necessariamente é resultado de calor produzido (LEÃO, 1999).

Outra causa muito comum de queimadura no Brasil é a pôr contato com chamas resultantes de álcool etílico gerando lesões profundas que podem resultar complicações pela inalação de fumaça. As lesões por agentes elétricos podem causar alterações na condução cardíaca (VALE, 2005).

2.3 FISIOPATOLOGIA

Nas queimaduras ocorre a destruição das barreiras epiteliais e da microbiota presentes na pele, deixando a integridade funcional e a função protetora da pele comprometida, responsável pelo controle da temperatura interna, homeostase hidroeletrólítica, flexibilidade e lubrificação da superfície da pele. Com isso, o grau

de comprometimento dessas funções dependera da extensão e profundidade da queimadura. Essas lesões estão de acordo com a intensidade e duração em que o agente atuou na pele (ROSSI, 2010). A Figura 01 apresenta a estrutura da pele.

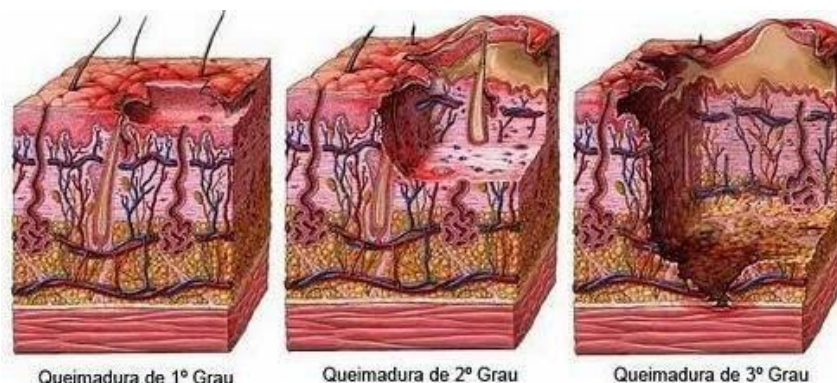


Figura 01 – Estrutura da Pele com Diferentes Graus de Lesões por Queimadura. Fonte: Rossi (2010)

A característica da fisiopatologia é a dor, destruição de tecidos, perda local de líquido e infecções. Logo em seguida do trauma térmico, há um aumento significativo da taxa de metabolismo basal, e se mantém elevada por um período prolongado (MALTA, 2008).

A agressão térmica causa no organismo uma reação local, resultando em necrose de coagulação do tecido e trombose dos vasos próximos a lesão num período de 12 a 48 horas. O tecido desvitalizado, proteínas degradadas e queda do oxigênio, rapidamente passa a ser colonizado por bactérias exógenas e endógenas, fabricantes de proteases, que causam à liquefação e separação da escara, cedendo o lugar ao tecido de granulação que é responsável pela cicatrização das feridas, ocasionando retração e fibrose das queimaduras (LEÃO, 1999).

Com o aumento elevado desses microrganismos, da pele adjacentes, patógenos do ambiente ou da própria ferida, aliada a uma deficiência imunológica pode resultar o surgimento de um foco infeccioso que pode evoluir para sepse. Dar-se início ao processo de fagocitose por conta da proliferação bacteriana e espécies moleculares tipo agregados imunoglobulina. Esse processo se dá através da utilização de oxigênio que é rapidamente consumido resultando na produção de radicais livres (ROSSI, 2010).

Se por um lado, a reposição volêmica intra e/ou extracelular na fase inicial após grandes queimaduras é de fundamental importância para evitar a insuficiência e necrose tubular aguda e evitando o choque hipovolêmico, mantendo o volume

intravascular, irrigando os tecidos elevando a sobrevivência desse paciente, e por outro, essa reintrodução de sangue oxigenado nos tecidos contribui para o aumento da produção dos radicais livres, que por sua vez causam danos adicionais aos tecidos (MALTA, 2008).

Além da resposta local, nas grandes queimaduras, a agressão térmica induz uma reação sistêmica do organismo, por conta da liberação de mediadores através das células lesionadas. Ocorrem grandes danos aos vasos sanguíneos, com rápida perda de fluidos, tanto por evaporação através das feridas, ou seja, pela sequestração nos interstícios agravada por toxinas geradas da colonização bacteriana (COSTA, 1999).

De acordo ainda com Costa (1999), as queimaduras que atingem a superfície corporal superior a 40% o sistema imune não tem capacidade de combater a infecção, que, torna difícil a sobrevivência. Assim, há o surgimento de circulação sanguínea hiperdinâmica, hipertermia e aumento do metabolismo, por conta do aumento do catabolismo muscular.

Segundo Timby (2005), alteração da função hipotalâmica gera aumento do catabolismo (elevação da secreção de cortisol, glucagon e catecolaminas), deficiência da barreira gastrointestinal (liberação para a circulação sistêmica de bactérias e seus subprodutos), infecção bacteriana da área queimada (liberação sistêmica bacteriana), perda de calor (hipotermia devido à evaporação através das feridas) e da eliminação de fluidos (desequilíbrio eletrolítico).

Assim, para assegurar um tratamento adequado, em vítimas de queimaduras, faz-se necessário entender os processos contidos na elaboração de radicais livres com reação inflamatória e processo de isquemia (BARBOSA, 2007).

2.4 CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS

Para determinar a gravidade das queimaduras observam-se alguns fatores como tempo de exposição, temperatura do agente térmico, tipo e calor específico de agente, que determinam graus variáveis da lesão e área da superfície corporal queimada (MOSER; PEREIRA; PEREIRA, 2013).

Há vários métodos de classificações para o cálculo da Área Total de Superfície Corporal Queimada (ATSQ), entretanto, a Regra dos Nove de Wallace (Figura 02), é a forma mais rápida para a soma aritmética das áreas queimadas, tem

mais aceitação e é a mais utilizada. Convém ressaltar, existe uma diferença significativa no cálculo da área corpórea queimada entre adultos e criança, devendo ser modificada a regra dos nove para a Regra dos Onze (LIMA; LIMAVERDE; FILHO, 2006).

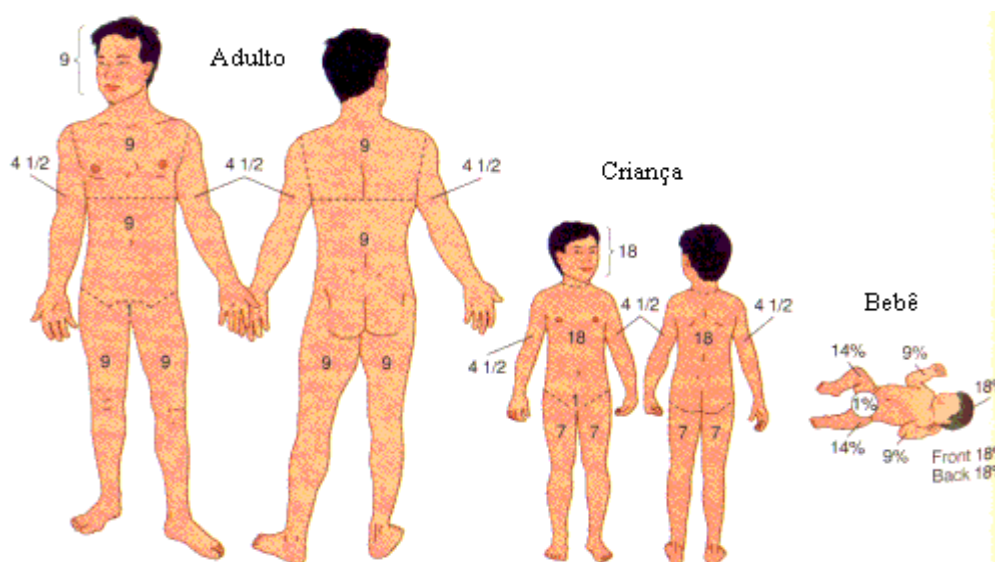


Figura 02 – Regra dos nove de Wallace Fonte: Lima; Limaverde; Filho (2006).

