

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO
EM ENFERMAGEM**

FABIANA MINATI DE PINHO

***GUIDELINE* PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE QUEIMADO ADULTO: UMA CONSTRUÇÃO
COLETIVA**

Florianópolis
2014

Fabiana Minati de Pinho

**GUIDELINE PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE QUEIMADO ADULTO: UMA CONSTRUÇÃO
COLETIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, modalidade Mestrado Profissional, como requisito para obtenção do Título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante

Linha de Pesquisa: Arte, Criatividade, Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

DE PINHO, Fabiana Minati

Guideline para o cuidado de enfermagem ao paciente
queimado adulto : uma construção coletiva / Fabiana Minati
DE PINHO ; orientador, Lúcia Nazareth AMANTE -
Florianópolis, SC, 2014.

220 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Inclui referências

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Cuidado de
Enfermagem. 3. Diretriz ou Diretrizes. 4. Enfermagem. 5.
Queimaduras. I. AMANTE, Lúcia Nazareth. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM

**“GUIDELINE PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE QUEIMADO ADULTO: UMA CONSTRUÇÃO
COLETIVA”**

Fabiana Minati de Pinho

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Gestão do Cuidado em Saúde e
Enfermagem**

Profa. Dra. Francine Lima Gelbeke

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em
Enfermagem

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante (Presidente)

Profa. Dra. Francine Lima Gelbeke (Membro)

Profa. Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi (Membro)

Profa. Dra. Nádia Chiodelli Salum (Membro)

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”.

(Arthur Schopenhauer)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por iluminar todo o meu caminho durante este período.

Ao meu esposo que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, apoiando-me nos momentos de dificuldades, além de “cuidar das meninas” nos momentos em que estava ocupada com a pesquisa. Leandro, simplesmente eu te amo!

Às minhas princesas Mariana e Luana que embora não tendo conhecimento disto, iluminaram de maneira especial os meus pensamentos.

Aos meus pais Irineu e Justina que me proporcionaram um lar amoroso, onde aprendi valores que dizem respeito à vida, ao meio ambiente e à ética.

À minha querida irmã Claudia, pela atenção e incentivo nos momentos mais complicados. E, aos demais membros da minha família, pessoas imprescindíveis para o meu crescimento. Ensinarão-me a amar, dividir e lutar pelos meus objetivos. Meu muito obrigada a vocês!

À minha orientadora professora Doutora Lúcia Nazareth Amante, 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 e meu respeito.

Às professoras Doutoradas Francine Lima Gelbecke, Juliana Balbinot Reis Girondi, Nádia Chiodelle Salum, Eliane Matos e à doutoranda Nayala Gomes Gazola. Foi um prazer tê-las na banca examinadora e poder contar com suas considerações que me guiaram desde o início do curso até a confecção final do estudo.

Ao Curso de Enfermagem da UFSC, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Gestão do Cuidado em Enfermagem e às pessoas com as quais convivi nesses espaços ao longo desses anos.

Ao Grupo de Pesquisa GIATE pelo incentivo, o carinho recebido e a amizade compartilhada. Agradecimento especial aos professores que me acolheram e ensinaram-me muito sobre a pesquisa em Enfermagem.

Aos enfermeiros da Emergência, UIC II, CC e UTI do HU-UFSC, sujeitos desta análise, pela disponibilidade e colaboração, além dos pacientes queimados adultos internados, objetivo maior deste estudo, que mesmo não optando por estarem nessa situação, muito contribuíram para o aprimoramento da enfermagem nesta temática.

Aos amigos da Biblioteca Setorial e Xerox do HU-UFSC pelo apoio nas horas difíceis.

Aos companheiros, amigos e, em especial, ao “meu plantão noturno” do HU-UFSC, com o qual compartilhei muitas alegrias e angústias durante a construção desta dissertação.

Aos colegas do Mestrado Profissional por todos os momentos de aprendizagem e troca. Uma turma muito especial e querida... MP3 valeu por tudo!

E, finalmente a todos os meus amigos que estiveram sempre presentes, com carinho e estímulos, o meu eterno agradecimento.

Obrigada...

DE PINHO, Fabiana Minati. *Guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto: uma construção coletiva. 2014. 220p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante

Linha de Pesquisa: Arte, Criatividade, Tecnologia em Saúde e Enfermagem

RESUMO

As queimaduras podem atingir as pessoas de todas as idades e ambos os sexos, sendo a principal causa externa de morte e constituindo um problema de saúde pública. Com base nisto, as ações de enfermagem necessárias para compor um *guideline* de cuidados ao paciente queimado adulto requerem uma padronização urgente para melhorar a segurança do paciente e uma qualidade na assistência. No Hospital Universitário de uma instituição de ensino superior do sul do Brasil não existe uma padronização dos cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto, apesar de setores do hospital como a Emergência, a Unidade de Internação Cirúrgica II, o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva estarem diretamente envolvidos nos cuidados destes pacientes. Neste sentido, a pergunta de pesquisa que emerge desse estudo é: quais as ações necessárias para compor um *guideline* de cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto identificadas por enfermeiros de um hospital de ensino? O estudo teve como objetivo geral construir coletivamente com os enfermeiros de um hospital de ensino um *guideline* voltado para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto. Como objetivos específicos, buscou-se definir as ações de enfermagem necessárias para compor um *guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto a partir das contribuições dos enfermeiros de um hospital de ensino; e elaborar uma proposta de *guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto a partir das ações de enfermagem identificadas por enfermeiros de um hospital de ensino e respaldadas na literatura científica atual. Foi utilizado o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e o referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial. Participaram deste estudo 43 enfermeiros, sendo que a coleta dos dados foi realizada por meio de Entrevista e Discussão em Grupo. Foi aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa com Seres Humanos de uma instituição de ensino superior do sul do Brasil, sob o parecer consubstanciado Nº 205.497. Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin e os resultados estão apresentados a partir de dois manuscritos. No primeiro manuscrito, intitulado “Ações de enfermagem para o cuidado ao paciente queimado adulto”, encontram-se três categorias: organização do cuidado e a identificação das ações de enfermagem; educação permanente e interdisciplinaridade. A fala dos profissionais possibilitou a construção de novas concepções e renovação da prática, bem como a identificação e o levantamento das ações de enfermagem necessárias para compor um *guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto. No segundo manuscrito, intitulado “*Guideline* de ações de enfermagem ao paciente queimado adulto”, foi apresentada uma proposta de *guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto a partir das ações de enfermagem identificadas por enfermeiros de um hospital de ensino e respaldadas na literatura científica atual, elencando-as conforme o contexto assistencial, educacional e gerencial de acordo com as fases: imediata, intermediária e tardia. Deste modo, o processo da elaboração do *guideline* propiciou aos enfermeiros o repensar da prática do cuidado, contribuindo para a padronização do cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto.

Descritores: Cuidado de Enfermagem. Diretriz ou Diretrizes. Enfermagem. Queimaduras.

DE PINHO, Fabiana Minati. *Guideline* for the nursing care of the burned adult patients: a collective construction. 2014. 220p. Dissertation (Professional Masters) – Post Graduation in Nursing Care Management. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Advisor: Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante

Research Interests: Art, Creativity, Technology in Health and Nursing

Linha de Pesquisa: Arte, Criatividade, Tecnologia em Saúde e Enfermagem

ABSTRACT

Burns can reach people of all ages and both sexes, with the main external cause of death and providing a public health problem. Based on this, the nursing actions necessary to compose a *guideline* of care to burned adult patient require urgent standardization to improve patient safety and quality of care. At the University Hospital of an institution of higher education in southern Brazil there is no standard of nursing care to burned adult patients despite hospital sectors as: Emergency Room, Inpatient Surgical Unit II, the Surgical Center and Intensive Therapy Unit to be directly involved in the care of these patients. In this sense, the research question that emerges from this study is: what are the necessary actions to compose a *guideline* for nursing care to burned adult patients identified by nurses in a teaching hospital? The study had as main objective to build collectively with nurses in a teaching hospital a *guideline* for the nursing care of the burned adult patient. With an specific objective, we sought to define the nursing actions necessary to compose a *guideline* for the nursing care of the burned adult patients from the contributions of nurses in a teaching hospital and to develop a proposed guideline for the nursing care of the burned adult patients from nursing actions identified by nurses in a teaching hospital and supported in current scientific literature. The theoretical reference of Basic Human Needs of Wanda de Aguiar Horta and methodological reference of Converged Care Research was used. The study included 43 nurses and Interview and Group Discussion performed data collection. It was approved by the Ethics Committee on Human Research of an institution of higher education in southern Brazil, in the opinion embodied No. 205 497. For data analysis, content analysis of Bardin was used and the results are presented from two manuscripts. In the first manuscript, entitled "Nursing actions for burned adult patient care" are three categories: organization of care and identification of nursing actions;

continuing education and interdisciplinary. The speech of professionals enabled the construction and renovation of new conceptions of the practice, as well as the identification and survey of nursing actions necessary to compose a *guideline* for the nursing care of the burned adult patient. In the second manuscript, entitled "*Guideline* of nursing actions to burned adult patient" was proposed the *guideline* for the nursing care of the adult burned adult patients from nursing actions identified by nurses in a teaching hospital and supported in the current scientific literature, listing them as healthcare, educational and managerial context according to the phases: immediate, intermediate and late. Thus, the process of elaboration of the guideline led to the rethinking of nursing care practice, contributing to the standardization of nursing care to burned adult patient.

Keywords: Nursing Care. Guideline or Guidelines. Nursing. Burns.

DE PINHO, Fabiana Minati. *Guideline* para el cuidado de enfermería al paciente adulto quemado: una construcción colectiva. 2014. 220p. Disertación (Master Profesional) – Programa de Post-Graduación Gestión del Cuidado en Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Orientador: Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante

Línea de Investigación: Arte, Creatividad, Tecnología en Salud y Enfermería

RESUMEN

Las quemaduras pueden acontecer en personas de todas las edades y de ambos sexos, siendo la principal causa externa de muerte y constituyendo un problema de salud pública. Con base en esto, las acciones de enfermería necesarias para componer un *guideline* de cuidados al paciente adulto quemado requieren una estandarización urgente para mejorar la seguridad del paciente y una calidad en la asistencia. En el Hospital Universitario de una institución de enseñanza superior del sur de Brasil no existe una estandarización de los cuidados de enfermería al paciente adulto quemado, a pesar de sectores del hospital como: la Emergencia, la Unidad de Internación Quirúrgica II, el Centro Quirúrgico y la Unidad de Terapia Intensiva estar directamente envueltas en los cuidados de estos pacientes. En este sentido, la pregunta de la investigación que surge de ese estudio es: Cuáles son las acciones necesarias para componer un *guideline* de cuidados de enfermería al paciente adulto quemado identificado por enfermeros de un hospital de enseñanza? El estudio tuvo como objetivo general construir colectivamente con los enfermeros de un hospital de enseñanza un *guideline* dirigido para el cuidado de enfermería al paciente adulto quemado. Como objetivo específico, se buscaron definir las acciones de enfermería necesarias para componer un *guideline* para el cuidado de enfermería al paciente adulto quemado a partir de las contribuciones de los enfermeros de un hospital de enseñanza; y elaborar una propuesta de *guideline* para el cuidado de enfermería al paciente adulto quemado a partir de las acciones de enfermería identificadas por enfermeros de un hospital de enseñanza y respaldadas en la literatura científica actual. Fue utilizado el referencial teórico de las Necesidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta y el referencial metodológico de la Investigación Convergente Asistencial. Participaron de este estudio 43 enfermeros, siendo que la recolección de los datos fue realizada por

medio de Entrevista y Discusión en Grupo. Fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de una institución de enseñanza superior del sur de Brasil, sobre el parecer consubstanciado N° 205.497. Para el análisis de los datos fue utilizado el análisis de contenido de Bardin y los resultados están presentados a partir de dos manuscritos. En el primer manuscrito, intitulado “Acciones de enfermería para el cuidado al paciente adulto quemado” se encuentran tres categorías: organización del cuidado y la identificación de las acciones de enfermería; educación permanente e interdisciplinaridad. Los diálogos de los profesionales posibilitó la construcción de nuevas concepciones y renovación de la práctica, bien como la identificación y el levantamiento de las acciones de enfermería necesarias para componer un *guideline* para el cuidado de enfermería al paciente adulto quemado. En el segundo manuscrito, intitulado “*Guideline* de acciones de enfermería al paciente adulto quemado” fue presentada una propuesta de *guideline* para el cuidado de enfermería al paciente adulto quemado a partir de las acciones de enfermería identificadas por enfermeros de un hospital de enseñanza y respaldadas en la literatura científica actual, organizándolas conforme el contexto asistencial, educacional y gerencial de acuerdo con las fases: inmediata, intermediaria y tardía. De este modo, el proceso de la elaboración del *guideline* propició a los enfermeros el repensar de la práctica del cuidado, contribuyendo para la estandarización del cuidado de enfermería al paciente adulto quemado.

Palabras clave: Cuidado de Enfermería. Directriz o Directrices. Enfermería. Quemaduras.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------------|---|
| ABA | <i>American Burn Association</i> |
| ACS/COT | <i>American College of Surgeons/Comitê do Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões</i> |
| AMB | Associação Médica Brasileira |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| ASCT | Área de Superfície Corporal Total |
| ATLS | <i>Advanced Trauma Life Support</i> |
| BDENF | Base de Dados em Enfermagem |
| BIC | Bomba de Infusão Contínua |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| CC | Centro Cirúrgico |
| CEPEN | Centro de Educação em Pesquisa em Enfermagem |
| CEPUFSC | Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina |
| CINAHL | <i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i> |
| CNNAQ | Curso Nacional de Normatização ao Atendimento ao Queimado |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CO | Monóxido de Carbono |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| CTQ | Centro de Tratamento de Queimados |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| DF | Distrito Federal |
| GIATE | Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem |
| GICPF/HU | Grupo Interdisciplinar de Cuidados de Pessoas com Feridas do Hospital Universitário |
| GL | <i>Gay Lussac</i> |
| GM | Gabinete do Ministro |
| HIV/AIDS | <i>Human Immuno Deficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> |
| HU | Hospital Universitário |
| HU-UFSC | Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina |
| INPM | Instituto Nacional de Pesos e Medidas |
| IRA | Insuficiência Renal Aguda |
| ISBI | <i>International Society for Burns Injuries</i> |
| JCI | <i>Joint Commission International</i> |

| | |
|----------------------|--|
| KCAL | Quilocaloria |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| M² | Metro Quadrado |
| MAE | Método de Assistência de Enfermagem |
| MEC | Ministério da Educação |
| MEDLINE | <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i> |
| MS | Ministério da Saúde |
| Nº | Número |
| NAEMT | <i>National Association of Emergency Medical Technicians</i> |
| NHB | Necessidades Humanas Básicas |
| NOC | Normas de Orientação Clínica |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PCA | Pesquisa Convergente Assistencial |
| PCDT | Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas |
| PHTLS | <i>Pre-hospital Trauma Life Support</i> |
| PR | Paraná |
| RDC | Resolução da Diretoria Colegiada |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SARA | Síndrome de Angústia Respiratória Aguda |
| SAS/MS | Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde |
| SBQ | Sociedade Brasileira de Queimaduras |
| SC | Santa Catarina |
| SCIELO | <i>Scientific Eletronic Library Online</i> |
| SCQ | Superfície Corporal Queimada |
| SIA/SUS | Sistema de Informatização Ambulatorial do Sistema Único de Saúde |
| SIE | Sistema de Informatização e Estatística |
| SIH | Sistema de Informatização Hospitalar |
| SIH/SUS | Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde |
| SCP | Sistema de Classificação de Pacientes |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| UIC I | Unidade de Internação Cirúrgica I |
| UIC II | Unidade de Internação Cirúrgica II |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |
| UTI Adulto | Unidade de Terapia Intensiva Adulto |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Estrutura da Pele | 34 |
| Figura 2: Camadas da Epiderme | 34 |
| Figura 3: Tipos de Células da Epiderme | 35 |
| Figura 4: Características da Derme | 36 |
| Figura 5: Características da Hipoderme ou Subcutâneo..... | 37 |
| Figura 6: Esquema das Zonas de <i>Jackson</i> | 39 |
| Figura 7: Regra dos Nove..... | 43 |
| Figura 8: Método da Palma | 45 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1: Classificação quanto à Profundidade das Queimaduras..... | 42 |
| Quadro 2: Sinais e Sintomas da Profundidade das Queimaduras | 42 |
| Quadro 3: Método de <i>Lund-Browder</i> | 44 |
| Quadro 4: Classificação (extensão e profundidade) das Queimaduras . | 46 |
| Quadro 5: Classificação quanto à Gravidade da Lesão..... | 46 |
| Quadro 6: Curativos Biológicos..... | 55 |
| Quadro 7: Classificação dos Enxertos..... | 59 |
| Quadro 8: Dados de Identificação do Grupo A..... | 79 |
| Quadro 9: Dados de Identificação do Grupo B..... | 79 |
| Quadro 10: Ações Assistenciais e Educacionais..... | 97 |
| Quadro 11: Ações Gerenciais | 105 |
| Quadro 12: Ações Assistenciais e Educacionais..... | 128 |
| Quadro 13: Ações Gerenciais | 150 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 23 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 31 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL..... | 31 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 31 |
| 3 | SUSTENTAÇÃO TEÓRICA..... | 33 |
| 3.1 | QUEIMADURA E FISIOPATOLOGIA..... | 33 |
| 3.2 | CLASSIFICAÇÕES DAS QUEIMADURAS..... | 40 |
| 3.2.1 | Quanto ao Agente Causal..... | 40 |
| 3.2.2 | Quanto à Profundidade da Queimadura..... | 41 |
| 3.2.3 | Quanto à Extensão da Área Corporal Queimada..... | 42 |
| 3.2.4 | Quanto à Gravidade da Lesão..... | 45 |
| 3.2.5 | Quanto à Etiologia da Lesão..... | 47 |
| 3.3 | COMPLICAÇÕES NO GRANDE QUEIMADO..... | 48 |
| 3.3.1 | Complicações Clínicas..... | 48 |
| 3.3.2 | Complicações Cirúrgicas..... | 50 |
| 3.4 | TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS..... | 51 |
| 3.4.1 | Curativo e Terapia Tópica..... | 51 |
| 3.4.2 | Substitutos Cutâneos..... | 54 |
| 3.4.3 | Excisão Cirúrgica e Enxertia Cutânea..... | 57 |
| 3.5 | ATENDIMENTO E POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PACIENTE QUEIMADO | 61 |
| 3.6 | UTILIZAÇÃO E CONTRIBUIÇÃO DOS <i>GUIDELINES</i> | 64 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 69 |
| 5 | REFERENCIAL METODOLÓGICO..... | 75 |
| 5.1 | TIPO DE PESQUISA | 75 |
| 5.2 | PRESSUPOSTOS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL | 75 |
| 5.3 | ETAPAS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL | 76 |
| 5.3.1 | Fase de Concepção..... | 76 |
| 5.3.2 | Fase de Instrumentação..... | 76 |
| 5.3.2.1 | Local..... | 76 |
| 5.3.2.2 | Sujeitos..... | 78 |
| 5.3.2.3 | Técnicas de Coleta dos Dados..... | 80 |
| 5.3.2.4 | Aspectos Éticos..... | 81 |
| 5.3.3 | Fase de Perscrutação..... | 82 |
| 5.3.3.1 | Operacionalização da Pesquisa..... | 83 |
| 5.3.4 | Fases de Análise e Interpretação..... | 85 |
| 6 | RESULTADOS | 87 |

| | |
|------------------------------------|------------|
| 6.1 MANUSCRITO 1..... | 87 |
| 6.2 MANUSCRITO 2..... | 120 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 161 |
| REFERÊNCIAS..... | 164 |
| APÊNDICES | 175 |
| ANEXOS..... | 180 |

1 INTRODUÇÃO

O programa *Pre-hospital Trauma Life Support* (PHTLS) define que o trauma decorre de causas intencionais ou não intencionais. O trauma intencional associa-se a um ato de violência interpessoal ou autodirecionado como homicídios, suicídios, abuso de cônjuges e guerras. Já o trauma não intencional caracteriza-se por colisões de veículos, atropelamentos, afogamentos, quedas, choques elétricos e queimaduras (PHTLS, 2007). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2020 o trauma ultrapassará as doenças infecciosas como a primeira causa de morte ao redor do mundo (BRASIL, 2003).

O PHTLS é um programa de formação de técnicos de saúde que atuam no âmbito Pré-hospitalar, desenvolvido pela *National Association of Emergency Medical Technicians* (NAEMT) em parceria com o Comitê do Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões (ACS/COT). O PHTLS desenvolve e divulga material e informação científica, assim como promove a excelência na prestação de cuidados à vítima de trauma (PHTLS, 2007).

Os acidentes por queimadura constituem o maior trauma ao qual um ser humano pode ser exposto. Nenhum outro tipo de trauma desencadeia uma resposta metabólica tão intensa e com tantas repercussões em praticamente todos os órgãos e sistemas. Além das repercussões imediatas consequentes às queimaduras, as sequelas físicas e emocionais do paciente queimado e de sua família permanecem por toda a vida (LIMA JÚNIOR et al, 2008). Entretanto, estes autores enfatizam que recentes avanços no conhecimento da fisiopatologia da resposta metabólica à queimadura, cuidados com as feridas, novas técnicas cirúrgicas e bioengenharia da pele têm demonstrado excelentes resultados na maioria dos pacientes queimados que sobrevivem ao trauma.

De acordo com Nazário e Leonardi (2012), a queimadura tem sido identificada como um grande problema de saúde pública em vários países como: China, Vietnã, Irã, Índia, Egito, Argentina e Venezuela. Em geral, nestes locais, há fatores que contribuem para a ocorrência de queimadura acidental, principalmente as moradias precárias, a baixa escolaridade, as habitações superlotadas, os fogareiros para cozinhar no chão da casa, além da carência de campanhas de educação pública.

Ainda para Nazário e Leonardi (2012), as investigações epidemiológicas sobre os pacientes queimados possibilitam a compreensão de seus fatores de risco e ajudam no desenvolvimento de estratégias de prevenção. Embora os dados estatísticos sobre os traumas

por queimaduras sejam escassos no Brasil, tais informações são essenciais para determinar medidas preventivas eficazes e avaliar o impacto de novos tratamentos, assim como determinar novos fatores de risco.

Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ), no Brasil ocorrem cerca de um milhão de casos de queimaduras a cada ano, sendo que destes, 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização. Estes atendimentos geram uma despesa anual de R\$ 63 milhões de reais (BRASIL, 2003).

As queimaduras constituem um problema de saúde pública, atingindo pessoas de todas as idades e ambos os sexos (GILSON JÚNIOR; VIEIRA; ALVES, 2010). No Brasil, as queimaduras estão entre as principais causas externas de morte, perdendo apenas para outras causas violentas que incluem acidentes de transporte e homicídios (SALLUM; PARANHOS, 2010). Os dados mais recentes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) apontam que no ano de 2009 mais de 80 mil pessoas foram internadas em hospitais públicos no Brasil por lesões decorrentes de queimaduras (BRASIL, 2000a). Em Santa Catarina (SC), os dados epidemiológicos por queimaduras não são contabilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), não podendo ilustrar com exatidão o número de ocorrências neste Estado (BRASIL, 2012b).

No Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), localizado no município de Florianópolis (SC), estes dados estão disponíveis no Sistema de Informatização e Estatística (SIE) onde foi possível constatar 22 casos de atendimento via emergência de 212 casos de queimaduras entre janeiro de 1995 e dezembro de 2009, sendo 81 mulheres e 131 homens. Dos 212 casos, 124 pacientes que necessitaram de hospitalização foram do sexo masculino, representando 62% das internações (SIE-HU, 2010). A predominância de pacientes do sexo masculino deve-se às brincadeiras agitadas e bruscas no caso das crianças e pela ausência de cuidados no caso de adultos – características estas mais comuns em indivíduos do sexo masculino (PEREIRA JÚNIOR et al, 2007).

Como a queimadura é um problema de saúde pública, esforços são necessários e fundamentais para reduzir o número de vítimas em todas as faixas etárias mediante campanhas preventivas nacionais efetivas e/ou medidas políticas para controle de uso dos inflamáveis em domicílios residenciais, comerciais e industriais.

Neste sentido, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 46/2002 que proíbe a fabricação, exposição à venda ou entrega ao consumo, de álcool etílico de alta graduação, ou seja, acima de 54° GL¹. Esta medida tem como objetivo reduzir o número de acidentes e queimaduras geradas pelo uso do álcool líquido, com alto poder inflamável, além da ingestão acidental. No entanto, ela atinge somente o álcool líquido com graduação superior a 54° GL que então só pode ser vendido atualmente na forma de gel. Porém, cabe ressaltar, que o álcool líquido de graduação igual ou inferior a 46,3° INPM² (ou 54° GL) pode ser comercializado normalmente (PORTAL ANVISA, 2013).

Embora existam movimentos do governo e das associações de classe para proibir a comercialização do álcool líquido, o mesmo ainda se encontra disponível para compra e venda. Isto ocorre porque os produtos comercializados para fins industriais e hospitalares continuam liberados. Neste sentido, a venda do álcool líquido agrava mais a situação por ainda estar sendo comercializado e quase sempre ser armazenado em casa sem nenhum critério de segurança. Sua combustão resulta em álcool etílico hidratado, o qual libera 4.800 mil quilocalorias (Kcal) – quantidade de calor suficiente para elevar a temperatura da pele e produzir destruição celular irreversível (RODRIGUES; VANIN; NASI, 2010).

No entanto, as causas mais frequentes de queimaduras são os líquidos superaquecidos, sendo a água a principal causadora, somando quase metade dos casos. Os combustíveis, dentre estes o álcool, são responsáveis por 20% de todas as queimaduras, sendo a segunda causa em frequência em nosso país. As queimaduras por gás, em razão da grande extensão que acometem, as queimaduras provocadas pela corrente elétrica e por agentes químicos pela agressividade dos agentes causadores ocorrem em menor frequência, porém, com maior intensidade, ocasionando uma maior gravidade do quadro (NAZÁRIO; LEONARDI, 2012).

Além disto, os pacientes queimados desde o início do trauma encontram graves dificuldades para o seu atendimento, tais como: a falta

¹ O Grau GL (°GL) é a sigla de *Gay Lussac* – fração em volume ou percentual em volume (%v).

² O Grau INPM é a sigla de Instituto Nacional de Pesos e Medidas – fração ou percentual em massa ou em peso (%p). A quantidade de álcool pode ser avaliada segundo a fração em volume ou a fração em massa (PORTAL ANVISA, 2013).

de pessoal especializado (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentre outros), a falta de leitos e a dificuldade de acesso aos poucos Centros de Referência no país (PARANHOS, 2009).

De acordo com Lima Júnior et al (2008), atualmente existem poucas prioridades e definições no cuidado de enfermagem com queimaduras, ocasionadas por uma falta de estímulo dos profissionais que se dedicam ao cuidado nessa área, haja vista a inexistência de um programa específico para capacitação e a falta de uma política de recursos humanos, tanto para suprir a falta dos profissionais quanto para a capacitação constante e periódica dos mesmos. O trabalho junto ao paciente queimado consome muito da equipe que o assiste, devido a uma maior permanência a beira do leito advinda dos cuidados de enfermagem, principalmente aqueles relacionados à realização de banhos e curativos. Por outro lado, o atendimento ao paciente queimado adulto exige o trabalho de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e principalmente por profissionais de enfermagem.

Para estes autores, o desconhecimento sobre o cuidado ideal e o investimento pessoal em relação às capacitações e treinamentos nesta área em particular, fazem com que os profissionais de enfermagem acabem deixando essa especialidade em favor de outras.

A equipe de enfermagem é responsável pela realização de procedimentos, como banhos e curativos que são muito dolorosos e percebidos como terríveis pelos pacientes, gerando estresse em ambos. Esses profissionais participam ativamente de todo o processo que envolve o cuidado com a dor em uma unidade de queimados, ora como agentes potencializadores, responsáveis pelos procedimentos que provocam a dor e ora como agentes que participam do alívio desta. A dor, tanto da perspectiva de quem sente quanto de quem cuida, é uma experiência que resulta de crenças e valores, do significado de uma situação e de outros fatores que são únicos para cada pessoa (ROSSI et al, 2000).

Para Cintra; Nishide e Nunes (2011, p. 561) “a assistência de enfermagem ao grande queimado é complexa, exigindo abrangência de conhecimentos técnicos, reciclados na proporção do avanço das pesquisas e da tecnologia”. A conduta do enfermeiro por meio do processo de enfermagem deve ser fundamentada nestes conhecimentos, visando diminuir taxa de mortalidade, período de internação, complicações e sequelas físico-psicológicas, bem como promover o retorno e a reintegração do acidentado à família e à comunidade.

Segundo Silva e Castilhos (2010), a equipe de enfermagem não está ocupando o espaço disponível para sua atuação, sendo em demasia tecnicista com a preocupação apenas em identificar os problemas do paciente e não em solucioná-los, ou seja, o enfermeiro não está buscando atualização necessária em relação às terapias e técnicas mais avançadas ao cuidado prestado em suas atividades.

Para Canela 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, processo de cicatrização e queimaduras.

Segundo Dias et al (2006), o enfermeiro também é responsável por avaliar a reação quanto ao posicionamento, imobilização, exercício e capacidade do paciente e da sua família para executarem os cuidados que se impõem fazer diariamente às feridas, durante a internação e após a alta. No exame físico diário, o enfermeiro tem necessidade de fazer uma avaliação cuidadosa quanto à circulação sanguínea, presença de cianose e variação de temperatura. Os exercícios físicos, as atividades da vida diária e a deambulação também são alvos de uma contínua avaliação quanto à tolerância física e emocional do paciente.

Desta forma, por estar exercendo há 16 anos atividades profissionais no HU-UFSC, como enfermeira em uma unidade de internação de clínica médica e há quatro anos na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI Adulto), o interesse ao longo destes anos sobre o cuidado de enfermagem aos pacientes queimados cresceu associado à oportunidade de trabalhar nas áreas onde este cuidado é realizado. Simultaneamente com estas atividades, a participação ativa como membro do Grupo Interdisciplinar de Cuidados de Pessoas com Feridas do Hospital Universitário (GICPF-HU) desde 2006, facilitou o aprimoramento dos conhecimentos nesta temática e ampliou o interesse da autora deste estudo.

Considerando a atuação de outros profissionais no mesmo meio, nota-se que apesar de existir uma preocupação com os aspectos técnicos e as terapias utilizadas na instituição, alguns profissionais da enfermagem não buscam se atualizar em relação aos cuidados com os

pacientes queimados, pois não se sentem parte integrante do processo e encontram-se desmotivados para a resolução do cuidado.

É possível que parte deste comportamento decorra da ausência de padronização no HU-UFSC em relação aos cuidados com o paciente queimado, ocasionando questionamentos, dúvidas e condutas errôneas por parte dos profissionais de enfermagem na instituição. Além de desmotivar, a inexistência de um guia para o atendimento ao paciente grande queimado resulta na realização de um cuidado de enfermagem diversificado, de acordo com cada equipe e independente das especificidades recomendadas.

Atualmente o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto no HU-UFSC inicia-se na Emergência e, conforme a gravidade do quadro ocorre a transferência para a Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC II) ou para o Centro Cirúrgico (CC) quando há necessidade de uma intervenção cirúrgica ou para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), não havendo um fluxo formal para o atendimento deste paciente. O que ocorre são ações individuais instituídas através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com base no conhecimento dos enfermeiros, não havendo um *guideline* que oriente o cuidado a partir do fluxo estabelecido. Além disso, também é necessário o aprimoramento constante técnico-científico frente aos cuidados com queimaduras, haja vista as novas tecnologias utilizadas, principalmente em relação às coberturas. Outra realidade do cuidado para estes pacientes é a falta de uma área física específica que possibilitaria um atendimento de excelência à população e contribuiria para a qualificação dos profissionais de enfermagem no sentido de especializarem-se e desenvolverem novas técnicas de atendimento e cuidado ao paciente queimado.

Atualmente, os pacientes queimados adultos com mais de 30% da área corporal queimada que não conseguem atendimento especializado em Santa Catarina (SC) são transferidos para Curitiba (PR) e os casos muito graves são encaminhados para o Hospital São José, em Joinville (SC) ou para o Hospital Tereza Ramos, em Lages (SC). Futuramente, com a construção de uma unidade para tratamento de pacientes queimados adultos no HU-UFSC os pacientes catarinenses com ferimentos causados por queimaduras de alto grau – a maioria delas provocadas por acidentes de trabalho ou de trânsito – poderão ser atendidos em Florianópolis (SC) e ter o tratamento que antes só teriam deslocando-se aos estados vizinhos.

Nos últimos quatro anos foram realizados processos para buscar em Brasília (DF) recursos para a construção da ala de pacientes

queimados adultos do HU-UFSC. Contudo, somente no ano de 2010 os recursos foram autorizados e em 2011 foram iniciadas as obras de construção desta nova unidade no hospital que atenderá os pacientes com lesões provocadas por queimaduras, com vistas a tornar-se um Centro de Referência de Alta Complexidade destinado a pacientes queimados adultos em Santa Catarina (MARTINS, 2011).

A estrutura física já custou R\$ 2,4 milhões, repassados pela União, sendo que sua conclusão está prevista para o segundo semestre de 2014. Os três andares construídos foram feitos sobre a lavanderia já existente, mas somente o último andar, com uma área de 600m², foi destinado à ala. Depois do término da construção, o centro ainda precisará ser aparelhado, sendo que o investimento total está estimado em R\$ 6 milhões (MARTINS, 2011).

Assim, a concretização de uma unidade especializada neste atendimento somada à atual realidade, revela a necessidade de se organizar estratégias de ações que sirvam como base de sustentação para a elaboração de intervenções de enfermagem referentes ao paciente queimado adulto. Deste modo, entende-se que a participação dos enfermeiros para esta elaboração repercutirá na melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem, pois cada profissional poderá expressar seus conhecimentos e suas experiências.

Para Honório e Caetano (2009) a padronização é considerada a mais fundamental das ferramentas gerenciais e o caminho mais seguro para a produtividade e competitividade. Dentre as formas de padronização estão os protocolos que devem ter caráter científico para que possam refletir os avanços técnicos, expressando melhor qualidade às ações do cuidado e de gestão. Também são instrumentos úteis na organização do processo de trabalho e na resolutividade das ações de saúde no âmbito das unidades de saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

E, para uma maior organização das ações e padronização das atividades com a finalidade de buscar um aumento da produtividade e qualidade nos serviços surgem os *guidelines* que compreendem condutas e procedimentos desenvolvidos sistematicamente para auxiliar o profissional de saúde em decisões sobre a melhor e mais apropriada conduta em situações clínicas específicas. A tradução mais adequada segundo a Associação Médica Brasileira (AMB) é diretriz (SANTIAGO, 2008).

Para Domansky (2012, p. 195), diretriz é um conjunto de afirmações sistematicamente desenvolvidas com base “na melhor evidência possível, para auxiliar os profissionais e os pacientes nas

decisões acerca dos cuidados de saúde mais apropriados, em circunstâncias específicas”. Outros países de língua portuguesa traduzem *guidelines* como Normas de Orientação Clínica (NOC). Às vezes o termo *guidelines* é traduzido como protocolos clínicos, algoritmos clínicos e consensos, porém estes termos são usados em situações especiais ou particulares dentro das diretrizes (SANTIAGO, 2008).

Assim, destaca-se a importância do uso de diretrizes clínicas, bem como as dificuldades no processo de ampliação, gerenciamento e disseminação do cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto, os quais servirão de motivação para o desenvolvimento do trabalho. Mediante esta afirmação, a proposta é buscar com esta pesquisa resposta para a seguinte questão norteadora:

Quais as ações necessárias para compor um guideline de cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto identificadas por enfermeiros de um hospital de ensino?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir coletivamente com os enfermeiros de um hospital de ensino um *guideline* voltado para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir as ações de enfermagem necessárias para compor um *guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto a partir das contribuições dos enfermeiros de um hospital de ensino.
- Elaborar uma proposta de *guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto a partir das ações de enfermagem identificadas por enfermeiros de um hospital de ensino e respaldadas na literatura científica atual.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

A sustentação teórica é fundamental para situar uma pesquisa diante do contexto estudado – neste caso, o cuidado relacionado à pessoa com queimaduras como ponto de partida para a discussão. Neste sentido, a sustentação teórica abordará os seguintes temas: queimadura e fisiopatologia, classificações das queimaduras, complicações no grande queimado, tratamento das queimaduras, atendimento e políticas de atenção ao paciente queimado, utilização e contribuição dos *guidelines*.

3.1 QUEIMADURA E FISIOPATOLOGIA

Antes de iniciar a leitura sobre a fisiopatologia das queimaduras torna-se imprescindível uma abordagem breve de fisiologia da pele, que é a estrutura mais atingida na queimadura. Considerada o maior órgão do corpo humano e indispensável à vida, a pele é responsável pelo revestimento e proteção de todas as estruturas internas, isolando-as do meio externo, com funções que compreendem: proteção mecânica e comunicação, proteção contra raios ultravioleta e radiação ionizante, manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico, função físico-química, função química e imunológica, termorregulação e hemorregulação, metabolismo, sensibilidade e percepção (OLIVEIRA, 2012).