A classificação das queimaduras varia de acordo com a profundidade (Quadro 1). A gravidade vai depender mais da extensão do que da profundidade (Quadro 2), com tudo, essa classificação é importante para se avaliar o prognóstico (PAZOS, 2011). As queimaduras serão apresentadas e explicadas a seguir nos Quadros 1 e 2.

Quadro 01 – Classificação das queimaduras quanto à profundidade e suas características mais marcantes. Fonte: Pazos (2001)

GRAU	PROFUNDIDADE	CARACTERÍSTICAS
Primeiro Grau	Lesões apenas da epiderme	Apresentação com eritematosa, dolorida, seca.
Segundo Grau	Lesões da epiderme e parte da derme	Rosada, bolhas, enchimento capilar.
Terceiro Grau	Lesões da epiderme, derme, hipoderme, músculos e tendões.	Pálida a fracamente escurecida, indolor, necrose total ou escara necrótica, sem bolhas. A dor é ausente, devido à profundidade da queimadura, que lesa todas as terminações nervosas responsáveis pela condução da sensação de dor.

Quadro 01- Classificação da gravidade de queimaduras considerando a extensão. Fonte: Pazos (2001)

Parte do corpo	Adultos	Crianças
Cabeça	9%	18%
Braço	18%	18%
Tronco (frente)	18%	18%
Tronco (costa)	18%	18%
Genitália	1%	1%
Pernas	36%	27%
Total	100%	100%

As queimaduras mais profundas, na grande maioria, necessitam de intervenções cirúrgicas, com a aplicação de enxerto de pele retirada de outra parte do corpo. A história clínica do paciente relacionado com o evento que levaram a queimadura são fundamentais para avaliar a gravidade do trauma (PAZOS, 2011).

Desta forma, poderá ser possível a elaboração de tratamento e a reposição volêmica, objetivando compensar as perdas e prevenir o choque hipovolêmico (GUIMARAES, 2006).

Os fatores agravantes, como doenças cardíacas, diabetes, hipertensão, pulmonares, uso crônico de drogas ou medicamentos, serão obtidos através da história clínica fornecida pelo paciente ou de familiares. Também se atentar quanto às hipersensibilidades ou alergias, verificando quanto ao estado de imunização tetânica (SMELTZER; BARE, 2002).

A gravidade das queimaduras também é avaliada conforme a sua localização. Áreas específicas, como a face, mãos, pés e as genitais, são consideradas áreas críticas conforme a demonstração no Quadro 3. Pacientes queimados que tem as vias aéreas envolvida são também bastante graves (CARVALHO, 2010).

Quadro02- Classificação quanto à gravidade. Fonte: Adaptado de Piccolo *et al* (2008)

QUEIMADURAS LEVES	QUEIMADURAS MODERADAS	QUEIMADURAS CRÍTICAS
- Segundo grau, menores de 15% da superfície corporal.	- Segundo grau, de 15% a 25% da superfície corporal. - Terceiro grau, de 2% a 10% da superfície corporal.	- Segundo grau, maiores de 25% da superfície corporal. - Terceiro grau, maiores de 10% da superfície corporal. - Terceiro grau, envolvendo face, mãos, pés ou genital a outras lesões de partes moles. - Queimaduras das vias aéreas ou lesão respiratória por inalação. - Queimaduras elétricas. - Vítimas idosa ou doenças

		graves preexistentes.
--	--	-----------------------

2.5 PRIMEIRO CUIDADO COM PACIENTE QUEIMADO

De acordo com Geovanini e Júnior (2008), os pacientes queimados, quando são admitidos em uma unidade de emergência, independentemente do tamanho de suas lesões devem ser assistidos por uma equipe de saúde capacitada, que realizará todos os procedimentos e exames necessários, para facilitar a avaliação dos níveis de comprometimento cutâneo e sistêmico.

De acordo com Oliveira; Moreira e Gonçalves (2012) as condutas de atendimentos devem ser executadas conforme o protocolo estabelecido pela unidade, considerando a extensão da lesão, presença ou não de infecção, estado nutricional e de seu quadro clínico.

Smeltzer et al. (2022) aponta que para um bom tratamento ao paciente queimado deve-se dividi-lo em três fases: reanimação, reparação e reabilitação. Os critérios quanto a prioridade dos cuidados prestados ao paciente queimado são os mesmos tidos com vítimas de outros traumas.

Viana (2012) explica que por ser evidenciadas com mais facilidade, os efeitos locais de uma queimadura, deve-se atentar sobre os efeitos sistêmicos, pois esses efeitos representa um risco de vida maior ao paciente, fazendo-se necessária a realização do ABCDE (Quadro 4) do trauma de imediato. Nos casos de vítimas queimadas, faz-se necessário a remoção das roupas, a fim de possibilitar melhor avaliação física. O exame neurológico também é fundamental no primeiro momento. No quadro 04 abaixo serão apresentadas e explicadas.

Quadro 01 – Avaliação primária, ABCDE do Trauma Fonte: Viana (2012).

Via Aérea (A)	Alguns sinais devem servir como marcador de possível lesão de via aérea. O mais óbvio é a dificuldade respiratória ou a respiração ruidosa, porém, esses podem não estar presentes e outros indicadores devem ser investigados tais como: 1. Queimadura na face; 2. Chamuscamento de cílios e das vibrissas nasais; 3. Depósito de carbono e inflamação na orofaringe; 4. Escarro com restos carbonados; 5. História de queimadura em local confinado; 6. Queimadura por explosão; 7. Intoxicação por carboxihemoglobina.
Respiração e Ventilação (B)	A avaliação da mecânica ventilatória e das condições de troca gasosas devem ser realizadas de forma rápida e objetiva. Traumas diretos sobre a parede torácica podem estar associadas a queimaduras, em especial quando há explosão associada. É fundamental identificar o tipo de lesões, pois são indicadores de gravidade importante.

Circulação com controle da hemorragia (C)	Qualquer queimado com mais de 20% e sua superfície corpórea necessita de reposição volêmica. Utilize cateteres de grosso calibre e curtos, uma vez que os volumes requeridos para o tratamento podem ser muito elevados. Dê preferência pela inserção do cateter em uma área de pele íntegra. Só coloque o cateter em área queimada se a extensão da queimadura não permitir.
Incapacidades, estado neurológico (D)	No exame primário a avaliação das pupilas e do Escore de como de Glasgow é suficiente. Vale lembrar que tanto os traumas associados quanto a hipóxia podem produzir alterações no estado neurológico do queimado.
Exposição/control role do ambiente (E)	Este passo do atendimento inicial tem especial importância no queimado. A remoção das vestes queimadas interrompe o processo de queimadura. Além disso, elas podem conter líquidos inflamáveis e produtos químicos, e deve ser manipulada com cuidado. Em seguida, toda a superfície corpórea do paciente deve ser lavada com grande quantidade de água morna. Lembre-se que o queimado tem uma grande predisposição à hipotermia, daí a recomendação de evitar o uso de água fria ou gelada.

É indicado que o tratamento nesta fase (1ª fase aguda, até 48 horas após o acidente), deve estar relacionado aos problemas que causem instabilidade de sinais e risco de morte no paciente (Quadro 5). Devem ser tratados os seguintes problemas: dor, edema, problemas respiratórios, choque hipovolêmico e neurológico, íliaco paralítico ou adinâmico e destruição dos tecidos (SANTOS 2008).

De acordo ainda com Santos (2008), após 48 ou 72 horas (fase tardia ou recuperação), o objetivo do tratamento é contingente com o potencial e prognóstico do paciente. Nessa fase é importante observar: dor, infecção (sepse), problemas respiratórios, anemias, insuficiência renal, úlceras de Marjolin, úlceras de estresse (Curling), desnutrição e sequelas.

Quadro 03 – Fase aguda - até 48 horas após acidente. Fonte: Pazos (2001).