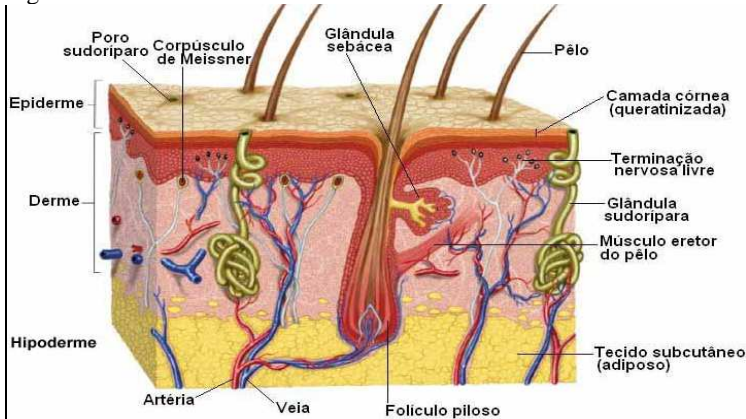
A pele e seus diversos apêndices, incluindo os pelos, as unhas, as glândulas e as demais estruturas, cobrem os tecidos e órgãos do corpo humano, formando o limite entre o meio interno e o externo. O sistema tegumentar é “responsável na regulação da temperatura corporal e na excreção das escórias, criando a interface sensorial entre o corpo e seu ambiente externo”. A pele representa aproximadamente um percentual de 12% a 15% do peso corporal (GUYTON; HALL, 2011, p. 6).

A pele consegue expressar ainda a história de vida de cada pessoa e representa um dos indicadores do envelhecimento cronológico e biológico. Para Oliveira (2012, p. 9), a pele tem especial “capacidade de falar por si, e em muitas situações pelos demais órgãos do corpo humano, propagando resposta inflamatória, infecciosa, o potencial de vitalidade e saúde”. Oliveira (2012, p. 11) ainda destaca sua divisão em:

Duas camadas: **Epiderme** (camada mais externa) e **Derme** (camada interna) que são separadas por uma estrutura chamada membrana basal. Abaixo da derme há um tecido conjuntivo gorduroso chamado hipoderme ou subcutâneo.

Estas estruturas estão ilustradas, conforme figura a seguir.

Figura 1: Estrutura da Pele

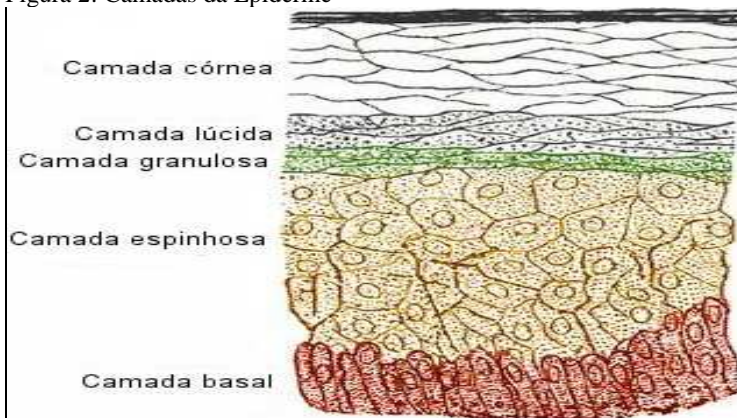


Fonte: *Beauty Face Beauty Price* (2013)

A **Epiderme** é avascular e sua espessura é relativamente uniforme, com exceção da planta dos pés e da palma da mão. É um 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 abaixo.

Figura 2: Camadas da Epiderme

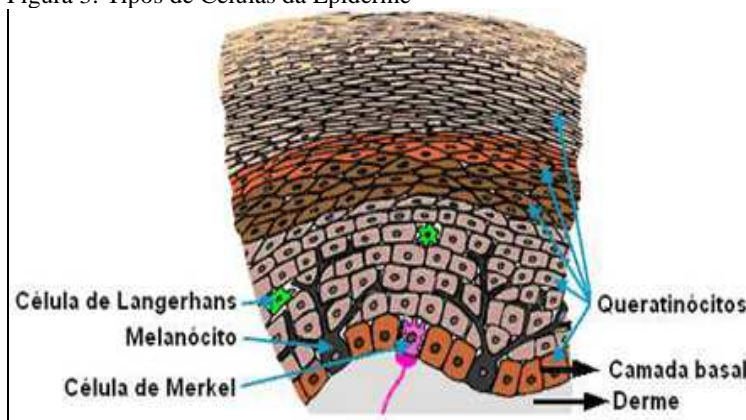


Fonte: Oliveira (2012, p. 12)

Para Oliveira (2012), as células que compõem a epiderme são: queratinócitos; melanócitos; células de *Langerhans* e células ou discos de *Merkel*. Os queratinócitos produzidos pela célula da camada basal são responsáveis pela síntese da queratina e à medida que estes migram para a superfície transformam-se em camada córnea ou queratinizada. Os melanócitos são células presentes na camada basal, responsáveis pela síntese da melanina, cuja função é proteger a pele contra os raios ultravioleta do sol. As células de Langerhans são células que possuem o formato de estrela pela presença de prolongamentos membranares que se estendem entre os queratinócitos e são produzidas pela medula óssea onde atuam como macrófagos, contribuindo para a ativação do sistema imunológico. Por fim, as células ou discos de *Merkel* estão presentes entre a epiderme e a derme em pequena quantidade. Estas se ligam de forma estreita às terminações nervosas sensitivas agindo como receptores do tato e de pressão.

Estas células estão ilustradas, conforme figura a seguir.

Figura 3: Tipos de Células da Epiderme



Fonte: Oliveira (2012, p. 13)

A Derme é um tecido conjuntivo que contém fibras proteicas, vasos sanguíneos, terminações nervosas, órgãos sensoriais e glândulas; é amplamente vascularizada e sua espessura é variável, sendo quatro vezes mais espessa que a epiderme, sob a qual está localizada. Tem papel fundamental no controle da temperatura do corpo por meio da dilatação dos vasos sanguíneos, evitando o resfriamento interno do organismo. As principais células da derme são os fibroblastos, que produzem grandes quantidades de fibras conjuntivas de colágeno e

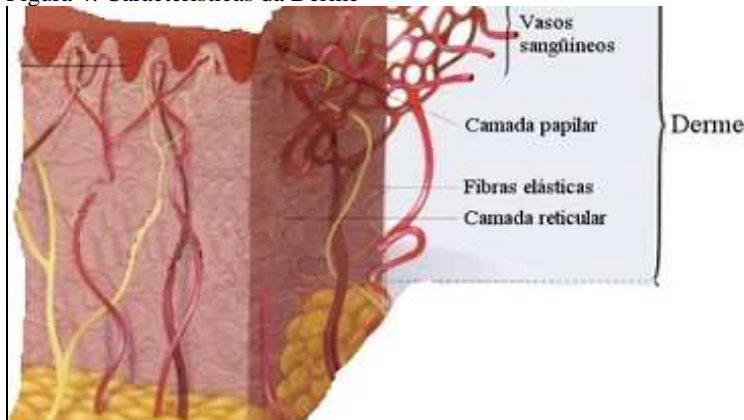
elastina, garantindo a sustentação dos elementos dérmicos, a extensão e a resistência da pele (OLIVEIRA, 2012).

Oliveira (2012) ainda descreve que a derme, também nomeada de tecido conjuntivo, é dividida em três camadas: derme papilar, reticular e profunda. Na derme ainda há os anexos cutâneos que são os folículos pilosos, as glândulas sebáceas e as sudoríparas.

A derme papilar é rica em células, capilares sanguíneos, fibras nervosas e corpúsculos táteis, estando situada abaixo da membrana basal da epiderme. Nela também se encontram as fibras especiais de colágeno, fibras de elastina e a fibronectina, as quais condicionam as ondulações da junção dermoepidérmica, responsável pela aderência entre os tecidos. A derme reticular é mais densa e pobre em células, porém rica em colágeno, elastina, fibronectina, fibroblastos, histiócitos e líquido intercelular. A derme profunda transpõe o subcutâneo, sendo composta de grandes feixes de fibras colágenas (OLIVEIRA, 2012).

As camadas da derme estão ilustradas, conforme figura abaixo.

Figura 4: Características da Derme

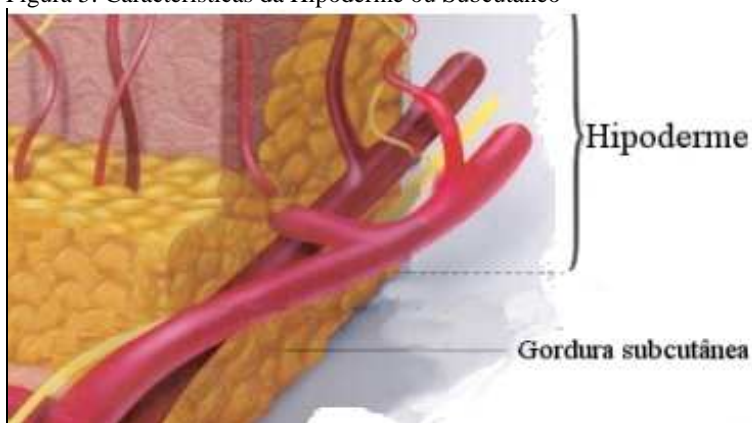


Fonte: Oliveira (2012, p. 14)

A Hipoderme ou Subcutâneo é responsável pela conexão da derme com estruturas móveis como fáscia muscular e tendões, é constituída por células especializadas no armazenamento de gordura como os adipócitos que se reúnem para formar o tecido adiposo, servindo como reserva lipídica, protegendo o organismo de choques e das variações externas da temperatura (OLIVEIRA, 2012).

A hipoderme está ilustrada a seguir, conforme figura.

Figura 5: Características da Hipoderme ou Subcutâneo



Fonte: Oliveira (2012, p. 17)

Para Dassie e Alves (2011), o termo queimadura é definido como uma lesão, geralmente restrita à pele, decorrente da aplicação de calor ao corpo que varia de gravidade dependendo do agente causador. Conforme Lopes Júnior e Prestes (2008), queimadura é toda lesão causada por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos que agem na pele, destruindo-a parcial ou totalmente e podendo atingir tecidos mais profundos, como: subcutâneo, músculo, tendão e osso.

Segundo Fernandes Júnior et al (2008, p. 57):

Como qualquer vítima de trauma, o paciente queimado é caracterizado por um importante desequilíbrio entre os mecanismos pós-inflamatórios e anti-inflamatórios, podendo em determinadas situações, culminar com choque e disfunção de múltiplos órgãos e sistemas.

Para Sallum e Paranhos (2010, p. 709) “as queimaduras graves não devem ser encaradas como lesões cutâneas, mas como trauma sistêmico, as quais produzem um grande desequilíbrio hidroeletrólítico e hemodinâmico”. No entanto, estas lesões ainda podem ser associadas com lesões em outros sistemas, traumas abdominais fechados, traumas de extremidades e lesões inalatórias.

Embora o conceito de queimadura seja bastante amplo, ela também pode ser definida como uma lesão dos tecidos orgânicos em decorrência de um trauma de origem térmica. Pode variar desde uma

pequena flictena até uma agressão grave na pele, podendo desencadear respostas sistêmicas proporcionais à extensão e à profundidade das lesões (GOMES, 2006).

De acordo com 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 vasoconstricção 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.

Deste modo, as mudanças causadas pela destruição celular se agravam com o processo inflamatório agudo e a infecção subjacente. A mudança brusca da temperatura resulta em respostas locais dos vasos sanguíneos em uma tentativa de dissipar o calor com vasodilatação, aumento da permeabilidade capilar e conseqüentemente maior atividade osmótica celular. Os tecidos que circundam a área queimada têm uma diminuição da perfusão tecidual, progredindo para a perda total da pele devido à liberação de mediadores químicos como as cininas, oxidantes e ácidos aractônicos produzidos pela área queimada. Esses mediadores causam estase vascular devido à dilatação venosa e arteriolar e, em seguida, agregação plaquetária (PARANHOS, 2009).

Segundo Paranhos (2009), a fisiopatologia principal ocorre nas mudanças das células endoteliais da membrana basal do sistema da microcirculação e alterações da bomba de sódio e potássio que levam a uma diminuição do potencial da membrana. Essa perda é maior nas primeiras 4 a 6 horas e diminui gradativamente nas próximas 18 a 24 horas. As mudanças vasculares são responsáveis pela hipovolemia diminuindo a capacidade de transporte de oxigênio e ocasionando a hipóxia tecidual.

De acordo com Fernandes Júnior et al (2008), a queimadura contribui para a inflamação local e sistêmica. A lesão celular que ocorre na queimadura é a necrose por coagulação, sendo que por sobre o tecido queimado há três zonas de coagulação distintas denominadas **Zonas de Jackson**:

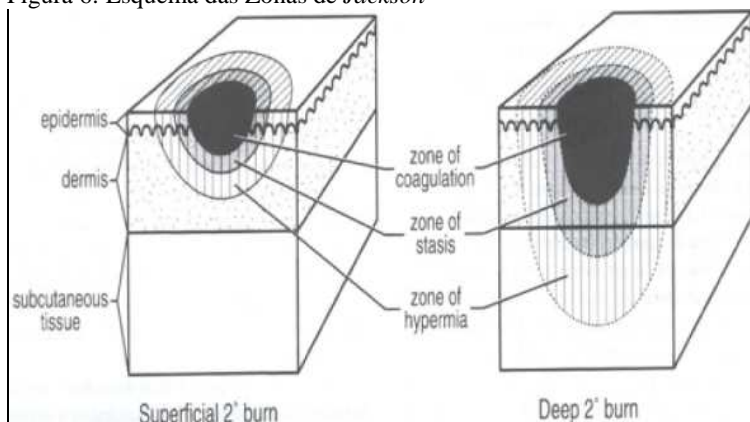
- Zona de Coagulação: conhecida por ser a área interna que sustenta a maior lesão, onde ocorre a morte celular, com

uma coagulação vascular irreversível e nenhum fluxo sanguíneo capilar. A profundidade desta zona mais gravemente lesada é determinada pela temperatura e duração da exposição;

- Zona de Estase: conhecida por área média caracterizada por um fluxo sanguíneo capilar lento, comprometido, com inflamação e lesão do tecido. Um dos principais objetivos da fase inicial de ressuscitação hídrica do paciente grande queimado é aumentar a perfusão tecidual nesta área impedindo ou diminuindo a progressão da lesão. Assim, esta área potencialmente viável pode ser convertida em zona de coagulação por uma ressuscitação inicial inadequada e uma infecção subsequente;
- Zona de Hiperemia: é a área externa que sustenta a lesão mínima, com resposta inflamatória habitual dos tecidos saudáveis a lesões não letais, com tendência natural de recuperação completa a menos que estados como sepse, choque séptico e hipoperfusão severa se instalem. Sendo assim, o tratamento adequado da ferida e o restabelecimento do fluxo capilar podem determinar se as células lesadas recuperam-se ou evoluem para a necrose de coagulação.

Estas Zonas podem ser observadas na figura a seguir.

Figura 6: Esquema das Zonas de Jackson



Fonte: Reproduzido de Paladini (2006)

3.2 CLASSIFICAÇÕES DAS QUEIMADURAS

Mediante as inúmeras classificações existentes para denominar os tipos de queimaduras, as mais utilizadas são aquelas associadas ao tipo de agente causador (queimaduras térmicas, químicas e elétricas) e associadas à profundidade desta lesão, podendo ser de primeiro, segundo ou terceiro grau (DASSIE; ALVES, 2011). Para 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.

3.2.1 Quanto ao Agente Causal

Gomes (2006) afirma que o agente causal das queimaduras ocorre de acordo com as faixas de idade, sendo que nas crianças pequenas o líquido superaquecido é o de maior frequência. Em seguida, principalmente em crianças com mais de três anos, as queimaduras são ocasionadas por chama direta, sendo mais comuns no Brasil lesões por combustão de álcool. Nos adultos, as queimaduras por gás (em razão da grande extensão que atingem), a elétrica e a química (devido à agressividade desses agentes), são menos frequentes, porém mais graves.

Para Fernandes Júnior et al (2006), as queimaduras caracterizam-se por:

1. **Escaldo:** causa mais frequente de queimaduras tendendo a ser mais grave nas regiões com roupas e com líquidos mais espessos;
2. **Chama:** a segunda causa mais frequente e quando atinge as roupas geralmente causa queimaduras mais profundas;
3. **Flash burn (explosões):** atingem temperaturas muito elevadas causando queimaduras profundas, porém as roupas não incendeiam, conferindo proteção;
4. **Contato:** geralmente causadas pelo contato com metais, plásticos e carvão, apesar de profundas, tende a ser restrito a pequenas áreas;
5. **Elétricas:** aquelas que ocorrem em razão da alta intensidade de calor e da explosão das membranas celulares quando o calor convertido é diretamente proporcional à amperagem da corrente e da resistência do

local por onde passou esta corrente. Apesar da aparência da lesão da pele ser restrita, há grande destruição das estruturas abaixo da pele e proximidades devendo ser consideradas mais graves, o que demanda uma atenta monitorização cardíaca e urinária.

6. **Químicas:** causadas mais frequentemente por ácidos ou álcalis em acidentes de trabalho que ocasionam uma lesão progressiva até o agente ser totalmente removido, preferencialmente por água abundante.

3.2.2 Quanto à Profundidade da Queimadura

De acordo com Sallum e Paranhos (2010), as queimaduras são classificadas em profundidade e extensão, devido ao grau de destruição celular causado na pele e tecido subcutâneo. Os termos superficial, parcial e perda total são utilizados e as queimaduras classificam-se em primeiro, segundo e terceiro grau, assim descritas:

- **Queimadura de Primeiro Grau:** apresenta eritema associado à dor. O grau de destruição celular limita-se às camadas superficiais da epiderme;
- **Queimadura de Segundo Grau:** abrange queimadura parcial superficial e parcial profunda. As Queimaduras Parciais Superficiais ou Segundo Grau Superficial atingem toda a epiderme e a maioria dos elementos da derme é destruída. Apresenta edema intersticial com extravasamento de líquido e resulta na formação de bolhas sobre a pele avermelhada, com dor que varia de moderada para forte intensidade e umidade. As Queimaduras Parciais Profundas ou Segundo Grau Profundo atingem toda a epiderme e a maioria dos elementos da derme é destruída. Existe tecido necrosado, geralmente não há bolhas e a dor é de menor intensidade.
- **Queimadura de Terceiro Grau:** todas as camadas da pele, incluindo músculos e vasos sanguíneos, são atingidas. A pele fica esbranquiçada, com coloração avermelhada viva, acastanhada ou carbonizada, ocorrendo uma ausência de dor devido à destruição dos nervos.

O grau da queimadura está descrito no quadro a seguir:

Quadro 1: Classificação quanto à Profundidade das Queimaduras

| GRAU | CAMADA DA PELE |
|-------------|-------------------------------------|
| Primeiro | Lesões apenas da epiderme |
| Segundo | Lesões da epiderme e parte da derme |
| Terceiro | Lesões da epiderme e da derme |

Fonte: Gomes (2006, p. 19)

A grande dificuldade prática está na diferenciação entre a queimadura de segundo grau profundo e a lesão de terceiro grau. Durante a própria evolução da queimadura, uma infecção ou uma grave instabilidade hemodinâmica pode provocar o aprofundamento da lesão, ou seja, uma queimadura de segundo grau pode evoluir para um segundo grau profundo ou terceiro grau dependendo dos sinais e sintomas da profundidade, conforme o Quadro 2 a seguir. Assim, não se deve afirmar o grau de uma queimadura em uma primeira avaliação, sendo importante realizar uma reavaliação do paciente em 48 a 72 horas após a ocorrência da lesão (GOMES, 2006).

Quadro 2: Sinais e Sintomas da Profundidade das Queimaduras

| GRAU | SINAIS | SINTOMAS |
|---------------------|-----------------|-----------------|
| Primeiro | Eritema | Dor |
| Segundo Superficial | Eritema/Bolha | Dor/Choque |
| Segundo Profundo | Branca Nacarada | Choque |
| Terceiro | Carbonização | Choque Grave |

Fonte: Gomes (2006, p. 20)

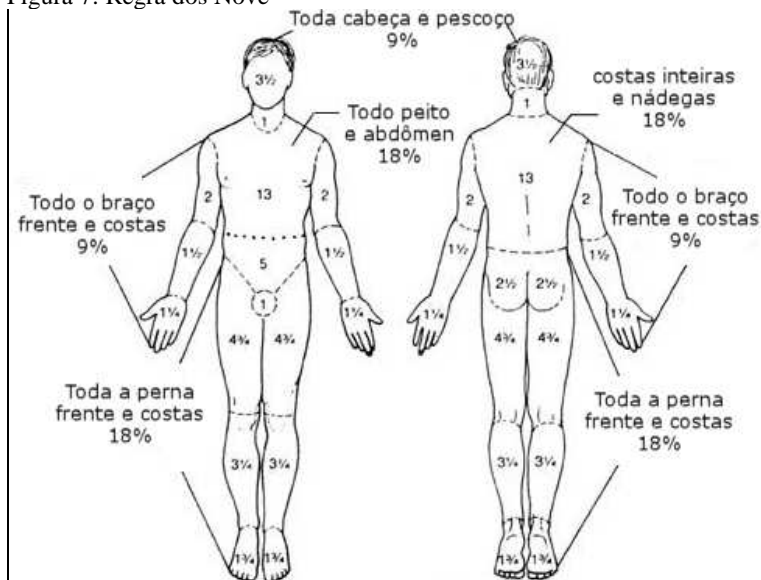
3.2.3 Quanto à Extensão da Área Corporal Queimada

Segundo Gomes (2006), na avaliação da extensão da área queimada, a criança apresenta superfícies corporais parciais diferentes das dos adultos e a Regra dos Nove (Figura 7), frequentemente usada nas salas de emergência para adultos, não deve ser aplicada em crianças, principalmente naquelas com idade inferior a quatro anos, pela possibilidade de erros grosseiros. O método mais apurado, que leva em consideração as proporções do corpo em relação à idade, é a tabela do Método de *Lund-Browder* (Quadro 3) que considera a superfície corporal da criança semelhante ao adulto a partir da puberdade.

Para Smeltzer et al (2008), diversos métodos são empregados para estimar a Área de Superfície Corporal Total (ASCT) afetada por queimaduras. Dentre estes: Regra dos Nove; Método de *Lund-Browder* e Método da Palma.

- **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 7: Regra dos Nove



Fonte: José (2013)

- **Método de *Lund-Browder*:** método mais exato de estimar a extensão de uma queimadura que auxilia na visão global do paciente, levando em conta a lesão de primeiro, segundo e terceiro grau e a porcentagem total de Área de Superfície Corporal Total. O método de *Lund-Browder* considera as proporções do corpo em relação ao crescimento e à idade (SMELTZER et al, 2008).

Quadro 3: Método de *Lund-Browder*

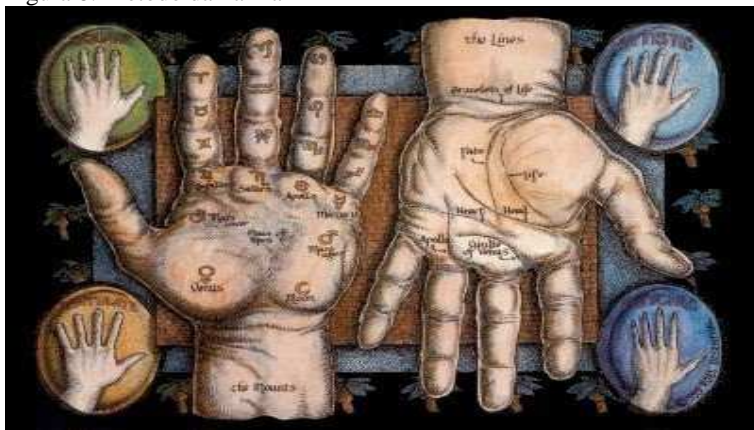
| ÁREA | 1 Ano | 1 - 4 | 5 - 9 | 10 - 16 | Adulto | T 2ºG | T 3ºG | Total |
|---------------------------|----------|-------|-------|---------|--------|----------|----------|-------|
| Cabeça | 19 | 17 | 13 | 11 | 7 | | | |
| Pescoço | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | |
| Tronco Anterior | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | | | |
| Tronco Posterior | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | | | |
| Nádega Direita | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | | | |
| Nádega Esquerda | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | | | |
| Genitália | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| Braço Direito | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | |
| Braço Esquerdo | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | |
| Antebraço Direito | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| Antebraço Esquerdo | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| Mão Direita | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | | | |
| Mão Esquerda | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | | | |
| Coxa Direita | 5,5 | 6,5 | 8 | 8,5 | 9,5 | | | |
| Coxa Esquerda | 5,5 | 6,5 | 8 | 8,5 | 9,5 | | | |
| Perna Direita | 5 | 5 | 5,5 | 6 | 7 | | | |
| Perna Esquerda | 5 | 5 | 5,5 | 6 | 7 | | | |
| Pé Direito | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | | | |
| Pé Esquerdo | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | | | |
| TOTAL | | | | | | | | |

Fonte: Gomes (2006, p. 20)

Segundo Gomes (2006), para o preenchimento da tabela de *Lund-Browder*, deve-se ter a idade do paciente utilizando a coluna correspondente, destacando que alguns valores são variáveis em relação à idade. Na coluna T 2ºG, o valor de superfície queimada é correspondente à área queimada com lesões de segundo grau e a coluna T 3ºG corresponde aos valores da área acometida por queimaduras de terceiro grau, os quais são somados e o valor final colocado na coluna total, que por sua vez será somado aos valores de cada linha para preencher a última coluna. Deste modo, têm-se com exatidão o subtotal de queimaduras de segundo grau, assim como as de terceiro grau e o valor total da Superfície Corporal Queimada (SCQ).

- **Método da Palma:** empregado para estimar a extensão das queimaduras, considerando que o tamanho da palma do paciente é de aproximadamente 1% da Área de Superfície Corporal Total (SMELTZER et al, 2008).

Figura 8: Método da Palma



Fonte: Quiromancia (2012)

3.2.4 Quanto à Gravidade da Lesão

A classificação das queimaduras também pode ser realizada associando-se a classificação por extensão com a avaliação de profundidade determinando a gravidade do paciente em Pequeno, Médio

e Grande Queimado (Quadro 4). Esta classificação varia com cada paciente, devendo ser considerados diversos aspectos como: idade, portadores de doenças preexistentes, profundidade e localização da queimadura (BRASIL, 2000a).

Quadro 4: Classificação (extensão e profundidade) das Queimaduras

| Classificação | Área Corporal Atingida |
|-------------------------|---|
| Pequeno Queimado | 1° e 2° Grau até 10% da SCQ. |
| Médio Queimado | 1° e 2° Grau entre 10 e 25% SCQ. 3° Grau até 10% SCQ. Queimadura de mãos, pés ou face. |
| Grande Queimado | 1° e 2° Grau entre 26% SCQ. 3° Grau acima de 10% SCQ. Queimaduras de períneo. Queimaduras elétricas. Queimaduras das vias aéreas. Presença de comorbidades (lesão inalatória, politrauma, trauma crânio encefálico, choque, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, distúrbio de coagulação, embolia pulmonar, infecção, doenças consumptivas e síndrome compartimental). |

Fonte: Brasil (2000a)

Vários são os fatores que influenciam o prognóstico e determinam a gravidade de uma queimadura. Dentre estes fatores, há a existência de uma doença de base, um agente causal, traumas associados à queimadura e à idade do paciente. Outro fator de prognóstico e de morbidade das queimaduras é a lesão que acomete as vias aéreas, sendo que mesmo nos pacientes com SCQ de pequena ou média intensidade, o índice de mortalidade é de 90% a 100%. Na lesão térmica, dois fatores influenciarão diretamente o prognóstico: a profundidade da lesão e a extensão de SCQ. Assim, quanto mais profunda e mais extensa a lesão, pior será o prognóstico de sobrevivência do paciente (GOMES, 2006).

O grau de gravidade das queimaduras é descrito conforme quadro a seguir.

Quadro 5: Classificação quanto à Gravidade da Lesão

| Queimaduras | Superfície Corporal | Internação |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Queimaduras Leves | 1° Grau – qualquer extensão | Sem indicação de internação. |

| Queimaduras | Superfície Corporal | Internação |
|-----------------------|--|---|
| | 2º Grau – menos de 10% 3º Grau – menos de 2% | |
| Queimaduras Moderadas | 2º Grau – entre 10 e 20% 3º Grau – entre 3 e 5% | Indicação dependente de outros fatores como: menores de dois anos, etiologia, presença de doenças sistêmicas, vômitos, situação sócioeconômica, queimadura de face e de genitália, além de outros traumas associados. |
| Queimaduras Graves | 2º Grau – excede 20% 3º Grau – excede 10% | Internação. |

Fonte: Gomes (2006, p. 21).

3.2.5 Quanto à Etiologia da Lesão

Para Fernandes Júnior et al (2006), os agentes etiológicos agem de diversas maneiras quando em contato com o revestimento cutâneo, produzindo lesões leves, profundas e extensas, dependendo do tipo de agente, da duração e da intensidade. São classificadas em:

1. **Queimaduras Simples:** são lesões resultantes da ação do calor, cuja fonte térmica é de pequena intensidade com redução do tempo de atuação (líquidos aquecidos e substâncias inflamáveis);
2. **Queimaduras Complexas:** quando as lesões resultam não só da ação térmica, mas também da atuação de outros agentes agressivos (corrente elétrica, substâncias químicas e radiações ionizantes). Geralmente apresentam alto índice de sequelas, como amputações e retrações de tecidos (FERNANDES JÚNIOR et al, 2006).

Atualmente, um conjunto de procedimentos é aplicado no tratamento das queimaduras, que dependerá da classificação deste paciente quanto à idade, agente causador, extensão, profundidade, localização da lesão, período evolutivo, condições gerais do paciente, bem como as complicações infecciosas. O resultado positivo do atendimento está relacionado principalmente com um quadro de estabilização adequada, ressuscitação eficiente e tratamento adequado da lesão (BRASIL, 2003).

3.3 COMPLICAÇÕES NO GRANDE QUEIMADO

As queimaduras são potencialmente fatais em decorrência de uma combinação de gravidade e área de superfície corporal queimada, podendo ter complicações que exigem cuidados de emergência. As complicações potencialmente fatais das queimaduras incluem choque hipovolêmico devido à perda de líquido através das feridas, o efeito osmótico do tecido morto, perda de proteínas plasmáticas a partir de vasos sanguíneos lesionados, lesão das vias respiratórias e dos pulmões decorrentes do calor e das toxinas inaladas e que podem levar ao desenvolvimento da Síndrome de Angústia Respiratória Aguda (SARA) e à infecção da queimadura (IRION, 2012).

3.3.1 Complicações Clínicas

As **Complicações Respiratórias** ocorrem em cerca de um terço dos pacientes que sofrem grandes queimaduras e estão relacionadas à maioria das mortes. A insuficiência respiratória também pode ocorrer secundariamente à inalação de fumaça, independentemente de haver lesões externas. A presença de queimaduras de face e pescoço, das vibrissas nasais com eliminação de escarro carbonáceo e histórico de exposição em ambientes fechados podem indicar lesão por inalação, tendo como sinais e sintomas iniciais taquipneia, tosse, dispneia, broncoespasmo e estridor laríngeo (FERNANDES JÚNIOR et al, 2006).

Rodrigues Júnior, Knobel e Fernandes Júnior (2006) classificam as complicações respiratórias às lesões térmicas em quatro grupos: complicações imediatas decorrentes da lesão térmica das vias aéreas; envenenamento por produtos da combustão como monóxido de carbono (CO) e cianeto; síndrome do desconforto respiratório agudo e complicações tardias como pneumonia, atelectasias, tromboembolismo e restrição de caixa torácica. Fernandes Júnior et al (2006) enfatizam que no início do atendimento ao paciente queimado deve-se dar atenção prioritária à manutenção das vias aéreas por meio da intubação orotraqueal nos casos de queimaduras extensas, queimaduras envolvendo face/pescoço e principalmente na suspeita de lesão inalatória. No caso dos pacientes com queimaduras de caixa torácica que podem sofrer síndromes restritivas, torna-se vital a necessidade de escarotomia imediata, promovendo uma melhora na complacência da parede torácica e consequentemente também na pulmonar.

A ocorrência de confusão mental, cefaleia, náusea, fadiga, instabilidade cardiovascular, ataxia e rebaixamento do nível de

consciência podem levar à suspeita de intoxicação por CO, enquanto a convulsão, depressão respiratória e acidose metabólica persistente levam à suspeita de intoxicação por gás cianídrico (FERNANDES JÚNIOR et al, 2006).

As **Síndromes Psiquiátricas** agudas após queimadura incluem *delirium* por abstinência às drogas, encefalopatia do queimado, dor aguda, síndrome pós-trauma e qualquer sintoma psiquiátrico agudo primário que tenha levado à autoagressão como tentativa de suicídio e estado delusional. O objetivo do tratamento do *delirium* “consiste principalmente na diminuição das alterações cognitivas, estresse subjetivo, comprometimento da enxertia da pele e dos procedimentos de reabilitação” (FERNANDES JÚNIOR et al, 2006, p. 1415).

De acordo com Fernandes Júnior et al (2006), a **Infecção** é a principal causa de mortalidade do 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.

Segundo Rodrigues Júnior; Knobel e Fernandes Júnior (2006), a grande queimadura invariavelmente será colonizada por algumas cepas de bactérias horas após o acidente, dentro de 48 horas toda a superfície da queimadura estará contaminada e, progressivamente, os tecidos mais profundos serão invadidos. Deste modo, com a piora do estado nutricional e da hipoproteinemia, o número de bactérias tende a aumentar sob a crosta invadindo o tecido viável abaixo da mesma, resultando numa baixa resposta imunológica neste paciente que em associação com uma falha na terapia tópica favorece a infecção sistêmica.

Após a infecção da queimadura, a bacteriemia, principalmente quando estão envolvidos microorganismos gram-negativos, pode provocar choque séptico e morte. Espera-se que a hospitalização seja por aproximadamente um dia para cada percentual de área de superfície corporal queimada e mais de cinco dias para cada procedimento de enxertia, excetuando-se as complicações graves (IRION, 2012).

A **Insuficiência Renal Aguda** (IRA) no paciente grande queimado é frequentemente observada como uma complicação da sepse, associada a uma falência de outros órgãos e à coagulação intravascular disseminada. Portanto, a IRA acarreta nos pacientes vítimas de

queimaduras graves uma ocorrência com característica bifásica que pode se manifestar entre o 1º e o 7º dia após o acidente quando é secundária à hipovolemia ou é causada por dano às células tubulares pela mioglobina, ou entre 19º e o 23º dia quando complica o quadro de infecção da queimadura (CUNHA; TOCANTINS, 2006).

Ainda de acordo com estes autores, a extensão da queimadura e a queimadura das vias aéreas são os principais fatores relacionados ao aumento na incidência de necrose tubular aguda nos pacientes queimados. Rabdomiólise e mioglobinúria podem determinar o desenvolvimento de IRA, uma vez que o dano muscular ocorre em razão de lesão térmica direta, da hipovolemia e hipoperfusão associada, da síndrome compartimental, principalmente nas lesões circunferenciais de extremidades e em situações de injúria elétrica.

Para Fernandes Júnior et al (2006), a reposição volêmica agressiva inicial, a detecção e a erradicação de focos infecciosos, a cirurgia precoce, o uso de antibióticos tópicos e a monitorização rigorosa de drogas nefrotóxicas são medidas que colaboram com a diminuição da incidência da IRA e consequente melhora na sobrevida do grande queimado.

3.3.2 Complicações Cirúrgicas

De acordo com Fernandes Júnior et al (2006), as principais complicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos na queimadura são: **infecção** que pode ocorrer no próprio local operado ou na área doadora de enxertia, como consequência de uma inadequada manipulação ou contaminação externa; **grande perda sanguínea** que ocorre nas cirurgias (exceto as limpezas simples); **distúrbios eletrolíticos e hipotermia** que com a exposição prolongada do paciente no ato cirúrgico pode ocorrer grande evaporação de líquidos e perda sanguínea, além de uma queda da temperatura, acarretando em alterações hidroeletrólíticas; **perda dos enxertos** que podem ocorrer por diversas razões, como: infecção local, presença de coleções abaixo do enxerto, deslocamento do enxerto, posicionamento invertido ou leito inadequado; **aprofundamento da área doadora** devido à má regulação do instrumento utilizado para retirar o enxerto ou presença de uma infecção local; **lesões indesejadas** que durante a escarectomia podem ocorrer em função da profundidade que é realizada. Isto ocorre na maioria das vezes em regiões de maior saliência, onde o controle do instrumento com que se realiza o procedimento no momento é mais difícil.

3.4 TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS

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 têm o primeiro contato com os pacientes, além dos profissionais que atuam em centros de tratamento de queimados, incluindo: cirurgiões plásticos, clínicos gerais, médicos intensivistas e anesthesiologistas, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, técnicos de enfermagem, entre outros que são responsáveis pelo atendimento às vítimas (NAZÁRIO; LEONARDI, 2012).

Para Irion (2012), dependendo da magnitude e da gravidade das queimaduras, o tratamento do paciente queimado pode incluir 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 com 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.

Segundo Leonardi, Pereima e Salvato (2008), a literatura atual demonstra claramente que há um critério adequado para o tratamento das queimaduras, considerando qualidade e quantidade de cobertura e/ou fechamento. Com base nisto, a primeira opção é **a pele do próprio paciente**, seguida pelos bancos de pele, curativos biológicos e, por último, substitutos dérmicos, respeitando a profundidade da lesão.

3.4.1 Curativo e Terapia Tópica

Existem dois métodos atualmente para a realização do curativo de uma lesão por queimadura: 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 (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

Para Guimarães Júnior (2006), 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.

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 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 (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

Segundo Guimarães Júnior (2006), o **Creme de Sulfadiazina de Prata** é uma suspensão de 1% em forma de base hidrofílica que tem ação bacteriostática e sua aplicação na ferida resulta em uma contagem muito baixa de bactérias da superfície. É de fácil manuseio, podendo ser utilizado nos dois métodos, aberto e fechado e sua aplicação retarda o processo de epitelização, não favorecendo o tempo de cicatrização.

Para Campos et al (2009), há um consenso na literatura quanto à utilização da Sulfadiazina de Prata 1% para o tratamento de queimaduras, com a finalidade de desbridar tecidos necrosados e combater infecção local. É um dos agentes tópicos mais utilizados, sendo recomendado em queimaduras de segundo e terceiro grau. O **Creme de Sulfamylon** é preparado em forma de concentração a 11,1% da sulfonamida metilada em base dispersível em água – é bacteriostático nessa concentração – o que resulta numa penetração excelente na escara, sendo muito eficaz na redução da contagem bacteriana superficial, bem como na colonização profunda, não tendo o poder de induzir resistência bacteriana. Como desvantagem, sua aplicação em curativo fechado provoca maceração da pele sadia adjacente à queimadura. O **Nitrato de Prata** é utilizado na forma de solução líquida de 0,5%, tem ação bactericida, não causa reação de hipersensibilidade e resistência bacteriana. Seu uso restringe-se às queimaduras que se encontram livres de crostas, em fase de cicatrização e naquelas em que se busca um melhor preparo do leito receptor do enxerto. Uma desvantagem do método consiste no fato de que quando exposto à luz, o nitrato tingem de negro tudo o que é posto em seu contato. Já a **Sulfadiazina de Cério** pertence a uma geração mais moderna de terapia tópica advinda da

associação da sulfadiazina de prata a 1% com o nitrato de cério a 2,2%, com o objetivo de aumentar o espectro de ação da sulfadiazina, reduzindo o número de microorganismos, tanto gram positivos quanto gram negativos. Poucos dias após o início de sua aplicação, observa-se a formação de uma membrana seca de coloração amarelo esverdeada no leito da ferida.

De um modo geral, os pacientes têm relatado sensação de frescor após a aplicação da sulfadiazina de prata 1% com o nitrato de cério a 2,2%. Recomenda-se a sua utilização nos primeiros dias de tratamento da queimadura, enquanto há presença de tecido necrótico ou infecção (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

Rossi et al (2010) enfatizam que alginato de cálcio e sódio é uma cobertura derivada de algas marinhas marrons, composta pelos ácidos gulurônico e manurônico e impregnada de íons cálcio e sódio. Promove desbridamento autolítico e absorção de exsudato, mantendo o ambiente da ferida úmido. As coberturas de alginato de cálcio, por sua alta capacidade de absorção, apresentam benefícios na fase inicial de tratamento de queimaduras de espessura parcial por sua intensa exsudação – são recomendadas para queimaduras de espessura parcial com exsudação abundante, com ou sem infecção. O cálcio da cobertura e o sódio do exsudato da ferida reagem, ocorre uma troca iônica, e as fibras do alginato de cálcio se transformam em um gel que garante um meio úmido ao leito da ferida, ambiente ideal para a restauração tecidual. Não adere à ferida, facilitando a remoção que ocorre sem traumas adicionais e não necessita troca por vários dias. É também indicada para tratamento de áreas doadoras de pele para enxerto autólogo, com relatos de menor tempo de epitelização.

O curativo nanocristalizado consiste em **Prata Nanocristalina**, que libera 30 vezes menos prata que outras apresentações e fornece duas vantagens: a liberação homogênea de prata suficiente para a atividade antimicrobiana e a manutenção do ambiente úmido, favorecendo a reepitelização. Coberturas antimicrobianas impregnadas com prata servem como barreira protetora de prata antimicrobiana que também liberam o poder antimicrobiano da prata no leito da ferida, sem inibir a cicatrização. Essa forma de contato da lesão com a prata possibilita a permanência do curativo por maior tempo (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

Gravante et al (2009) realizaram uma meta-análise de cinco estudos prospectivos e randomizados comparando sulfadiazina de prata e/ou nitrato de prata à prata nanocristalina e concluíram que a última é superior às demais formulações no que tange à infecção, assim como

diminui as trocas de curativo, dor e ansiedade de pacientes. Outros estudos sugerem o uso de Alginato de Cálcio e Sódio; Hidrocolóide, Ácidos graxos essenciais, Colagenase, entre outros. Há evidências também do uso de membranas de celulose bacteriana no tratamento de queimaduras superficiais e profundas.

Hidrogéis são compostos de polivinilpirrolidona e água, sendo que algumas coberturas contêm ainda propilenoglicol e cloreto de sódio que promovem o desbridamento autolítico. São indicados para queimaduras de espessura parcial com exsudação abundante (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

Há ainda outros tipos de coberturas que têm sido utilizadas no tratamento de queimaduras, como as gazes não aderentes impregnadas com petrolato e outros agentes tópicos, alguns com ação antimicrobiana e fungicida. Recomenda-se que, na escolha do agente tópico ou cobertura, sejam considerados os seus benefícios contra os efeitos tóxicos na migração epitelial. Desta forma, entende-se que a utilização de antissépticos, agentes tópicos ou coberturas com maior toxicidade não está indicada em áreas que apresentam sinais de epitelização e nem sinais de infecção (ROSSI et al, 2010)

Por fim, a utilização de uma terapia tópica adequada no leito da ferida, além de comparar o aspecto da lesão com a fase da evolução cicatricial, considera ainda o aspecto dinâmico, objetivando o controle da infecção em nível local; monitorização da colonização bacteriana; preparação de um leito para enxertia e ação protetora da cicatrização (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

3.4.2 Substitutos Cutâneos

O uso de terapia tópica proporciona o controle da infecção de modo que uma excisão do tecido necrótico possa ser realizada com maior segurança e sobrevida, qualquer que seja a profundidade para o alcance do tecido viável. A necessidade imediata de cobrir essas feridas deve-se ao fato de impedir a rápida e progressiva necrose das superfícies excisadas (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

A possibilidade da utilização de algum substituto cutâneo surge como resultado da perda considerável do tegumento cutâneo, o que ocorre mais frequentemente em queimaduras extensas e que, se não submetidas ao tratamento, podem ser fatais (LEONARDI; PEREIRA; SALVATO, 2008).

No quadro a seguir apresentam-se os curativos biológicos existentes.

Quadro 6: Curativos Biológicos

| Tecidos Naturais | Substitutos de Pele | Análogos Dérmicos com base em Colágeno | Tecido Derivado De Cultura |
|-----------------------|---|--|---|
| Aloenxertos cutâneos | Bilaminado sintético | Aloenxerto deepitelizado | Queratinócito autólogo cultivado. |
| Xenoenxertos cutâneos | Compostos com bases em colágeno: Biobrane; Integra; Dermagraft. | <i>Alloderm</i> | Análogos dérmicos com semente de fibroblasto: Membrana de glicosaminoglicano colágeno; Rede de ácido poliglicólico ou poliglactínico. |
| Membranas amnióticas | | | |

Fonte: Guimarães Júnior (2006, p. 137)

Dos materiais biológicos existentes, o aloenxerto cutâneo é considerado padrão para coberturas de feridas abertas quando não há áreas doadoras disponíveis para autoenxertia. Suas propriedades servem de referência de qualidade para qualquer outro substituto cutâneo, como: a diminuição da perda de água por evaporação e da perda do calor; o controle da proliferação bacteriana; a diminuição da dor da ferida e da perda de proteínas e sangue; a promoção do movimento das articulações e o desenvolvimento do tecido de granulação para proteção dos tendões, nervos e vasos sanguíneos (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

O **Aloenxerto Cutâneo** viável também possui limitações específicas que vão desde o suprimento limitado até a transmissão de doenças virais. O risco de transmissão do vírus da síndrome da imunodeficiência humana e da hepatite B através da pele de aloenxerto é igual ao do sangue. Sua aplicação obedece às mesmas etapas do autoenxerto, assim como os curativos, pois sua integração advém com a revascularização entre o quinto e oitavo dia quando sua eliminação ocorre por trombose venosa e subsequente esfacelo do enxerto.

O **Xenoenxerto Cutâneo** é utilizado para o vazio terapêutico que existe quando todas as áreas doadoras disponíveis foram usadas. Sua desvantagem é que por não estabelecer conexão vaso a vaso, não é rejeitado como o aloenxerto, resultando em necrose vascular.

As **Membranas Amnióticas** atendem às mesmas especificações da pele do xenoinxerto não vascularizadas. No entanto, como desvantagem possuem grande potencial para transmissão de doenças como a pele de aloenxerto (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

Deste modo, Guimarães Júnior (2006) enfatiza a limitação dos curativos biológicos e o desenvolvimento de substitutos de pele que consistem em materiais sintéticos ou em uma combinação de material sintético e colágeno. Os avanços da bioengenharia e da engenharia de tecidos revelaram produtos com potencial de substituir a pele homóloga, tornando-se um método econômico de substituição da pele e prontamente disponível.

Nos últimos anos, os estudos realizados em muitos laboratórios demonstram que para um curativo biológico ser eficaz é importante obter uma estrutura bilaminada que transcreva as características morfológicas da pele e que em algum grau sustente as propriedades benéficas do aloenxerto cutâneo, uma vez que um análogo epidérmico deve estar presente para servir de barreira e um análogo dérmico é necessário para permitir a união biológica, a partir do crescimento para dentro do tecido fibrovascular, a fim de ligar a membrana ao hospedeiro (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

Dentre estes estudos, Guimarães Júnior (2006) ressalta a pesquisa de Levine et al (1976) que descreve o desenvolvimento de um bilaminado totalmente sintético por meio de ensaio clínico unicêntrico, controlado, randomizado e aberto – este estudo foi realizado em pacientes com queimaduras de tamanho modesto em fase de granulação. O análogo epidérmico consiste em uma folha fina porosa de politetrafluoretileno e o análogo dérmico é constituído de seis a oito camadas de malha extremamente fina, no qual o tecido fibrovascular pode crescer. Esta membrana permite o acúmulo da secreção, cuja presença serve como indicação clínica da necessidade de troca. Quando aplicado a uma ferida de queimadura recentemente excisada, o substituto da pele (totalmente sintético) protege a ferida e permite a formação de um tecido de granulação vascularizado de maneira uniforme, favorecendo uma enxertia fácil e ideal.

O desenvolvimento de substitutos dérmicos preenche a necessidade de cobertura de extensas lesões com a finalidade de atingir resultados superiores, além de favorecer a recuperação dos pacientes com queimaduras extensas e/ou limitadas áreas doadoras de pele. Sua estrutura assemelha-se ao ajustamento exclusivo das camadas dérmica e epidérmica da pele normal (LEONARDI; PEREIRA; SALVATO, 2008).

Assim, a experiência de décadas com vários substitutos cutâneos possibilitou a definição das propriedades essenciais de um substituto cutâneo eficiente como: estrutura bilaminada (análogo epidérmico e análogo dérmico), cobertura do campo cirúrgico (ausência de toxicidade e baixa antigenicidade) e valor agregado (não inflamatório, resistência à tensão linear e cisalhamento, atividade bacteriostática e baixo custo) (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

3.4.3 Excisão Cirúrgica e Enxertia Cutânea

As queimaduras que atingem mais de 40% da superfície corporal necessitam de uma abordagem cirúrgica precoce, apoiada por suporte clínico intensivo para que o fechamento da área queimada seja obtido em um tempo menor antes que a infecção agravada pelas perdas cutâneas, *déficit* nutricional e imunológico possa determinar a sepse sistêmica, ocasionando o óbito (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

Ainda segundo Guimarães Júnior (2006), a **Excisão Cirúrgica** consiste na remoção precoce do tecido queimado inviável, de modo a favorecer o aumento da sobrevida do grande queimado, além de uma redução do seu tempo de incapacidade e um grau menor de sequelas funcionais, proporcionando seu retorno ao convívio familiar e seu ajustamento psicossocial.

Este autor caracteriza os métodos de excisão cirúrgica em: excisão até o tecido viável subjacente, excisão até a fáscia profunda e excisão sequencial do tecido queimado. A excisão pode ser obtida utilizando bisturi, faca cirúrgica, dermatomo ou eletrocautério com os objetivos de acelerar o período de incapacidade e internação do paciente; melhorar a possibilidade de sobrevivência dos grandes queimados; diminuir a possibilidade de intercorrência da sepse nas queimaduras e buscar o restabelecimento da perda funcional o mais rapidamente possível.

Para Guimarães Júnior e Portes (2006), a escolha de um método cirúrgico deve considerar os seguintes parâmetros: o risco da infecção, o leito da ferida e a pega do enxerto, a localização e a profundidade da queimadura. Deste modo, a identificação da profundidade de uma lesão indica o procedimento excisional, além de sua reparação.

Nas queimaduras de espessura parcial profunda ou total que envolva de forma circular as extremidades ou queimaduras elétricas por alta voltagem, pode haver um aumento da pressão nos compartimentos musculares em função do aumento da permeabilidade capilar e da inelasticidade da pele lesada subjacente, podendo estas adquirir um

aspecto coriáceo, não permitindo uma distensão proporcional ao edema. Este aumento da pressão intracompartimental pode levar à compressão dos vasos sanguíneos e resultar em uma queda da perfusão local com danos aos músculos e nervos do compartimento envolvido. E, dependendo da causa, localização e profundidade da lesão, levar à necessidade de uma **Escarotomia** ou uma **Fasciotomia** (LIMA JÚNIOR; PICCOLO; NOVAES, 2008).

Para Lima Júnior; Piccolo e Novaes (2008, p. 397), o termo “escara vem do grego, pelo latim *eschara* (casca)”, descrevendo a formação da escara a partir da coagulação celular com conseqüente morte tissular. A escarotomia é considerada um procedimento de urgência, podendo ocorrer *déficits* neurológicos e vasculares graves, caso o problema não seja solucionado. Quando o edema se instala no compartimento abaixo da fáscia, a escarotomia não é suficiente, sendo necessário realizar uma incisão e abertura do compartimento muscular contido pelo músculo da fáscia denominada de fasciotomia, com a finalidade de evitar os sinais e sintomas clínicos do comprometimento vascular.

Nas queimaduras elétricas, pode ocorrer uma lesão nervosa direta pela passagem da eletricidade ou por aumento de pressão no interstício, ocorrendo uma compressão do nervo mediano no nível do túnel do carpo, devido à inelasticidade do ligamento carpal transversos dos ossos que compõem o túnel do carpo. A abertura do túnel do carpo “é uma incisão ligeiramente curva ao longo da prega tenar, através da pele, tecido subcutâneo e do ligamento carpal transversos”, expondo o túnel do carpo e liberando suas estruturas dos efeitos da pressão excessiva (LIMA JÚNIOR; PICCOLO; NOVAES, 2008, p. 401).

Enxerto ou Transplante Cutâneo é o procedimento cirúrgico no qual é realizada a transferência total ou parcial da pele do seu local de origem (área doadora) para uma área que necessita de cobertura (área receptora), havendo perda total das conexões vasculares. Na área receptora o enxerto cutâneo adquire um novo suprimento sanguíneo que assegura a viabilidade das células transplantadas. A enxertia da pele é indicada para o tratamento de feridas cujas dimensões impossibilitam o fechamento primário (LESSA FILHO; MENEZES, 2008).

As áreas cruentas queimadas são portas abertas à infecção, perdas de plasma, sangue, eletrólitos e líquidos, além de serem responsáveis pela intensa dor causada ao paciente. Assim, a condição básica para a realização de uma enxertia cutânea é a obtenção de um leito cruento limpo e vascularizado (GUIMARÃES JÚNIOR; PORTES, 2006).

A cicatrização da ferida após a enxertia de pele se processa por dois eventos característicos e sequenciais: Integração e Contração. As características clínicas da integração dos enxertos autólogos são: aderência, perfusão e viabilidade do segmento de pele transferido, dependendo exclusivamente de sua vascularização. A regeneração nervosa é incompleta e jamais atinge a especificidade da pele normal, levando em torno de 10 a 15 meses, além da vinculação com vários fatores como o leito do enxerto, a profundidade e a gravidade da lesão. Deste modo, uma vez integrado ao seu leito receptor e a partir do décimo dia, promove a contração da enxertia através da ação de miofibroblastos e proteínas contráteis (LESSA FILHO; MENEZES, 2008).

Atualmente existem quatro classificações para os enxertos, relativas à constituição histológica, fonte de obtenção, espessura e processamento, descritos no quadro a seguir.

Quadro 7: Classificação dos Enxertos

| Classificação dos Enxertos |
|--|
| <p>Constituição Histológica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simplex: apresentam um único tipo de tecido. • Compostos: constituídos de dois ou mais tecidos (reconstruções situadas na orelha e asa nasal). |
| <p>Fonte de Obtenção</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autólogos, autógenos ou autoenxertos: quando o doador e receptor referem-se ao mesmo indivíduo. • Homólogos, homogêneos ou homoenxertos: quando o doador e receptor são indivíduos diferentes, porém da mesma linhagem e espécie. • Isogênicos ou singênicos: entre indivíduos geneticamente idênticos. • Alógenos: entre diversos membros de uma mesma espécie, porém de linhagem diferente. • Heterólogos ou xenoenxertos: quando doador e receptor são de espécies diferentes. |
| <p>Espessura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enxertos de espessura total: contêm epiderme e toda a derme, incluindo as estruturas anexiais. • Enxertos de espessura parcial: mais comumente utilizados em queimaduras, pois permitem a cobertura de grandes áreas corporais. |

Classificação dos Enxertos

Processamento

- **Enxertos em malhas:** de pele parcial que sofrem pequenos cortes em toda a sua superfície, através de um aparelho expensor de pele.
- **Enxertos em estampilhas:** de pele parcial colocados em pequenos fragmentos, como se fossem selos.
- **Enxertos em lâminas ou tiras:** são aqueles que apresentam melhor resultado estético, com uma superfície contínua e ininterrupta, podendo ser de várias espessuras e utilizados em qualquer parte do corpo.
- **Enxertos de ceratinócitos cultivados em laboratório:** os ceratinócitos cultivados podem ser de origem autóloga ou alogênica, podendo ser aplicados ou não a um substituto dérmico.

Fonte: Adaptado de Lessa Filho e Menezes (2008, p. 452-454)

Para Lessa Filho e Menezes (2008, p. 455):

O sucesso da enxertia depende basicamente do planejamento cirúrgico adequado, do preparo clínico do paciente, da indicação do tipo de enxerto a ser usado, da escolha correta da área doadora, do preparo rigoroso do leito receptor e da fixação do enxerto.

O preparo da área queimada constitui em limpeza da ferida e desbridamento dos tecidos desvitalizados e necróticos. Convém ressaltar a importância da terapia tópica no controle da infecção e também no preparo do leito receptor. Deste modo, as feridas devem ser acompanhadas diariamente e os agentes tópicos modificados nas várias fases da ferida, objetivando a obtenção de uma cicatrização de melhor qualidade.

Portanto, uma abordagem cirúrgica precoce aliada à realização adequada de curativos e às dietas enterais hiperproteicas e hipercalóricas trouxe um novo horizonte para o tratamento do grande queimado (LESSA FILHO; MENEZES, 2008).

3.5 ATENDIMENTO E POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PACIENTE QUEIMADO

O atendimento ao paciente queimado tem várias particularidades, sendo que o princípio básico é começar imediatamente pelo tratamento das condições que colocam a vida em risco. O sucesso deste atendimento vai depender da abordagem utilizada pela equipe e neste sentido é preciso saber que uma queimadura qualquer pode ser uma lesão séria e a aplicação em tempo apropriado de medidas simples de emergência minimiza a mortalidade e morbidade decorrente destas lesões (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Nesse contexto, destaca-se a participação da equipe de enfermagem e, especialmente, dos enfermeiros no atendimento a estas vítimas. As autoras Cintra, Nishide e Nunes (2011) afirmam que a conduta do enfermeiro deve ser fundamentada no atendimento inicial adequado, visando diminuir a taxa de mortalidade, o período de internação, as complicações e as sequelas físico-psicológicas, bem como promover o retorno e a reintegração do acidentado à família e à comunidade no menor tempo possível.

Segundo o protocolo *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), a observação dos princípios básicos do atendimento inicial ao trauma, as manobras de reanimação e a inserção de medidas de emergência no tempo apropriado podem minimizar a mortalidade e a morbidade causadas por estas lesões. Estes princípios incluem monitorização do comprometimento das vias aéreas por inalação de fumaça, estabilização hemodinâmica e balanço hídrico adequado. A abordagem do ATLS permite uma avaliação criteriosa seguida do tratamento do trauma, na qual o mnemônico ABCDE define avaliações e intervenções específicas que deveriam ser seguidas com todo paciente traumatizado (ATLS, 2008). Esta abordagem também é estabelecida no Curso Nacional de Normatização ao Atendimento ao Queimado (CNNAQ) da Sociedade Brasileira de Queimaduras.

Esse protocolo orienta a avaliação clínica do paciente e consiste em adotar a sequência A (*Airway* – Atendimento das vias aéreas e controle da coluna cervical), B (*Breathing* – Respiração), C (*Circulation* – Circulação), D (*Disability* – Incapacidade) e E (*Expose* – Exposição da vítima e proteção do ambiente) que indica a prioridade do atendimento e direcionam o profissional de saúde com o objetivo de evitar erros na assistência ao paciente (PHTLS, 2007).

O número de pacientes vítimas de trauma excede outros tipos de intercorrências clínicas, assim como a chance de sobrevivência de

pacientes traumatizados que recebem um atendimento extra-hospitalar e hospitalar adequado é muito maior. Em vítimas de trauma, os cuidados extra-hospitalares podem fazer a diferença entre a vida e a morte; entre uma seqüela temporária, grave ou permanente; ou entre uma vida produtiva e uma destituída de bem-estar (PHTLS, 2007).

Até o ano 2000 não havia uma política nacional de assistência aos pacientes queimados editada pelo Ministério da Saúde (MS). Esses pacientes eram tratados em qualquer hospital, constituindo um problema para o atendimento, tanto do ponto de vista técnico como assistencial. A indefinição de como tratar os pacientes queimados, como e para onde encaminhá-los, dificultava uma adequada e oportuna assistência, comprometendo a sobrevivência dos pacientes mais gravemente atingidos. A complexidade no atendimento de pacientes queimados requer, além de suporte técnico com apoio de serviços complementares e com tecnologia avançada, uma estrutura física adequada às exigências do tratamento do paciente (BRASIL, 2000a).

Conforme a Portaria Nº 1.273/GM/MS, em 21 de novembro de 2000, o Ministro da Saúde (MS), no uso de suas atribuições legais, considerou a necessidade de organizar a assistência a pacientes com queimaduras em serviços hierarquizados e regionalizados, com estreita relação com os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde. Além disso, a referida Portaria também passou a garantir a este paciente assistência nos vários níveis de complexidade, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas; além de considerar a necessidade de estabelecer mecanismos de avaliação, supervisão, acompanhamento e controle da assistência prestada (BRASIL, 2000a).

A Portaria ainda considera que esta assistência exige uma estrutura de nível terciário e de alta complexidade, com área física adequada, profissionais habilitados e suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia. Deste modo, a Portaria Nº 1.273/GM/MS define mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados e determina às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal a organização de suas respectivas Redes Estaduais de Assistência a Queimados que são integradas por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência a pacientes com queimaduras (BRASIL, 2000a).

Os **Hospitais Gerais** são aqueles que embora não especializados na assistência a queimados, são cadastrados pelo Sistema Único de

Saúde (SUS) por ter condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para realizar o primeiro atendimento, ambulatorial e de internação hospitalar aos pacientes queimados. Por outro lado, os **Centros de Referência em Assistência a Queimados** são aqueles hospitais e/ou serviços devidamente cadastrados como tal e que dispoem de um maior nível de complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para o atendimento a pacientes com queimaduras são capazes de constituir a referência especializada na rede de assistência a queimados (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 (BRASIL, 2011).

Segundo a Portaria Nº 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, 2000a).

Além de normatizar os Centros de Referência, por meio da Portaria Nº 1.273/GM, o MS providenciou a modificação da Tabela do Sistema Único de Saúde pelo Sistema de Informatização Hospitalar (SIH/SUS) e Sistema de Informatização Ambulatorial (SIA/SUS) com a

edição da Portaria Nº 1.274 GM/MS, de 22 de novembro de 2000 (BRASIL, 2000b).

Em função da nova organização da assistência aos queimados, foi realizada uma reestruturação da tabela de remuneração dos procedimentos relacionados a esse tipo de assistência, vinculando sua execução à complexidade dos serviços, incluindo novos procedimentos e disponibilizando a utilização de novos materiais, como malhas compressivas. Esta nova tabela passou a vigorar no início de 2001, permitindo uma melhor e mais ampla assistência aos pacientes queimados, tanto em seu atendimento hospitalar inicial como em seu seguimento pós-alta hospitalar, inclusive o pagamento dos procedimentos de curativos e outras ações de reabilitação (BRASIL, 2000b).

Os hospitais gerais e os centros de referência de atendimento a queimados devem submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, dependendo das responsabilidades de cada um deles. Os procedimentos que compõem o rol da assistência ao paciente queimado estão descritos na Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde, SAS/MS Nº 1.274/2000, inclusive com a classificação de grau de extensão e gravidade de queimaduras (BRASIL, 2011).

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 (BRASIL, 2002).

3.6 UTILIZAÇÃO E CONTRIBUIÇÃO DOS *GUIDELINES*

Para Santiago (2008), o desenvolvimento e a implementação de um *guideline* tem por finalidade: pesquisar e transferir conhecimento atualizado; controlar a qualidade; intercambiar conhecimento entre as instituições; aumentar a produtividade; adotar padrões institucionais e nacionais; reduzir a variabilidade prática individual; controlar custos e reduzir o uso desnecessário de recursos.

Os *guidelines* têm muitas aplicações, sendo a mais imediata a educacional, uma vez que o profissional de saúde tem a oportunidade de conhecer a informação mais atual e relevante sobre um determinado

assunto. Deste modo, as diretrizes devem ser utilizadas para a melhoria da prática clínica e regulamentação de condutas em determinadas instituições. Assim, o aumento no número e complexidade das diretrizes torna cada vez mais necessária a implementação de sistemas informatizados para o seu manejo, organização e disseminação (COSTA, 2008).

Com o aumento na utilização dos *guidelines*, segundo Costa (2008), tornou-se evidente a necessidade de estudar as melhores maneiras de compartilhá-los. O primeiro passo neste sentido foi uma disseminação de *guidelines* computadorizados. A abrangência destes sistemas é ampla, incluindo manejo de doenças, administração de recursos, alertas e lembretes, estruturação e execução de testes clínicos, orientação em condutas de alto risco, determinação de riscos, educação e treinamento, referência, entre outros.

A medicina baseada em evidências está progressivamente ganhando força, assegurando melhorias em termos de qualidade, consistência e custos no atendimento de saúde. Os *guidelines* baseados na padronização da melhor prática têm mostrado-se um recurso importante no contexto atual (SANTIAGO, 2008).

Piccolo et al (2008) afirmam que a relação entre qualidade de estudo e grau de recomendação e, portanto, a sua influência na decisão médica, é insuficiente se utilizada de maneira absoluta e isolada, sendo esta de caráter informativo e sugestivo, cabendo ao profissional que ministra o cuidado ao paciente julgar a forma, o momento e a pertinência da utilização de uma diretriz.

A implementação de protocolos proporciona efetivamente um instrumento de mudanças e de aumento de capacidade crítica dos profissionais, melhorando o desempenho e a postura individual e coletiva, a fim de gerar um trabalho capaz de produzir mais saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Neste sentido, todas as ações de enfermagem são 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. Diante disso, a enfermagem adota o uso de protocolos e *guidelines* para organizar suas ações.

De acordo com Gomes (2008, p. 8), em 2006 a Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com o Centro Colaborador para Soluções de Segurança do Paciente (*WHO/Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*), estabeleceu o protocolo universal com as seguintes metas para a promoção da segurança:

Identificar os pacientes corretamente; melhorar a efetividade da comunicação através de profissionais da assistência; melhorar a segurança das medicações de risco; eliminar cirurgias do lado errado, paciente errado e procedimento errado; reduzir o risco de infecção e reduzir o risco de dano/lesão ao paciente vítima de queda.

A OMS (2012) está constantemente desenvolvendo diretrizes mundiais que geram recomendações com impacto sobre as políticas de saúde ou intervenções clínicas. Alguns dos protocolos mais recentes são: saúde da criança, doenças crônicas, HIV/AIDS, saúde materna e reprodutiva, saúde mental e abuso de substâncias, tuberculose e segurança do paciente, dentre outras. Assim, ao estabelecer segurança nos serviços de saúde, deve-se lembrar de que a qualidade técnica, gestão e atendimento humanizado são aspectos levados em consideração pelos órgãos de avaliação que certificam os hospitais, como o Consórcio Brasileiro de Acreditação, representado no Brasil por *Joint Commission International (JCI)*, órgão americano de acreditação internacional.

De acordo com Brasil (2002, p. 9), a Acreditação Hospitalar tem sido um referencial de qualidade dos serviços de saúde, pois:

É um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos.

As diretrizes internacionais vêm conseguindo reduzir de maneira significativa o índice de mortalidade e morbidade do paciente queimado, permitindo que hoje, no Brasil, seja possível recuperar pacientes com até 92% de Superfície Corporal Queimada (SCQ).

O *American College of Surgeons (ACS)* que estabelece as diretrizes para o suporte avançado de vida no trauma, juntamente com a *American Burn Association (ABA, 2012)*, recomendam como diretriz para o suporte avançado de vida no trauma, que na presença de lesão por inalação, está indicada a transferência para um centro de queimados. Entretanto, se o tempo de transporte for prolongado, a intubação deve ser realizada antes do transporte, a fim de proteger a via aérea. A

presença de estridor é a indicação imediata de intubação endotraqueal. Após a avaliação inicial e estabilização da via aérea do paciente deve-se avaliar a profundidade, extensão e localização anatômica das queimaduras (ATLS, 2008).

Além disso, o Portal da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil apresenta uma série de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) que têm como objetivo estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o algoritmo de tratamento das doenças com as respectivas doses medicamentosas adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos (Anexos 1 e 2). Cria também mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz (PICCOLO et al, 2008; PICCOLO et al, 2008a).

Mediante este fato, não há um protocolo especial adotado pelo Ministério da Saúde em relação aos cuidados com pacientes queimados. O que existe, na verdade, são diretrizes relacionadas à estrutura física, equipamentos de um Centro de Tratamento de Queimaduras (CTQ) e tratamento de queimaduras.

Atualmente, o protocolo adotado pela SBQ e o protocolo adotado pela *American Burn Association* (ABA), focalizam nos processos de cuidado, ou seja, evidenciam o cuidado de enfermagem de forma ampla, não contextualizando ou retratando a real situação por parte dos pacientes e dos profissionais. A elaboração do Tratamento de Emergência das Queimaduras, adotado por protocolo pela SBQ, foi realizada de maneira a oferecer aos profissionais de saúde um verdadeiro passo-a-passo de como atender este tipo de caso (Anexo 3), sendo que o foco recai sobre os atendimentos de urgência e emergência, porta principal de entrada das ocorrências. Nele, há indicações precisas sobre procedimentos de diagnóstico e de prescrição que podem ser úteis, especialmente para situações que ocorrem em áreas remotas, onde não há presença de especialistas (BRASIL, 2003).

No Brasil, a SBQ surgiu em 1991, como consequência do trabalho desenvolvido a partir da criação do Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade em Queimados, pelo Ministério da Saúde. Em 1995, foi assinado o estatuto da SBQ, que constitui uma associação civil, sem fins lucrativos, com os objetivos de promover, encorajar, contribuir e estimular a ciência, o estudo, a pesquisa, a divulgação e a prática do tratamento de queimaduras; promover a conscientização dos aspectos preventivos das queimaduras e divulgar os primeiros socorros; encorajar a educação em todas as categorias profissionais envolvidas no tratamento e prevenção das queimaduras;

facilitar a cooperação e o intercâmbio entre todos os países, fornecendo informações disponíveis, incluindo a afiliação a outras sociedades e organizações internacionais de queimaduras e promover gestões no sentido de transformar o tratamento de queimaduras em especialidade médica, reconhecida pela Associação Médica Brasileira (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Gues, Montoro e González (2010, p. 45), em um estudo no qual procuravam identificar a opinião da enfermagem sobre as dificuldades em torno da segurança do paciente, mostraram que:

Entre as barreiras ou limitações que afetam o desenvolvimento da estratégia de segurança está, entre outros, a insuficiente difusão dos protocolos e limitada participação dos profissionais na elaboração destes, bem como uma ausência de indicadores de segurança.

Para estes autores, os protocolos de atendimento ao paciente queimado adulto existentes na literatura são primordiais para uma assistência de saúde eficaz.

No entanto, percebe-se na prática uma inadequação desses protocolos para o ambiente hospitalar ou a existência de protocolos somente para o atendimento emergencial. Além disso, estes não correspondem aos cuidados no momento da internação específicos à realidade brasileira, do serviço e principalmente da equipe multiprofissional, incluindo a equipe de enfermagem.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A enfermagem evoluiu de uma disciplina prática para a busca de sistemas e conceitos, na busca por definir e inter-relacionar conceitos fundamentais que constituem o conjunto de conhecimentos próprios, capazes de estabelecê-la como ciência do cuidar e nortear a prática da profissão (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

A relevância do uso de teorias de enfermagem que norteiam a assistência é a sistematização da mesma, de forma organizada e documentada, facilitando o levantamento de dados, a análise destes e a prescrição de cuidados realizados pelos enfermeiros. Ao relacionar as teorias com a prática, constroem-se modelos assistenciais de enfermagem (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

Tendo em vista o supracitado, buscou-se utilizar neste estudo as definições e conceitos embasados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta por englobar aspectos cruciais para a sustentação deste estudo em razão da pesquisa ter se desenvolvido em um hospital escola que conta com a presença de enfermeiros em todos os turnos e utiliza como instrumento para a organização do trabalho em todas as unidades de internação o Método de Assistência de Enfermagem (MAE), tendo como base os princípios da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) da enfermeira Wanda de Aguiar Horta (MATOS, 2002).

Deste modo, o referencial teórico que norteou o estudo foi o das NHB, a fim de possibilitar adesão e favorecer a elaboração de ações de enfermagem que permitissem organizar e orientar o cuidado ao paciente queimado adulto. É importante destacar ainda que o cuidado na enfermagem envolve aspectos da assistência, gerência e educação. Assim, os protocolos e *guidelines* de cuidados, requerem, sobretudo, conceitos e estratégias de ações, bem como diretrizes nacionais e internacionais em relação à segurança do paciente. Quando Horta escreveu sua teoria, considerou leis gerais que regem os fenômenos como a lei do equilíbrio, da adaptação e do holismo, tendo como base a Teoria da Motivação Humana de *Maslow* que fundamenta as NHB (HORTA, 1979).

Muito embora este estudo tenha sido baseado na Teoria de Horta (1979), conceitos como Construção Coletiva e *Guidelines* não fazem parte desta, mas foi preciso incluí-los através de outros autores para suprir as necessidades da pesquisa.

A Teoria das NHB fundamenta-se, principalmente, no conceito de necessidades, entendido como “estados de equilíbrio dinâmico, as

necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado”, ou seja, são situações que indivíduo, família e comunidade apresentam em decorrência do desequilíbrio de suas necessidades básicas e que exigem uma resolução imediata (HORTA, 1979, p. 39).

Para Horta (1979), as necessidades são comuns a todos os seres humanos, uma vez que o que diferencia um indivíduo de outro é a plenitude de satisfação e o atendimento destas necessidades em particular. Os princípios deduzidos por esta autora englobam a unicidade, a autenticidade e a individualidade do ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio, reconhecendo o ser humano como membro de uma família, de uma comunidade e como elemento ativo no seu autocuidado.

A Teoria de Wanda Horta direciona o plano de cuidados sistematizado no hospital do estudo, atendendo o ser humano em suas NHB na solução dos problemas de enfermagem, entendidos como “situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exigem do enfermeiro sua assistência profissional” (HORTA, 1979, p. 39).

Assim, partindo da teoria proposta, Horta (1979, p. 29) afirma que **Enfermagem** consiste em:

Uma ciência na arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Neste contexto, a **Enfermagem** interage com o paciente queimado adulto, o familiar acompanhante e a equipe multiprofissional. O cuidado de enfermagem baseia-se na crença de que o cuidado a este paciente implica em considerar a integralidade deste e que o enfermeiro deve ampliar seu conhecimento a respeito das doenças, das intervenções clínicas e cirúrgicas, tanto no âmbito preventivo como curativo para realizar suas ações.

Nas **Ações de Enfermagem**, o cuidado é uma força propulsora e dinamizadora, nas quais o profissional de enfermagem atua em uma relação recíproca e interativa com o paciente. Assim, de acordo com Horta (1979, p. 29), o **Cuidado de Enfermagem** consiste em:

Uma ação planejada, deliberada e/ou automática da enfermagem, resultante da percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano. O Assistir em Enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

O Cuidado de Enfermagem ao paciente queimado adulto compreende todas as ações realizadas com o propósito de proporcionar uma recuperação plena, além de ser responsável na execução de medidas preventivas. O planejamento deste cuidado faz parte de um processo para identificar alterações e determinar intervenções necessárias para cada tipo de paciente (pequeno, médio ou grande queimado), buscando sempre atingir os resultados almejados e estabelecidos pela equipe de enfermagem.