Dor intensa	Estímulo calórico e exposição dos filetes nervosos aos estímulos do meio ambiente. Classicamente, a dor pode ser definida como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada à lesão real ou potencial dos tecidos” (IASP).
Edema	Com o líquido, perde-se proteína plasmática, provocando edema. Isso promove uma hemoconcentração, com aumento da viscosidade do sangue, o que resulta em diminuição da volemia e aumento do hematócrito. O pico de edema ocorre entre 3 e 24 horas após o trauma.
Problemas Respiratórios	Lesão por gases superaquecidos, geralmente limita as vias aéreas superiores, edema e obstrução parcial ou total. Insuficiência respiratória pós-traumática (pulmão de choque): diminuição do surfactante.
	Com o aumento da viscosidade e diminuição da volemia, a pressão

Coque Hipovolêmico	arterial diminui. Nesta fase, se não houver reposição volêmica adequada, o quadro clínico evoluirá para diminuição do Débito cardíaco e choque.
Choque Neurológico	Desencadeado por dores intensas, principalmente as que atingem parcialmente as camadas da pele.
Íleo Paralítico ou Adinâmico	Interrupção geral ou regional do peristaltismo, pelo comprometimento da atividade muscular intestinal. Tende voltar ao normal em 3º e o 5º dia pós trauma.
Destruição de Tecidos	A profundidade das lesões é diretamente proporcional à quantidade de tecido perdido.

Segundo Geovanini e Júnior (2008), alguns casos requer que o paciente seja encaminhado para o centro cirúrgico, sendo necessários a realização de desbridamento e curativo ou, em casos mais graves, procedimentos cirúrgicos. Assim, em seguida, poderão ser internadas em UTIs, unidades semi-intensivas ou em centro de tratamento de queimados (CTQ).

Geovanini e Júnior (2008) ressalta que os acidentes de origem térmica têm traumas adicionais comprometendo o organismo humano, principalmente as lesões pulmonares, decorrentes dos gases nocivos inalados. A equipe de saúde deve estar preparada e munida de habilidades que irão garantir a vida do paciente durante o atendimento.

Os cuidados iniciais prestados aos pacientes queimados vão mais além do que as lesões ocasionadas pelo agente causador. Assim, a reparação da permeabilidade das vias aéreas, a reposição de fluidos e o controle da dor. Essas medidas tem a finalidade de diminuir complicações decorrentes ao trauma térmico. A gravidade das lesões determinará a forma de tratamento, visando sua melhora para diminuir o tempo de internação (SMELTZER; BARE, 2012).

Durante o processo de cicatrização das queimaduras e, a formação de novos tecidos, irá determinar as possibilidades e limitações dos pacientes. É importante salientar que sofrer uma queimadura gera um grande trauma físico e emocional, e modificará seu modo de vida (HESS, 2002).

2.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE QUEIMADO

A essência da enfermagem é fundamentada no ato de cuidar do ser humano, e melhor proporcionar uma segura recuperação, também é responsável pelas execuções de medidas preventivas sob as formas de educação em saúde. Deste

modo a equipe de enfermagem deve estar sempre preparada para atuar em áreas distintas, com habilidade e competência (SANTOS, 2005).

Por sua vez, o paciente queimado exige da equipe de enfermagem alto conhecimento científico sobre as alterações fisiológicas que possa ocorrerem no sistema orgânico após um trauma por queimaduras. Com isso poderá prevenir alterações que possam se desenvolver em maiores complicações decorrentes das lesões teciduais e sistêmicas (SANTOS, 2005).

De acordo com Geovanini e Júnior (2008), é de competência do enfermeiro realizar o levantamento das informações necessárias, por meio da anamnese, para traçar um plano assistencial de enfermagem adequado às necessidades do paciente queimado e, assim, poder dar continuidade aos tratamentos terapêuticos iniciado no primeiro momento.

Conforme Smeltzer e Bare (2012) cabe à equipe de enfermagem prestar assistência na fase de emergência, com monitoramento e estabilização física do paciente, além de ajudar nas necessidades psicológicas não só paciente queimado, mas também da família, pois as respostas emocionais são variáveis.

O exame físico é indispensável na avaliação da vítima queimada, devendo sempre observar as limitações decorrentes das lesões sofridas, de forma minuciosa com a atenção voltada para os sinais vitais e, se constatar a presença de edema, dar preferência a verificação dos pulsos periféricos. Com isso, os parâmetros obtidos darão aos enfermeiros o conhecimento da evolução clínica do paciente, podendo avaliar a terapia aplicada (BARICHELO, *et al.* 2010).

O enfermeiro ao assistir os pacientes queimados presencia a dor e o sofrimento da vítima e seus familiares precisando de intervenções da equipe de enfermagem. Esses pacientes por terem suas necessidades básicas alteradas tendo o enfermeiro que lidar com vários aspectos, entre eles a dor, padrão do sono alterado, depressão, risco para infecção e mobilidade física prejudicada de forma eficiente e ética (CARVALHO, 2010).

A assistência e o planejamento de enfermagem baseiam-se na averiguação e determinação de intervenções de acordo com a necessidade de cada paciente, objetivando alcançar os resultados planejados pela equipe de enfermagem, o tratamento terapêutico também tem que ser considerado. É necessário para a implementação do plano de cuidados da enfermagem determinar as prioridades diárias do paciente, realizando mudanças conforme a evolução do mesmo, não

deixando de registrar todas as ações e intervenções realizadas (JARDIM, *et al.* 2009).

A equipe de enfermagem deve elaborar um plano de cuidados que atenda às diversas ameaças físicas que possam advir, além de fornecer amparo psicológico ao paciente queimado e a sua família. O plano de ação dos cuidados de enfermagem, descritos no Quadro 6, vai muito mais além da técnica, por exemplo, banho no leito/aspersão, curativos, desbrindamento, momentos pré e pós-cirúrgicos, entre outros (MEDEIROS, 2006).

Quadro 06 – Assistência de Enfermagem Com Paciente Queimado Fonte: Medeiros (2006).

CUIDADOS GERAIS	CUIDADOS ESPECÍFICOS
Aspiração orotraqueal	Monitorar padrões respiratórios
Aspiração por traqueostomia	Reposição hídrica
Sonda nasogástrica (SNG) e Sonda nasoentérica (SNE)	Monitorar os sinais vitais
Administração de medicamentos	Observar sinais de infecção
Sonda vesical de demora ou de alívio	Realizar exame físico
Higiene oral íntima	Controle da dor
Cuidados com drenos	Oferecer nutrição adequada
Coletas de secreções	Desbrindamento
Lavagem gastrointestinal	Realizar balneoterapia
Realização de curativos	Promover exercícios terapêuticos
Cuidados com colostomia	Estratégias de enfrentamento
Educação em Saúde	Apoio psicológico ao paciente

As medidas executadas pela equipe de enfermagem são fatores que contribui na recuperação do paciente, sempre evitando que ele apresente complicações decorrentes das queimaduras. Os cuidados são basicamente os procedimentos de rotinas; os casos mais graves necessitam de cuidados mais complexos, como por exemplo, higiene, hidratação, alimentação, curativos e posicionamento no leito, entre outros (GUIMARÃES, 2008).

Para Guimarães (2008), as intervenções estabelecidas tanto no geral como específicas é direcionada aos cuidados de enfermagem, buscando sempre o bem-estar do paciente que sofreu queimaduras, seja qual for o grau, pequeno, médio ou grande queimado. Cabe ressaltar que cada caso tem suas particularidades e necessidade específica, cabe a equipe de enfermagem identificar e traçar o plano de cuidado de acordo com as necessidades de cada caso.

A família desempenha um papel de fundamental importância, ajudando no auxílio do enfermo e receber orientação da equipe de enfermagem para cuidar do paciente e, receber ajuda para enfrentar seus problemas, medos, conflitos e a responsabilidade diante à demanda por cuidados da saúde deste indivíduo (SILVA; CASTILHOS, 2011).

A perseverança e dedicação são atributos necessários para que a equipe de enfermagem preste uma assistência de qualidade ao paciente queimado cujas atividades serem complexas. Assim, é importante compreendê-lo enquanto pessoa, com as características especiais decorrentes da situação traumática que vivenciou, sendo que as sequelas deixadas pelo acidente podem ser permanentes seja desfigurando-o de forma irreversível ou incapacitando-o (JARDIM *et al.* 2009).

2.6.1 Assistência de enfermagem diante das necessidades afetadas

Segundo Geovanini e Junior, (2008) as queimaduras causam lesões, tanto corporais quanto sistêmicas. Nesse contexto, a equipe de saúde se depara com as mais variadas situações que necessitam de intervenções imediatas e com técnicas adequadas.

Ainda de acordo com Geovanini e Junior. (2008), o paciente que sofre esse tipo de lesão tende a ter suas necessidades desde as mais complexas até as mais básicas prejudicadas, como, por exemplo, hidratação, oxigenação e nutrição, entre outros.

Dependendo do tipo de agente agressor e do tempo de exposição, pode ocorrer do paciente inalar fumaça ou alguma substância tóxica, que pode gerar lesões ou até mesmo ao óbito. São comuns vítimas de queimaduras apresentarem algum tipo de comprometimento respiratório, desde pneumonia a embolia pulmonar. Mesmo o paciente recebendo os atendimentos iniciais adequados ao seu quadro clínico, a equipe de enfermagem deve ficar atenta para os sinais de taquicardia, hipoxemia, sudorese e cianose (GUIMARÃES, 2008).

Segundo os autores, após controlar a dor e as respostas respiratórias, a equipe de enfermagem deve estar atenta aos sinais de choque hipovolêmico, assim poder intervir com reposição de líquidos e eletrólitos, seguindo as indicações terapêuticas adotadas pelo médico. Logo após o paciente queimado ser internado, a

enfermagem deve realizar uma punção e manter um acesso venoso calíbroso (LIMA, 2009).

Conforme Lima (2009), o alicerce de uma equipe de enfermagem é a comunicação efetiva, sendo fundamento para o tratamento de qualquer paciente. O enfermeiro deve orientar a família e ofertar alimentação adequada ao paciente, seguindo as recomendações do nutricionista. A sonda nasogástrica deve ser introduzindo somente quando a alimentação oral não for satisfatória, conforme prescrição médica.

O enfermeiro deve ficar atento quanto à nutrição prescrita, observando se o alimento fornecido está sendo eficaz e não cause mal-estar ao paciente. Todos esses cuidados prestados pela equipe de enfermagem são de fundamental importância para o tratamento e cura do paciente (CRUZ; CORDOVIL; BATISTA, 2012).

É de competência médica e da enfermagem realizar medidas que amenizem a dor do paciente queimado, observando a causa e a intensidade da dor, a fim de reduzir ou eliminar o foco usando medicações adequadas (GOUVEA, 2010).

Segundo Smeltzer e Bare (2012), há casos que o paciente queimado necessita de sedação, devido ao grau de comprometimento corporal que sofreu. Após a administração medicamentosa prescrita, o enfermeiro deve atentar a intercorrências e efeitos adversos ocasionados pelo fármaco, caso houver, deve comunicar ao médico e anotar o fato ocorrido.

Todo vitima decorrente de lesões térmicas está vulnerável a infecções. Na medida em que os resíduos vão se acumulando na superfície das lesões, pode haver um retardo na migração dos queratinócitos, comprometendo o processo de epitelização. Faz-se necessário, em alguns casos, o desbrindamento das lesões, a fim de retirar o tecido contaminado por corpos estranhos ou bactérias (NAZARIO; LEONARDI, 2011).

Ao se falar em assistência de enfermagem com pacientes vítimas de queimaduras, deve-se ter sempre em mente que os cuidados prestados deverão ser realizados com técnicas assépticas, assim evitando criar um ambiente propício ao crescimento e proliferação de bactérias, o que acarretaria mais sofrimento e dor ao paciente queimado (GUIMARÃES, 2008).

As causas mais comuns de infecções em vítimas de queimaduras são por bactérias, como *Staphylococcus* e *Pseudomonas*. A equipe de enfermagem deve

ficar sempre atenta a sinais de infecções nos locais das queimaduras, observando os sintomas sistêmicos, como contagem de leucócitos e hipertermia e os aspectos de coloração (JORGE; BARRETO, 2012).

2.6.1.1 Assistência de enfermagem diante dos aspectos psicológicos do paciente queimado

O aspecto físico dos pacientes queimados vem ganhando um espaço maior nas literaturas deixando-se de ser ressaltada a necessidade de avaliar os aspectos psicossociais destes pacientes (SOUZA, 1994).

Nesse sentido Bergamasco (2004), informa que as vítimas de queimaduras sofrem danos corporais que causam modificações na alta imagem e dependendo da profundidade e extensão das lesões pode causar alterações na sua identidade. Essas mudanças podem gerar sentimentos depressivos, ansiedade e angustia por conta da ameaça de rompimento de vínculos anteriores. Também o medo da não aceitação da nova imagem corporal poderá gerar situações depressivas (BERGAMASCO, 2004). A Figura 3 a seguir demonstra a imagem corporal de uma vítima de queimadura extensa.



Figura 03 – Queimadura de Terceiro Grau. Fonte: Bergamasco (2004).

De acordo ainda com Bergamasco (2004), esse indivíduo se torna um paciente muito difícil de tratar, pois ele passará por momentos que gerarão ansiedade e medo. Logo após o acidente, as mudanças psicológicas começam a ser manifestadas, com as dores que vem com o tratamento, desbrindamento, enxertos e trocas de curativos. Assim, durante todo o período de internação, a ansiedade e o

medo se fazem presente, necessitando assim de um cuidado especializado e humanizado.

A ansiedade é caracterizada por distúrbio no sono, insônia, observação atenta, preocupação, agitação, palpitação, inquietação, tendência a culpar outros, anorexia, boca seca etc. o medo já é manifestado por agressão, temor, estado de alerta elevado, comportamento de ataque e apreensão (BARBOSA, 2007).

Foram examinadas por um estudo as diferenças entre o diagnóstico de ansiedade e medo, que constatou que o medo é o resultado de uma ameaça que pode ser identificada e localizada. Pode ser manifestada através da resposta simpática com o elevado estado de alerta do paciente vítima de queimadura. Já o paciente com ansiedade apresenta resposta simpática e parassimpática. Essas respostas vão depender do nível de ansiedade, mesmo apresentando sentimentos de incertezas (MATOS; ANDRADE; MADEIRA, 2011).

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).

Ainda de acordo com Neves (2006), a pesquisa qualitativa possui as seguintes características: ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental, caráter exploratório descritivo, o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida como preocupação do investigador, 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 Queimaduras: conhecimento de enfermeiros que atuam no Hospital Municipal de Itaituba, teve por base artigos, teses e dissertações, manuais do Ministério da Saúde, proveniente nas bases de dados do Scientific Electronic 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

Estudo foi realizado no Hospital Municipal de Itaituba, 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 (MS) Ministério da Saúde, Fundação Serviço de Saúde Pública, com caracterização permanente (BRASIL, 2004).

A partir daí, tornou-se então Hospital Municipal de Itaituba, é um hospital de referência do SUS, haja vista que é o único público da cidade, contando com apenas alguns hospitais de iniciativa privada, de modo complementar para dar suporte ao mesmo. Conta com uma ala de Urgência e Emergência, ala de 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 urgência e emergência do HMI, que participaram do estudo, 05 enfermeiros e 05 técnicos de enfermagem. Para essa amostra foi inclusos sujeitos atuantes no quadro de funcionários da instituição. O trabalho foi realizado no período de outubro de 2018.

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 B. Este questionário contém questões abertas e buscara identificar os conhecimentos da Equipe de Enfermagem sobre os cuidados de enfermagem a pacientes vítimas de queimaduras, quais os primeiros cuidados da equipe de enfermagem ao paciente queimado no setor de urgência e emergência? Por que é importante a atuação humanizada da assistência de enfermagem ao paciente queimado? Como proceder ao tratamento das lesões por queimadura após a identificação dos diferentes graus de queimaduras? 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 (Apêndice A). Após a assinatura deste termo, os questionários foram entregues e,

para posteriormente as respostas foram analisadas e discutidas com embasamento teórico - científico.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Num primeiro momento, obtidas as informações necessárias na coleta de dados, iniciou 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 explorado o material onde, pela observação das respostas dos participantes, foi sumarizado ora com palavras ou frases, mas que não interfira 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 serão somente para a pesquisa, e as informações, não trará nenhum risco ou prejuízo, ficando guardado somente com a pesquisadora. Nessa pesquisa todos os participantes leram o termo de consentimento e livre esclarecimento e assinaram levando consigo uma cópia.