Para Horta (1979, p. 29), o **Ser Humano** é compreendido como:

Parte integrante do universo e em constante interação com o mesmo, é sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço. Difere dos outros seres do universo por sua capacidade de reflexão, imaginação, simbolização e pelo poder de unir presente, passado e futuro. Estas características o tornam único, autêntico e individual.

Neste estudo, o **Ser Humano** em foco é o **Paciente Queimado Adulto** que pode sentir medo e vergonha devido à alteração da sua imagem corporal, insegurança e dor em razão da perda da integridade física e o trauma. Assim, é imprescindível o apoio e o cuidado de enfermagem durante o período de internação hospitalar. No caso do paciente queimado adulto, também suas necessidades biopsicossociais encontram-se comprometidas.

Além do paciente, para Horta (1979, p. 30), entende-se como ser humano o **Enfermeiro**, com três áreas de ação distintas:

A área específica, na qual o enfermeiro assiste o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas e ensina o autocuidado; a área de interdependência ou de colaboração, com o intuito

de manter, promover e recuperar a saúde e a área social, onde são desempenhadas funções de ensino, pesquisa e administração, responsabilidade legal e participação na associação de classe.

O Enfermeiro é responsável pelo cuidado, pela supervisão da equipe de enfermagem e organização da unidade, participando da assistência e estando em contato permanente com o paciente durante 24 horas. Deve estabelecer o cuidado fundamentado no diálogo e na interação, compreendendo as atitudes e sentimentos do paciente e da família frente à experiência que vivenciam, possibilitando o crescimento mútuo. Também, deve elencar as prioridades de ações ao paciente, planejando um cuidado adequado de acordo com as necessidades afetadas do paciente queimado adulto.

Assim, Horta (1979, p. 29) ainda conceitua **Saúde** como:

O equilíbrio de todas as necessidades humanas básicas. Enquanto houver desequilíbrio nas necessidades básicas do indivíduo e família, se faz necessária a assistência de enfermagem, estando em perfeito equilíbrio espaço temporal com todo o universo.

Entende-se que a Saúde do paciente queimado adulto pode sofrer interferências no processo de viver e de bem-estar pelo impacto causado através da perda da integridade física e trauma psicológico. É através da relação inter-humana entre o ser paciente queimado adulto, familiar, acompanhante e equipe de enfermagem que se desenvolve o potencial para recuperar a saúde.

Deste modo, para Horta (1979, p. 28), o **Ambiente** notadamente é:

Parte integrante do universo dinâmico, estando em constante interação com o mesmo, uma vez que esta dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço.

O Ambiente é entendido como o contexto físico onde os seres humanos estão inseridos, local onde interagem e onde ocorrem os encontros e desencontros de ideias, favorecendo a reflexão sobre a

realidade. É neste ambiente que o enfermeiro desenvolve as ações de enfermagem.

Para Trentini e Paim (2004, p. 40), a Construção Coletiva é definida por “mudanças no contexto da prática que só ocorrem se houver antes uma mudança da mentalidade dos envolvidos na prática” e, a melhor maneira para que isso ocorra é a participação dos sujeitos da pesquisa em todo o processo do estudo, uma vez que esta construção amplia a possibilidade de adesão aos conhecimentos, favorecendo descobertas de escolhas e procedimentos com novos modos de pensar.

Em um grupo de trabalho interessado na questão de pesquisa surgem atitudes críticas e ampliam-se horizontes interpretativos, exigindo de todos os envolvidos o cumprimento de obrigações e o comprometimento com o estudo. Obrigações estas que vão desde o pensar na prática cotidiana, na revisão de textos para estudo, na discussão e, por fim, na elaboração de um *guideline* de cuidados de enfermagem voltado especificamente para as necessidades da instituição.

A padronização é a pedra fundamental para o melhor tratamento do paciente, sendo a base para todas as decisões de atendimento e do cuidado. Logo, os enfermeiros em conjunto e fundamentados cientificamente, possibilitam a promoção para uma melhor análise das questões com as quais lidam cotidianamente, o que facilita no desenvolvimento do *guideline* de cuidados, favorecendo, um cuidado de enfermagem de forma eficaz e sem danos.

Brasil (2009, p. 116) denomina **Guidelines ou Diretrizes** como:

Um conjunto de posicionamentos ou recomendações sistematicamente desenvolvidas para orientar profissionais da saúde e usuários dos serviços acerca de cuidados de saúde apropriados para circunstâncias clínicas específicas.

A elaboração de um *guideline* fundamenta-se em recomendações oriundas de pesquisas extensivas, revisões críticas e síntese da literatura científica publicada nos últimos anos em relação ao cuidado com paciente queimado adulto. Esta recomendação servirá como um guia para o cuidado de enfermagem, podendo ser utilizado durante a avaliação e manuseio dos pacientes na assistência, melhorando a tomada de decisões e contribuindo para a segurança do paciente.

5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE PESQUISA

Para alcançar os objetivos e responder ao problema de pesquisa, este estudo optou como referencial metodológico pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). De acordo com Trentini e Paim (2004), esta modalidade de pesquisa possibilita refletir a prática assistencial, partindo das situações vivenciadas no cotidiano para descobrir novas realidades e introduzir inovações na prática assistencial. Consiste na articulação intencional com a prática assistencial e as ações de assistência que vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa.

A PCA sempre requer participação ativa dos sujeitos da pesquisa e está orientada para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde, o que poderá levar a novas construções teóricas. É compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada em uma relação de cooperação mútua (TRENTINI; PAIM, 2004).

De acordo com estas autoras, quando um pesquisador decide desenvolver uma PCA, ele precisa estar convencido de seus interesses em inserir-se no campo da prática assistencial. Desse modo, o pesquisador coloca-se em compromisso com a construção de um conhecimento novo, que neste estudo, foi a elaboração de um *guideline* de cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto para a inovação das práticas assistenciais no campo de atuação.

Este estudo foi uma PCA, pois teve como finalidade a construção de um *guideline* de cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto em conjunto com os enfermeiros que atuam diretamente no cuidado destes pacientes. A PCA alia teoria, pesquisa e prática, então nada mais relevante que a utilização de uma metodologia que contenha estas especificidades.

5.2 PRESSUPOSTOS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Segundo Trentini e Paim (2004), o contexto da prática assistencial suscita inovação, alternativas de soluções para minimizar ou resolver problemas cotidianos em saúde e renovação de práticas em superação, o que requer comprometimento dos profissionais em incluir a

pesquisa nas suas atividades assistenciais, unindo o saber-pensar ao saber-fazer. Este contexto da prática assistencial é potencialmente um campo fértil de questões abertas a estudos de pesquisa. O espaço das relações entre a pesquisa e a assistência vitaliza simultaneamente o trabalho no campo da prática assistencial e no campo da investigação científica.

A PCA implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao tempo em que se beneficie com o acesso franco às informações procedentes deste contexto. Para a PCA, o profissional da saúde é potencialmente um pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente, o que lhe possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual do trabalho que realiza (TRENTINI; PAIM, 2004).

5.3 ETAPAS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

As autoras Trentini e Paim (2004) demonstram que a forma de construir um projeto para uma Pesquisa Convergente Assistencial segue os padrões gerais de investigação científica, contemplando cinco fases ou procedimentos que são: fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e de interpretação. Essas fases constituem um processo com várias etapas consecutivas e inter-relacionadas, que nem sempre acontecem de forma linear, sendo apresentadas a seguir.

5.3.1 Fase de Concepção

Compreende a fase inicial da pesquisa e nela estão incluídos: a introdução e justificativa do tema, a questão de pesquisa, o objetivo, a revisão de literatura e o referencial teórico (TRENTINI; PAIM, 2004). Neste estudo, a fase de concepção foi descrita nos capítulos 1, 2, 3 e 4.

5.3.2 Fase de Instrumentação

Corresponde às seguintes decisões metodológicas: escolha do espaço físico da pesquisa, dos participantes, dos métodos e das técnicas para obtenção e análise dos dados (TRENTINI; PAIM, 2004).

5.3.2.1 Local

O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) localizado no sul do país, vinculado ao Ministério da Educação (MEC) que presta assistência à

saúde da população, exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS). Inaugurado em 1980, caracteriza-se como órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa, assistência e extensão. Desempenha papel ligado à formação de recursos humanos na área da saúde, com campo de estágio para cursos de enfermagem, farmácia, medicina, serviço social, psicologia, dentre outros. Possui cerca de 280 leitos distribuídos em quatro andares nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Tratamento Dialítico, Terapia Intensiva Adulto, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. Conta ainda com um Serviço de Emergência Adulto e Infantil, Ambulatórios, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno e Centro de Esterilização (HU-UFSC, 2012).

Em relação ao atendimento do paciente queimado adulto, a primeira intervenção muitas vezes é realizada ainda na emergência e dependendo da gravidade do quadro clínico este paciente é transferido para os serviços de UIC II, CC ou UTI do HU-UFSC, ou encaminhado para outros hospitais de referência do Estado de Santa Catarina (SC), no caso, nos municípios de Lages e Joinville.

O Serviço de Emergência Adulto foi um dos serviços escolhidos para a realização deste estudo por ser referência para média e alta complexidade na região. Está localizado no primeiro andar do citado hospital e a equipe de trabalho realiza atendimento com Acolhimento e Classificação de Risco. O espaço físico era de 08 leitos, mas foi reformado e ampliado no ano de 2008, disponibilizando mais 04 leitos, inclusive 01 leito para isolamento, totalizando 13 leitos para internação – quando a capacidade da unidade é excedida, o paciente que necessita de internação fica acomodado em maca (12 no total), no corredor central ou em cadeiras dispostas na sala de medicação.

As Unidades de Internação Cirúrgicas estão localizadas no quarto andar e divididas conforme as especialidades, totalizando 60 leitos. A Unidade de Internação Cirúrgica I (UIC I) é responsável pela cirurgia geral (maior prevalência), cirurgia torácica, cirurgia de cabeça e pescoço e cirurgia do aparelho digestivo – mais recentemente estas unidades também estão recebendo pacientes acometidos de câncer para tratamento cirúrgico, pacientes para correção de epilepsia através da neurocirurgia e pacientes submetidos a transplante hepático. A UIC II atende as especialidades de urologia, coloproctologia, ortopedia, vascular e, por fim, cirurgia plástica. Vale ressaltar que atualmente nesta unidade estão disponíveis 06 leitos para a cirurgia plástica, nos quais

permanecem os pacientes queimados adultos internados nesta instituição (HU-UFSC, 2012).

O CC localizado no quarto andar atende as seguintes especialidades cirúrgicas: cirurgia geral, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia plástica, cirurgia vascular, cirurgia torácica, cirurgia buco-maxilo-facial, neurocirurgia, urologia, coloproctologia e ginecologia.

Quando há agravamento do estado do paciente queimado adulto e necessidade de cuidados intensivos, estes são transferidos para a UTI, também localizada no quarto andar, a qual dispõe atualmente de 14 leitos ativos com estrutura física pronta para atender uma demanda de internações de até 20 leitos simultaneamente (HU-UFSC, 2012).

Estas unidades recebem alunos das diversas áreas da saúde, tanto de cursos técnicos, quanto de graduação e pós-graduação. A residência multiprofissional em Alta Complexidade tem a UTI e a emergência como um de seus campos de estágio para enfermeiros, farmacêuticos, dentistas e nutricionistas. O horário dos profissionais de enfermagem em todas as unidades é: das 07 às 13 horas, das 13 às 19 horas e das 19 às 07 horas (escala de 12/72 horas) e nos finais de semana plantões de 12 horas (das 07 às 19 horas).

Para a realização do cuidado de enfermagem, a metodologia adotada é baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta, cujas etapas do modelo de processo de enfermagem proposto compreendem: histórico de enfermagem, diagnóstico, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

5.3.2.2 Sujeitos

Neste estudo foram convidados a participar todos os enfermeiros lotados nas unidades da Emergência, UIC II, CC e UTI, uma vez que trabalham diretamente no cuidado com o paciente queimado adulto. Atualmente, estão lotados na Emergência 17 enfermeiros, na UIC II 08 enfermeiros, no CC 03 enfermeiros e na UTI 16 enfermeiros, totalizando 44 sujeitos. A organização da pesquisa foi realizada de modo a favorecer o propósito do estudo e por se tratar de um número grande de sujeitos em diferentes serviços, os participantes foram distribuídos em dois grupos: A e B, com a finalidade de atender as especificidades do atendimento ao paciente queimado adulto e particularidades dos serviços. Assim, o grupo A foi formado pelos enfermeiros da UIC II e CC e o grupo B pelos enfermeiros da Emergência e UTI.

Os critérios para participar do estudo incluíram: a lotação do enfermeiro em um dos locais do estudo, estar trabalhando na época de

coleta dos dados e o aceite após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com o Apêndice 1.

Participaram efetivamente do estudo 43 enfermeiros, sendo 10 do grupo A (08 enfermeiros da UIC II e 02 do CC) e 33 do grupo B (17 da Emergência e 16 enfermeiros da UTI).

Abaixo constam os quadros com os dados de identificação dos sujeitos da pesquisa.

Quadro 8: Dados de Identificação do Grupo A

| GRUPO A | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------------|----------------|--------------|--------------|
| Sexo | | Idade | | Formação Profissional | | | |
| Masculino | Feminino | 20 - 40anos | 40 - 60anos | Graduação | Especialização | Mestrado | Doutorado |
| 00 | 10 | 08 | 02 | 02 | 07 | 01 | 00 |
| Tempo de Serviço Saúde | | | | Tempo de Serviço HU-UFSC | | | |
| 00 - 10 anos | 10 - 20 anos | 20 - 30 anos | 30 - 40 anos | 00 - 10 anos | 10 - 20 anos | 20 - 30 anos | 30 - 40 anos |
| 05 | 03 | 02 | 00 | 08 | 00 | 02 | 00 |

Fonte: Roteiro da Entrevista (Apêndice 2)

Quadro 9: Dados de Identificação do Grupo B

| GRUPO B | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------------|----------------|--------------|--------------|
| Sexo | | Idade | | Formação Profissional | | | |
| Masculino | Feminino | 20 - 40anos | 40 - 60anos | Graduação | Especialização | Mestrado | Doutorado |
| 05 | 28 | 25 | 08 | 06 | 13 | 12 | 02 |
| Tempo de Serviço Saúde | | | | Tempo de Serviço HU-UFSC | | | |
| 00 - 10 anos | 10 - 20 anos | 20 - 30 anos | 30 - 40 anos | 00 - 10 anos | 10 - 20 anos | 20 - 30 anos | 30 - 40 anos |
| 22 | 08 | 02 | 01 | 27 | 05 | 01 | 00 |

Fonte: Roteiro da Entrevista (Apêndice 2)

5.3.2.3 Técnicas de Coleta dos Dados

Devido às características de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, a PCA permite a utilização de vários métodos, estratégias e técnicas destinadas a obter informações (TRENTINI; PAIM, 2004). Neste estudo, a coleta dos dados foi realizada por meio de Entrevistas e Discussões em Grupos.

A entrevista tem a finalidade de obter informações fidedignas por meio da conversação, constituindo uma condição social para a interação humana (TRENTINI; PAIM, 2004). Deste modo, as entrevistas foram realizadas com o intuito de adquirir informações de cada enfermeiro sobre quais ações de enfermagem poderiam promover o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto, a partir da experiência individual adquirida durante o serviço.

A entrevista proporciona a interação face a face e caracteriza o caráter de proximidade entre as pessoas. Essa interação entre o pesquisador e o entrevistado é fundamental na pesquisa, pois favorece o desenvolvimento de uma relação estreita entre as pessoas. E, por ser um meio de comunicação entre as pessoas, necessita ser realizada de forma a contemplar a coleta de dados da pesquisa, ampliando os horizontes subjetivos através da fala do entrevistado (TRENTINI; PAIM, 2004).

Cada entrevista deste trabalho teve como fio condutor um roteiro que se constituiu em duas partes distintas: a **Primeira Parte**, Identificação do Participante, relacionada à identificação de cada um, foi iniciada traçando um perfil pessoal e profissional com dados como: nome, idade, sexo, formação profissional, tempo de serviço na saúde e no HU, além do conhecimento prévio em relação ao cuidado com queimaduras. A **Segunda Parte**, Perguntas Abertas, foi composta por três questões subjetivas com o objetivo de estimular cada entrevistado a expor seus pensamentos e ideias sobre o assunto (Apêndice 2).

Após as entrevistas, como continuidade da coleta dos dados, foram realizados dois encontros com os grupos A e B, separadamente, sob a forma de **Discussão em Grupo**, com a finalidade de socializar as informações obtidas nas entrevistas, discutindo e acrescentando ações de enfermagem ainda não identificadas até o presente momento.

Para Borges e Oliveira (2012, p. 236), “o grupo de discussão estimula o participante a pensar sobre problemas e a trocar experiências”. Sendo assim, “a aprendizagem se dá de maneira mais efetiva porque o grupo tem oportunidade de compartilhar ideias, receber apoio, promover um sentimento de companheirismo, dar conselhos”, reforçando o conhecimento prévio. Os encontros de discussão em grupo foram realizados em horários que favoreceram uma participação coletiva

dos participantes envolvidos, com no máximo três horas de duração, utilizando recursos como: máquina fotográfica, gravador digital e anotações em diário de campo.

Os encontros foram previamente agendados para não coincidirem com o horário de trabalho dos envolvidos, que foram gravados e fotografados, conforme autorização prévia dos sujeitos. Destaca-se que mesmo os participantes que negaram a gravação na entrevista individual aceitaram o registro em gravação e fotografia nos grupos. Além disto, houve consenso do grupo em aceitar a participação de uma enfermeira que fez as anotações durante os encontros, sendo que a mesma não fazia parte do estudo.

5.3.2.4 Aspectos Éticos

Por se tratar de uma pesquisa com Seres Humanos, este estudo foi norteado pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), pela Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) e pela Declaração de *Helsinki* de 1964 (DECLARAÇÃO DE HELSINKI, 1964), cumprindo os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

O princípio da **autonomia** está eticamente fundamentado na dignidade da pessoa humana, em sua capacidade para decidir fazer ou buscar aquilo que julga ser o melhor para si mesma, tendo consciência de ter o direito de possuir um projeto de vida próprio, de ter seus pontos de vista e opiniões, de fazer escolhas autônomas, de agir segundo seus valores e convicções. Respeitar a autonomia é, em última análise, preservar os direitos fundamentais do homem, aceitando o pluralismo ético-social que existe na atualidade.

Os profissionais entrevistados tiveram a autonomia de desistir de participar de acordo com sua vontade própria, livremente, sem se submeterem a imposições alheias. Também foi respeitada a opinião dos profissionais que aceitaram participar da pesquisa. A **não-maleficência** tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou dano à pessoa. E, durante a pesquisa, procurou-se não infringir dano intencional ao pesquisado, procurando sempre maximizar a participação dos mesmos, através de informações técnicas e precisas sobre a pesquisa, orientando sobre a ausência de risco aos mesmos. **Beneficência** é associada à obrigação moral de agir para o bem da pessoa, através da qual os possíveis benefícios da pesquisa sobrepujam os riscos. Os pesquisados foram informados sobre os objetivos da pesquisa, ressaltando os benefícios da mesma para futuras reflexões em prol da prática

profissional da enfermagem. Procurou-se sempre a **justiça** durante as entrevistas, tratando todos com equidade, imparcialidade, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interferissem na relação pesquisador-profissional. O anonimato foi garantido pela confidencialidade dos profissionais (LOCH, 2002).

O estudo também respeitou os princípios fundamentais do código de ética dos profissionais de enfermagem, através da resolução COFEN Nº 311/2007 (COREN-SC, 2008).

Todas as atividades proporcionaram o bem-estar dos participantes e tiveram o intuito de proibir danos deliberados e/ou potenciais. Também foi preservado o respeito pela pessoa no exercício de sua autonomia para participar ou não da pesquisa e/ou desistir da proposta a qualquer momento, sem que esta atitude gerasse ônus ou qualquer tipo de constrangimento a mesma, além da pesquisadora ter se colocado sempre disponível para esclarecer dúvidas e questionamentos.

Neste sentido, solicitou-se a cada participante a autorização após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi explicado aos participantes: os objetivos, as etapas do desenvolvimento, a garantia do anonimato das informações e o direito destes participantes de desistirem do processo a qualquer momento, inclusive após o término da coleta de dados. Os nomes dos participantes foram substituídos pela letra “E”, significando a letra inicial da categoria (Enfermeiro), seguida de número absoluto e crescente como E1, E2, ... até E43).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPUFSC), após aprovação da Direção da Instituição de Saúde, sob o parecer consubstanciado Nº 205.497 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) Nº 11353812.4.0000.0121 (Anexo 4).

5.3.3 Fase de Perscrutação

Nesta fase, foi evidenciado como as estratégias ou instrumentos para obtenção dos dados foram utilizados, descrevendo sua realização e particularidades. De acordo com Trentini e Paim (2004), as estratégias nascem da criatividade do pesquisador e estas devem ter total aderência ao método de pesquisa. O que garante que as estratégias propostas sejam bem aproveitadas é o caráter de convivência e intimidade, ou seja, de familiaridade com os participantes e os dados. As estratégias devem proporcionar precisão, confiabilidade, fidelidade e outras qualidades exigidas dos dados da pesquisa.

5.3.3.1 Operacionalização da Pesquisa

Primeiramente, foi solicitada formalmente autorização prévia à chefia dos serviços envolvidos e posteriormente uma apresentação com explicação dos objetivos, além de todo o desenvolvimento da pesquisa para os enfermeiros participantes.

As entrevistas foram agendadas previamente por meio de telefone em um local acordado entre a pesquisadora e o participante em um único encontro com cada enfermeiro das unidades envolvidas. Primeiramente, todas as entrevistas seriam gravadas e com tempo previsto de trinta minutos de duração. No entanto, em três entrevistas, por solicitação dos participantes, não foi utilizado o gravador digital. Nos serviços de Emergência e UTI, devido a uma particularidade do serviço, os participantes solicitaram responder as questões por escrito e entregar pessoalmente à entrevistadora ou por correspondência eletrônica.

Assim, foi possível ter a adesão nas entrevistas de todos os participantes envolvidos da pesquisa. No final da entrevista, cada enfermeiro foi convidado a participar da segunda etapa, ou seja, das discussões em grupos. O local e a data dos encontros foram definidos após a entrevista com todos os enfermeiros do estudo, de acordo com a disponibilidade da maioria.

O **Primeiro Encontro** realizado com os dois grupos (A e B) foi desenvolvido em três momentos: apresentação do estudo e dos participantes, levantamento da identificação das ações necessárias para compor um *guideline* de cuidados de enfermagem e uma reflexão acerca desta temática com fundamentação teórico-científica.

No primeiro momento, apresentou-se o estudo aos participantes, com a finalidade de descrever a justificativa, os objetivos, as contribuições e os passos da proposta da pesquisa. Também foi desenvolvida uma dinâmica de acolhimento com os participantes de modo a permitir um ambiente mais descontraído e confortável, a partir da utilização da atividade intitulada **Qualidades e Manias**, assim descrita por Yozo (1996, p. 55):

Cada pessoa escreve duas qualidades e manias próprias em um pedaço de papel e o auxiliar recolhe os papéis, redistribuindo-os aos participantes. Após cada participante, através de mímica representa as características do outro e no final há uma aproximação mais efetiva do grupo.

Cabe ressaltar que os participantes sentiram-se bem ao realizar a dinâmica sugerida e manifestaram que mesmo trabalhando diariamente juntos, os mesmos desconheciam as qualidades e manias dos demais.

No segundo momento, e de acordo com o levantamento da identificação das ações abordadas na entrevista, foram lançadas ao grupo novamente as seguintes questões instigadoras sobre a temática: Quais as ações de enfermagem necessárias para compor uma proposta de um *guideline* de cuidados de enfermagem no HU-UFSC? Quais os problemas enfrentados acerca do cuidado realizado na unidade? Esta repetição de dados foi fundamental para evitar a perda de informações para a continuidade e aprofundamento do estudo. Através destas questões, os participantes foram estimulados à reflexão e discussão relacionados aos cuidados com o paciente queimado adulto.

O terceiro momento foi a construção de um quadro enfocando os problemas de enfermagem próprios que acometem os pacientes com queimaduras. Estes problemas de enfermagem associados às informações obtidas nas entrevistas constituíram os pontos chaves para a teorização e elaboração das ações de enfermagem. Posteriormente, foi entregue material bibliográfico³ com o objetivo de possibilitar uma maior reflexão das estratégias de ações para solucionar os problemas detectados na discussão. Participaram deste primeiro encontro 05 enfermeiros do grupo A (UIC II e CC) e 09 enfermeiros do grupo B (Emergência e UTI) e com eles foi verificada uma nova data para o segundo encontro.

O **Segundo Encontro** foi mais interativo e contou com a participação de 06 enfermeiros do grupo A (UIC II e CC) e 13 enfermeiros do grupo B (Emergência e UTI).

Sendo assim, foi apresentado o quadro de ações de acordo com os pontos chaves determinados no Primeiro Encontro, organizado de acordo com as esferas: assistencial, educacional e gerencial, conforme a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979), sendo esta a teoria de referência para o serviço de enfermagem do HU-UFSC. Nas ações de enfermagem relacionadas ao

³ OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K. F. A.; GONÇALVES, T. A. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v.11, n.1, p. 31-37, 2012.

ROTINAS e Protocolos do CTQ Dr. Oscar Plaisant. In: GUIMARÃES JÚNIOR, L. M. **Queimaduras**: tratamento clínico e cirúrgico. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2006. p. 257-277.

Contexto Assistencial e Educacional estão as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais: Oxigenação; Hidratação; Alimentação; Eliminação; Sono e Repouso; Atividade e Integridade Física; Integridade Cutânea e Mucosa; Cuidado Corporal e Oral; Regulação; Percepção dos Órgãos dos Sentidos e Dolorosa; Terapêutica; Segurança Física; Meio Ambiente; Segurança Emocional; Autoimagem e Aceitação; Religiosa e Ética; Gregária e Educação para a Saúde. E, no **Contexto Gerencial**, estão aspectos relacionados à gestão: Provisão de Estrutura e Ambiente; Dimensionamento do Profissional de Enfermagem; Equipe de Enfermagem e Multiprofissional.

Após a apresentação, acordou-se entre os enfermeiros presentes que a forma de organização das ações para o *guideline* deveria ser em torno da fase clínica do paciente queimado adulto: ações na fase imediata, na fase intermediária e na fase tardia. Deste modo, as ações foram adequadas conforme a fase da queimadura, quais sejam: **Fase Imediata** – ações que ocorrem nas primeiras horas da queimadura até o 1º desbridamento da pele; **Fase Intermediária** – ações que se iniciam após o 1º desbridamento até a enxertia da pele; e **Fase Tardia** – ações que se iniciam após a enxertia até a regeneração total da pele.

A organização das ações foi construída com base nas contribuições e conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros participantes da pesquisa que trabalham diretamente com o paciente queimado adulto, apontando as particularidades e especificidades deste cuidado.

5.3.4 Fases de Análise e Interpretação

Estas fases de análise e interpretação permeiam todo o processo de desenvolvimento da pesquisa, culminando com a elaboração do *guideline* de cuidado de enfermagem. Como em qualquer outro desenho de pesquisa, a PCA “compreende quatro processos fundamentais correspondentes à lógica da análise de seus achados”, processos estes denominados como: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 95).

O Processo de **Apreensão** foi iniciado com a coleta de informações provenientes das entrevistas e discussões em grupos. O Processo de **Síntese** constituiu-se do estudo das informações obtidas nas entrevistas onde ocorreu a análise que examinou subjetivamente as associações e variações das informações colhidas. No Processo de **Teorização**, o pesquisador desenvolveu uma abordagem teórica, a partir das relações reconhecidas durante o processo de apreensão e síntese. Por

fim, o Processo de **Transferência** originou os resultados da pesquisa que foram discutidos e socializados nas discussões em grupos, justificando adaptações realizadas no decorrer do processo.

Para a análise dos dados qualitativos coletados da pesquisa foram utilizados os princípios da análise de conteúdo de Bardin, o qual define que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que tem como objetivo obter a descrição do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimento (BARDIN, 2011).

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo organiza-se em três fases, sendo: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na pré-análise, o pesquisador sistematiza as ideias iniciais, realiza a leitura em separado do material correspondente ao resultado das informações que emergirem dos grupos e objetiva a familiarização com os mesmos. Na fase de exploração do material os dados são exaustivamente analisados, buscando as ideias centrais transmitidas pelos sujeitos da pesquisa de modo a constituir grupos homogêneos de comunicação, considerando a totalidade das informações. E, na fase de tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, os resultados são tratados de maneira que sejam significativos e válidos, sendo constituídas as categorias finais de análise, podendo propor inferências e adiantar interpretações em relação aos objetivos propostos.

Após análise e categorização, os dados da presente pesquisa foram organizados com o objetivo de construir, coletivamente, um *guideline* voltado para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto.

Deste modo, será realizado posteriormente à defesa deste trabalho um terceiro encontro com os sujeitos envolvidos para validação do presente *guideline* e sua aplicabilidade no cotidiano da prática do cuidado ao paciente queimado adulto no HU-UFSC.

6 RESULTADOS

A Instrução Normativa 03/MP-PEN/2011, de 12 de setembro de 2011 (Anexo 5), dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e recomenda que os resultados sejam apresentados na forma de dois manuscritos.

O **Manuscrito 1: AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO AO PACIENTE QUEIMADO ADULTO** apresenta as ações de enfermagem necessárias para compor um *guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto a partir das contribuições dos enfermeiros de um hospital de ensino.

O **Manuscrito 2: GUIDELINE DE AÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE QUEIMADO ADULTO** apresenta a proposta de *guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto a partir das ações de enfermagem identificadas por enfermeiros de um hospital de ensino e respaldadas na literatura científica atual.

6.1 MANUSCRITO 1

AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO AO PACIENTE QUEIMADO ADULTO

NURSING CARE ACTIONS FOR THE BURNED ADULT PATIENT

ACCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO AL PACIENTE ADULTO QUEMADO

Fabiana Minati de Pinho⁴
Lúcia Nazareth Amante⁵

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE). E-mail: fabiminati@yahoo.com.br.

⁵ Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC no curso de graduação em Enfermagem, no Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem e no Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Resumo: Pesquisa qualitativa convergente assistencial realizada em um hospital de ensino com o objetivo de definir as ações de enfermagem necessárias para compor um *guideline* para o cuidado ao paciente queimado adulto a partir das contribuições dos enfermeiros de um hospital de ensino. Participaram do estudo 43 enfermeiros lotados nos serviços de Emergência, Unidade de Internação Cirúrgica II, Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva. A coleta de dados foi realizada por meio de Entrevista e Discussão em Grupo. Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin. A análise dos resultados originou três categorias: organização do cuidado e a identificação das ações de enfermagem, educação permanente e interdisciplinaridade. Os dados das discussões em grupos juntamente com as entrevistas, convergiram para o levantamento e identificação das ações de enfermagem necessárias para compor um *guideline* de cuidados ao paciente queimado adulto, elencando e organizando as ações de acordo com os contextos: assistencial, educacional e gerencial conforme a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. A Pesquisa Convergente Assistencial auxiliou no caminho do estudo, buscando na prática profissional o desenvolvimento do conhecimento coletivo da enfermagem em relação com o cuidado ao paciente queimado adulto. As ações elencadas pelos enfermeiros contribuirão para a padronização do cuidado de enfermagem, evidenciando um cuidado planejado, específico e seguro.

Descritores: Cuidado de Enfermagem. Diretriz ou Diretrizes. Enfermagem. Queimaduras.

Abstract: Qualitative care convergent research conducted in a teaching hospital with the objective of defining nursing actions necessary to compose a *guideline* for burned adult patient care. This study focuses on the contributions of 43 nurses in overcrowded Emergency Room, Inpatient Surgical Unit II, Surgical Center and Intensive Care Unit services, and Interview and Group Discussion performed data collection and the deepening of them was done by content analysis of Bardin. The analysis result originated three categories: organization of care and identification of nursing actions, continuing education and interdisciplinary. The data group discussions along with interviews, converged on the survey and identification of nursing actions necessary to compose a *guideline* for burned adult patient care, listing and

organizing the actions according to the contexts: health care, education and management as the Theory of Basic Human Needs of Wanda de Aguiar Horta. The Convergent Care Research assisted in the study, seeking in professional practice the development of the collective knowledge of nursing related to burned adult patient care. The actions listed by nurses can contribute to the standardization of nursing care through a planned, specific and safe care.

Keywords: Nursing Care. Guideline or Guidelines. Nursing. Burns.

Resumen: Investigación cualitativa convergente asistencial realizada en un hospital de enseñanza con el objetivo de definir las acciones de enfermería necesarias para componer un *guideline* para el cuidado al paciente adulto quemado. Este estudio contempla las contribuciones de 43 enfermeros en los servicios de Emergencia, Unidad de Internación Quirúrgica II, Centro Quirúrgico y Unidade de Terapia Intensiva, siendo que la recolección de datos fue realizada por medio de Entrevista y Discusión en Grupo y la profundización de estos fue hecha a través del análisis de contenido de Bardin. El análisis de los resultados originó tres categorías: organización del cuidado y la identificación de las acciones de enfermería, educación permanente e interdisciplinaridad. Los datos de las discusiones en grupos juntamente con las entrevistas, convergieron para el levantamiento e identificación de las acciones de enfermería necesarias para componer un *guideline* de cuidados al paciente adulto quemado, organizando las acciones de acuerdo con los contextos: asistencial, educacional y gerencial, conforme la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. La Investigación Convergente Asistencial auxilió en el camino del estudio, buscando en la práctica profesional el desarrollo del conocimiento colectivo de la enfermería relacionado al cuidado al paciente adulto quemado. Las acciones organizadas por los enfermeros podrán contribuir con una estandarización del cuidado de enfermería a través de un cuidado planeado, específico y seguro.

Palabras clave: Cuidado de Enfermería. Directriz o Directrices. Enfermería. Quemaduras.

INTRODUÇÃO

Os acidentes por queimadura constituem o maior trauma ao qual o ser humano pode ser exposto, pois além dos danos imediatos, deixam sequelas físicas e emocionais (LIMA JÚNIOR et al, 2008). Estes autores enfatizam que os avanços tecnológicos com as novas técnicas cirúrgicas e a bioengenharia da pele têm demonstrado excelentes

resultados no tratamento dos pacientes queimados. No entanto, na enfermagem, as pesquisas nesta área ocorrem de forma tímida devido à falta de estímulo aos profissionais, aliadas ao pouco conhecimento de técnicas para o cuidado de enfermagem, além de se tratar de uma área que exige muita dedicação no cuidado, especialmente das condições físicas psicológicas dos profissionais (SILVA; CASTILHOS, 2010).

No Brasil, ocorre cerca de um milhão de casos de queimaduras por ano. Destes, 40 mil demandam internação que geram uma despesa anual de R\$ 63 milhões de reais (BRASIL, 2003). As queimaduras estão entre as principais causas de morte, perdendo apenas para acidentes de transporte e homicídios (SALLUM; PARANHOS, 2010).

Os pacientes queimados encontram um serviço de saúde com falta de leitos e poucos centros de referência para tratamento. A construção de unidades especializadas e a organização de estratégias de ações que sirvam como sustentação para a elaboração de intervenções de enfermagem referentes ao paciente queimado adulto são necessárias. A organização das ações e padronização das atividades eleva a produtividade e qualidade nos serviços e pode ser apresentada na forma de um *guideline*, que compreende a formalização de condutas e procedimentos desenvolvidos sistematicamente para auxiliar o profissional de saúde em decisões sobre a melhor e mais apropriada conduta em situações clínicas específicas (SANTIAGO, 2008).

Esta pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) onde são realizados atendimentos aos pacientes queimados adultos que iniciam no serviço de Emergência e de acordo com o quadro clínico, são transferidos para os serviços de Unidade de Internação Cirúrgica II ou Centro Cirúrgico ou Terapia Intensiva. Assim, o fluxo de atendimento destes pacientes é baseado na avaliação clínica, constatando a ausência de um *guideline* para orientar o cuidado de enfermagem.

Diante destas considerações, buscou-se responder a questão: Quais as ações necessárias para compor um *guideline* de cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto identificadas por enfermeiros de um hospital de ensino? Este estudo tem como objetivo definir as ações de enfermagem necessárias para compor um *guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto a partir das contribuições dos enfermeiros de um hospital de ensino.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa que utilizou como método a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) com a participação de 43

enfermeiros dos serviços da Emergência, Unidade de Internação Cirúrgica II, Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva. A organização da pesquisa foi realizada de modo a favorecer o propósito do estudo e por se tratar de um número grande de sujeitos em diferentes serviços, os participantes foram distribuídos em dois grupos. A divisão dos grupos em A e B foi realizada para atender as especificidades do atendimento do paciente queimado adulto e particularidades dos serviços. O Grupo A foi formado por 08 enfermeiros da UIC II e 02 do CC, enquanto o grupo B foi constituído por 17 da Emergência e 16 enfermeiros da UTI.