Quanto à identidade das participantes, estas foram denominadas em E1 a E5 para os Enfermeiros e T1 a T5 para os Técnicos de Enfermagem para garantir o anonimato das entrevistas. Seus nomes ou as informações que indiquem as suas participações não serão liberados sem permissão. Sendo garantido que não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A participação no estudo não acarretará custos ou gerará qualquer tipo de compensação financeira adicional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão analisados e discutidos os resultados através do questionário aplicado. Num primeiro momento analisam-se os sujeitos da pesquisa denominando-os de: enfermeiros (ENF1 a ENF5 e Técnicos de enfermagem (TEC1 a TEC5), todos atuantes do setor urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba. Num primeiro momento foi feita a identificação dos sujeitos conforme o Quadro 7.

Quadro 7 – Identificação da Equipe de Enfermagem da Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba. Fonte: Dados do Autor.

ENF 1	“Tem 27 anos, sexo feminino, solteiro, atua na profissão há 3 anos”.
ENF 2	“Tem 31 anos, sexo masculino, solteiro, atua na profissão há 4 anos.”
ENF 3	“Tem 26 anos, sexo feminino, união estável, atua na profissão há 4 anos.”
ENF 4	“Tem 29 anos, sexo feminino, solteira, atua na profissão há 5 anos.”
ENF 5	“Tem 32 anos, sexo masculino, união estável, atua na profissão há 4 anos.”
TEC ENF1	“Tem 29 anos, sexo feminino, casado, atua na profissão há 5 anos.”
TEC ENF 2	“Tem 25 anos, sexo feminino, união estável, atua na profissão há 7 anos.”
TEC ENF3	“Tem 34 anos, sexo feminino, casada, atua na profissão há 10 anos.”
TEC ENF4	“Tem 23 anos, sexo masculino, solteiro, atua na profissão há 2 anos.”
TEC ENF5	“Tem 30 anos, sexo feminino, casada, atua na profissão há 5 anos.”

A idade de todos os participantes, seja enfermeiros ou técnicos de enfermagem teve uma média de 28 anos sendo 8 mulheres e 2 homens. Em relação ao estado civil são 03 participantes são solteiros e 07 são casados. O tempo de atuação profissional foi em média de 05 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. 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 8 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.

Quadro 8 – Conhecimento da Equipe de Enfermagem sobre queimaduras. Fonte: Dados do Autor.

ENF 1	“É uma lesão na pele causada por calor, eletricidade, substâncias químicas, atrito ou radiação”.
ENF 2	“As queimaduras são feridas traumáticas, causadas na maioria das vezes por agente térmico, químicos...”.
ENF 3	“Uma lesão na pele devido o acesso tanto de crianças quanto adultos a objetos aquecidos, elétrico, radioativo...”.
ENF 4	“É uma lesão na pele ocasionada por fogo, insolação ou materiais corrosivos. Ela ocorre na pele podendo ser na epiderme, derme e tecidos”.
ENF 5	“É um processo de agressão na pele provocada por líquido quente, fogo, eletricidade ou produto químico causando queimadura de até 3° graus”.
TEC. ENF 1	“Uma ferida causada pelo contato com objeto aquecido, água fervente, eletricidade e outros”.
TEC. ENF 2	“Dano na pele ou mais profundo, ocorre através de contato com calor, frio, eletricidade e produto químico”.
TEC. ENF 3	“É todo processo de agressão a pele provocado por líquido quente, fogo, eletricidade ou produto químico”.
TEC. ENF 4	“É quando ocorre o contato do corpo com fogo”.
TEC. ENF 5	“É uma lesão causada na pele pelo contato com fogo, eletricidade e outros que pode causar queimadura de 2° ou 3° graus”.

No contexto sobre o conhecimento da equipe sobre queimaduras, observa-se a equipe tem conhecimento sobre o tema sobre queimaduras, 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, líquido quente, fogo, entre outros, sendo que é bom ressaltar que em algumas respostas é citado a eletricidade.

Nesse contexto, explica-se 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).

E na fala de Noro (2008), o mesmo 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 osso.

Com relação à classificação das queimaduras, também 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).

Diante do exposto, foi objeto de tema também saber da equipe de enfermagem, quais as condutas utilizadas pela equipe de enfermagem no tratamento de queimaduras? Quadro 9.

Quadro 9 – Condutas utilizadas pela equipe de enfermagem no tratamento de queimaduras. Fonte: Dados do Autor.

ENF 1	“A assistência de enfermagem deve realizar cuidados bem específicos para cada tipo de queimadura. Visar primeiramente salvar a sua vida, deve-se trabalhar com o objetivo de evitar infecções, deformidades e traumas psicossociais”.
ENF2	“Acesso venoso, assepsia, hidratação, limpar as feridas, medicação pra dor, observar risco de infecção”.
ENF3	“Avaliar o paciente de imediato, acesso venoso, medicação para dor e monitoramento”.
ENF4	“As condutas de enfermagem são avaliar o paciente, acesso venoso, curativo com hidrocoloides, pomadas ou óleo conforme disponível e traçar melhorias, para o paciente, aliviam da dor, medicações”.
ENF5	“Acesso venoso, assepsia e medicações pra dor”.
TEC. ENF 1	“Parar o processo de queimadura tirando as roupas queimadas, acesso venoso, limpar as feridas, hidratação e administrar medicação pra dor”.
TEC. ENF 2	“Depende do grau da queimadura, a princípio seria, assepsia, resfriamento e medicação pra dor”.
TEC. ENF 3	“As condutas realizadas são: assepsia, alívio da dor e hidratação venosa”.
TEC. ENF 4	“Iniciar colocando acesso venoso, fazer assepsia, administrar medicação prescrita, manter hidratação”.
TEC. ENF 5	“Acesso venoso, assepsia, medicação pra dor, hidratação”.

Como analisado nas respostas dos participantes, é impressionante, que 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, curativos, hidratação, curativo, assepsia, resfriamento, fazer acesso venoso. Portanto, todos os participantes mostram-se aptos na assistência realizada pela enfermagem com o paciente.

Para Posso (2006), 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.

Corroborando com o exposto, Castro (2013), diz que 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 e 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).

Outro destaque que merece ser enfatizado é de Medina (2009), que 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 contexto foi questionado sobre a humanização que o profissional deve ter para o paciente acometido de queimaduras. As respostas dos participantes estão esplanadas no quadro 10.

Quadro 10 – Relatos da atuação humanizada pela equipe de enfermagem no tratamento de queimaduras. Fonte: Dados do Autor.

ENF 1	“Porque a enfermagem deve agir de forma correta tratando cada caso de forma individual, pois o paciente chega agitado devido a dor e o medo”.
ENF2	“Pela fragilidade que se encontra o paciente, e por cada caso ser um caso diferente”.
ENF3	“Pela fragilidade do paciente e o quadro clínico delicado”.
ENF4	“A assistência humanizada deve acontecer com todos os pacientes, porém o paciente queimado já se encontra com o psicológico abalado e necessita de atendimento prioritário”.
ENF5	“Por conta do estado psicológico”.
TEC. ENF 1	“Porque cada caso deve ser tratado de forma individual, pois o paciente se encontra fragilizado”.
TEC. ENF 2	“Porque ele se torna supersensível, mais ainda dependendo de como o fato aconteceu, necessitando assim de uma atenção diferenciada”.
TEC. ENF 3	“Devido o paciente se encontrar em um momento difícil com o psicológico abalado”.

TEC. ENF 4	“Para que o paciente se sinta o melhor possível no momento dos procedimentos realizados”.
TEC. ENF 5	“Pela fragilidade do estado geral do paciente”.

Diante das falas apresentadas observa-se que há uma nítida preocupação com o conforto, bem estar tanto físico quanto psicológico do paciente. Na fala do (TEC. ENF 2), é ressaltado que o paciente vítima de queimadura tem um tratamento diferenciado, sendo esta confirmada pelo (TEC. ENF 5 e ENF) que reforça que o mesmo está fragilizado. Enfim, esses contextos de tratar cada caso individualmente, merecendo uma atenção diferenciada, faz com que a humanização seja exercitada na atuação de enfermagem do HMI.

Nesse sentido, no quadro 11, foi questionado quais os métodos utilizados para os diferentes graus de queimaduras.

Quadro 11 – Métodos de tratamento utilizados para os diferentes graus de queimaduras.
Fonte: Dados do Autor.

ENF 1	“Após a identificação do grau, deve-se tratar a dor, manter hidratação, curativo e cuidado para o risco de infecção”.
ENF2	“Tratar a dor, fazer curativo de acordo com prescrição, e observar risco de infecção”.
ENF3	“Realizar curativo, hidratação e ter cuidado com infecções”.
ENF4	“Quando identificado o grau da lesão, planejar e organizar os procedimentos, assepsia, medicação, curativos, pomada de carvão ativado, óleo de girassol e demais produtos”.
ENF5	“O tratamento ocorre de acordo com o grau da queimadura, medicação, resfriamento, assepsia”.
TEC. ENF 1	“Tratar a dor, fazer curativo, administrar a medicação prescrita e ter cuidados com a infecção”.
TEC. ENF 2	“Fazer assepsia, fazer resfriamento, medicação e curativo”.
TEC. ENF 3	“O procedimento deve ocorrer conforme o grau da queimadura, realizar resfriamento, assepsia e medicação”.
TEC. ENF 4	“Seguindo à risca todo o tratamento proposto pelo médico que fez a identificação”.
TEC. ENF 5	“Assepsia, medicação e curativo”.

Nessa categoria, as respostas estão distinguidas, porém dentro do que os autores preconizam como conduta adequada. Observa-se que nas respostas do (ENF 1 e ENF 4), o método de tratamento é feito após a identificação do grau da lesão. O (ENF 5) reforça que o tratamento correto é feito de acordo com o grau da queimadura. Ainda é interessante notar que o (TEC. ENF 4), diz que necessário seguir à risca todo o tratamento proposto pelo médico. Outras respostas, se

enquadram como no quadro 9 onde foi abordado sobre as condutas feita pela equipe de enfermagem.

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.

Outro tipo de tratamento não informado pelos participantes, é o tratamento de queimaduras é realizado a crioterapia, é 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).

Ainda de acordo com Nazário; 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.

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 foram indagados quais os sentimentos psicológicos do paciente diante da cicatriz de queimaduras. Quadro 12.

Quadro 12- Sentimentos psicológicos do paciente diante da cicatriz de queimaduras. Fonte: Dados do Autor.

ENF 1	“É muito difícil, dependendo do grau da queimadura temos que conversar bastante com o paciente ou solicitar um psicólogo”.
ENF 2	“Medo da nova imagem, preocupação, daí cabe a equipe de enfermagem orientar o paciente”.
ENF 3	“Observamos o abalo emocional ao olhar as lesões no corpo, o medo é bem evidente”.
ENF 4	“O psicológico do paciente dependendo do grau da queimadura, pode estar bastante afetado, o que inclui a equipe de enfermagem estar treinada para resolver estas situações”.
ENF 5	“Geralmente preocupação por conta das possíveis cicatrizes e o estado em que ela se encontra”.
TEC. ENF1	“Medo, insegurança”.
TEC. ENF2	“Ele fica sensível, emotivo por conta da situação traumática”.

TEC. ENF3	"Preocupação devido as possíveis cicatrizes e o estado em que se encontra".
TEC. ENF4	"Observamos tristeza e desespero".
TEC. ENF5	"Medo, angústia e tristeza".

Conforme observado nas falas dos profissionais, a maioria observa o medo como o maior sentimento psicológico, seguido de: tristeza, insegurança, desespero e angústia. o (ENF 2) cita o medo que paciente terá da nova imagem, e (TEC. ENF 3) Também comenta sobre essa nova imagem, pela possível cicatriz que o paciente possa ter.

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).

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 sofrer e o tratamento adequado a esse paciente e comprometimentos. (TOLEDO, 2003).

Ainda de acordo com o autor supra citado, esses comprometimentos revelam-se de grande impacto na autoestima daqueles que sofrem com sequelas de queimaduras limitantes da locomoção, tolhendo sua liberdade e incapacitando-os para o trabalho e para o desempenho social anterior à queimadura.

Diante do explanado, ainda sobre 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 13.

Quadro 13 - Tipos de queimaduras mais recorrentes no HMI Fonte: Dados do Autor.

ENF 1	"1° e 2° grau, queimaduras por chamas de fogo e liquido quente".
ENF2	"1° e 2° grau, por liquido quente e chamas de fogo".
ENF3	"1° e 2° grau, álcool, água quente".
ENF4	"1° e 2° grau, por liquido quente".
ENF5	"1° e 2° grau, queimaduras por produtos químicos".
TEC. ENF 1	"1° e 2° grau, óleo quente, chamas de fogo, produtos químicos".
TEC. ENF 2	"1° e 2° grau, água fervente".
TEC. ENF 3	"1° e 2° grau, óleo quente e álcool".
TEC. ENF 4	"1° e 2° grau, produtos químicos, liquido quente".
TEC. ENF 5	"1° e 2° grau, água quente e produtos químicos".

Observa-se no quadro 13, que as falas dos enfermeiros e técnicos de enfermagem são semelhantes, sendo que as queimaduras mais recorrentes são por produtos químicos, água fervente e óleo quente. e são queimaduras do tipo 1° e 2° grau.

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 disto a determinação do grau de queimaduras se faz necessário para que o atendimento terapêutico adequado possa ser estabelecido com maior eficiência (MACIEL; SERRA, 2004).

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 14.

Quadro 14 – Qual o primeiro sentimento da equipe de enfermagem no primeiro contato ao paciente vítima de queimaduras. Fonte: Dados do Autor.

ENF 1	“No decorrer da carreira, da nossa experiência, sabemos como trabalhar nosso sentimento e emoções”.
ENF2	“Ser solidário e de ajuda”.
ENF3	“Humanização”.
ENF4	“Sentimento de ajuda ao próximo, solidariedade, humanização”.
ENF5	“Empatia”.
TEC. ENF 1	“De ajuda e ser solidário”.
TEC. ENF 2	“Empatia”.
TEC. ENF 3	“Empatia”.
TEC. ENF 4	“Sentimento de solidariedade”.
TEC. ENF 5	“Humanização e solidariedade”.

Com relação aos sentimentos da equipe de enfermagem as respostas dos participantes são bem relevantes, sendo que o sentimento mais apontado pela equipe é o de empatia, seguido de: solidariedade, humanização, sendo que o participante (ENF. 1) diz que no decorrer da carreira eles sabem como trabalhar os sentimentos e emoções.

Baseado no exposto, 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.

Mereceu ainda destaque saber, quais os fatores que podem complicar o quadro clínico do paciente queimado. Quadro 15.

Quadro 15 – Quais os fatores que podem complicar o quadro clínico do paciente queimado. Fonte: Dados do Autor.

ENF1	"Um dos principais fatores é a infecção".
ENF2	"Contrair infecção".
ENF3	"Risco de infecção".
ENF4	"Infecção Hospitalar".
ENF5	"Infecção".
TEC. ENF 1	"Infecção".
TEC. ENF 2	"Infecção".
TEC. ENF 3	"Infecção".
TEC. ENF 4	"Caso ocorra uma infecção hospitalar".
TEC. ENF 5	"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.

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).

Sendo assim, 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.

E por fim, no quadro 10 foi investigado se a equipe de enfermagem recebe capacitação referente ao tratamento das queimaduras, e quais seriam as maiores dificuldades enfrentadas pelos mesmos para dispensar uma assistência com qualidade para com os pacientes vítimas de queimaduras.

Quadro 16 - Relatos dos participantes sobre treinamento e sobre as dificuldades com pacientes vítimas de queimaduras. Fonte: Dados do Autor.