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas: a primeira foi a entrevista e a segunda, a discussão em grupo. As entrevistas foram agendadas previamente por meio de telefone, quando o participante foi convidado e o local para a realização foi acordado entre a pesquisadora e cada participante. Das 43 entrevistas, 03 enfermeiros não aceitaram a gravação; e em 33 entrevistas, os enfermeiros da Emergência e UTI solicitaram responder as questões por escrito e entregar pessoalmente à entrevistadora ou por endereço eletrônico. Ao final da primeira etapa, todos foram convidados para as discussões em grupos, cujo local e a data foram definidos de acordo com a disponibilidade da maioria. Neste sentido, os encontros foram realizados em horários com no máximo três horas de duração, utilizando recursos como: máquina fotográfica, gravador digital e anotações em diário de campo.

O **Primeiro Encontro** realizado com os grupos foi desenvolvido em três momentos: apresentação do estudo e dos participantes, identificação das ações necessárias para compor o *guideline* de cuidados de enfermagem e reflexão acerca desta temática com fundamentação teórico-científica. Participaram deste encontro 05 enfermeiros do grupo A (UIC II e CC) e 09 enfermeiros do grupo B (Emergência e UTI). O **Segundo Encontro** contou com a participação de 06 enfermeiros do grupo A (UIC II e CC) e 13 enfermeiros do grupo B (Emergência e UTI), sendo apresentado o quadro de ações organizado de acordo com as esferas: assistencial, educacional e gerencial, conforme a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979).

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e seus nomes foram substituídos pela letra E, significando a letra inicial da palavra Enfermeiro, seguida de número absoluto e em ordem crescente, como E1, E2, até E43. A fim de respeitar os princípios éticos da pesquisa, o estudo foi pautado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da

Saúde (BRASIL, 1996), na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) e na Declaração de *Helsinki* de 1964 (DECLARAÇÃO DE HELSINKI, 1964).

Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPUFSC), sob o parecer consubstanciado Nº 205.497 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) Nº 11353812.4.0000.0121.

Para a análise dos dados qualitativos foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na identificação das ações de enfermagem para o cuidado do paciente queimado adulto foi possível compreender a visão dos enfermeiros que trabalham e vivenciam diariamente as particularidades destas ações. A análise das entrevistas e das discussões em grupos proporcionou a elaboração das categorias: Organização do Cuidado e a Identificação das Ações de Enfermagem; Educação Permanente e Interdisciplinaridade.

Organização do Cuidado e a Identificação das Ações de Enfermagem

A enfermagem é uma profissão que lida com o ser humano e requer o conhecimento de sua natureza física, social, psicológica e aspirações espirituais. O ser humano em sua relação com o meio ambiente deve ser visto como um ser em constante evolução, em um processo de vir a ser (WALDOW, 1999).

Para Horta (1979), corroborada por Domansky e Borges (2012, p. 226), a Enfermagem é “a arte de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano”. Este cuidado pode ser prestado de forma individual ou coletiva, na família ou em comunidade, de modo integral, desenvolvendo atividades de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.

Deste modo, o enfermeiro é um profissional que acumula diversas funções que vão desde a realização de procedimentos até o gerenciamento de unidades para o atendimento à saúde. Pode-se afirmar que existe predominância de atividades gerenciais, sobretudo com ênfase no gerenciamento dos serviços que fundamentam o pressuposto de que o processo de trabalho do enfermeiro compõe-se de duas dimensões predominantes que se complementam: assistencial e gerencial (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; DOMANSKY; BORGES, 2012).

Na dimensão assistencial, destaca-se a visita do enfermeiro à beira do leito de cada paciente como uma atividade que possibilita a avaliação clínica com intervenções de cuidado e também de supervisão da equipe de enfermagem e multiprofissional de saúde. Além disso, a visita é caracterizada particularmente pela abordagem clínica e prescrição de procedimentos, com a concepção ampliada do cuidado de enfermagem que agrega aos procedimentos uma prática comunicativa, de interação entre profissional e paciente e de articulação entre as ações de enfermagem e desta com as demais áreas profissionais. Na dimensão gerencial do processo de trabalho do enfermeiro, identificam-se as atividades de elaboração de escala, remanejamento de profissionais de enfermagem, verificação de pendências, nem sempre diretamente relacionadas ao cuidado com o paciente, tais como: conferência e reposição de materiais e equipamentos, com destaque para o gerenciamento de material; contato com os serviços de apoio (plantão do laboratório, da radiologia, farmácia, manutenção de equipamentos, dentre outros) e a coordenação das atividades assistenciais realizadas pela equipe multiprofissional de saúde (HAUSMAN; PEDRUZZI, 2009).

Neste estudo, foi possível perceber a correlação entre teoria e prática, visto que os enfermeiros apontaram as atividades como objeto de intervenção no plano assistencial nas necessidades de cuidado de enfermagem, enquanto no gerencial suas atividades se voltam para a organização do trabalho e dos recursos humanos em enfermagem como relatado a seguir:

[...] Procedimentos e orientações fornecidas ao paciente, além de supervisão com a equipe e administração do setor (equipe, material, equipamentos [...]) (E17).

[...] Ações realizadas para evitar perda de calor, instabilidade hemodinâmica e hidroeletrólítica, disfunção renal e infecções. Cuidados mais efetivos em relação aos acessos para hidratação, analgesia e avaliação das feridas [...]) (E36).

[...] Cuidados gerais para manter via aérea e oxigenação adequadas [...]) (E37).

Quando o cuidado é pensado no cenário de um serviço, em particular para os pacientes queimados, a equipe de enfermagem

desempenha suas atividades com diferencial em relação às atividades de um hospital geral. Este diferencial em relação ao cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto está respaldado em avaliações conjuntas com a equipe multiprofissional quanto ao posicionamento e mobilização do corpo; o cuidado ao toque para evitar a ruptura da pele com possibilidade para as infecções; a presença da dor; a posição correta dos membros e demais segmentos do corpo para evitar as sequelas da queimadura; a realização de exercícios e a capacidade do paciente e seus familiares executarem os cuidados diários relacionados às feridas, durante a internação e após a alta. Para Dias et al (2006) é no exame físico diário que o enfermeiro tem o dever de realizar uma avaliação cuidadosa quanto aos sistemas neurológico, respiratório, cardiovascular e digestivo. Os exercícios físicos, as atividades da vida diária e a deambulação também são alvos de uma contínua avaliação quanto à tolerância física e emocional do paciente.

Um aspecto a ser considerado é o fato de que muitas vezes os pacientes permanecem em tratamento durante muitos meses e até anos, o que propicia vínculos afetivos que intensificam as relações entre o paciente queimado e a equipe de enfermagem. Além disto, os pacientes queimados desde o início encontram graves dificuldades para o seu atendimento, tais como: a falta de pessoal especializado (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentre outros), a carência de leitos e a dificuldade de acesso aos poucos Centros de Referência no país (PARANHOS, 2009).

De acordo com Lima Júnior et al (2008), atualmente existem poucas prioridades e definições no cuidado de enfermagem com queimaduras, ocasionadas por uma falta de estímulo dos profissionais que se dedicam ao cuidado nessa área. Ainda de acordo com estes autores, inexistente um programa específico para capacitação e a falta de uma política de recursos humanos tanto para suprir a falta dos profissionais quanto para capacitação constante e periódica dos mesmos. O trabalho junto ao paciente queimado consome muito da equipe que o assiste, devido a uma maior permanência à beira do leito advinda dos cuidados de enfermagem, principalmente aqueles relacionados à realização de banhos e curativos. Por outro lado, o atendimento ao paciente queimado exige o trabalho de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e, principalmente, por profissionais de enfermagem.

Para estes autores, o desconhecimento sobre o correto cuidado de enfermagem e o investimento pessoal em relação às capacitações e treinamentos nesta área em particular, fazem com que os profissionais

de enfermagem acabem deixando essa especialidade em favor de outras. A equipe de enfermagem é responsável pela realização de procedimentos, como banho e curativos que são muito dolorosos e percebidos como terríveis pelos pacientes, gerando estresse em ambos. Esses profissionais participam ativamente de todo o processo que envolve o cuidado com a dor em uma unidade de queimados, ora como agentes potencializadores, responsáveis pelos procedimentos que provocam a dor e ora como agentes que participam do alívio desta. A dor, tanto da perspectiva de quem sente quanto de quem cuida, é uma experiência que resulta de crenças e valores, do significado de uma situação e de outros fatores que são únicos para cada pessoa (ROSSI et al, 2000).

No entanto, segundo Silva e Castilhos (2010), a equipe de enfermagem não está ocupando o espaço disponível para sua atuação no cuidado com queimaduras, sendo em demasia tecnicista com a preocupação apenas em identificar os problemas do paciente e não em solucioná-los, ou seja, o enfermeiro não está buscando atualização necessária em relação às terapias e técnicas mais avançadas ao cuidado prestado em suas atividades.

Para Canela et al (2011), o enfermeiro constitui uma peça fundamental para o tratamento do grande queimado e a anamnese de enfermagem serve como o meio eficaz para identificar o grau de gravidade deste 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-los. E, para melhor embasamento teórico e prático do cuidado de enfermagem, são necessárias atualizações específicas de conteúdos que remetam diretamente aos cuidados deste paciente, como fisiologia e anatomia da pele, processo de cicatrização e queimaduras.

Além disto, e segundo Lima Júnior et al (2008), aspectos relevantes no atendimento a pacientes queimados foram recomendadas em 1974 pela *International Society for Burns Injuries* (ISBI), tais como: estabelecimento do número de leitos, recursos financeiros para a manutenção (limite para o mínimo de 08 e o máximo de 30 leitos) e os profissionais necessários para compor a equipe interdisciplinar. E, no sentido de regulamentar esta área no Brasil, foram criadas pelo Ministério da Saúde em 2000, as Portarias MS Nº 1.273 e 1.274 (BRASIL, 2000a/b).

Para Lima Júnior et al (2008), o Centro de Referência em Assistência a Queimados de Alta Complexidade ou Intermediário deve situar-se em área específica, com atendimento nos níveis de urgência;

emergência; ambulatorial e internação hospitalar. Esta área deve estar inserida ou inter-relacionada com um hospital geral ou ser integrante de um hospital especializado na assistência a queimados, devendo contar no mínimo com 08 e no máximo 20 leitos.

A realidade investigada tem como característica a ausência de estrutura adequada e de profissionais qualificados para o cuidado com paciente queimado adulto que favorece a desorganização gerencial e assistencial, revelando um cuidado de enfermagem aquém do esperado.

[...] Não existem condições ideais no HU. Parte física: quarto aquecido, quarto individual, banheiro individual [...] (E5).

[...] Cuidados genéricos, sem condições de atender com qualidade e especificidade o paciente queimado. Local inadequado, não ideal. Falta de mais quartos para isolamento no cuidado diferenciado ao paciente queimado. Emergência está descaracterizada, sucateada [...] (E35).

[...] Permanência na emergência por falta de leitos na enfermaria e necessidade de isolamento. Local inadequado para internação. Emergência não é um local adequado [...] (E40).

Observa-se que os enfermeiros reconhecem dois aspectos que envolvem as ações de enfermagem: um que se refere essencialmente ao cuidado e o outro à estrutura física inadequada do serviço. Neste sentido, embora os enfermeiros saibam o que fazer, eles não têm como fazer, gerando a má qualidade do atendimento decorrente de uma gestão desarticulada e alienada da realidade, cujas instalações físicas, materiais e equipamentos hospitalares não atendem as especificidades do paciente queimado adulto.

Além desta reflexão, os enfermeiros participantes deste estudo indicaram os cuidados de enfermagem que atendem as necessidades do paciente queimado. Para a realização da assistência de enfermagem, a metodologia adotada no HU-UFSC é baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta (HU-UFSC, 2012). As etapas do modelo de processo de enfermagem proposto por ela compreendem: histórico de enfermagem, diagnóstico, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979). Neste sentido, as ações de enfermagem

estão organizadas conforme: necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

A partir disto, foi possível elencar, a partir das entrevistas e discussões em grupos, as Ações de Enfermagem necessárias para compor um *guideline* de cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto apresentadas de acordo com os contextos: assistencial, educacional e gerencial. Cabe ressaltar que as ações apresentadas a seguir são sustentadas pelas entrevistas e discussões, não realizando neste momento um contraponto na literatura atual.

Quadro 10: Ações Assistenciais e Educacionais

| AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS | |
|---|--|
| Necessidade Psicobiológica: Oxigenação | |
| 1. Ar ambiente | <ul style="list-style-type: none"> • Manter a cabeceira do leito do paciente a 30 graus. • Verificar e controlar a saturação de oxigênio e a frequência respiratória a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico. Verificar e comunicar a frequência da dispneia, cianose de extremidades e tosse. |
| 2. Catéter de oxigênio | <ul style="list-style-type: none"> • Manter a cabeceira do leito do paciente a 30 graus. • Verificar e controlar a saturação de oxigênio e a frequência respiratória a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico. Verificar e comunicar a frequência da dispneia, cianose de extremidades e tosse. • Trocar a água do umidificador de oxigênio com soro fisiológico 0,9% a cada 24 horas. |
| 3. Máscara de oxigênio | <ul style="list-style-type: none"> • Verificar e controlar a saturação de oxigênio e a frequência respiratória a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico. • Verificar e comunicar a frequência da dispneia, cianose de extremidades e tosse. • Trocar a água do umidificador de oxigênio com água estéril a cada 24 horas. |
| 4. Tubo oroendotraqueal | <ul style="list-style-type: none"> • Manter a cabeceira do leito do paciente a 30 graus. • Manter a permeabilidade das vias aéreas superiores. • Realizar aspiração oroendotraqueal sempre que necessário. |

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

- Verificar posicionamento e pressão do *cuff*.

5. Traqueostomia

- Manter a cabeceira do leito do paciente a 30 graus.
- Manter a permeabilidade das vias aéreas superiores.
- Realizar aspiração orotraqueal sempre que necessário.
- Verificar posicionamento e pressão do *cuff*.

Necessidade Psicobiológica: Hidratação

1. Hidratação via oral

- Supervisionar a aceitação ou rejeição da ingestão de líquidos.
- Verificar e comunicar a frequência da ingestão de líquidos.
- Encaminhar ao serviço de nutrição para o suporte nas 24 horas.

2. Hidratação via sonda

- Verificar a aceitação ou rejeição da ingestão de líquidos.
- Dar preferência em relação ao posicionamento e localização da sondagem na posição enteral.

Necessidade Psicobiológica: Alimentação

1. Alimentação via oral

- Supervisionar a aceitação e deglutição da dieta.
- Encaminhar ao serviço de nutrição para o suporte de complemento nutricional nas 24 horas.

2. Alimentação via sonda

- Verificar a aceitação e rejeição da dieta.
- Dar preferência em relação ao posicionamento e localização da sondagem na posição enteral.

3. Alimentação via parenteral

- Avaliar a deglutição do paciente quanto à dieta por via oral e a aceitação por via sonda, e junto com a equipe multiprofissional, decidir o início da dieta parenteral.
- Administrar a dieta parenteral sempre que necessário.

Necessidade Psicobiológica: Eliminações

1. Gástrica

- Verificar e comunicar a frequência e característica de náusea e/ou êmese.
- Manter uma sonda naso ou orogástrica para esvaziamento da cavidade abdominal caso seja necessário.

| AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS |
|--|
| <p>2. Urinária</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar e comunicar o volume, frequência e características da micção espontânea. • Registrar e comunicar o volume e características da urina por sonda vesical de demora conforme a rotina estabelecida. <p>3. Intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar e verificar a frequência e característica da evacuação. |
| Necessidade Psicobiológica: Sono e Repouso |
| <ul style="list-style-type: none"> • Propiciar um ambiente calmo e tranquilo ao paciente e familiar. • Evitar manipulação excessiva com o paciente no horário noturno. • Avaliar a qualidade e a frequência do sono. |
| Necessidade Psicobiológica: Atividade Física |
| <ul style="list-style-type: none"> • Manter todas as áreas comprometidas protegidas com gaze alva e chumaco ou compressas estéreis, contidas com ataduras de crepom. • Estimular, auxiliar e/ou realizar movimentação ativa e/ou passiva no leito a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico. |
| Necessidade Psicobiológica: Integridade Física |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fazer a cobertura das áreas queimadas favorecendo e mantendo a posição anatômica dos segmentos afetados. • Realizar mudança de decúbito a cada duas horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. • Manter colchão piramidal para todos os pacientes queimados. • Auxiliar e estimular o paciente à deambulação precoce. • Sentar o paciente no leito e/ou na poltrona. |
| Necessidade Psicobiológica: Integridade Cutânea e Mucosa |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar o curativo uma ou duas vezes ao dia com solução de clorexidina a 4% e soro fisiológico 0,9% com temperatura suportável na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada. |

ACÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

- Remover bolhas e realizar a escarificação da área queimada em queimaduras de segundo grau caso seja necessário.
- Utilizar como terapia tópica de primeira escolha em lesões corporais a sulfadiazina de prata a 1% (no caso de uma exsudação em excesso trocar a cobertura a cada 12 horas e de não haver uma exsudação em excesso a troca poderá ser a cada 24 horas). Utilizar sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2%, quando disponível, e trocar o curativo a cada 24 horas para queimadura de segundo ou terceiro grau, com exceção da região da face. Neste caso, quando houver comprometimento da região da face e demais áreas com queimadura de primeiro grau, utilizar ácido graxo essencial e colagenase creme para queimadura de segundo ou terceiro grau.
- Calçar as mãos do paciente com luvas cirúrgicas sem talco, umedecidas com ácido graxo essencial para queimadura de primeiro grau e sulfadiazina de prata a 1% (troca de cobertura a cada 12 horas) ou sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2% (troca de cobertura a cada 24 horas) para queimadura de segundo ou terceiro grau.
- Os dedos das mãos e pés deverão ser separados, um a um, umedecidos com ácido graxo essencial para queimadura de primeiro grau e sulfadiazina de prata a 1% (troca de cobertura a cada 12 horas) ou sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2% (troca de cobertura a cada 24 horas) para queimadura de segundo ou terceiro grau.

1. Desbridamento

- Realizar após o desbridamento o curativo uma vez ao dia, com solução de clorexidina a 4% e soro fisiológico 0,9% com temperatura suportável na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável para a limpeza e degermação da pele lesionada.
- Utilizar uma vez ao dia após desbridamento, colagenase creme ou prata nanocristalina na área com presença de tecido desvitalizado e fibrina e cobrir com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis.
- Utilizar uma vez ao dia após desbridamento, ácido graxo essencial na área epitelizada e cobrir com gaze alva, chumaço

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

ou compressas estéreis.

2. Área doadora

- Umedecer a área doadora com ácido graxo essencial e cobrir com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis.

3. Enxertia

- Umedecer o local da enxertia com ácido graxo essencial e cobrir com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis.

Necessidade Psicobiológica: Cuidado Corporal

1. Banho de aspersão

- Auxiliar e/ou realizar o banho com água de chuveiro, mantendo as lesões com curativo fechado.
- Utilizar solução de clorexidina a 4% e soro fisiológico 0,9% com temperatura suportável na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada.

2. Banho de leito

- Realizar o banho com água de chuveiro, mantendo as lesões com curativo fechado.
- Utilizar solução de clorexidina a 4% e soro fisiológico 0,9% com temperatura suportável na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada.

Necessidade Psicobiológica: Cuidado Oral

- Oferecer, auxiliar e estimular o uso do material próprio – escova dental e/ou enxaguante bucal, preferencialmente, após alimentação via oral e/ou via sonda (quatro vezes por dia).

1. Pacientes com tubo oroendotraqueal

- Realizar a higiene oral quatro vezes por dia, com solução de clorexidina a 0,12% e água estéril (temperatura ambiente).
- Aspirar cavidade oral sempre que necessário.

2. Pacientes com traqueostomia

- Realizar a higiene oral quatro vezes por dia, com solução de clorexidina a 0,12% e água estéril (temperatura ambiente).
- Aspirar cavidade oral sempre que necessário.

Necessidade Psicobiológica: Regulações

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

1. Térmica

- Verificar e controlar a temperatura do paciente a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico.
- Administrar antitérmico conforme prescrição médica.

2. Hidroeletrólítica

- Avaliar, registrar e comunicar a presença de edema.
- Supervisionar a administração ou retenção de líquidos.
- Verificar, avaliar, registrar e comunicar o balanço hídrico corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente.

3. Hormonal

- Verificar e controlar a glicemia capilar a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico.
- Administrar insulino terapia conforme prescrição médica.

4. Neurológica

- Verificar e avaliar o nível neurológico a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico.
- Verificar e avaliar as pupilas a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico.

5. Vascular

- Verificar e controlar a pressão arterial e a frequência cardíaca a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico.
- Administrar anti-hipertensivo conforme prescrição médica.

Necessidade Psicobiológica: Percepção dos Órgãos dos Sentidos

1. Visual

- Verificar e registrar a diminuição da acuidade visual.
- Manter o material de uso individual próximo ao paciente caso seja possível.

2. Auditiva

- Verificar e registrar a diminuição da acuidade auditiva.
- Falar alto e claro com o paciente.

Necessidade Psicobiológica: Percepção Dolorosa

- Administrar analgésicos conforme prescrição médica.

1. Paciente inconsciente

| AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Verificar e avaliar fáceis de dor e/ou desconforto antes da realização do curativo e manuseio do paciente. • Verificar e avaliar sinais de taquicardia, hipertensão, taquipneia e sudorese antes da realização do curativo e manuseio do paciente. <p>2. Paciente consciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar e avaliar a dor e/ou desconforto em repouso e principalmente no manuseio. |
| Necessidade Psicobiológica: Terapêutica |
| <p>1. Acesso periférico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter dois acessos venosos calibrosos (nº 18 e/ou 20) nas primeiras horas de internação, sempre que possível. • Dar preferência para punções em locais com pele íntegra. Na impossibilidade, puncionar em área de pele lesionada (queimadura de primeiro grau) e fixar com pontos, umedecendo o local com ácido graxo essencial. <p>2. Acesso central</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar a limpeza do curativo com soro fisiológico 0,9% e solução de clorexidina alcoólico a 0,5% e cobrir com gaze e/ou película. • Trocar diariamente o curativo com cobertura de gaze. • Trocar a cada cinco ou sete dias ou quando houver exsudação no leito da inserção do catéter o curativo com cobertura de película. |
| Necessidade Psicobiológica: Segurança Física |
| <p>1. Queda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar e avaliar o nível neurológico a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico. • Manter o paciente restrito caso seja necessário. <p>2. Isolamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padronizar o isolamento de acordo com a classificação da queimadura: pequeno, médio e grande queimado, em consonância com a comissão de infecção hospitalar. <p>3. Fuga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar e avaliar o nível neurológico a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico. • Manter o paciente restrito caso seja necessário. |

| AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS |
|---|
| Necessidade Psicobiológica: Meio Ambiente |
| <ul style="list-style-type: none"> • Manter o paciente e o familiar cientes de todas as rotinas do setor e intervir caso necessário com os encaminhamentos. |
| Necessidades Psicossociais e Psicoespirituais: Segurança Emocional |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ouvir o paciente e familiar com atenção e estimulá-los a exteriorizar suas dúvidas, queixas, medos, anseios e inseguranças. • Promover orientações sobre as rotinas do setor e limpeza das feridas. • Preparar, junto com a equipe multiprofissional, o encaminhamento para alta e o acompanhamento ambulatorial. |
| Necessidades Psicossociais e Psicoespirituais: Autoimagem e Aceitação |
| <ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente para o seu autocuidado, promovendo a sua independência e respeitando as suas limitações ou capacidades. |
| Necessidades Psicossociais e Psicoespirituais: Religiosa e Ética |
| <ul style="list-style-type: none"> • Respeitar os valores culturais, as crenças e os princípios morais ou religiosos do paciente ou familiar. • Assistir o paciente observando os preceitos do Código de Deontologia de Enfermagem. |
| Necessidades Psicossociais e Psicoespirituais: Gregária |
| <ul style="list-style-type: none"> • Permitir a presença do familiar sempre que possível de acordo com o quadro clínico do paciente. • Manter o paciente e o familiar cientes de todo o seu estado e tratamento e intervir com a equipe multiprofissional com os encaminhamentos. |
| Necessidades Psicossociais e Psicoespirituais: Educação para a Saúde |
| <ul style="list-style-type: none"> • Planejar, gradativamente, as orientações para a alta, conforme as especificidades e particularidades do paciente. |

Fonte: Informações compiladas pela autora, Florianópolis, 2013.

Quadro 11: Ações Gerenciais

| AÇÕES GERENCIAIS |
|---|
| Provisão da Estrutura |
| <ul style="list-style-type: none"> • Organizar uma estrutura para o Centro de Tratamento de Queimados com: consultório médico, sala para atendimento de urgência/emergência e ambulatorial, sala de curativo e cirurgia, leito para enfermaria e de terapia intensiva, além de sala para utilidades e expurgo, vestiário, copa e posto de enfermagem, almoxarifado e rouparia. |
| Provisão do Ambiente |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prover a climatização do Centro de Tratamento de Queimados. • Utilizar telas e películas nas janelas. |
| Dimensionamento do Profissional de Enfermagem |
| <ul style="list-style-type: none"> • Determinar um enfermeiro, por turno de trabalho, exclusivo da unidade de internação de queimados para cada seis leitos. • Determinar um técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, nos turnos da manhã e tarde, na unidade de queimados. • Determinar um técnico de enfermagem para cada quatro leitos ou fração, no turno da noite, na unidade de queimados. |
| Equipe de Enfermagem |
| <ul style="list-style-type: none"> • Manter as informações atualizadas com a equipe para permitir um atendimento único, evitando discrepâncias em relação ao cuidado. |
| Equipe Multiprofissional |
| <ul style="list-style-type: none"> • Estimular e promover a participação da equipe de enfermagem das reuniões de discussão com a equipe multiprofissional. • Apresentar a avaliação da enfermagem nas discussões do estudo de caso. |

Fonte: Informações compiladas pela autora, Florianópolis, 2013.

Para um melhor entendimento, cabe ressaltar que algumas Necessidades Humanas Básicas como: sexualidade; amor; afeto; atenção; autoestima; autorrealização; liberdade; participação; comunicação; criatividade; recreação; lazer e espaço não foram contempladas pelos enfermeiros participantes da pesquisa como ações

necessárias para compor um *guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto.

A prática do tratamento de queimaduras remete à promoção da educação em todas as categorias profissionais envolvidas no tratamento e prevenção das queimaduras. Durante as entrevistas foi apontada a necessidade de que a instituição ofereça momentos de treinamento e capacitação, cuja discussão será realizada a seguir.

Educação Permanente

Para que um profissional de enfermagem seja capaz de prestar cuidados em uma unidade de tratamento de queimados, torna-se imprescindível ter competência e conhecimento técnico-científico, além da consciência de que está lidando com situações dolorosas e subjetivas. Muitas vezes, a convivência com o sofrimento alheio pode representar obstáculos para o exercício do cuidado de enfermagem, evidenciando que assim como o processo de queimadura pode ser sofrível para quem o vivencia, pode também ser complexo e desgastante para quem o assiste (ROSSI et al, 2000).

O paciente queimado adulto requer do enfermeiro a competência que deve estar alicerçada no conhecimento científico, na capacitação técnica e nos valores pessoais e profissionais, cujo respaldo está previsto na Lei do Exercício Profissional Nº 7.498 de 25 de junho de 1986. No Art. 11 desta Lei, consta que ao enfermeiro cabem o cuidado direto de enfermagem aos pacientes graves com risco de vida e o cuidado de maior complexidade técnica que exija conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (COREN, 2008).

Para Canela et al (2011), o enfermeiro deve conhecer a fisiopatologia da queimadura para que possa atuar na detecção precoce de complicações e determinar adequadamente as condutas a serem tomadas em cada fase do tratamento.

Em consonância com isso, as falas expressas dos participantes deste estudo demonstraram uma necessidade de estudos, realização de capacitações em relação ao cuidado de enfermagem com o paciente queimado adulto e, principalmente, uma real e urgente adoção de medidas que visem à padronização deste cuidado.

[...] Um conhecimento bibliográfico baseado em evidências clínicas. Realização de capacitações lineares que são direcionadas a um objetivo comum [...] (E15).

[...] Guideline poderia contribuir com a padronização dos cuidados [...] (E17).

[...] Um sinal para a necessidade de guideline ou capacitação. Avaliação da dieta e curativos. Prescrição mais adequada de curativos. Embasamento científico. Processo de mudança. Atendimento diferenciado com equipe mais treinada. Capacitação com este enfoque [...] (E35).

A questão relacionada à educação permanente segue registrando uma variedade de expressões com significados semelhantes, sendo as mais frequentes: educação e treinamento em serviço, treinamento em serviço, educação no trabalho e educação continuada, que são tratados como sinônimos, podendo ser atribuídos tanto aos programas pontuais de capacitação inicial para o trabalho ou atualização científica e tecnológica, logo transitórios, como para serviços incluídos nos organogramas oficiais das instituições de saúde (MASSAROLI; SAUPE, 2005). O Ministério da Saúde considera que no processo de Educação Permanente em Saúde, aprender e ensinar devem incorporar-se ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos primordiais a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009).

No hospital onde foi realizada a pesquisa, há um Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEN) que, em conjunto com o setor de capacitação da UFSC, planeja e executa ações de educação permanente. No entanto, considerando que o atendimento de enfermagem para o paciente queimado adulto encontra-se distribuído em setores com especificidades diferentes, tal necessidade de capacitação não tem o destaque merecido, não sendo na maioria das vezes solicitada. Porém, quando se menciona a real situação, os profissionais reconhecem a ausência das capacitações e solicitam que as mesmas sejam realizadas.

[...] Não temos nada que oriente o cuidado. Cada turno atua de uma forma diferente, falta de orientação e grande angústia [...] (E6).

[...] Treinamento ineficaz ou mesmo ausência deste [...] (E7).

[...] Falta de conhecimento dos profissionais, necessitando de um treinamento específico para o cuidado com o paciente queimado [...] (E37).

Aliada à Educação Permanente, a Interdisciplinaridade foi destacada pelos enfermeiros em seus aspectos positivos e negativos, sendo discutida na próxima categoria.

Interdisciplinaridade

O resultado da assistência em saúde é produto do trabalho coletivo de diversos profissionais da área e de outros profissionais e trabalhadores que exercem múltiplas ações necessárias para o funcionamento institucional (PIRES, 2008).

Para Matos, Pires e Campos (2009), a interdisciplinaridade no contexto do trabalho em saúde é um processo em construção no qual estão envolvidos os diversos profissionais em busca de uma assistência integral aos pacientes internados. Para que esse processo seja eficaz, são necessários: uma comunicação verdadeira, o diálogo, o respeito e o reconhecimento mútuo dos profissionais envolvidos. Uma equipe interdisciplinar constitui-se de um grupo de profissionais envolvidos por relações igualitárias, com objetivos comuns, a fim de desenvolver novos modos de realizar a gestão e organização do trabalho em saúde.

Nos pressupostos da interdisciplinaridade, a percepção de objetivos comuns, a cooperação, a integração entre os profissionais envolvidos e os aspectos presentes nas práticas cotidianas contribuem para o desenvolvimento da atenção em saúde (MATOS; PIRES, GELBCKE, 2012).

Nas entrevistas, os enfermeiros participantes demonstraram perceber a importância desta perspectiva do trabalho interdisciplinar como fundamental no cuidado ao paciente queimado adulto.

[...] Uma comunicação efetiva entre a medicina e enfermagem. Paciente queimado é uma questão de imagem. Atendimento de psicologia nas 24 horas; questão da autoimagem, do cuidado, analgesia [...] (E6).

[...] Uma assistência de enfermagem como uma coisa muito positiva. Há troca de informação e sugestão da equipe do nível médio [...] (E10).

[...] Discussão entre medicina e enfermagem, reunião profissional. Ação conjunta da equipe médica e de enfermagem [...] (E36).

Embora os enfermeiros sejam favoráveis ao atendimento interdisciplinar, os mesmos relatam dificuldades de interação com outros profissionais da equipe de saúde. Destaca-se nas falas dos enfermeiros o reconhecimento das limitações para a realização do cuidado de enfermagem, revelando um atendimento desarticulado.

[...] Má comunicação entre medicina e enfermagem. Imposição da prescrição médica, principalmente cuidados gerais. Você não tem autonomia para mudar nada. São muito arcaicos, só regredimos então com o cuidado. Demora da parte cirúrgica em relação ao desbridamento. Demora na conduta, aumento da infecção. Mudar o pensamento dos médicos, buscando novos horizontes, aceitar opinião de outras pessoas [...] (E7).

[...] Não existe um entrosamento, não existe uma atuação multiprofissional. Não existe essa ação em conjunto. Ação conjunta seria mais atuante, uma maior evolução do quadro clínico [...] (E8).

[...] Prescrição somente de ordem médica, sem comunicação com a equipe. A medicina não sabe trabalhar em equipe (E35).

O trabalho em equipe, de acordo com Abreu et al (2005), sofre a interferência de fatores, quais sejam: comunicação, relações interpessoais, relações de poder, planejamento e processo decisório, cultura e filosofia organizacional. Os autores apontam ainda que o trabalho em equipe não pode ser considerado como uma atividade automática e sim uma habilidade que deve ser desenvolvida com efetividade.

A comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, as quais exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

A enfermagem é um elemento base e indispensável no processo de gerenciamento do cuidado relacionado à queimadura, de forma que

sua participação pode influenciar no êxito e na eficácia desse tipo de trauma. Porém, o enfermeiro deve perceber-se como um profissional e assumir seu papel de líder na equipe com atitudes de cunho técnico-científico e de sensibilização por parte dos profissionais envolvidos. Deste modo, a enfermagem enquanto parte de organizações de saúde e colaboradora direta de suas atividades, utiliza de liderança e normatizações para estabelecer o controle das ações do cuidado ao paciente queimado adulto. Geralmente as normas e diretrizes são aceitas como legítimas e delas não se pode discordar. Assim, o processo de comunicação é a essência do comando e auxilia nas atividades de planejamento, coordenação, direção e controle (CARVALHO; BACHION, 2005).

CONCLUSÕES

A metodologia utilizada durante o processo do estudo foi a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), a qual propiciou aos profissionais de enfermagem a oportunidade de repensar a prática do cuidado. A coleta dos dados por meio de entrevista e discussão em grupo possibilitou a construção coletiva do conhecimento e a troca de experiências entre os profissionais e a pesquisadora, visando esclarecer as dúvidas no decorrer do processo do estudo. Muitas dúvidas no processo de cuidado com queimaduras foram explicitadas e puderam ser levantadas nas entrevistas para posterior discussão nos encontros. Deste modo, todos esses aspectos indicam que as práticas educativas devem ser constantes no cotidiano do exercício desta função.

A enfermagem é uma profissão que presta assistência ao ser humano em todas as etapas de seu processo saúde-doença, além da organização de como fazer este cuidado, bem como a interdisciplinaridade entre as equipes envolvidas e os serviços. Para isto, a enfermagem necessita ter conhecimentos sobre o cuidado com o paciente queimado e de uma aprendizagem contínua sobre esta temática.

Assim, a partir das entrevistas e discussões em grupos foi possível elencar a elaboração das categorias: Organização do Cuidado e a Identificação das Ações de Enfermagem no Contexto Assistencial, Educacional e Gerencial, Educação Permanente e Interdisciplinaridade. Em contrapartida, a organização das ações foi construída com base nas contribuições e conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros participantes da pesquisa que trabalham diretamente com o paciente queimado adulto, apontando as particularidades e especificidades deste cuidado.

Deste modo, diante da apresentação das categorias e da identificação das ações de enfermagem para o paciente queimado adulto foi possível perceber e compreender a necessidade de mudanças e a desmotivação dos enfermeiros que trabalham e vivenciam diariamente as particularidades do serviço. Acredita-se que isto ocorra devido a uma ausência de padronização em relação aos cuidados com o paciente queimado adulto no HU-UFSC, ocasionando questionamentos, dúvidas e condutas errôneas por parte dos profissionais de enfermagem da instituição. Os guias existentes não correspondem aos cuidados no momento da internação específicos à realidade brasileira, do serviço e principalmente da equipe multiprofissional, incluindo a equipe de enfermagem.

Além de desmotivar, a inexistência de um guia para o atendimento ao paciente queimado adulto facilita a realização de um cuidado de enfermagem diversificado que não considera as especificidades recomendadas.

Estas ações elencadas pelos enfermeiros do estudo servirão para compor um *guideline* de cuidados, que após ter sido avaliado e finalizado, padronizará o cuidado de enfermagem realizado com o paciente queimado adulto na instituição. Neste sentido, todas as ações de enfermagem serão avaliadas 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.

Referências

ABREU, L. O. et al. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.2, n.58, p. 203-207, março-abril, 2005.

AMERICAN BURN ASSOCIATION. Guidelines for the operation of burn units. Disponível em:

<<http://www.ameriburn.org/pub/guidelines.ops.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2012.

ATLS. Advanced trauma life support for doctors: manuals for coordinators and faculty. 8. ed. Chicago, IL: American College of Surgeons, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2011. 223 p.

Beauty Face Beauty Price. Disponível em <<http://www.beautyfacebeautyprice.com/a-nossa-pele-2/>>. Acesso em 15 mai. 2014.

BORGES, E. L.; OLIVEIRA; M. C. G. Educação em saúde. In: DOMANSKY, R. C; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012. Cap.8, p. 224-250.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 196/96**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 07 set. 2011.

_____. _____. **Portaria GM/MS N° 1.273 de 21 de novembro de 2000**. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 nov. 2000a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 08 set. 2011.