ENF 1	"Não; A falta de estrutura".
ENF 2	"Não; A falta de compreensão da família dos pacientes".
ENF 3	"Não; Sobrecarga de trabalho".
ENF 4	"Não; Falta de treinamentos e de protocolos".
ENF 5	"Não; Falta de aparatos técnicos suficientes para proporcionar conforto e bem estar ao paciente".
TEC. ENF 1	"Não; A sobrecarga de trabalho".
TEC. ENF 2	"Não; Falta de salas adequadas para receber pacientes queimados".
TEC. ENF 3	"Não; Risco de complicações que estes pacientes apresentam".
TEC. ENF 4	"Não; A sobrecarga de trabalho".
TEC. ENF 5	"Não; A falta de estrutura e sobrecarga de trabalho".

Ao serem abordados sobre se recebem algum tipo de capacitação para lidarem com as situações mediante o tratamento de queimaduras, todos os participantes afirmaram não receberem, e com relação às dificuldades enfrentadas no dia a dia com pacientes vítimas de queimaduras, em suma os mesmos informam que: Há uma falta de estrutura para se trabalhar com êxito, falta de sala adequadas, falta de sala apropriadas, a sobrecarga de trabalho foi muito citada pelos participantes. A resposta do (ENF 2), se destaca das demais, pois o mesmo diz que há uma falta de compreensão da família, e essa também é considerada uma dificuldade. O (ENF 4) ressalta também a falta de treinamento e protocolos existentes no setor para a facilitação dos serviços de enfermagem.

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), também 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.

Segundo Montezeli (2009), diz que o grande fluxo de pacientes atendidos e a dinamicidade da rotina de um setor de urgência e emergência, faz com que a atuação do enfermeiro precise ser muito eficiente, uma vez que é essencial. A equipe de Enfermagem são elementos fundamentais no processo de recuperação desse paciente, sendo necessário obter conhecimentos técnicos e científicos de forma significativa para assim atuar de forma eficaz, levando assim assistência adequada a esses pacientes para sanar suas necessidades.

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

5 CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem para o paciente com queimaduras, requer um tratamento especializado de toda uma equipe multiprofissional, requer também conhecimento técnico-científico para manutenção de uma assistência sistematizada, esta deve reconhecer as necessidades individuais de cada paciente. Deve-se Classificar e avaliar o paciente queimado são parâmetros que se utiliza para o direcionamento de uma conduta adequada, que vise proporcionar elementos para uma maior possibilidade de sobrevida. Essa assistência de toda a equipe de enfermagem se baseia na escolha e definição, na unidade de urgência e emergência das prioridades e condutas a serem seguidas frente ao paciente vítima de queimadura.

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 no setor de urgência e emergência 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, a sobrecarga de trabalho, falta de treinamentos e protocolos e até mesmo a incompreensão da família na ajuda do tratamento.

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.

Nesse contexto, é importante ressaltar o compromisso com o paciente que sofre queimadura, assim como o compromisso familiar e destes entre si. Portanto, é importante humanizar a assistência hospitalar, de forma que tanto a equipe de enfermagem quanto o paciente e a família possam fazer parte de uma rede de diálogo. Cabe a esta rede proporcionar as ações e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade.

REFERÊNCIAS

- ALVES, U. D. B. **Assistência de enfermagem ao paciente grande queimado na UTI: um estudo bibliográfico**. 32. f. il. 2013. Trabalho da Conclusão de Curso - Universidade Castelo Branco e Atualiza Cursos, Salvador, 2013.
- BARBOSA, E. et al. **Suplementação de antioxidantes: enfoque em queimados**. In: Rev. Nutr. Vol. 20 no. 6 Campinas Nov./ Dec. 2007.
- BARICHELO, E. et al. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados por queimadura**. Enferm Glob.2010. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/scielo>>. Acesso: 25 de março de 2018.
- BERGAMASCO, E. C. et al. **Diagnóstico de medo e ansiedade: validação de conteúdo para o paciente queimado**. In: Rev. bras. Enferm. Vol 57 no.2 Brasília Mar./ Apr. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ação Programática Estratégica. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. 1ª ed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da saúde. Instituto para o desenvolvimento da saúde. **Manual de enfermagem**, Brasília, DF, 2012.
- CARVALHO, F.L. **Significados da reabilitação: perspectiva de um grupo de pacientes que sofreu queimaduras e de seus familiares**. [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2010.
- CARVALHO, F.L. Significados ad reabilitação: perspectiva de um grupo de pacientes que sofreu queimaduras e de seus familiares **[Tese de doutorado]**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2010.
- CHAGAS, D. C.; LEAL, C. N. S.; TEIXEIRA, F. de S. GRECO JÚNIOR, J. B. et al. Tratamento de pacientes queimados internados em hospital geral. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.** v. 22, n. 4, p. 228-232, 2007. Disponível em:<<http://rbcp.org.br/imageBank/PDF/22-04-06.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2018.
- COSTA, D.M. et al. **Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes**. J Pediatr. (Rio de J). 1999.
- CRUZ, B. F.; CORDOVIL, P. BL; BATISTA, K. N. M. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. **Rev Bras Queimaduras**, v. 11, n. 4, p. 246-50, 2012.
- GEOVANINI, T.; JUNIOR, A. G. de O. **Manual de curativos**. São Paulo: Corpus, 2008.
- GUIMARÃES J.R L. M. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro-RJ: Rubia, 2006.

GUIMARÃES, H. P. **Guia prático de UTI da AMBI**. São Paula: Atheneu, 2008.

GUIMARÃES, I. B. A.; MARTINS, A.B.T.; GUIMARÃES S. B. Qualidade de vida de pacientes com queimaduras internados em um hospital de referência do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 12, n.2, p.103-7, 2013.

HESS, C. T. **Tratamento de feridas e úlceras**. Rio de Janeiro: Reichmam e Affonso, 2002.

JARDIM, D.E.R. *et al.* **Cuidado de enfermagem ao paciente grande queimado no ambiente hospitalar** [Projeto de pesquisa]. Belo Horizonte: Centro Universitário UMA, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde; 2009.

JORGE, C. C. S.; BARRETO, H. R. L. F. A prestação da assistência nas unidades hospitalares. Veredas Favip – Revista Eletrônica de Ciências, v. 3, n. 1, jan./jun. 2012

LEÃO, C. E. G. **Queimaduras**. In: Fonseca FP, Rocha PRS, editors. Cirurgia ambulatorial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

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

LIMA, O. S.; LIMAVERDE, F. S.; FILHO, O. S. L. **Queimados**: alterações metabólicas, fisiopatologia, classificação e interseções com o tempo de jejum. Soc. de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro. v. 6, n.1, p.83, jun. 2006; disponível em: <http://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/Queimados.pdf> 18/04>. Acesso em: 12 fev. 2018.

LIMA, O.B.A.; ARRUDA, A.J.C.G.; CARVALHO, G.D.A. **A ENFERMAGEM E O CUIDADO À VÍTIMA DE QUEIMADURAS**: Revisão integrativa Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(esp):4944-50, jul., 2013

MALTA, M. B. et al. Intervenção nutricional em um paciente gravemente queimado: estudo de caso. **Rev Simbio-Logias**. v. 1, n. 2, p. 1-8. nov. 2008. Disponível em: <http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/estudo_de_caso_nutr_intervencao_nutricional_paciente_queim.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2018.

MATOS, J.C.; ANDRADE, F.C.B.; MADEIRA, M.Z.A. Assistência de enfermagem a pacientes vítimas de queimaduras: uma revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v.4, n.2, p.74-8, Abr-Mai-Jun, 2011.

MEDEIROS, A. B. F. **Tratamento ao grande queimado**. 125 f. Dissertação (Mestrado Centro de ciência da saúde) -UECE, Fortaleza, 2006.

MOSER, H.; PEREIRA, R. R.; PEREIRA, M. J. L. Evolução dos curativos de prata no tratamento de queimaduras de espessura parcial. **Rev Bras Queimaduras**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p.60-67, abr./jun., 2013. Disponível em: <www.rbqueimaduras.com.br>. Acesso em: 16 mar. 2018.

NAZÁRIO, N. O; LEONARDI, D. F. **Queimaduras: atendimento pré-hospitalar**. Palhoça: Ed. Unisul, 2012. 208p. 2011.

NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades**. Cadernos de Pesquisas em Administração, v. 1, n.3, 2º sem., 1996.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K. F. A.; GONÇALVES, T. A. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. **Rev Bras Queimaduras**. Florianópolis. v. 11, n. 1, p.31-37, jan./mar., 2012. Disponível em: <www.rbqueimaduras.com.br>. Acesso em: 18 mar. 2018.

OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K. F. A.; GONÇALVES, T. A. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. **Rev Bras Queimaduras**. Florianópolis. v. 11, n. 1, p.31-37, jan./mar., 2012. Disponível em: <www.rbqueimaduras.com.br>. Acesso em: 18 mar. 2018.

PAZOS, A. L. **Feridas fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3ed. Revista e ampliada. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2011.

PISQUILA. **Fundação sesp: um resgate à história da saúde no Brasil**. Luisnassifonline, 2012.

ROSSI, L. A. et al. Cuidados locais com as feridas das queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**. v. 9, n. 2, p.54-59, abr./jun. 2010. Disponível em: <www.rbqueimaduras.com.br>. Acesso em: 16 mar. 2018.

SANTOS, L. **Grandes temas da Medicina. A Pele**. São Paula: Nova Cultura, 2005.

SANTOS, N. C. M. **Urgência e emergência para enfermagem: do atendimento pré-hospitalar APH à sala de emergência**. 4. ed. São Paulo: Látria, 2008 p.166.

SILVA, H.T.S. *et al.* **Queimaduras: um estudo de caso na unidade de tratamento de queimados do Hospital Público do Oeste, em Barreiras-BA**. Revista Digital de Pesquisa CONQUER da Faculdade São Francisco de Barreiras(on-line), v.3, 2008. Disponível em:< <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/conquer/index>> Acesso em: 23 fev. 2018

SILVA, R. M. A; CASTILHOS, A.P.L. A identificação de diagnostico de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para implementação das ações de enfermagem. **Revista Brasileira de Queimaduras**. 2011; 9(2): 60-5. Disponível em:< <http://scholar.googleusercontent.com/scholar>>. Acesso em: 05 de março de 2018.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. (orgs), Brunner&Suddarth, tratado de enfermagem medico-cirúrgico. Trad. José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 9ed. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan, 2002.

SOUZA TJA. **Qualidade de vida do paciente internado em um centro de tratamento de queimados [tese]**. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco (UCDB);2005.

SOUZA, F.A.E.F. *et al.* **Atitudes de profissionais de enfermagem em relação ao paciente queimado**: elaboração e teste de fidedignidade de um instrumento. In: Rev. Latino- Am. Enfermagem vol. 2, no 1, Ribeirão Preto jan. 1994.

TAVARES, C.S.; Hora, E.C. Caracterização das vítimas de queimaduras em seguimento ambulatorial. **Rev. Bras. Queimaduras**, Goiânia-GO, v.10, n.4, p.119-123, 2011.

TIMBY, B. K. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. Barueri-SP: Manole, 2005 p.1151.

VALE, E.C.S. **Primeiro atendimento em queimaduras**: a abordagem do dermatologista. Anais Brasileiro de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 80, n.1, jan./fev. 2005.

VIANA, D.L.; PETENUSSO, M. Sinais vitais. **Manual para realização de exame físico**. São Caetano do Sul: Yendis editora, 2012. p.41-67.

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

FERNANDES JÚNIOR, C. J. *et al.* O grande queimado. In: KNOBEL E. **Condutas no paciente grave**. 3. ed. Editora Atheneu. São Paulo,2006, v. 1, cap.109, p. 1403-1419.

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

CASTRO, A. J. A.; Leal, P. C.; Sakata, R. K.; **Tratamento de queimaduras**. . 2013;63(1):149-58

PINTO E, Della-Flóra AM, Silva LD, Rorato TJ, Requia J, Martins ESR, *et al.* **O sentimento e a assistência de enfermagem perante um grande queimado**. Rev Bras Queimaduras. 2014;13(3):127-29.

IRION, L. G. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

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

SANTOS, Vivian Andrade; ABREU, Solange Malentachi. **Impacto da desnutrição no paciente adulto hospitalizado**. Rev. Enferm. UNISA, v.6, 2005. Disponível em:

<http://www.unisa.br/graduação/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-18.pdf>. Acesso em: 19 de setembro de 2018

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

BANG RL, SHARMA PN, SANYAL SC, AI NAJJADAH I. **Septicaemia after burn injury: a comparative study**. Burns. 2002;28(8):746-51.

ONCUL O, YUKSEL F, ALTUNAY H, AÇIKEL C, ÇELİKÖZ B, ÇAVUSLU S. **The evaluation of nosocomial infection during 1-year period in the burn unit of a training hospital in Istanbul, Turkey**. Burns. 2002;28(8):738-44.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Questionário



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

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

QUESTIONÁRIO

- 1 O que você entende por queimadura e como ela ocorre?
- 2 Quais os primeiros cuidados da equipe de enfermagem ao paciente queimado no setor de urgência e emergência?
- 3 Por que é importante a atuação humanizada da assistência de enfermagem ao paciente queimado?
- 4 Como proceder ao tratamento das lesões por queimadura após a identificação dos diferentes graus de queimaduras?
- 5 Como você observa os sentimentos psicológicos do paciente diante da cicatriz de queimadura?
- 6 Quais os tipos de queimaduras mais recorrentes na urgência e emergência do HMI?
- 7 Explique as condutas utilizadas pela equipe de enfermagem no tratamento de queimaduras?

- 8 Qual o primeiro sentimento da equipe de enfermagem no primeiro contato ao paciente vítima de queimaduras?
- 9 Explique quais os fatores que podem complicar o quadro clínico do paciente queimado?
- 10 O Enfermeiro recebe algum tipo de capacitação para lidar com essas situações ao longo de sua vida profissional?

APÊNDICE B – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



Centro de Estudo Superior de Itaituba S/C Ltda
Faculdade de Itaituba – FAI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo denominado de **QUEIMADURAS: conhecimento de enfermeiros que atuam no Hospital Municipal de Itaituba-Pá** tem por objetivo **investigar o conhecimento da equipe de enfermagem a respeito das queimaduras** e justifica-se o referido estudo pela necessidade de conhecer a assistência humanizada da equipe de enfermagem que atuam no Hospital Municipal de Itaituba, uma vez que, o enfermeiro é ferramenta fundamental para o tratamento do queimado.

A sua participação nesse estudo consiste em responder perguntas através de uma entrevista estruturada contendo perguntas do tipo abertas.

Não foram identificados riscos ou desconfortos decorrentes de sua participação neste estudo.

No caso de quaisquer dúvidas ou questionamentos você poderá contatar o pesquisador principal desta pesquisa, Simone Francisca Nascimento pelo telefone (93) 99113-0881 ou pelo e-mail Simone_massumy@hotmail.com, assim como seu orientador, Raimison Antonio de Abreu Santos pelo telefone (093) 99133-1316 raymesson@hotmail.com, ou ainda com a Faculdade de Itaituba Pará.

Sua participação neste estudo é voluntária, tendo você o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste estudo, sua recusa não implicará em qualquer prejuízo. Será garantida a manutenção de sua privacidade e confidencialidade. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins de pesquisa sobre a temática e serão publicados ou apresentados em eventos científicos, sendo que você poderá ser informado sobre os resultados da pesquisa se assim o desejar.

Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei contatar a qualquer momento a pesquisadora Simone Francisca Nascimento pelo telefone (093) 99113-0881 ou pelo e-mail simone_massumy@hotmail.com assim como seu orientador Raimison Antonio de Abreu Santos pelo telefone (093) 99133-1316 raymesson@hotmail.com, ou ainda com a Faculdade de Itaituba.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ITAITUBA, _____ de _____ de 2018

Participante

Pesquisador (a)