_____. _____. **Portaria GM/MS N° 1.274 de 22 de novembro de 2000**. Exclui alguns procedimentos da Tabela do SIH-SUS e SAI-SUS, bem como inclui outros procedimentos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 fev. 2000b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 08 set. 2011.

_____. _____. Sociedade Brasileira de Queimaduras. **Normatização de Atendimento ao Queimado**. São Paulo: [s.n.], 2003.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009.

_____. _____. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília, DF, p.09- 40, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 mai. 2011.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 466/12**. Dispõe sobre a aprovação de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012a. Disponível em:

<[http:// conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf)>. Acesso em: 24 mar. 2014.

_____. _____. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Diário Oficial [da] República Federal do Brasil, Brasília, DF, Série A. DATA/SUS. Normas e Manuais Técnicos. Ano 2012b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 13 dez. 2012.

CAMPOS, D. L. P. et al. Uso de curativo com prata nanocristalina sobre enxerto em malha em queimaduras colonizadas por cepas multirresistentes. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.24, n. 4, p. 471-478, 2009.

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

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. Abordagens teóricas da comunicação humana e sua aplicação na enfermagem. In: STEFANELLI, M. C; CARVALHO, E. C; ARANTES, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. O grande queimado. In: MENEZES, E. L. M.; SILVA, M. J. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

COREN-SC. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Anotação da responsabilidade técnica do enfermeiro**. 2. ed. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, 2008.

COSTA, C. L. B. Sistema de guideline para atendimento primário em comunidades carentes. **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**. Natal, 2008. Disponível em: <<http://www.avesta.com.br/anais/dados/trabalhos/310.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2013.

CUNHA, N. T; TOCANTINS, R. F. Insuficiência renal aguda e queimadura. In: JÚNIOR, L. M. G. **Queimaduras: tratamento clínico e**

cirúrgico. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2006. Cap.12, p.71-76.

DASSIE, T. D.; ALVES, E. O. N. M. Centro de tratamento de queimados: perfil epidemiológico de crianças internadas em um hospital escola. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 10, n.1, p.10-14, 2011.

DECLARAÇÃO DE *HELSINKI*. **Princípios éticos para pesquisa clínica envolvendo seres humanos**. Adotado na 18ª Assembleia Médica Mundial, Helsinki, Finlândia, Junho 1964. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/comite_etica>. Acesso em: 20 jun. 2011.

DIAS, M. A. T. et al. Cuidados de enfermagem à vítima de queimadura por descarga elétrica: enfocando os diagnósticos de enfermagem. **Revista Nursing**. São Paulo, v. 93, n. 9, fev. 2006.

DOMANSKY, R. C. Elaboração de protocolos. In: DOMANSKY, R. C; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012. Cap.7, p. 187-223.

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.

_____. Fisiopatologia da queimadura. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008, p. 57-65.

GILSON JÚNIOR, F. P.; VIEIRA, A. C. P; ALVES, G. M. G. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós-alta hospitalar. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 9, n. 4, p. 140-145, 2010.

GOMES, D. R. Fisiopatologia. In: JÚNIOR, L. M. G. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2006. Cap. 4, p. 19-24.

GRAVANTE, G. et al. Nanocrystalline silver: a systematic review of randomized trials conducted on burned patients and an evidence-based

assessment of potential advantages over older silver formulations. **Annals of Plastic Surgery**, v. 63, n. 2, p. 201-205, 2009.

GUES, Á. A. M.; MONTORO, C. H.; GONZÁLEZ, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 42-49, 2010.

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

_____; PORTES, R. Enxertia cutânea. In: JÚNIOR, L. M. G. **Queimaduras**: tratamento clínico e cirúrgico. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2006. Cap. 24, p. 149-156.

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.

HAUSMANN, M.; PEDRUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis: v. 18, n.2, p. 258-65, abr/jun. 2009.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p.188-193, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/1a24.htm>>. Acesso em: 01 abr. 2011.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1979. 16ª Reimpressão.

HU-UFSC. **Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/Enfermagem/historico.php>>. Acesso em: jul. 2012.

IRION, L. G. **Feridas**: novas abordagens, manejo clínico e atlas em

cores. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

JOSÉ, F. **Tratamento fisioterapêutico para queimadura**. FísioFabrini blogspot. [S.l.], 16 maio 2011. Disponível em: <<http://fisiofabrini.blogspot.com.br/2011/05/tratamento-fisioterapeutico-para.html>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

LEONARDI, D. F.; PEREIRA, M. J. L.; SALVATO, R. Substitutos cutâneos. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap. 51, p. 431-450.

LESSA FILHO, R. D. S.; MENEZES, H. Epidemiologia do enxerto de pele ou transplante cutâneo. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap. 52, p. 451-458.

LEVINE, N. S. et al. Comparison of coarse mesh gauze with biologic dressings on granulating wounds. **American Journal of Surgery**, v. 131, n. 6, p. 727-729, 1976.

LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008.

_____; PICCOLO, N. S.; NOVAES, F. N. Escarotomia, fasciotomia e abertura do túnel do carpo. In: LIMA JÚNIOR, E. M. Et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap. 46, p. 397-403.

LOCH, A. Z. Princípios da Bioética. In: KIPPER, D. J. (Org.). **Uma Introdução à bioética**. Temas de Pediatria Nestlé, n. 73, 2002. p. 12-19. Disponível em: <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/.../Principios/...>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

LOPES JÚNIOR, S. L. C.; PRESTES, M. A. Gravidade da lesão e indicadores para internação hospitalar. In: LIMA JÚNIOR, E. M. Et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap. 4, p.49-52.

MARTINS, A. Hospital Universitário de Florianópolis terá nova ala para vítimas de queimaduras apenas em 2012. **Diário Catarinense**.

Florianópolis, 29 ago. 2011. Disponível em:
<<http://www.clicrbs.com.br>>. Acesso em: 28 abr. 2012.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual**: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. Projeto de Pesquisa. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem**: possibilidades e limites. 2002. 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

_____; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 863-869, junho, 2009.

_____; _____; GELBCKE, F. L. Implicações da interdisciplinaridade na organização do trabalho da enfermagem: estudo em equipe de cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 230-239, abril/junho, 2012.

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

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, 2012. Cap.2, p. 9-41.

OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K. F. A.; GONÇALVES, T. A. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v.11, n.1, p. 31-37, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Disponível em:
<<http://www.who.int/publications/guidelines/en/index.html>>. Acesso em: 02 mai. 2012.

PARANHOS, W. Y. Queimaduras. In: SOUZA, R. M. C. Et al. **Atuação no trauma**: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. Cap.28, p. 429-437.

PHTLS. *PRE-HOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT*. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**: básico e avançado. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

PICCOLO, N. S. et al. Projeto Diretrizes. **Queimaduras**: diagnóstico e tratamento inicial. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 9 de abril de 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/083.pdf>. Acesso em: 05 set. 2011.

_____. _____. **Queimaduras – Parte II**: tratamento da Lesão. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 9 de abril de 2008a. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/083a.pdf>. Acesso em: 05 set. 2011.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume; 2008.

PORTAL ANVISA. Ministério da Saúde. **Resolução N° 46/02**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/assunto+de+interesse/noticias/restricao+ao+alcohol+liquido+de+maior+potencial+inflamavel+esta+em+vigor>>. Acesso em: 08 ago. 2013.

RODRIGUES, J. M. C.; VANIN G. D. M.; NASI, L. A. O perfil fonoaudiológico do paciente portador de queimaduras de cabeça e pescoço internado no hospital de pronto socorro de Porto Alegre/RS. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 9, n. 3, p. 14-20, 2010.

RODRIGUES JÚNIOR, M.; KNOBEL, E.; FERNANDES JÚNIOR, C. J. Insuficiência respiratória aguda no paciente queimado. In: JÚNIOR, L. M. G. **Queimaduras**: tratamento clínico e cirúrgico. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2006. Cap. 11, p. 67-70.

ROSSI, L. A. et al. A dor da queimadura: terrível para quem sente estressante para quem cuida. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 18-26, jul. 2000.

_____; _____. Cuidados locais com as feridas das queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**. Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 54-59, Abr/Mai/Jun de 2010.

ROTINAS e Protocolos do CTQ Dr. Oscar Plaisant. In: GUIMARÃES JÚNIOR, L. M. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2006. p. 257-277.

SALLUM, A. M. C.; PARANHOS, W. Y. Queimaduras. In: PARANHOS, W. Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

SANTIAGO, M. A. *Guidelines* e Protocolos clínicos. **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**. Natal, 2008. Disponível em: <<http://www.avesta.com.br/tutorial/t10.1.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2013.

SIE-HU. **Sistema de informatização e estatística do HU/UFSC**. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa e m saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a14.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2012.

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. 9, n. 2, p. 60-65, 2010.

SMELTZER, S. C. et al. **BRUNNER& SUDDARTH**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. v. 2.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C.; ARANTES, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-

enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

UFSC-MPENF. **Instrução Normativa 03/MPENF/2011**. Disponível em: <<http://mpenf.ufsc.br/files/2012/09/IN-03.2011-Trabalhos-terminais.pdf>>. Acesso em: mai. 2012.

YOZO, R. Y. K. **100 jogos para grupos**: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. São Paulo: Ágora, 1996.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano**: o resgate necessário. Porto Alegre. Ed. Sagra Luzzatto, 1999.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

6.2 MANUSCRITO 2

GUIDELINE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE QUEIMADO ADULTO

GUIDELINE OF NURSING CARE TO THE BURNED ADULT PATIENT

DIRECTIVA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ADULTO QUEMADO

Fabiana Minati de Pinho⁶
Lúcia Nazareth Amante⁷

⁶ Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE). E-mail: fabiminati@yahoo.com.br.

⁷ Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC no curso de graduação em Enfermagem, no Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem e no Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Resumo: Este artigo apresenta a elaboração de um *guideline* de cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Para a elaboração do *guideline* foram utilizadas duas estratégias: a primeira foi um estudo de abordagem qualitativa que utilizou como método a Pesquisa Convergente Assistencial, realizada com os enfermeiros que atuam na Emergência, Unidade de Internação Cirúrgica II, Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino localizado no sul do país. Para a coleta de dados foram utilizados: a Entrevista e a Discussão em Grupo. A segunda estratégia deu-se através da revisão narrativa e integrativa da literatura, esta última realizada em sete bases de dados. O presente *guideline* contempla as ações de enfermagem para o cuidado ao paciente queimado adulto, relativas ao contexto assistencial, educacional e gerencial na Fase Imediata, Intermediária e Tardia. O modo como estas ações são apresentadas no *guideline*, seguidas de especificidades, viabilizarão ao profissional da enfermagem o entendimento do porquê de cada cuidado, facilitando o seu aprendizado e a aquisição de novos conhecimentos, constituindo-se em uma ferramenta primordial para a prática do cuidado da enfermagem ao paciente queimado adulto.

Descritores: Cuidado de Enfermagem. Diretriz ou Diretrizes. Enfermagem. Queimaduras.

Abstract: This article presents the development of a *guideline* for nursing care to the burned patient adult, based on the Theory of Basic Human Needs of Wanda de Aguiar Horta. Two strategies were used for the preparation of the guideline: the first was a qualitative study that used the Convergent Care Research method conducted with nurses working in Emergency Room, Inpatient Surgical Unit II, Surgical Center and Intensive Care Unit of a teaching hospital located in the south of the country. For data collection were used: Interview and Group Discussion. The second strategy was made through the narrative and integrative literature, the latter held in seven databases. This guideline includes nursing actions to care for the burned patient adult, relating to their health care, educational and management phases: immediate, intermediate and late. How these actions are presented in a specific guideline followed will enable the nursing professional understanding of why every care, facilitating their learning and

acquiring new knowledge, thus becoming a primary tool for the practice of nursing care of the adult burned patient.

Keywords: Nursing Care. Guideline or Guidelines. Nursing. Burns.

Resumen: Este artículo presenta la elaboración de un *guideline* de cuidados de enfermería a paciente adulto quemado, basado en la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Para la elaboración del *guideline* fueron utilizadas dos estrategias: la primera fue un estudio de enfoque cualitativa que utilizó como método la Investigación Convergente Asistencial, realizada con los enfermeros que actúan en la Emergencia, Unidad de Internación Quirúrgica II, Centro Quirúrgico y Unidad de Terapia Intensiva de un hospital de enseñanza localizado en el sur del país. Para la recolección de datos fueron utilizadas: la Entrevista y la Discusión en Grupo. La segunda estrategia se dió a través de la revisión narrativa e integradora de la literatura, esta última realizada en siete bases de datos. El presente *guideline* contempla las acciones de enfermería para el cuidado al paciente adulto quemado, relativas al contexto asistencial, educacional y gerencial en las fases: inmediata, intermediaria y tardía. El modo como estas acciones son presentadas en el *guideline* seguidas de especificidades, viabilizarán al profesional de la enfermería el entendimiento del porqué de cada cuidado, facilitando su aprendizaje y la adquisición de nuevos conocimientos, constituyéndose en una herramienta primordial para la práctica del cuidado de la enfermería al paciente adulto quemado.

Palabras clave: Cuidado de Enfermería. Directriz o Directrices. Enfermería. Quemaduras.

INTRODUÇÃO

O trauma que apresenta consequências mais devastadoras ao ser humano é aquele relacionado aos acidentes por queimaduras, pois desencadeia respostas metabólicas intensas que podem afetar todos os órgãos e sistemas. Este tipo de trauma também é responsável por produzir danos imediatos, gerando sofrimento ao paciente queimado e a seus familiares, deixando sequelas físicas e emocionais por toda a vida (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2020 este trauma ultrapassará as doenças infecciosas como a primeira causa de morte ao redor do mundo (BRASIL, 2003). Para Nazário e Leonardi (2012) a queimadura tem sido identificada como um grande problema de saúde pública em vários países: China, Vietnã, Irã, Índia, Egito, Argentina e Venezuela. Em geral, nestes locais a queimadura de forma

acidental ocorre principalmente em decorrência de moradias precárias, baixa escolaridade, superlotação de moradias, fogareiros inapropriados e sem nenhuma segurança que são utilizados em cozinhas, além da carência de campanhas educativas.

A queimadura deve ser tratada como um problema de saúde pública e com importantes esforços para reduzir o número de vítimas em todas as faixas etárias por meio de campanhas preventivas nacionais efetivas ou medidas políticas para o controle de uso dos inflamáveis em domicílios residenciais, comerciais e industriais.

É comum os pacientes queimados encontrarem grandes dificuldades para o seu atendimento, tais como: a falta de pessoal especializado (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, dentre outros), a falta de leitos e a dificuldade de acesso aos poucos Centros de Referência no país (PARANHOS, 2009).

Segundo Lima Júnior et al (2008), atualmente existem poucas prioridades e definições no cuidado de enfermagem com queimaduras, ocasionadas por uma falta de estímulo dos profissionais que se dedicam ao cuidado nessa área, haja vista a inexistência de um programa específico para capacitação e a falta de uma política de recursos humanos, tanto para suprir a falta dos profissionais quanto para a capacitação constante e periódica dos mesmos.

Para estes autores, o desconhecimento sobre o ideal cuidado e carência de investimento pessoal relacionado às capacitações e treinamentos nesta área fazem com que os profissionais de enfermagem acabem deixando essa especialidade em favor de outras.

No Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), a baixa procura por essa especialidade por parte dos enfermeiros também decorre da ausência de padronização dos cuidados com o paciente queimado, ocasionando questionamentos, dúvidas e condutas equivocadas. Por outro lado, a inexistência de uma unidade especializada também contribui para a desmotivação dos enfermeiros que elencam as ações instituídas na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com base na rotina de cada serviço sem um *guideline* que oriente o cuidado.

Neste sentido, para uma maior organização das ações e padronização das atividades e com a finalidade de buscar um aumento da produtividade e qualidade nos serviços surgem os *guidelines* que compreendem condutas e procedimentos desenvolvidos sistematicamente para auxiliar o profissional de saúde em decisões sobre a melhor e mais apropriada conduta em situações clínicas específicas. A

tradução mais adequada, segundo a Associação Médica Brasileira (AMB) é diretriz (SANTIAGO, 2008).

Portanto, destaca-se a importância do uso de diretrizes clínicas, bem como as dificuldades no processo de ampliação, gerenciamento e disseminação, os quais servirão de motivação para o desenvolvimento deste estudo.

Mediante esta afirmação, a proposta deste trabalho é buscar resposta para a seguinte questão norteadora: Quais as ações necessárias para compor um *guideline* de cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto identificadas por enfermeiros de um hospital de ensino? Para responder a este questionamento traçou-se como objetivo elaborar uma proposta de *guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto a partir das ações de enfermagem identificadas por enfermeiros de um hospital de ensino e respaldadas na literatura científica atual.

METODOLOGIA

Para a elaboração do *guideline* de ações de cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto foram utilizadas duas estratégias, expostas a seguir.

A **primeira estratégia** foi um estudo de abordagem qualitativa que utilizou a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) como método (TRENTINI; PAIM, 2004) e foi realizada na Emergência, Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC II), Centro Cirúrgico (CC) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HU-UFSC. A organização da pesquisa foi realizada de modo a favorecer o propósito do estudo e por se tratar de um número grande de sujeitos em diferentes serviços, os participantes foram distribuídos em dois grupos: A e B. A divisão dos grupos foi realizada para atender as especificidades do atendimento do paciente queimado adulto e particularidades dos serviços. Assim, o grupo A foi formado pelos enfermeiros da UIC II e CC e o grupo B pelos enfermeiros da Emergência e UTI.

Os critérios para participar do estudo incluíram: a lotação do enfermeiro em um dos locais do estudo, estar trabalhando na época de coleta dos dados e o aceite após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Houve a participação de 43 enfermeiros, sendo 10 do grupo A (08 enfermeiros da UIC II e 02 do CC) e 33 do grupo B (17 da Emergência e 16 enfermeiros da UTI).

Para a coleta dos dados foi utilizada a Entrevista e a Discussão em Grupo. A primeira foi por meio das entrevistas, realizadas com os enfermeiros para elencar as ações de enfermagem que podem promover

o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto, a partir da experiência individual adquirida durante o serviço; a segunda etapa foi constituída pelos encontros de discussão em grupo realizados em horários que favoreceram a participação coletiva dos participantes. Foram dois encontros com no máximo três horas de duração, utilizando recursos como: máquina fotográfica, gravador e anotações em diário de campo.

O Primeiro Encontro favoreceu a interação entre os enfermeiros, a exposição do projeto e o levantamento das ações de enfermagem necessárias ao cuidado com o paciente queimado adulto. Participaram deste encontro 05 enfermeiros do grupo A (UIC II e CC) e 09 enfermeiros do grupo B (Emergência e UTI). No Segundo Encontro ocorreu uma apresentação em *Power Point* das ações encaminhadas pelos participantes da pesquisa acerca do *guideline* que foram discutidas e analisadas no decorrer do processo e contou com a participação de 06 enfermeiros do grupo A (UIC II e CC) e 13 enfermeiros do grupo B (Emergência e UTI).

Após a apresentação, acordou-se que a forma de organização das ações para o *guideline* deveria ser em torno da fase clínica do paciente queimado adulto: ações de cuidado na fase imediata, na fase intermediária e na fase tardia, englobando estas ações nos cuidados relacionados ao contexto assistencial, educacional e gerencial.

Os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPUFSC) e da Direção da Instituição de Saúde. A aprovação do CEPUFSC recebeu o parecer substanciado N° 205.497 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) N° 11353812.4.0000.0121.

A fim de respeitar os princípios éticos da pesquisa, o estudo foi pautado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), na Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) e na Declaração de *Helsinki* de 1964 (DECLARAÇÃO DE HELSINKI, 1964).

A **segunda estratégia** deu-se através de uma revisão narrativa e integrativa da literatura. A revisão narrativa abordou os seguintes temas: queimadura e fisiopatologia; classificação da queimadura; complicação no grande queimado; tratamento da queimadura; política de atenção ao paciente queimado; utilização e contribuição dos *guidelines*. Além disso, houve também a revisão integrativa intitulada “Cuidado de Enfermagem ao Paciente Queimado Adulto” que buscou verificar as

evidências disponíveis sobre o cuidado da enfermagem ao paciente queimado adulto em publicações indexadas nas bases de dados: *Base de Dados em Enfermagem* (BDENF); *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); COCHRANE; *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e SCOPUS.

Os critérios de inclusão foram: ser artigo científico com resumo disponível *on line*, publicado entre janeiro de 2003 e junho de 2013, contendo em seu título, resumo, descritores ou palavras chaves: *guideline* (s), protocolo (s), queimaduras, queimado (s), diretriz, enfermagem, guias, relacionado ao cuidado de enfermagem no paciente queimado adulto. Foram excluídos os artigos científicos publicados fora do período de coleta dos dados, teses ou dissertações de outras áreas de conhecimento, com pacientes pediátricos e/ou sem aderência ao cuidado de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto no HU-UFSC inicia-se na Emergência e conforme a gravidade do quadro ocorre a transferência para a Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC II) ou para o Centro Cirúrgico (CC) – quando há necessidade de uma intervenção cirúrgica – ou para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), não havendo um fluxo formal para o atendimento deste paciente, mas ações individuais instituídas através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com base no conhecimento dos enfermeiros.

Não há um *guideline* que oriente o cuidado a partir de um fluxo estabelecido, sendo que os profissionais que atuam nesta área também prescindem de constante aprimoramento técnico-científico frente aos cuidados com queimaduras, haja vista as novas tecnologias utilizadas principalmente em relação às coberturas.

Deste modo, a organização do *guideline* proposto alicerça-se em quatro momentos: entrevista; discussão em grupo, revisão narrativa e revisão integrativa de literatura que sustentaram a elaboração das ações de cuidado de enfermagem necessárias ao paciente queimado adulto internado no HU-UFSC.

Neste sentido, como primeiro agrupamento, estão todas as ações de enfermagem elencadas de forma específica e planejada, distribuídas nos contextos assistencial, educacional e gerencial, de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta

(HORTA, 1979), visto que esta teoria é a de referência para o serviço de enfermagem do HU-UFSC.

Nas ações de enfermagem relacionadas ao Contexto Assistencial e Educacional estão representadas as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais: Oxigenação; Hidratação; Alimentação; Eliminações; Sono e Repouso; Atividade e Integridade Física; Integridade Cutânea e Mucosa; Cuidado Corporal e Oral; Regulações; Percepção dos Órgãos dos Sentidos e Dolorosa; Terapêutica; Segurança Física; Meio Ambiente; Segurança Emocional; Autoimagem e Aceitação; Religiosa e Ética; Gregária e Educação para a Saúde. No Contexto Gerencial constam os aspectos relacionados à gestão, tais como: Provisão de Estrutura e Ambiente; Dimensionamento do Profissional de Enfermagem; Equipe de Enfermagem e Multiprofissional.

Sequencialmente, as ações foram adequadas conforme a fase da queimadura, quais sejam: Fase Imediata – ações que ocorrem nas primeiras horas da queimadura até o 1º desbridamento da pele; Fase Intermediária – ações iniciadas após o 1º desbridamento até a enxertia da pele; e Fase Tardia – ações que começaram após a enxertia, até a regeneração total da pele.

A organização das ações foi construída com base nas contribuições e conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros participantes da pesquisa que trabalham diretamente com o paciente queimado adulto, apontando as particularidades e especificidades deste cuidado.

Deste modo, as discussões em grupo apontaram que antes de determinar o tipo de cuidado a ser aplicado, torna-se necessário que o enfermeiro realize uma avaliação inicial, considerando que sua avaliação clínica inclua a associação da classificação por Superfície Corporal Queimada (SCQ).

Esta avaliação deve identificar a profundidade e também a gravidade do trauma do paciente, distinguindo-o entre: **Pequeno** (primeiro e segundo grau até 10% da SCQ); **Médio** (primeiro e segundo grau entre 10 e 25% da SCQ; terceiro grau até 10% da SCQ; queimadura de mãos, pés ou face) e **Grande Queimado** (primeiro e segundo grau entre 26% da SCQ; terceiro grau acima de 10% da SCQ; queimaduras de períneo; queimaduras elétricas; queimaduras das vias aéreas e presença de comorbidades, tais como: lesão inalatória, politrauma, trauma crânio encefálico, choque, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, distúrbio de coagulação, embolia pulmonar, infecção, doenças consumptivas e síndrome

compartimental). Esta classificação varia com cada paciente, devendo-se observar diversos outros aspectos como: idade, profundidade e localização da queimadura (BRASIL, 2000a).

Além desta classificação, Smeltzer et al (2008) afirmam que diversos métodos são empregados para estimar a Área de Superfície Corporal Total (ASCT) afetada por queimaduras. Dentre estes: Regra dos Nove; Método de *Lund-Browder* e Método da Palma.

Para compor o *Guideline de Ações de Cuidado de Enfermagem ao Paciente Queimado Adulto* foi adotada como classificação por Superfície Corporal Queimada (SCQ) a Regra dos Nove por ser uma maneira rápida para estimar a extensão das queimaduras, atribuindo o percentual em múltiplos de nove às principais superfícies corporais como: membro superior no total 9%, cada membro inferior 18%, tronco 36%, cabeça 9% e períneo 1% de ASCT (SMELTZER et al, 2008).

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GUIDELINE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE QUEIMADO ADULTO DO HU-UFSC**

Quadro 12: Ações Assistenciais e Educacionais

| AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS |
|---|
| Necessidade Psicobiológica: Oxigenação |
| <p>FASE IMEDIATA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um paciente queimado pode apresentar vários sinais de dificuldade respiratória por queimaduras de vias aéreas que incluem queimaduras de face, lesão de supercílios, pestanas e vibrissas nasais, depósito de fuligem na orofaringe, fuligem no catarro, além de histórico de queimadura em ambiente fechado. A presença destes sinais indica que o paciente deve ser transferido imediatamente para um Centro de Tratamento de Queimados, após realização de intubação orotraqueal e medidas de suporte ventilatório (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006). • Verificar e controlar a saturação de oxigênio do paciente pequeno e médio queimado que respira espontaneamente com ou sem auxílio de utilização de oxigenioterapia, através do oxímetro de pulso adaptado em áreas que não apresentam lesão, a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (ROSSI; DALRI, 2008). • Verificar e controlar a frequência respiratória do paciente pequeno, |

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

médio e grande queimado que respira espontaneamente com ou sem auxílio de utilização de oxigenioterapia, a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (ROSSI; DALRI, 2008).

- Verificar e comunicar a frequência da dispneia, cianose de extremidades e tosse do paciente pequeno e médio queimado que respira espontaneamente com ou sem auxílio de utilização de oxigenioterapia, mantendo a cabeceira elevada a 30 graus com hiperextensão da região cervical (ROSSI; DALRI, 2008).
- Verificar, avaliar a permeabilidade das vias aéreas superiores do paciente grande queimado e, no caso de intubação orotraqueal, realizar aspiração orotraqueal sempre que necessário (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Verificar e controlar a saturação de oxigênio do paciente pequeno e médio queimado que respira espontaneamente com ou sem auxílio de utilização de oxigenioterapia, através do oxímetro de pulso adaptado em áreas que não apresentam lesão, a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (ROSSI; DALRI, 2008).
- Verificar e controlar a frequência respiratória do paciente pequeno, médio e grande queimado que respira espontaneamente com ou sem auxílio de utilização de oxigenioterapia, a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (ROSSI; DALRI, 2008).
- Verificar e comunicar a frequência da dispneia, cianose de extremidades e tosse do paciente pequeno e médio queimado que respira espontaneamente com ou sem auxílio de utilização de oxigenioterapia, mantendo a cabeceira elevada a 30 graus com hiperextensão da região cervical (ROSSI; DALRI, 2008).
- Verificar, avaliar a permeabilidade das vias aéreas superiores do paciente grande queimado e no caso de intubação orotraqueal, realizar aspiração oroendotraqueal sempre que necessário (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).
- Verificar e avaliar a permeabilidade das vias aéreas superiores do paciente grande queimado e, no caso da traqueostomia, realizar aspiração orotraqueal sempre que necessário (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

FASE TARDIA

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

- Verificar e controlar a saturação de oxigênio do paciente pequeno e médio queimado que respira espontaneamente com ou sem auxílio de utilização de oxigenioterapia, através do oxímetro de pulso adaptado em áreas que não apresentam lesão, a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (ROSSI; DALRI, 2008).
- Verificar e controlar a frequência respiratória do paciente pequeno, médio e grande queimado que respira espontaneamente com ou sem auxílio de utilização de oxigenioterapia, a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (ROSSI; DALRI, 2008).
- Verificar e comunicar a frequência da dispneia, cianose de extremidades e tosse do paciente pequeno e médio queimado que respira espontaneamente com ou sem auxílio de utilização de oxigenioterapia, mantendo a cabeceira elevada a 30 graus com hiperextensão da região cervical (ROSSI; DALRI, 2008).
- Verificar, avaliar do paciente grande queimado a permeabilidade das vias aéreas superiores e, no caso da traqueostomia, realizar aspiração orotraqueal sempre que necessário (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

Necessidade Psicobiológica: Hidratação

FASE IMEDIATA

- Iniciar nas primeiras horas do paciente pequeno queimado a hidratação por via oral com volume de acordo com a tolerância de cada paciente e conforme indicação do quadro clínico. No paciente médio e grande queimado a hidratação por via endovenosa com volume de acordo com a tolerância de cada paciente e conforme indicação do quadro clínico (SACRAMENTO, 2006).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Manter para o paciente pequeno queimado a hidratação por via oral com volume de acordo com a tolerância de cada paciente e conforme indicação do quadro clínico. No paciente médio e grande queimado a hidratação por via endovenosa com volume de acordo com a tolerância de cada paciente e conforme indicação do quadro clínico (SACRAMENTO, 2006).

FASE TARDIA

- Manter para o paciente pequeno queimado a hidratação por via oral com volume de acordo com a tolerância de cada paciente e

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

conforme indicação do quadro clínico. No paciente médio e grande queimado a hidratação por via endovenosa com volume de acordo com a tolerância de cada paciente e conforme indicação do quadro clínico (SACRAMENTO, 2006).

Necessidade Psicobiológica: Alimentação**FASE IMEDIATA**

- Iniciar nas primeiras horas do paciente pequeno queimado a alimentação por via oral com consistência e volume adaptados de acordo com a tolerância de cada paciente. Esta conduta pode ser mantida em lesões de face, não sendo indicada a nutrição enteral. No paciente médio e grande queimado a nutrição enteral deve ser iniciada nas primeiras 48 a 72 horas, com sonda em posicionamento gástrico, mediante a utilização de Bomba de Infusão Contínua (BIC) (SACRAMENTO, 2006).
- Priorizar a nutrição enteral em relação à nutrição parenteral e na impossibilidade da alimentação enteral, a parenteral não deve ser descartada. Porém, deve ser evitada durante as primeiras 48 horas após o trauma (ZAROS, 2008).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Manter para o paciente pequeno queimado a alimentação por via oral com consistência e volume adaptados de acordo com a tolerância de cada paciente. Esta conduta pode ser mantida em lesões de face, não sendo indicada a nutrição enteral. E, no paciente médio e grande queimado, a nutrição enteral deve ser com sonda em posicionamento gástrico, mediante a utilização de Bomba de Infusão Contínua (BIC) (SACRAMENTO, 2006).
- Avaliar a deglutição do paciente quanto à dieta por via oral e a aceitação por via sonda gástrica para junto à equipe multiprofissional decidir o início da dieta parenteral (ZAROS, 2008).

FASE TARDIA

- Manter para o paciente pequeno queimado a alimentação por via oral com consistência e volume adaptados de acordo com a tolerância de cada paciente. Esta conduta pode ser mantida em lesões de face, não sendo indicada a nutrição enteral. E, no paciente médio e grande queimado, a nutrição enteral deve ser com sonda em posicionamento gástrico, mediante a utilização de Bomba de Infusão Contínua (BIC) (SACRAMENTO, 2006).

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

- Avaliar a deglutição do paciente quanto à dieta por via oral e a aceitação por via sonda gástrica para junto à equipe multiprofissional decidir o início da dieta parenteral (ZAROS, 2008).

Necessidade Psicobiológica: Eliminações

FASE IMEDIATA

Gástrica

- Verificar e comunicar a frequência e características de náusea e/ou êmese (SMELTZER et al, 2008).
- Manter uma sonda gástrica para esvaziamento da cavidade abdominal, caso seja necessário, e avaliar a posição das sondas gástricas (SMELTZER et al, 2008).

Urinária

- Registrar e comunicar volume, frequência e características da micção espontânea (SMELTZER et al, 2008).
- Realizar o cateterismo vesical e a instalação da urina horária para servir de parâmetro como resposta à hidratação venosa nas primeiras 24 horas (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

Intestinal

- Comunicar e verificar frequência e características da evacuação (SMELTZER et al, 2008).

FASE INTERMEDIÁRIA

Gástrica

- Verificar e comunicar frequência e características de náusea e/ou êmese (SMELTZER et al, 2008).
- Manter uma sonda gástrica para esvaziamento da cavidade abdominal, caso seja necessário, e avaliar a posição das sondas gástricas (SMELTZER et al, 2008).

Urinária

- Registrar e comunicar volume e características da urina por sonda vesical de demora conforme a rotina estabelecida (SMELTZER et al, 2008).

Intestinal

- Comunicar e verificar frequência e características da evacuação (SMELTZER et al, 2008).

FASE TARDIA

Gástrica

- Verificar e comunicar frequência e características de náusea e/ou

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

êmese (SMELTZER et al, 2008).

- Manter uma sonda gástrica para esvaziamento da cavidade abdominal, caso seja necessário, e avaliar a posição das sondas gástricas (SMELTZER et al, 2008).

Urinária

- Registrar e comunicar volume, frequência e características da micção espontânea (SMELTZER et al, 2008).
- Registrar e comunicar volume e características da urina por sonda vesical de demora conforme a rotina estabelecida (SMELTZER et al, 2008).

Intestinal

- Comunicar e verificar frequência e características da evacuação (SMELTZER et al, 2008).

Necessidade Psicobiológica: Sono e Repouso

FASE IMEDIATA

- Propiciar um ambiente calmo e organizado, reduzindo estímulos e manipulação excessiva com o paciente, principalmente no horário noturno (ROSSI; DALRI, 2008).
- Avaliar a qualidade e a frequência do sono (SMELTZER et al, 2008).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Propiciar um ambiente calmo e organizado, reduzindo estímulos e manipulação excessiva com o paciente, principalmente no horário noturno (ROSSI; DALRI, 2008).
- Avaliar a qualidade e a frequência do sono (SMELTZER et al, 2008).

FASE TARDIA

- Propiciar um ambiente calmo e organizado, reduzindo estímulos e manipulação excessiva com o paciente, principalmente no horário noturno (ROSSI; DALRI, 2008).
- Avaliar a qualidade e a frequência do sono (SMELTZER et al, 2008).

Necessidade Psicobiológica: Atividade Física

FASE IMEDIATA

- Orientar sobre os exercícios para amplitude de movimento que terão que começar logo que possível após o trauma (PICCOLO et al, 2008a).

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

- Orientar e realizar o posicionamento funcional, mantendo os segmentos corporais sempre afastados, preferencialmente em extensão e abdução (RAYMUNDO, 2006).
- Estimular, auxiliar e/ou realizar movimentação ativa e/ou passiva no leito a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (CLARK et al, 2013).
- Manter todas as áreas comprometidas protegidas com gaze alva e chumaço ou compressas estéreis, contidas com ataduras de crepom (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Posicionar as áreas e segmentos corporais queimados e avaliar a integridade das estruturas articulares envolvidas no movimento (RAYMUNDO, 2006).
- Estimular, auxiliar e/ou realizar movimentação ativa e/ou passiva no leito a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (CLARK et al, 2013).
- Orientar o paciente no sentido de evitar a exposição ao sol durante o período de cicatrização da ferida, sendo recomendado o uso permanente de protetor solar para as áreas queimadas (PICCOLO et al, 2008a).
- Manter todas as áreas comprometidas protegidas com gaze alva e chumaço ou compressas estéreis, contidas com ataduras de crepom (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

FASE TARDIA

- Posicionar as áreas e segmentos corporais pós-enxertia, mantendo precauções quanto à confecção de órteses de posicionamento e malhas de compressão elástica quando necessário (RAYMUNDO, 2006).
- Orientar o paciente no sentido de evitar a exposição ao sol durante o período de cicatrização da ferida, sendo recomendado o uso permanente de protetor solar nas áreas queimadas (PICCOLO et al, 2008a).

Necessidade Psicobiológica: Integridade Física

FASE IMEDIATA

- Manter colchão piramidal para todos os pacientes queimados (PICCOLO et al, 2008a).
- Auxiliar e estimular o paciente pequeno e médio queimado quanto à deambulação, sentar no leito e/ou na poltrona (ROGENSKI;

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

KURCGANT, 2012; CLARK et al, 2013).

- Realizar mudança de decúbito a cada duas horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente grande queimado (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).
- Padronizar a utilização da Escala de Braden para avaliar a superfície corporal não queimada (WECHI, 2013).
- Fazer a cobertura das áreas queimadas favorecendo e mantendo a posição anatômica dos segmentos afetados (GUIMARÃES et al, 2012).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Manter colchão piramidal para todos os pacientes queimados (PICCOLO et al, 2008a).
- Auxiliar e estimular o paciente pequeno e médio queimado quanto à deambulação, sentar no leito e/ou na poltrona (ROGENSKI; KURCGANT, 2012; CLARK et al, 2013).
- Realizar mudança de decúbito a cada duas horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente grande queimado (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).
- Padronizar a utilização da Escala de Braden para avaliar a superfície corporal não queimada (WECHI, 2013).
- Fazer a cobertura das áreas queimadas favorecendo e mantendo a posição anatômica dos segmentos afetados (GUIMARÃES et al, 2012).

FASE TARDIA

- Manter colchão piramidal para todos os pacientes queimados (PICCOLO et al, 2008a).
- Auxiliar e estimular o paciente pequeno e médio queimado quanto à deambulação, sentar no leito e/ou na poltrona (ROGENSKI; KURCGANT, 2012; CLARK et al, 2013).
- Realizar mudança de decúbito a cada duas horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente grande queimado (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).
- Padronizar a utilização da Escala de Braden para avaliar a superfície corporal não queimada (WECHI, 2013).
- Fazer a cobertura das áreas queimadas favorecendo e mantendo a posição anatômica dos segmentos afetados (GUIMARÃES et al, 2012).

Necessidade Psicobiológica: Integridade Cutânea e Mucosa

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

FASE IMEDIATA

- Quando o paciente necessitar de uma remoção imediata para uma unidade mais próxima, recomenda-se não fazer o curativo tópico no local de atendimento, deixando este procedimento para a unidade final, onde as flictenas serão rompidas em um ambiente mais adequado (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; SALAZAR; DIAZ, 2011).
- Realizar a limpeza prévia das lesões antes do curativo sempre com água corrente clorada (com temperatura suportável na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável) e solução de gluconato de clorexidina a 4% (com escova) da pele lesionada (GOMES; SERRA; GUIMARÃES JÚNIOR, 2011).
- Realizar o curativo com compressa cirúrgica e fixar com atadura de crepom de maneira suave. Após a secagem da área queimada, aplicar como terapia tópica de primeira escolha em lesões de corpo uma quantidade que produza uma camada de aproximadamente 3 mm de espessura de pomada à base de sulfadiazina de prata a 1% (no caso de uma exsudação em excesso, trocar a cobertura a cada 12 horas; não havendo, a troca poderá ser a cada 24 horas). Utilizar sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2%, quando disponível, e trocar o curativo a cada 24 horas para queimaduras de segundo ou terceiro grau, com exceção da região da face. Neste caso, quando houver comprometimento da região da face e demais áreas com queimadura de primeiro grau, utilizar ácido graxo essencial e colagenase creme para queimadura de segundo ou terceiro grau (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; GUIMARÃES et al, 2012).
- Calçar as mãos do paciente com luvas cirúrgicas sem talco, umedecidas com ácido graxo essencial para queimadura de primeiro grau e uma camada de aproximadamente 3 mm de espessura de pomada à base de sulfadiazina de prata a 1% (no caso de exsudação em excesso trocar a cobertura a cada 12 horas; não havendo, a troca poderá ser a cada 24 horas). Utilizar sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2%, quando disponível, e trocar o curativo a cada 24 horas para queimaduras de segundo ou terceiro grau. Os dedos das mãos e pés deverão ser separados, um a um, umedecidos com ácido graxo essencial para queimadura de primeiro grau e uma camada de aproximadamente 3 mm de espessura de pomada à base de sulfadiazina de prata a 1% (troca de

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

cobertura a cada 12 horas) ou sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2% (troca de cobertura a cada 24 horas) para queimaduras de segundo ou terceiro grau (GUIMARÃES et al, 2012).

- Remover as flictenas e realizar a escarificação da área queimada em queimaduras de segundo grau (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).
- Utilizar preferencialmente curativos oclusivos na área queimada, exceto em lesões de orelha ou períneo (PICCOLO et al, 2008).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Realizar a limpeza prévia das lesões antes do curativo sempre com água corrente clorada (com temperatura suportável na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável) e solução de gluconato de clorexidina a 4% (com escova) da pele lesionada (GOMES; SERRA; GUIMARÃES JÚNIOR, 2011).
- Remover as flictenas e realizar a escarificação da área queimada em queimaduras de segundo grau (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).
- Realizar o curativo após o desbridamento em lesões de corpo, utilizando como terapia tópica a pomada de colagenase ou prata nanocristalina (troca de cobertura a cada 24 horas) na área com presença de tecido desvitalizado e fibrina, cobrindo com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis. E, ácido graxo essencial na área epitelizada (troca de cobertura a cada 24 horas) e cobrir com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis (Gravante et al, 2009).
- Umedecer o local da enxertia e da área doadora com ácido graxo essencial e cobrir com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis (GOMES; SERRA; GUIMARÃES JÚNIOR, 2011).
- Utilizar preferencialmente curativos oclusivos na área queimada, exceto em lesões de orelha ou períneo (PICCOLO et al, 2008).

FASE TARDIA

- Realizar o curativo após a enxertia em lesões de corpo, utilizando como terapia tópica o ácido graxo essencial (troca de cobertura a cada 24 horas) e cobrir com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis (GOMES; SERRA; GUIMARÃES JÚNIOR, 2011).
- Umedecer a área doadora utilizando como terapia tópica o ácido graxo essencial e cobrir com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis (GOMES; SERRA; GUIMARÃES JÚNIOR, 2011).

Necessidade Psicobiológica: Cuidado Corporal

FASE IMEDIATA

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

- Resfriar agentes aderentes como piche com água corrente clorada, mas não tentar a remoção imediata (PICCOLO et al, 2008).
- Em casos de queimaduras por agentes químicos, irrigar abundantemente com água corrente clorada de baixo fluxo (após retirar o excesso do agente químico em pó, se for o caso), por pelo menos 20 a 30 minutos (PICCOLO et al, 2008).
- Retirar as roupas e acessórios: anéis, brincos, pulseiras, colares e iniciar a limpeza de áreas lesadas, com retirada dos tecidos desvitalizados e restos de produtos carbonizados sobre as lesões, como plásticos, tecidos, náilon e outros (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Realizar o banho de aspersão e o banho no leito em temperatura adequada da água que deverá ser suportada na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável pela execução do cuidado. Finalizado o banho, as roupas de cama do paciente devem ser forradas com campo estéril (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Auxiliar ou encaminhar o paciente pequeno queimado ao banho de aspersão, utilizando solução de gluconato de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Realizar o banho no leito ao paciente médio e grande queimado com água corrente clorada, utilizando solução de gluconato de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Romper as flictenas com gaze e/ou lâmina, promovendo o desbridamento com o auxílio de pinça e tesoura (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).
- Realizar o banho de aspersão e o banho no leito em temperatura adequada da água que deverá ser suportada na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável pela execução do cuidado. Finalizado o banho, as roupas de cama do paciente devem ser forradas com campo estéril (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Auxiliar ou encaminhar o paciente pequeno queimado ao banho de aspersão, utilizando solução de gluconato de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

(GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008).

- Realizar o banho no leito ao paciente médio e grande queimado com água corrente clorada, utilizando solução de gluconato de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008).

FASE TARDIA

- Realizar o banho de aspersão e o banho no leito em temperatura adequada da água que deverá ser suportada na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável pela execução do cuidado. Finalizado o banho, as roupas de cama do paciente devem ser forradas com campo estéril (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Auxiliar ou encaminhar o paciente pequeno queimado ao banho de aspersão, utilizando solução de gluconato de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Realizar o banho no leito ao paciente médio e grande queimado com água corrente clorada, utilizando solução de gluconato de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Necessidade Psicobiológica: Cuidado Oral

FASE IMEDIATA

- Oferecer, auxiliar e estimular o uso do material próprio – escova dental e/ou enxaguante bucal, preferencialmente, após alimentação via oral e/ou via sonda gástrica (quatro vezes por dia) ao paciente pequeno queimado (SMELTZER et al, 2008).
- Realizar a higiene oral quatro vezes por dia, com solução de clorexidina a 0,12% e água estéril, após alimentação via oral e/ou alimentação por via sonda ao paciente médio e grande queimado, com intubação orotraqueal (PORTAL ANVISA, 2009;).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Oferecer, auxiliar e estimular o uso do material próprio – escova dental e/ou enxaguante bucal, preferencialmente, após alimentação via oral e/ou via sonda gástrica (quatro vezes por dia) ao paciente pequeno queimado (SMELTZER et al, 2008).
- Realizar a higiene oral quatro vezes por dia, com solução de

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

clorexidina a 0,12% e água estéril, após alimentação via oral e/ou alimentação por via sonda ao paciente médio e grande queimado, com intubação orotraqueal ou traqueostomia (PORTAL ANVISA, 2009).

FASE TARDIA

- Oferecer, auxiliar e estimular o uso do material próprio – escova dental e/ou enxaguante bucal, preferencialmente, após alimentação via oral e/ou via sonda gástrica (quatro vezes por dia) ao paciente pequeno queimado (SMELTZER et al, 2008).
- Realizar a higiene oral quatro vezes por dia, com solução de clorexidina a 0,12% e água estéril, após alimentação via oral e/ou alimentação por via sonda ao paciente médio e grande queimado, com traqueostomia. (PORTAL ANVISA, 2009).

Necessidade Psicobiológica: Regulações

FASE IMEDIATA

Térmica

- Verificar e controlar a temperatura corporal a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (SMELTZER et al, 2008).
- Administrar antitérmico conforme prescrição médica (SMELTZER et al, 2008).
- Evitar a exposição do paciente por tempo maior que o necessário (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Hidroeletrolítica

- Avaliar, registrar e comunicar a presença de edema (IRION, 2012).
- Supervisionar a administração ou retenção de líquidos (IRION, 2012).
- Manter o paciente no leito com a cabeceira elevada a 30 graus, com os membros superiores e inferiores queimados também elevados, evitando um edema mais acentuado (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).
- Pesar o paciente diariamente (PICCOLO et al, 2008).
- Verificar, avaliar, registrar e comunicar o balanço hídrico corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente (IRION, 2012).

Hormonal

- Verificar e controlar a glicemia capilar a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (SMELTZER et

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

al, 2008).

- Administrar insulinoterapia por via intravenosa e/ou via subcutânea conforme prescrição médica (SMELTZER et al, 2008).

Neurológica

- Verificar e avaliar o nível neurológico a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Verificar e avaliar as pupilas a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Vascular

- Verificar e controlar a pressão arterial e a frequência cardíaca a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (SMELTZER et al, 2008).
- Administrar anti-hipertensivo conforme prescrição médica (SMELTZER et al, 2008).

FASE INTERMEDIÁRIA

Térmica

- Verificar e controlar a temperatura corporal a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (SMELTZER et al, 2008).
- Administrar antitérmico conforme prescrição médica (SMELTZER et al, 2008).
- Evitar a exposição do paciente por tempo maior que o necessário (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Hidroeletrolítica

- Avaliar, registrar e comunicar a presença de edema (IRION, 2012).
- Supervisionar a administração ou retenção de líquidos (IRION, 2012).
- Manter o paciente no leito com a cabeceira elevada a 30 graus, com os membros superiores e inferiores queimados também elevados, evitando um edema mais acentuado (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).
- Pesar o paciente diariamente (PICCOLO et al, 2008).
- Verificar, avaliar, registrar e comunicar o balanço hídrico corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente (IRION, 2012).

Hormonal

- Verificar e controlar a glicemia capilar a cada seis horas ou com

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

intervalos de horários conforme o quadro clínico (SMELTZER et al, 2008).

- Administrar insulinoaterapia por via intravenosa e/ou via subcutânea conforme prescrição médica (SMELTZER et al, 2008).

Neurológica

- Verificar e avaliar o nível neurológico a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Verificar e avaliar as pupilas a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Vascular

- Verificar e controlar a pressão arterial e a frequência cardíaca a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (SMELTZER et al, 2008).
- Administrar anti-hipertensivo conforme prescrição médica (SMELTZER et al, 2008).

FASE TARDIA

Térmica

- Verificar e controlar a temperatura corporal a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (SMELTZER et al, 2008).
- Administrar antitérmico conforme prescrição médica (SMELTZER et al, 2008).
- Evitar a exposição do paciente por tempo maior que o necessário (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Hidroeletrolítica

- Avaliar, registrar e comunicar a presença de edema (IRION, 2012).
- Supervisionar a administração ou retenção de líquidos (IRION, 2012).
- Pesar o paciente diariamente (PICCOLO et al, 2008).
- Verificar, avaliar, registrar e comunicar o balanço hídrico corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente (IRION, 2012).

Hormonal

- Verificar e controlar a glicemia capilar a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (SMELTZER et al, 2008).
- Administrar insulinoaterapia por via intravenosa e/ou via subcutânea

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

conforme prescrição médica (SMELTZER et al, 2008).

Neurológica

- Verificar e avaliar o nível neurológico a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Verificar e avaliar as pupilas a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Vascular

- Verificar e controlar a pressão arterial e a frequência cardíaca, a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (SMELTZER et al, 2008).
- Administrar anti-hipertensivo conforme prescrição médica (SMELTZER et al, 2008).

Necessidade Psicobiológica: Percepção dos Órgãos dos Sentidos

FASE IMEDIATA

Visual

- Verificar e registrar a diminuição da acuidade visual (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Manter o material de uso individual próximo ao paciente caso seja possível (SMELTZER et al, 2008).

Auditiva

- Verificar e registrar a diminuição da acuidade auditiva (SMELTZER et al, 2008).
- Falar alto e claro com o paciente da acuidade auditiva (SMELTZER et al, 2008).

FASE INTERMEDIÁRIA

Visual

- Verificar e registrar a diminuição da acuidade visual (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Manter o material de uso individual próximo ao paciente caso seja possível (SMELTZER et al, 2008).

Auditiva

- Verificar e registrar a diminuição da acuidade auditiva (SMELTZER et al, 2008).
- Falar alto e claro com o paciente (SMELTZER et al, 2008).

FASE TARDIA

Visual

- Verificar e registrar a diminuição da acuidade visual (LIMA

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

JÚNIOR et al, 2008).

- Manter o material de uso individual próximo ao paciente caso seja possível (SMELTZER et al, 2008).

Auditiva

- Verificar e registrar a diminuição da acuidade auditiva (SMELTZER et al, 2008).
- Falar alto e claro com o paciente (SMELTZER et al, 2008).

Necessidade Psicológica: Percepção Dolorosa

FASE IMEDIATA

- Aplicar compressas frias ou mergulhar a área em água corrente clorada no paciente pequeno queimado para alívio da dor inicial, reduzindo a formação do edema. Em paciente médio e grande queimado, aplicar compressas frias nas áreas lesionadas, se possível (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Dar preferência pela via oral para administrar analgésicos em paciente pequeno e médio queimado, seguida da via intravenosa. Administrar analgésicos ao paciente grande queimado somente por via intravenosa, em razão da má perfusão periférica e após o início da reposição volêmica (NAZÁRIO; LEONARDI, 2012).
- Verificar e avaliar sinais de taquicardia, hipertensão, taquipneia e sudorese antes da realização do curativo e manuseio do paciente (IRION, 2012).
- Administrar analgésicos conforme prescrição médica (IRION, 2012).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Dar preferência pela via oral para administrar analgésicos em paciente pequeno e médio queimado, seguida da via intravenosa. Administrar analgésicos ao paciente grande queimado somente por via intravenosa, em razão da má perfusão periférica (NAZÁRIO; LEONARDI, 2012).
- Verificar e avaliar a dor e/ou desconforto em repouso e principalmente antes da realização do curativo e manuseio do paciente consciente, conforme a utilização de uma escala de dor. No paciente inconsciente verificar e avaliar fáceis de dor e/ou desconforto, antes da realização do curativo e manuseio do corpo (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Verificar e avaliar sinais de taquicardia, hipertensão, taquipneia e sudorese antes da realização do curativo e manuseio do paciente

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

(IRION, 2012).

- Administrar analgésicos conforme prescrição médica (IRION, 2012).

FASE TARDIA

- Dar preferência pela via oral para administrar analgésicos em paciente pequeno e médio queimado, seguida da via intravenosa. Administrar analgésicos ao paciente grande queimado somente por via intravenosa, em razão da má perfusão periférica (NAZÁRIO; LEONARDI, 2012).
- Verificar e avaliar a dor e/ou desconforto em repouso e principalmente antes da realização do curativo e manuseio do paciente consciente, conforme a utilização de uma escala de dor. No paciente inconsciente verificar e avaliar fáceis de dor e/ou desconforto, antes da realização do curativo e manuseio do corpo (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Administrar analgésicos conforme prescrição médica (IRION, 2012).

Necessidade Psicobiológica: Terapêutica

FASE IMEDIATA

- Dar preferência para puncionar dois acessos venosos periféricos (cateteres flexíveis calibrosos) nas primeiras horas de internação, em paciente pequeno e médio queimado, sempre que possível. Deve-se fazer a punção venosa em área de pele íntegra e, na impossibilidade, puncionar em área de pele lesionada (queimadura de primeiro ou segundo grau) e realizar a fixação com sutura utilizando fio de náilon, sendo posteriormente ocluído à semelhança do restante das lesões. Providenciar para o paciente grande queimado dois acessos venosos, sendo um para drogas vasoativas (profundo) e para medida de pressão venosa central, e outro para hidratação rápida com soluções isotônicas, hipertônicas e hemoderivados (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008; SALAZAR; DIAZ, 2011).
- Realizar a limpeza do curativo do acesso profundo com soro fisiológico 0,9%, solução de gluconato de clorexidina alcoólica a 0,5% e cobrir com gaze estéril e/ou película (HU-UFSC, 2013).
- Realizar a troca de curativo quando a cobertura estiver úmida, suja ou solta. Realizar a troca de curativo a cada 24 horas quando a cobertura for gaze estéril. Realizar a troca de curativo a cada 5 a 7

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

dias quando a cobertura for a película transparente (HU-UFSC, 2013).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Dar preferência para puncionar um acesso venoso periférico em paciente pequeno queimado sempre que possível. Providenciar um acesso venoso profundo para o paciente médio e grande queimado que deverá ser feito por via parenteral. Este acesso venoso profundo deverá ser feito com um cateter de uma veia central (jugular ou subclávia) para: infusão de drogas vasoativas, medida de pressão venosa central e hidratação rápida com soluções isotônicas, hipertônicas e hemoderivados (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008; SALAZAR; DIAZ, 2011).
- Realizar a limpeza do curativo do acesso profundo com soro fisiológico 0,9%, solução de gluconato de clorexidina alcoólico a 0,5% e cobrir com gaze estéril e/ou película (HU-UFSC, 2013).
- Realizar a troca de curativo quando a cobertura estiver úmida, suja ou solta. Realizar a troca de curativo a cada 24 horas quando a cobertura for gaze estéril. Realizar a troca de curativo a cada 5 a 7 dias quando a cobertura for a película transparente (HU-UFSC, 2013).

FASE TARDIA

- Dar preferência para o acesso venoso periférico em paciente pequeno queimado sempre que possível. Providenciar um acesso venoso profundo para o paciente médio e grande queimado que deverá ser feito por via parenteral Este acesso venoso profundo deverá ser feito com um cateter de uma veia central (jugular ou subclávia) para: infusão de drogas vasoativas, medida de pressão venosa central e hidratação rápida com soluções isotônicas, hipertônicas e hemoderivados (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008; SALAZAR; DIAZ, 2011).
- Realizar a limpeza do curativo do acesso profundo com soro fisiológico 0,9%, solução de gluconato de clorexidina alcoólico a 0,5% e cobrir com gaze estéril e/ou película (HU-UFSC, 2013).
- Realizar a troca de curativo quando a cobertura estiver úmida, suja ou solta. Realizar a troca de curativo a cada 24 horas quando a cobertura for gaze estéril. Realizar a troca de curativo a cada 5 a 7 dias quando a cobertura for a película transparente (HU-UFSC, 2013).

Necessidade Psicobiológica: Segurança Física**FASE IMEDIATA****Queda**

- Verificar e avaliar o nível neurológico a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Manter o paciente restrito, caso seja necessário (SMELTZER et al, 2008).

Isolamento

- Padronizar o isolamento de acordo com a classificação da queimadura: pequeno, médio e grande queimado em consonância com a comissão de infecção hospitalar (HU-UFSC, 2013).

Fuga

- Verificar e avaliar o nível neurológico do paciente pequeno, médio e grande queimado a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

FASE INTERMEDIÁRIA**Queda**

- Verificar e avaliar o nível neurológico a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Manter o paciente restrito caso seja necessário (SMELTZER et al, 2008).

Isolamento

- Padronizar o isolamento de acordo com a classificação da queimadura: pequeno, médio e grande queimado em consonância com a comissão de infecção hospitalar (HU-UFSC, 2013).

Fuga

- Verificar e avaliar o nível neurológico do paciente pequeno, médio e grande queimado a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

FASE TARDIA**Queda**

- Verificar e avaliar o nível neurológico a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Manter o paciente restrito caso seja necessário (SMELTZER et al, 2008).

Isolamento

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

- Padronizar o isolamento de acordo com a classificação da queimadura: pequeno, médio e grande queimado, em consonância com a comissão de infecção hospitalar (HU-UFSC, 2013).

Fuga

- Verificar e avaliar o nível neurológico do paciente pequeno, médio e grande queimado a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Necessidade Psicobiológica: Meio Ambiente

FASE IMEDIATA

- Manter o paciente e o familiar cientes de todas as rotinas do setor e intervir caso necessário com os encaminhamentos (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Manter o paciente e o familiar cientes de todas as rotinas do setor e intervir caso necessário com os encaminhamentos (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008).

FASE TARDIA

- Manter o paciente e o familiar cientes de todas as rotinas do setor e intervir caso necessário com os encaminhamentos (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006; LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Necessidade Psicossocial e Psicoespiritual: Segurança Emocional

FASE IMEDIATA

- Ouvir o paciente e familiar com atenção e estimulá-los a exteriorizar suas dúvidas, queixas, medos, anseios e inseguranças (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Ouvir o paciente e familiar com atenção e estimulá-los a exteriorizar suas dúvidas, queixas, medos, anseios e inseguranças (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

FASE TARDIA

- Preparar, junto com a equipe multiprofissional, o encaminhamento para alta e o acompanhamento ambulatorial (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

Necessidade Psicossocial e Psicoespiritual: Autoimagem e Aceitação

FASE IMEDIATA

- Orientar e supervisionar o paciente para o autocuidado, promovendo a sua independência e respeitando as atuais limitações

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

ou capacidades (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Orientar e supervisionar o paciente para o autocuidado, promovendo a sua independência e respeitando as atuais limitações ou capacidades (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

FASE TARDIA

- Orientar e supervisionar o paciente para o autocuidado, promovendo a sua independência e respeitando as atuais limitações ou capacidades (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Necessidade Psicossocial e Psicoespiritual: Religiosa e Ética

FASE IMEDIATA

- Respeitar os valores culturais, as crenças e os princípios morais ou religiosos do paciente ou familiar (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Atender o paciente conforme os preceitos do Código de Deontologia de Enfermagem (COREN, 2008).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Respeitar os valores culturais, as crenças e os princípios morais ou religiosos do paciente ou familiar (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Atender o paciente conforme os preceitos do Código de Deontologia de Enfermagem (COREN, 2008).

FASE TARDIA

- Respeitar os valores culturais, as crenças e os princípios morais ou religiosos do paciente ou familiar (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Atender o paciente conforme os preceitos do Código de Deontologia de Enfermagem (COREN, 2008).

Necessidade Psicossocial e Psicoespiritual: Gregária

FASE IMEDIATA

- Promover uma abordagem do cuidado multidimensional que considere não apenas o paciente que sofreu o trauma, mas também sua família e a comunidade (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Repetir as informações quantas vezes for necessário aos familiares, pela existência da ansiedade, medo e/ou culpa (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Promover uma abordagem do cuidado multidimensional que considere não apenas o paciente que sofreu o trauma, mas também sua família e a comunidade (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

AÇÕES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS

- Identificar o membro da família mais próximo e que possivelmente atuará como elo entre a equipe e os demais membros da família (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

FASE TARDIA

- Promover uma abordagem do cuidado multidimensional que considere não apenas o paciente que sofreu o trauma, mas também sua família e a comunidade (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Identificar e orientar o membro da família mais próximo e que provavelmente atuará como cuidador após a alta hospitalar (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Necessidade Psicossocial e Psicoespiritual: Educação para a Saúde

FASE IMEDIATA

- Promover orientações sobre as rotinas do setor e limpeza das feridas (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Promover orientações sobre as rotinas do setor e limpeza das feridas (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

FASE TARDIA

- Preparar, junto com a equipe multiprofissional, o encaminhamento para alta e o acompanhamento ambulatorial (GUIMARÃES JÚNIOR, 2006).

Fonte: Informações compiladas pela autora, Florianópolis, 2014.

Quadro 13: Ações Gerenciais

AÇÕES GERENCIAIS

Provisão da Estrutura

FASE IMEDIATA

- Organizar a estrutura para o Centro de Tratamento de Queimados com: sala de recepção e espera; secretaria; copa; sanitários para pacientes ambulatoriais; sala para atendimento de urgência/emergência com sanitário, chuveiro, tanque de inox e lavabo para a equipe de saúde; vestiário de enfermagem com sanitários e chuveiros separados por sexo; sala para conforto médico com sanitário; sala para conforto de enfermagem com sanitário; posto de enfermagem; sala de serviço; sala para guarda de material e equipamentos; sala de utilidades e expurgo; almoxarifado com armário chaveado para guarda de psicotrópicos;

AÇÕES GERENCIAIS

salas de cirurgia com lavabo e vestiário; quartos com no máximo dois leitos, lavabo para a equipe de saúde, sanitário e chuveiro; quarto individual com antessala, lavabo, sanitário e chuveiro; rouparia; sala para recreação, reunião, estudos e consultório médico (PORTAL ANVISA, 2002; LIMA JÚNIOR et al, 2008).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Organizar a estrutura para o Centro de Tratamento de Queimados com: sala de recepção e espera; secretaria; copa; sanitários para pacientes ambulatoriais; sala para atendimento de urgência/emergência com sanitário, chuveiro, tanque de inox e lavabo para a equipe de saúde; vestiário de enfermagem com sanitários e chuveiros separados por sexo; sala para conforto médico com sanitário; sala para conforto de enfermagem com sanitário; posto de enfermagem; sala de serviço; sala para guarda de material e equipamentos; sala de utilidades e expurgo; almoxarifado com armário chaveado para guarda de psicotrópicos; salas de cirurgia com lavabo e vestiário; quartos com no máximo dois leitos, lavabo para a equipe de saúde, sanitário e chuveiro; quarto individual com antessala, lavabo, sanitário e chuveiro; rouparia; sala para recreação, reunião, estudos e consultório médico (PORTAL ANVISA, 2002; LIMA JÚNIOR et al, 2008).

FASE TARDIA

- Organizar a estrutura para o Centro de Tratamento de Queimados com: sala de recepção e espera; secretaria; copa; sanitários para pacientes ambulatoriais; sala para atendimento de urgência/emergência com sanitário, chuveiro, tanque de inox e lavabo para a equipe de saúde; vestiário de enfermagem com sanitários e chuveiros separados por sexo; sala para conforto médico com sanitário; sala para conforto de enfermagem com sanitário; posto de enfermagem; sala de serviço; sala para guarda de material e equipamentos; sala de utilidades e expurgo; almoxarifado com armário chaveado para guarda de psicotrópicos; salas de cirurgia com lavabo e vestiário; quartos com no máximo dois leitos, lavabo para a equipe de saúde, sanitário e chuveiro; quarto individual com antessala, lavabo, sanitário e chuveiro; rouparia; sala para recreação, reunião, estudos e consultório médico (PORTAL ANVISA, 2002; LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Provisão do Ambiente

AÇÕES GERENCIAIS

FASE IMEDIATA

- Reconhecer as normas, portarias e legislação específica sobre a climatização do ambiente. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta os parâmetros sobre a implantação e funcionamento do sistema de tratamento de ar condicionado em unidades médico-assistenciais (PORTAL ANVISA, 2002).
- Prover a utilização de telas e películas nas janelas (PORTAL ANVISA, 2002).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Reconhecer as normas, portarias e legislação específica sobre a climatização do ambiente. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta os parâmetros sobre a implantação e funcionamento do sistema de tratamento de ar condicionado em unidades médico-assistenciais (PORTAL ANVISA, 2002).
- Prover a utilização de telas e películas nas janelas (PORTAL ANVISA, 2002).

FASE TARDIA

- Reconhecer as normas, portarias e legislação específica sobre a climatização do ambiente. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta os parâmetros sobre a implantação e funcionamento do sistema de tratamento de ar condicionado em unidades médico-assistenciais (PORTAL ANVISA, 2002).
- Prover a utilização de telas e películas nas janelas (PORTAL ANVISA, 2002).

Dimensionamento do Profissional de Enfermagem

FASE IMEDIATA

- Determinar um enfermeiro, por turno de trabalho, exclusivo da unidade de internação de queimados para cada seis leitos. Um técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração nos turnos da manhã e tarde na unidade de queimados. Um técnico de enfermagem para cada quatro leitos ou fração no turno da noite na unidade de queimados ou adicionar um técnico de enfermagem

AÇÕES GERENCIAIS

para cada dois leitos ou fração para cuidados intensivos, caso seja necessário (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

- Atender a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 293/200410, que determina para o dimensionamento de pessoal, as características da instituição e do serviço de enfermagem, assim como a fundamentação legal do exercício profissional Lei Nº 7.498/8611 e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Para implementação da metodologia de cálculos, a clientela atendida deve ser qualificada segundo um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) (LIMA et al, 2011).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Determinar um enfermeiro, por turno de trabalho, exclusivo da unidade de internação de queimados para cada seis leitos. Um técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração nos turnos da manhã e tarde na unidade de queimados. Um técnico de enfermagem para cada quatro leitos ou fração no turno da noite na unidade de queimados ou adicionar um técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração para cuidados intensivos, caso seja necessário (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Atender a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 293/200410, que determina para o dimensionamento de pessoal, as características da instituição e do serviço de enfermagem, assim como a fundamentação legal do exercício profissional Lei Nº 7.498/8611 e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Para implementação da metodologia de cálculos, a clientela atendida deve ser qualificada segundo um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) (LIMA et al, 2011).

FASE TARDIA

- Determinar um enfermeiro, por turno de trabalho, exclusivo da unidade de internação de queimados para cada seis leitos. Um técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração nos turnos da manhã e tarde na unidade de queimados. Um técnico de enfermagem para cada quatro leitos ou fração no turno da noite na unidade de queimados ou adicionar um técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração para cuidados intensivos, caso seja necessário (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Atender a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 293/200410, que determina para o dimensionamento de pessoal, as características da instituição e do serviço de

AÇÕES GERENCIAIS

enfermagem, assim como a fundamentação legal do exercício profissional Lei Nº 7.498/8611 e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Para implementação da metodologia de cálculos, a clientela atendida deve ser qualificada segundo um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) (LIMA et al, 2011).

Equipe de Enfermagem

FASE IMEDIATA

- Manter as informações atualizadas com a equipe para permitir um atendimento único, a fim de evitar discrepâncias em relação ao cuidado (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Determinar uma ação de enfermagem que resulte em um processo de pensamento crítico fundamentada em literaturas atuais (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Manter as informações atualizadas com a equipe para permitir um atendimento único, a fim de evitar discrepâncias em relação ao cuidado (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Determinar uma ação de enfermagem que resulte em um processo de pensamento crítico fundamentada em literaturas atuais (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

FASE TARDIA

- Manter as informações atualizadas com a equipe para permitir um atendimento único, a fim de evitar discrepâncias em relação ao cuidado (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Determinar uma ação de enfermagem que resulte em um processo de pensamento crítico fundamentada em literaturas atuais (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

Equipe Multiprofissional

FASE IMEDIATA

- Determinar, no mínimo, uma reunião semanal com a equipe envolvida e treinamento para incentivo ao crescimento pessoal e profissional (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Recomendar que o cuidado na Fase Imediata (ações que ocorrem nas primeiras horas da queimadura até o 1º desbridamento da pele) seja realizado por uma equipe multiprofissional (ENFERMEIROS do HU-UFSC, 2012/13).

FASE INTERMEDIÁRIA

- Determinar, no mínimo, uma reunião semanal com a equipe

AÇÕES GERENCIAIS

envolvida e treinamento para incentivo ao crescimento pessoal e profissional (LIMA JÚNIOR et al, 2008).

- Recomendar que o cuidado na Fase Intermediária (ações que iniciam após o 1º desbridamento até a enxertia da pele) seja realizado por uma equipe multiprofissional (ENFERMEIROS do HU-UFSC, 2012/13).

FASE TARDIA

- Determinar, no mínimo, uma reunião semanal com a equipe envolvida e treinamento para incentivo ao crescimento pessoal e profissional (LIMA JÚNIOR et al, 2008).
- Recomendar que o cuidado na Fase Tardia (ações que iniciam após a enxertia até a regeneração total da pele) seja realizado por uma equipe multiprofissional (ENFERMEIROS do HU-UFSC, 2012/13).

Fonte: Informações compiladas pela autora, Florianópolis, 2014.

CONCLUSÕES

A utilização de *guidelines* e protocolos de cuidados tornam-se importantes instrumentos na tomada de decisão do enfermeiro, uma vez que estes instrumentos padronizam e organizam as ações de enfermagem ao paciente queimado adulto, geralmente grave e instável, necessitando de avaliação constante e efetiva.

As ações de enfermagem necessárias para compor um *guideline* de cuidados ao paciente queimado adulto foram embasadas nos contextos: assistencial, educacional e gerencial utilizando o raciocínio clínico para a elaboração e organização conforme o referencial teórico das NHB, alcançando-se desta forma o objetivo estabelecido.

A elaboração do *guideline* de cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto não contemplou neste momento as Necessidades Humanas Básicas de: sexualidade; amor; afeto; atenção; autoestima; autorrealização; liberdade; participação; comunicação; criatividade; recreação; lazer e espaço. Deste modo, torna-se indispensável promover avaliação e atualização periódicas das informações pelos enfermeiros participantes da pesquisa.

É possível afirmar que as ações de enfermagem necessárias para compor um *guideline* de cuidados ao paciente queimado adulto não demandam tecnologias complexas e também não acarretam aumento de custos para a instituição. Em razão disto, o levantamento e identificação destas ações propiciaram aos enfermeiros envolvidos a oportunidade de

repensar a prática do cuidado, relacionando o conhecimento técnico, científico e novas tecnologias com a assistência, esta última embasada na experiência e conhecimento do cotidiano.

A elaboração do *guideline* de forma coletiva e participativa estabeleceu um processo educativo no decorrer do estudo, promovendo o envolvimento dos participantes, além de oportunizar uma relação de corresponsabilidade do grupo, dimensionando o universo que engloba o cuidado ao paciente vítima de queimaduras.

Portanto, torna-se fundamental ao estudo, a recomendação de que o Centro de Tratamento de Queimados a ser inaugurado no HU-UFSC, padronize o cuidado de enfermagem em relação ao contexto assistencial, educacional e gerencial, conforme o “*Guideline* de cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto”, elaborado a partir da experiência dos enfermeiros que vivenciam o cotidiano do cuidado na instituição ao paciente queimado adulto e respaldado na literatura científica atual.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº196/96**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 07 set. 2011.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466/12**. Dispõe sobre a aprovação de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

_____. _____. **Portaria GM/MS Nº 1.273 de 21 de novembro de 2000**. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 nov. 2000a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 08 set. 2011.

_____. Sociedade Brasileira de Queimaduras. **Normatização de Atendimento ao Queimado**. São Paulo: [s.n.], 2003.

CLARK, D. E. et al. *Effectiveness of an early mobilization protocol in a trauma and burns intensive care unit: a retrospective cohort study*. **Physical Therapy**, v. 93, n. 2, p. 186-96, 2013.

COREN-SC. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Anotação da responsabilidade técnica do enfermeiro**. 2. ed. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, 2008.

DECLARAÇÃO DE *HELSINKI*. **Princípios éticos para pesquisa clínica envolvendo seres humanos**. Adotado na 18ª Assembleia Médica Mundial, Helsinki, Finlândia, Junho 1964. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/comite_etica>. Acesso em: 20 jun. 2011.

ENFERMEIROS do HU/UFSC. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Entrevistas e discussões em grupos**. Florianópolis. [s.n.], 2012/13.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; GUIMARÃES JÚNIOR, L. M. **Condutas atuais em queimaduras**. Livraria e Editora Revinter Ltda, 2011.

GRAVANTE, G. et al. *Nanocrystalline silver: a systematic review of randomized trials conducted on burned patients and an evidence-based assessment of potential advantages over older silver formulations*. **Annals of Plastic Surgery**, v. 63, n. 2, p. 201-205, 2009.

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

GUIMARÃES, P. L. et al. Evolução de queimaduras sob ação de diferentes agentes tópicos. **Perspectivas on line: Ciências Biológicas e da Saúde**. Campos dos Goytacazes, v. 7, n. 2, p.14-22, 2012.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1979. 16ª Reimpressão.

HU-UFSC. **Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Guia básico de precauções, isolamento e medidas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Florianópolis, 2012/13. Disponível em:

<http://www.hu.ufsc.br/CCIH/manual_isolamento_2012-13.pdf>.
Acesso em: 25 fev. 2014.

_____. **Recomendação cateter vascular**. Florianópolis, 2013.
Disponível em:
<http://www.hu.ufsc.br/CCIH/RECOMENDACAO_CATETER_VASCULAR.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2014.

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

LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008.

LIMA, S. M. et al. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. **Texto Contexto Enfermagem**. Jul-Set, Florianópolis, 2011, v. 20. n. 3, p. 547-556.

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

PARANHOS, W. Y. Queimaduras. In: SOUZA, R. M. C. et al. **Atuação no trauma**: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. Cap.28, p. 429-437.

PICCOLO, N. S. et al. Projeto Diretrizes. **Queimaduras**: diagnóstico e tratamento inicial. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 9 de abril de 2008. Disponível em:
<http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/083.pdf>.
Acesso em: 05 set. 2011.

_____. _____. **Queimaduras – parte II**: tratamento da Lesão. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 9 de abril de 2008a. Disponível em:
<http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/083a.pdf>.
Acesso em: 05 set. 2011.

PORTAL ANVISA. Ministério da Saúde. **Infecções do trato respiratório**: orientações para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Out. 2009. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/manual_%20trato_respirat%F3rio.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2014.

_____. _____. **Resolução Nº 50/02**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html>. Acesso em: 24 fev. 2014.

RAYMUNDO, N. T. Terapia ocupacional. In: GUIMARÃES JÚNIOR, L. M. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2006. Cap.35. p. 225-234.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. *The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol*. **Revista Latino Americana de Enfermagem [on line]**. 2012, v. 20, n. 2, p. 333-339. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200016>. Acesso em: 24 fev. 2014.

ROSSI, L. A.; DALRI, M. C. B. Atendimento de enfermagem. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap.23. p. 201-221.

SACRAMENTO, A. L. Suporte nutricional. In: GUIMARÃES JÚNIOR, L. M. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2006. Cap.8. p. 45-48.

SALAZAR, O. R.; DIAZ, Z. F. *Protocolización de la atención al paciente con quemaduras eléctricas en las primeras 24 horas*. **AMC [revista en la Internet]**, v. 15, n.3, p. 477-486, 2011.

SANTIAGO, M. A. *Guidelines e Protocolos clínicos*. **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**. Natal, 2008. Disponível em: <<http://www.avesta.com.br/tutorial/t10.1.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2013.

SMELTZER, S. C. et al. **BRUNNER&SUDDARTH**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. v. 2.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

WECHI, J. S. F. Utilização da escala de Braden no cuidado do paciente em risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão em uma clínica médica. 211p. Dissertação Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

ZAROS, A. R. Terapia nutricional no grande queimado. In: LIMA JÚNIOR, E. M. Et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo.** 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap.35. p. 319-332.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes queimados são tratados como pacientes críticos, muitas vezes instáveis, com características específicas, motivos pelos quais a padronização de ações de enfermagem poderá proporcionar menor risco e maior qualidade na assistência.

A enfermagem é uma profissão que presta assistência ao ser humano em todas as etapas de seu processo de vida e, além da organização de como fazer este cuidado, estabelece relações de interdisciplinaridade com as equipes envolvidas e os demais serviços. Para isto, os profissionais de enfermagem necessitam ter conhecimentos atualizados sobre o cuidado com o paciente queimado e uma aprendizagem contínua sobre a temática.

Refletindo sobre o objetivo inicial do estudo, de construir coletivamente com os enfermeiros um *guideline* voltado para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto de um hospital de ensino, pode-se dizer que este foi alcançado.

Salienta-se que este processo de construção coletiva propiciou aos enfermeiros uma oportunidade para repensar a prática do cuidado, relacionando as suas vivências ao conhecimento técnico, científico e às novas tecnologias para o cuidado. À medida que as ações de cuidados de enfermagem necessárias para compor o *guideline* começaram a ganhar forma, os participantes motivaram-se pela perspectiva de seu uso diante da necessidade da prática.

Este *guideline* de cuidados organizou por prioridade as ações de enfermagem ao paciente queimado adulto, tornando-se um importante instrumento para a tomada de decisão dos enfermeiros. Assim sendo, através deste será possível sistematizar o cuidado, possibilitando uma avaliação clínica e orientando as ações necessárias, evitando riscos e erros. Considera-se que este estudo foi um processo educativo coletivo efetivo, pois todos os participantes compartilharam conhecimentos e experiências, por meio das entrevistas e das discussões em grupos. Neste sentido, promoveu uma reflexão crítica da realidade, proporcionada pela construção do *guideline* de cuidados, repercutindo na transformação de suas práticas diárias.

Por outro lado, os pressupostos e os conceitos construídos com base no referencial adotado permearam todo o processo de construção do *guideline* de cuidados, uma vez que direcionaram os métodos de obtenção e análise das informações.

O referencial teórico escolhido, o das NHB, ancorou o estudo e mostrou-se adequado na medida em que norteou as ações de cuidados, fundamentando e orientando a construção deste *guideline*.

A ordenação das necessidades afetadas preconizadas pelas NHB foi imprescindível para o estabelecimento de prioridades no atendimento ao paciente queimado adulto, tornando-se um guia para ser utilizado na fase imediata, intermediária e tardia da hospitalização deste paciente. A organização sequencial das ações associada à ordenação das NHB, possibilitou aos profissionais o entendimento de cada cuidado, facilitando o aprendizado e a aquisição de novos conhecimentos.

Sendo assim, a adoção do referencial teórico e metodológico foi relevante para guiar o estudo, bem como outros aspectos que facilitaram o desenvolvimento do trabalho, tais como: a realização do estudo no local de trabalho das pessoas envolvidas; o número adequado de participantes nas entrevistas e as discussões em grupos para a execução das atividades propostas; o comprometimento e a motivação do grupo; além do ótimo entrosamento dos enfermeiros participantes, o que possibilitou uma melhor compreensão dos cuidados específicos do HU-UFSC.

Os resultados deste estudo geraram dois artigos. O primeiro contemplou uma análise dos resultados, os quais originaram três categorias: organização do cuidado e a identificação das ações de enfermagem, educação permanente e interdisciplinaridade. Os dados das discussões em grupos juntamente com as entrevistas, convergiram para o levantamento e identificação das ações de enfermagem necessárias para compor um *guideline* de cuidados ao paciente queimado adulto, elencando e organizando as ações de acordo com o contexto: assistencial, educacional e gerencial, conforme a Teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta. O segundo artigo relatou a elaboração do *guideline*, o qual empregou duas estratégias: a primeira, um estudo de abordagem qualitativa, tendo como método a PCA realizada junto aos enfermeiros que atuam na Emergência, UIC II, CC e UTI do HU-UFSC e a segunda estratégia, uma revisão narrativa e integrativa da literatura. A construção do *guideline* considerou as ações de cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto, relativos ao Contexto assistencial, educacional e gerencial na Fase Imediata, Intermediária e Tardia.

Esta pesquisa, além de ter contribuído com uma proposta para a padronização do cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto na instituição do estudo, poderá servir como um ponto de partida para

novos projetos e para a utilização de novas tecnologias no cotidiano da prática assistencial.

Foi notável a relação das referências encontradas no decorrer do estudo com as demandas advindas dos enfermeiros participantes. Assim, os problemas vivenciados por estes profissionais do HU-UFSC foram respaldados na literatura atual, ficando evidenciada a necessidade de momentos para discussão e reflexão sobre o cuidado.

Assim, sugere-se que os resultados apresentados na pesquisa possam ser apreciados pela instituição, avaliando a aplicabilidade do modelo apresentado como uma forma de padronizar o cuidado no HU-UFSC, podendo expandir-se em outras unidades hospitalares.

A fragilidade das unidades em não ter um *guideline* de cuidados de enfermagem implica numa subjetividade de opiniões individualizadas, o que gera a falta de uma aplicabilidade mais consensual dos profissionais de enfermagem em relação ao cuidado com o paciente queimado adulto. São necessárias novas pesquisas neste campo de conhecimento, principalmente para adequar e avaliar a eficácia e segurança no cuidado a estes pacientes. Sugere-se também que instituições que já tenham protocolos ou *guidelines* de cuidados compartilhem suas experiências como forma de aprendizagem para outros profissionais que atuam no cuidado ao paciente queimado adulto, a fim de que se garanta a redução das sequelas físicas e psicológicas, permitindo uma maior segurança em relação ao cuidado de enfermagem.

Espera-se também que a experiência vivenciada pelos enfermeiros represente um estímulo para a realização de novas pesquisas no sentido de repensar, modificar, aprimorar e instrumentalizar a enfermagem em relação ao cuidado ao paciente queimado.

Por fim, este estudo demonstra que o cuidado de enfermagem necessita de ferramentas como: *guidelines*, protocolos, manuais e ações que possam nortear os profissionais de enfermagem e garantir uma assistência diferenciada e com qualidade ao paciente queimado.

REFERÊNCIAS

ABREU, L. O. et al. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.2, n.58, p. 203-207, março-abril, 2005.

AMERICAN BURN ASSOCIATION. *Guidelines for the operation of burn units*. Disponível em: <<http://www.ameriburn.org/pub/guidelines.ops.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2012.

ATLS. *Advanced trauma life support for doctors: manuals for coordinators and faculty*. 8. ed. Chicago, IL: American College of Surgeons, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2011. 223 p.

Beauty Face Beauty Price. Disponível em <<http://www.beautyfacebeautyprice.com/a-nossa-pele-2/>>. Acesso em 15 mai. 2014.

BORGES, E. L.; OLIVEIRA; M. C. G. Educação em saúde. In: DOMANSKY, R. C; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012. Cap.8, p. 224-250.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 196/96**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 07 set. 2011.

_____. _____. **Portaria GM/MS N° 1.273 de 21 de novembro de 2000**. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 nov. 2000a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 08 set. 2011.

_____. _____. **Portaria GM/MS N° 1.274 de 22 de novembro de 2000**. Exclui alguns procedimentos da Tabela do SIH-SUS e SAI-SUS,

bem como inclui outros procedimentos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 fev. 2000b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 08 set. 2011.

_____. _____. Sociedade Brasileira de Queimaduras. **Normatização de Atendimento ao Queimado**. São Paulo: [s.n.], 2003.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009.

_____. _____. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília, DF, p.09- 40, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 mai. 2011.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 466/12**. Dispõe sobre a aprovação de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

_____. _____. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Diário Oficial [da] República Federal do Brasil, Brasília, DF, Série A. DATA/SUS. Normas e Manuais Técnicos. Ano 2012b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 13 dez. 2012.

CAMPOS, D. L. P. et al. Uso de curativo com prata nanocristalina sobre enxerto em malha em queimaduras colonizadas por cepas multirresistentes. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.24, n. 4, p. 471-478, 2009.

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

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. Abordagens teóricas da comunicação humana e sua aplicação na enfermagem. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C.; ARANTES, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. O grande queimado. In: MENEZES, E. L. M.; SILVA, M. J. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

CLARK, D. E. et al. *Effectiveness of an early mobilization protocol in a trauma and burns intensive care unit: a retrospective cohort study*. **Physical Therapy**, v. 93, n. 2, p. 186-96, 2013.

COREN-SC. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Anotação da responsabilidade técnica do enfermeiro**. 2. ed. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, 2008.

COSTA, C. L. B. Sistema de guideline para atendimento primário em comunidades carentes. **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**. Natal, 2008. Disponível em: <<http://www.avesta.com.br/anais/dados/trabalhos/310.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2013.

CUNHA, N. T.; TOCANTINS, R. F. Insuficiência renal aguda e queimadura. In: JÚNIOR, L. M. G. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2006. Cap.12, p.71-76.

DASSIE, T. D.; ALVES, E. O. N. M. Centro de tratamento de queimados: perfil epidemiológico de crianças internadas em um hospital escola. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 10, n.1, p.10-14, 2011.

DECLARAÇÃO DE *HELSINKI*. **Princípios éticos para pesquisa clínica envolvendo seres humanos**. Adotado na 18ª Assembleia Médica Mundial, Helsinki, Finlândia, Junho 1964. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/comite_etica>. Acesso em: 20 jun. 2011.

DIAS, M. A. T. et al. Cuidados de enfermagem à vítima de queimadura por descarga elétrica: enfocando os diagnósticos de enfermagem. **Revista Nursing**. São Paulo, v. 93, n. 9, fev. 2006.

DOMANSKY, R. C. Elaboração de protocolos. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele:**

recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012. Cap.7, p. 187-223.

ENFERMEIROS do HU-UFSC. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Entrevistas e discussões em grupos**. Florianópolis. [s.n.], 2012/13.

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.

_____. Fisiopatologia da queimadura. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008, p. 57-65.

GILSON JÚNIOR, F. P.; VIEIRA, A. C. P.; ALVES, G. M. G. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós-alta hospitalar. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 9, n. 4, p. 140-145, 2010.

GOMES, D. R. Fisiopatologia. In: JÚNIOR, L. M. G. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2006. Cap. 4, p. 19-24.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; GUIMARÃES JÚNIOR, L. M. **Condutas atuais em queimaduras**. Livraria e Editora Revinter Ltda, 2011.

GRAVANTE, G. et al. *Nanocrystalline silver: a systematic review of randomized trials conducted on burned patients and an evidence-based assessment of potential advantages over older silver formulations*. **Annals of Plastic Surgery**, v. 63, n. 2, p. 201-205, 2009.

GUES, Á. A. M.; MONTORO, C. H; GONZÁLEZ, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 42-49, 2010.

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

_____; PORTES, R. Enxertia cutânea. In: JÚNIOR, L. M. G. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico.** Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2006. Cap. 24, p. 149-156.

GUIMARÃES, P. L. et al. Evolução de queimaduras sob ação de diferentes agentes tópicos. **Perspectivas on line: Ciências Biológicas e da Saúde.** Campos dos Goytacazes, v. 7, n. 2, p.14-22, 2012.

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.

HAUSMANN, M.; PEDRUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis: v. 18, n.2, p. 258-65, abr/jun. 2009.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** v. 11, n. 1, p.188-193, 2009. Disponível em:
<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/1a24.htm>>. Acesso em: 01 abr. 2011.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1979. 16ª Reimpressão.

HU-UFSC. **Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.** Disponível em:
<<http://www.hu.ufsc.br/Enfermagem/historico.php>>. Acesso em: jul. 2012.

_____. **Recomendação cateter vascular.** Florianópolis, 2013. Disponível em:
<http://www.hu.ufsc.br/CCIH/RECOMENDACAO_CATETER_VASCULAR.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2014.

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

JOSÉ, F. **Tratamento fisioterapêutico para queimadura**. FísioFabrini blogspot. [S.l.], 16 maio 2011. Disponível em: <<http://fisiofabrini.blogspot.com.br/2011/05/tratamento-fisioterapeutico-para.html>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

LEONARDI, D. F.; PEREIRA, M. J. L.; SALVATO, R. Substitutos cutâneos. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap. 51, p. 431-450.

LESSA FILHO, R. D. S.; MENEZES, H. Epidemiologia do enxerto de pele ou transplante cutâneo. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap. 52, p. 451-458.

LEVINE, N. S. et al. *Comparison of coarse mesh gauze with biologic dressings on granulating wounds*. *American Journal of Surgery*, v. 131, n. 6, p. 727-729, 1976.

LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008.

_____; PICCOLO, N. S.; NOVAES, F. N. Escarotomia, fasciotomia e abertura do túnel do carpo. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap. 46, p. 397-403.

LIMA, S. M. et al. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. **Texto Contexto Enfermagem**. Jul-Set, Florianópolis, 2011, v. 20. n. 3, p. 547-556.

LOCH, A. Z. Princípios da Bioética. In: KIPPER, D. J. (Org.). **Uma Introdução à bioética**. Temas de Pediatria Nestlé, n. 73, 2002. p. 12-19. Disponível em: <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/.../Principios/...>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

LOPES JÚNIOR, S. L. C.; PRESTES, M. A. Gravidade da lesão e indicadores para internação hospitalar. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap. 4, p.49-52.

MARTINS, A. Hospital Universitário de Florianópolis terá nova ala para vítimas de queimaduras apenas em 2012. **Diário Catarinense**. Florianópolis, 29 ago. 2011. Disponível em: <<http://www.clicrbs.com.br>>. Acesso em: 28 abr. 2012.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual**: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. Projeto de Pesquisa. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem**: possibilidades e limites. 2002. 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

_____; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 863-869, junho, 2009.

_____; _____; GELBCKE, F. L. Implicações da interdisciplinaridade na organização do trabalho da enfermagem: estudo em equipe de cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 230-239, abril/junho, 2012.

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

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, 2012. Cap.2, p. 9-41.

OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K. F. A; GONÇALVES, T. A. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v.11, n.1, p. 31-37, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.who.int/publications/guidelines/en/index.html>>. Acesso em: 02 mai. 2012.

PARANHOS, W. Y. Queimaduras. In: SOUZA, R. M. C. et al. **Atuação no trauma**: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. Cap.28, p. 429-437.

PHTLS. *PRE-HOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT*. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**: básico e avançado. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

PICCOLO, N. S. et al. Projeto Diretrizes. **Queimaduras**: diagnóstico e tratamento inicial. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 9 de abril de 2008. Disponível em:
<http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/083.pdf>.
Acesso em: 05 set. 2011.

_____. _____. **Queimaduras – Parte II**: tratamento da Lesão. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 9 de abril de 2008a. Disponível em:
<http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/083a.pdf>.
Acesso em: 05 set. 2011.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume; 2008.

PORTAL ANVISA. Ministério da Saúde. **Resolução N° 46/02**. Disponível em:
<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/assunto+de+interesse/noticias/restricao+ao+alcohol+liquido+de+maior+potencial+inflamavel+esta+em+vigor>>. Acesso em: 08 ago. 2013.

_____. _____. **Resolução N° 50/02**. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html>. Acesso em: 24 fev. 2014.

_____. _____. Ministério da Saúde. **Infecções do trato respiratório**: orientações para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Out. 2009. Disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/servicosade/control/manual_%20trato_respirat%F3rio.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2014.

RAYMUNDO, N. T. Terapia ocupacional. In: GUIMARÃES JÚNIOR, L. M. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2006. Cap.35. p. 225-234.

RODRIGUES, J. M. C.; VANIN G. D. M.; NASI, L. A. O perfil fonoaudiológico do paciente portador de queimaduras de cabeça e pescoço internado no hospital de pronto socorro de Porto Alegre/RS. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 9, n. 3, p. 14-20, 2010.

RODRIGUES JÚNIOR, M.; KNOBEL, E.; FERNANDES JÚNIOR, C. J. Insuficiência respiratória aguda no paciente queimado. In: JÚNIOR, L. M. G. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2006. Cap. 11, p. 67-70.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. *The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol*. **Revista Latino Americana de Enfermagem [on line]**. 2012, v. 20, n. 2, p. 333-339. ISSN 0104-1169. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200016>>. Acesso em: 24 fev. 2014.

ROSSI, L. A. et al. A dor da queimadura: terrível para quem sente estressante para quem cuida. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 18-26, jul. 2000.

_____; DALRI, M. C. B. Atendimento de enfermagem. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap.23. p. 201-221.

ROTINAS e Protocolos do CTQ Dr. Oscar Plaisant. In: GUIMARÃES JÚNIOR, L. M. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2006. p. 257-277.

SACRAMENTO, A. L. Suporte nutricional. In: GUIMARÃES JÚNIOR, L. M. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2006. Cap.8. p. 45-48.

SALAZAR, O. R.; DIAZ, Z. F. *Protocolización de la atención al paciente con quemaduras eléctricas en las primeras 24 horas*. **AMC [revista en la Internet]**, v. 15, n.3, p. 477-486, 2011.

SALLUM, A. M. C.; PARANHOS, W. Y. Queimaduras. In: PARANHOS, W. Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

SANTIAGO, M. A. *Guidelines e Protocolos clínicos*. **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**. Natal, 2008. Disponível em: <<http://www.avesta.com.br/tutorial/t10.1.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2013.

SIE-HU. **Sistema de informatização e estatística do HU/UFSC**. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa e m saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a14.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2012.

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. 9, n. 2, p. 60-65, 2010.

SMELTZER, S. C. et al. **BRUNNER& SUDDARTH**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. v. 2.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C.; ARANTES, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

YOZO, R. Y. K. **100 jogos para grupos**: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. São Paulo: Ágora, 1996.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano**: o resgate necessário. Porto Alegre. Ed. Sagra Luzzatto, 1999.

WECHI, J. S. F. **Utilização da escala de Braden no cuidado do paciente em risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão em uma clínica médica.** 211p. Dissertação Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

ZAROS, A. R. Terapia nutricional no grande queimado. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo.** 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap.35. p. 319-332.

APÊNDICES

Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM -
 GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, da pesquisa intitulada “*Guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto: uma construção coletiva”. Este documento contém informações sobre o estudo em questão que será realizado.

No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, não havendo prejuízo em sua relação com a pesquisadora e/ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora, podendo retirar dúvidas do projeto e de sua participação a qualquer momento do processo. É uma pesquisa para a obtenção do título de Mestre, orientada pela Prof. Dra. Lúcia Nazareth Amante e realizado pela mestrandia Fabiana Minati de Pinho do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Eu, _____
 _____, portador da carteira de identidade, RG N°:
 _____, concordo de livre e espontânea vontade na participação como voluntária(o) da atividade mencionada. Declaro que li as informações contidas neste documento, bem como, obtive todas as informações necessárias, estando ciente que: O estudo tem como pergunta de pesquisa: Quais as ações necessárias para compor um *guideline* de cuidados de enfermagem ao paciente adulto vítima de queimaduras identificadas pelos enfermeiros da Emergência, Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC II), Centro Cirúrgico (CC) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HU-UFSC?

A pesquisa será realizada junto aos enfermeiros os quais terão a oportunidade de participar da elaboração de estratégias de ação dos cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto, contribuindo para uma futura padronização em relação a estes cuidados na instituição.

O caminho metodológico escolhido é a Pesquisa Convergente Assistencial pelo fato de que o estudo será desenvolvido onde o

problema está contextualizado com a participação ativa dos enfermeiros das unidades selecionadas para o estudo.

Para participarem como sujeitos neste estudo serão convidados todos os enfermeiros que estão lotados nas unidades do estudo, enfatizando que na primeira etapa da coleta de dados esta contribuição será de fundamental importância para a segunda etapa. No entanto, a presença de todos na segunda etapa não é necessariamente indispensável.

A pesquisa será desenvolvida no HU-UFSC, nas unidades da Emergência, UIC II, CC e UTI.

No transcorrer do estudo o participante poderá retirar dúvidas e/ou esclarecimentos com a enfermeira pesquisadora, mestrande e responsável Fabiana Minati de Pinho.

Tenho a liberdade de não participar e/ou interromper a qualquer momento durante o processo a colaboração neste estudo, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. As informações contidas neste estudo serão mantidas em sigilo e, em caso de divulgações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.

Concordo e autorizo que sejam utilizados métodos alternativos para os procedimentos propostos, como por exemplo: gravação de voz e fotografias. Concordo ainda, que o material e informações obtidos relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, palestras e/ou periódicos científicos.

Portanto, declaro que após ser esclarecido, desejo voluntariamente participar da pesquisa e assino este presente documento em duas vias. Declaro ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA

Florianópolis, ____/____/_____.

NOME E ASSINATURA DO SUJEITO

(Nome por extenso)

(Assinatura)

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Lúcia Nazareth Amante, Dra.
ENDEREÇO: Rua. Desembargador Pedro Silva, 3162 – apartamento 210 – Itaguaçu – Florianópolis/SC – CEP. 88080-701.
TELEFONE: (0xx48) 3879-0242.

MESTRANDA DO MESTRADO PROFISSIONAL: Fabiana Minati de Pinho
ENDEREÇO: Av. Adolfo Konder, 251 – apartamento 604 – Campinas – São José/SC – CEP. 88101-400.
TELEFONE: (0xx48) 91539270

Assinatura dos Pesquisadores Responsáveis

Dra. Lúcia Nazareth Amante

Fabiana Minati de Pinho

Apêndice 2: Entrevista Semiestruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM –
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação Profissional:

Tempo de Serviço na Saúde e no HU:

Unidade de Atuação e Tempo de Serviço:

Experiência Relacionada com Queimaduras:

2. DADOS REFERENTES AO TEMA

Como você define uma ação de enfermagem?

Como são realizados os cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto no HU-UFSC?

Quais as ações necessárias para compor um *guideline* de cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto no HU-UFSC?

ANEXOS

Anexo 1: Projeto Diretrizes – Queimaduras (Parte I)

| |
|---|
| <p>Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina</p> <hr/> <p style="text-align: right;">Queimaduras: Diagnóstico e Tratamento Inicial</p> <p style="text-align: center;"><i>Autoria: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica</i></p> <hr/> <p>Elaboração Final: 9 de abril de 2008</p> <p>Participantes: Piccolo NS, Serra MCVF, Leonardi DF, Lima Jr EM, Novaes FN, Correa MD, Cunha LR, Amaral CER, Prestes MA, Cunha SR, Piccolo MT</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><small><i>O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo consultar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica da mídia, responsáveis pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.</i></small></p> <hr/> <p style="text-align: right;">1</p> <p style="text-align: center;">AMB C-FM</p> |
|---|

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Revisão da literatura.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:

A primeira parte da diretriz sobre queimaduras apresenta as definições conceituais, como diagnosticar a extensão, profundidade, complexidade das lesões, e termina com as orientações para o atendimento inicial do paciente queimado. A segunda parte da diretriz apresenta as opções de tratamento das lesões do paciente queimado e os procedimentos reconstrotores.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

DEFINIÇÃO

Queimaduras são lesões dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica resultante da exposição ou contato com chamas, líquidos quentes, superfícies quentes, eletricidade, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção¹⁻⁴(D).

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO^{1-4,5}(D)

- Queimaduras térmicas;
- Queimaduras químicas;
- Queimaduras elétricas;
- Queimaduras por radiação;
- Queimaduras por atrito;
- Outras.

DIAGNÓSTICO QUANTO À PROFUNDIDADE^{1,5}(D)

O Quadro 1 apresenta a classificação das queimaduras de acordo com a profundidade.

Quadro 1

Classificação das queimaduras de acordo com a profundidade

| Grau | Profundidade | Sinais |
|----------|-------------------------------------|-----------------|
| Primeiro | Lesões apenas da Epiderme | Eritema |
| Segundo | Lesões da Epiderme e parte da Derme | Eritema + Bolha |
| Terceiro | Lesões da Epiderme e da Derme | Branca Nacarada |

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

- Queimaduras de espessura parcial superficial são aquelas de primeiro grau e/ou de segundo grau superficial;
- Queimaduras de espessura parcial profunda são aquelas de segundo grau profundo;
- Queimaduras de espessura total são aquelas do terceiro grau.

DIAGNÓSTICO QUANTO À SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA²(C)^{2,5,6}(D)

DIAGNÓSTICO QUANTO À COMPLEXIDADE DAS QUEIMADURAS^{2,5,6,6,9}(D)

Pequeno Queimado ou Queimado de Pequena Gravidade

Considere-se como queimado de pequena gravidade o paciente com:

Diagrama da superfície corporal queimada (adaptação do esquema de Lund-Browder)

| Paciente: | Ent: | | | | Leito: | | | |
|--------------------|-------|-------|-------|---------|--------|---------|---------|-------|
| Área | 0 a 1 | 1 a 4 | 5 a 9 | 10 a 14 | Adulto | 2º Grau | 3º Grau | Total |
| Cabeça | | | | | | | | |
| Pescoço | | | | | | | | |
| Tronco Anterior | | | | | | | | |
| Tronco Posterior | | | | | | | | |
| Braço Direito | | | | | | | | |
| Antebraço Direito | | | | | | | | |
| Mão Direita | | | | | | | | |
| Braço Esquerdo | | | | | | | | |
| Antebraço Esquerdo | | | | | | | | |
| Genitália | | | | | | | | |
| Nádega Direita | | | | | | | | |
| Nádega Esquerda | | | | | | | | |
| Coxa Direita | | | | | | | | |
| Perna Direita | | | | | | | | |
| Pé Direito | | | | | | | | |
| Coxa Esquerda | | | | | | | | |
| Perna Esquerda | | | | | | | | |
| Coxa Esquerda | | | | | | | | |
| Perna Esquerda | | | | | | | | |
| Total: | | | | | | | | |

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

Regra dos nove para calcular a superfície corporal queimada para ser usada apenas no pronto atendimento^(D).

| Paciente: | Enf.: | | Leito: | | |
|--------------------------|--------|------------------------|---------|---------|------------------------|
| Área | Adulto | Criança até 9 anos | 2º Grau | 3º Grau | Total da Área Queimada |
| Cabeça e Pescoço | 9% | 18% - idade em anos | | | |
| Membro Superior Direito | 9% | 9,0% | | | |
| Membro Superior Esquerdo | 9% | 9,0% | | | |
| Tronco Anterior | 18% | 18,0% | | | |
| Tronco Posterior | 18% | 18,0% | | | |
| Genitália | 1% | | | | |
| Coxa Direita | 9% | 7% + 1/4 idade em anos | | | |
| Coxa Esquerda | 9% | 7% + 1/4 idade em anos | | | |
| Perna e Pê Direitos | 9% | 7% + 1/4 idade em anos | | | |
| Perna e Pê Esquerdos | 9% | 7% + 1/4 idade em anos | | | |
| Total da Área Queimada | | | | | |

Figura 1

Classificação das queimaduras de acordo com a profundidade

EXTENSÃO



Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

- queimaduras de primeiro grau em qualquer extensão, em qualquer idade e/ou;
- queimaduras de segundo grau com área corporal atingida até 5% em crianças menores de 12 anos, ou;
- queimaduras de segundo grau com área corporal atingida até 10% em maiores de 12 anos.

Médio Queimado ou Queimado de Média Gravidade

Considera-se como queimado de média gravidade o paciente com:

- queimaduras de segundo grau com área corporal atingida entre 5% a 15% em menores de 12 anos, ou;
- queimaduras de segundo grau com área corporal atingida entre 10% a 20% em maiores de 12 anos, ou;
- qualquer queimadura de segundo grau envolvendo mão ou pé ou face ou pescoço ou axila ou grande articulação (axila ou cotovelo ou punho ou coxo-femoral ou joelho ou tornozelo), em qualquer idade;
- queimaduras que não envolvam face ou mão ou perâneo ou pé, de terceiro grau com até 5% da área corporal atingida em crianças até 12 anos, ou;
- queimaduras que não envolvam face ou mão ou perâneo ou pé, de terceiro grau com até 10% da área corporal atingida em maiores de 12 anos.

Grande Queimado ou Queimado de Grande Gravidade

Considera-se como queimado de grande gravidade o paciente com:

- queimaduras de segundo grau com área corporal atingida maior do que 15% em menores de 12 anos, ou;
- queimaduras de segundo grau com área corporal atingida maior do que 20% em maiores de 12 anos, ou;
- queimaduras de terceiro grau com área corporal atingida maior do que 5% em menores de 12 anos, ou;
- queimaduras de terceiro grau com área corporal atingida maior do que 10% em maiores de 12 anos, ou;
- queimaduras de segundo ou terceiro grau atingindo o perâneo, em qualquer idade, ou;
- queimaduras de terceiro grau atingindo mão ou pé ou face ou pescoço ou axila, em qualquer idade, ou;
- queimaduras por corrente elétrica.

Observação: Será igualmente considerado grande queimado ou queimado de grande gravidade, o paciente que for vítima de queimaduras de qualquer extensão que tenha associada a esta queimadura uma ou mais das seguintes situações:

- lesão inalatória;

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

- politrauma;
 - fratura óssea em qualquer localização;
 - trauma craniano (diagnosticado por exames radiológicos ou por quadro clínico);
 - choque de qualquer origem;
 - insuficiência renal;
 - insuficiência cardíaca;
 - insuficiência hepática;
 - diabetes;
 - distúrbios da coagulação e hemostasia;
 - embolia pulmonar;
 - infarto agudo do miocárdio;
 - quadros infecciosos graves decorrentes ou não da queimadura (que necessitem antibioticoterapia venosa);
 - síndrome compartimental ou do túnel do carpo, associada ou não à queimadura;
 - doenças consuptivas, ou;
 - qualquer outra afecção que possa ser fator de complicação à lesão ou ao quadro clínico da queimadura.
- queimaduras de segundo grau (espessura parcial) com área corporal atingida superior a 10% da superfície corporal, em qualquer idade;
 - queimaduras que envolvam a face ou mão ou pé ou genitália ou perineo ou pescoço ou grande articulação (axila ou cotovelo ou punho ou coxo-femoral ou joelho ou tornozelo), em qualquer idade;
 - queimaduras de terceiro grau, em qualquer idade;
 - queimaduras causadas por eletricidade, inclusive aquelas causadas por raio, em qualquer idade;
 - queimaduras químicas, em qualquer idade;
 - lesão por inalação, em qualquer idade;
 - queimadura em pacientes, em qualquer idade, com problemas médicos preexistentes ou não, que poderiam complicar os cuidados, prolongar a recuperação ou influenciar a mortalidade;
 - qualquer paciente com queimaduras e trauma concomitante (por exemplo, fraturas) no qual a queimadura apresenta maior risco de morbidade ou mortalidade. Em casos em que o trauma apresenta o risco imediato maior, o paciente pode ser inicialmente estabilizado em um centro traumatológico antes de ser transferido para um centro de queimados. A decisão do médico do primeiro atendimento será necessária em tais situações e deve estar de acordo com o plano regional e os protocolos de triagem;

TRIAGEM DAS QUEIMADURAS¹⁰(C)^{3,11,12}(D)

Queimaduras que devem ser encaminhadas a um centro especializado de queimados:

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

- crianças queimadas sendo tratadas em hospital sem pessoal qualificado ou equipamentos para o cuidado do caso.

A internação está indicada nos seguintes tipos de queimaduras²(D):

- lesão de terceiro grau atingindo mais de 2% de superfície corporal em menores de 12 anos e mais de 5% de superfície corporal em maiores de 12 anos;
- lesão de segundo grau atingindo área superior a 10% em menores de 12 anos e superior a 15% em maiores de 12 anos;
- queimaduras de face ou pé ou mão ou pescoço;
- queimaduras de região perineal ou genitália;
- queimadura circunferencial de extremidade ou do tórax;
- queimaduras por descarga elétrica;
- inalação de fumaça ou lesões das vias aéreas;
- queimaduras menores concomitantes a outros importantes traumas ou a doenças preexistentes que possam vir a agravar o quadro;

Observação 1: também devem ser encaminhados a um centro de tratamento de queimados, pacientes com necrólise epidérmica tóxica.

Observação 2: a internação na UTI está indicada, entre outros, nos seguintes casos:

- pacientes queimados, na fase aguda, com superfície corporal queimada igual ou maior que 20%, em menores de 12 anos;
- pacientes queimados, na fase aguda, com superfície corporal queimada igual ou maior que 30%, em maiores de 12 anos;
- pacientes, com qualquer idade, com suspeita ou diagnóstico de inalação de fumaça.

TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS¹³⁻¹⁵(C)^{1,2,5,16-27}(D)

PRIMEIRO ATENDIMENTO DO PACIENTE QUEIMADO

Exame Básico

- A – As Vias Aéreas?
- B – Boa respiração?
- C – Condição da Circulação? Condição da Coluna Cervical? Conter com Colar? Condição Cardíaca?
- D – Dificuldades? Disfunções?
- E – Expor e Examinar

Histórico Médico (mnemônico "ARDEU?")

- A – Alergias?
- R – Remédios?
- D – Doenças prévias, Doenças atuais, Data da última menstruação (gravidez?)

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

- E – Eventos relacionados com a lesão?
- U – Última refeição?

Cuidados Imediatos

- Parar o processo da queimadura;
- Lavar com água corrente até a dor passar;
- Proteger com tecido seco, estéril ou limpo.

Cuidados Iniciais

- Remoção de roupas queimadas ou intactas nas áreas da queimadura;
- Avaliação clínica completa e registro do agente causador da extensão e da profundidade da queimadura;
- História médica progressa, como alergias ou doenças prévias;
- Pesquisar maus tratos nas crianças;
- Pesquisar história de queda ou trauma associado;
- Profilaxia de tétano;
- Triagem – internação ou marcar retorno (no caso de pacientes tratados ambulatorialmente, prescrever analgésicos orais).

Cuidados Locais

- Remoção de contaminantes ou medicamentos caseiros;

- Limpeza local (se necessário) com sabão neutro ou glicerinado, sabão de coco ou sabão líquido e lavagem abundante com água corrente;

- Verificar lesões de córnea com colírio de fluoresceína;

- Resfriar agentes aderentes (por exemplo picho) com água corrente, mas não tentar a remoção imediata;

- Em casos de queimaduras por agentes químicos, irrigar abundantemente com água corrente de baixo fluxo (após retirar o excesso do agente químico em pó, se for o caso), por pelo menos 20 a 30 minutos;

- Não aplicar agentes neutralizantes, pois a reação é exotérmica, podendo agravar a queimadura;

- Após a limpeza das lesões, os curativos deverão ser realizados com tópicos de escolha, seguido de curativo estéril, de acordo com a rotina do serviço;

- Utilizar preferencialmente curativos oclusivos, exceto em lesões de orelha ou períneo.

QUEIMADURAS EM ÁREAS ESPECIAIS

- Orelhas: utilizar curativos por exposição e evitar a pressão excessiva para prevenir a condrite;

- Olhos: as córneas com suspeita de queimadura devem ser coradas com

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

fluoresceína para confirmação do diagnóstico. As queimaduras corneanas superficiais devem ser tratadas com irrigação vigorosa, pomada oftálmica-antibiótica e vedação ocular. Em todas as lesões diagnosticadas e naquelas quando o teste diagnóstico não pode ser feito ou é dúbio, solicitar avaliação do oftalmologista. Não ocluir se o agente lesivo for álcali;

- Mãos: as mãos devem ficar elevadas por 24h a 48h após a queimadura, para minimizar o edema. Os pacientes com queimaduras circunferenciais das mãos podem necessitar de hospitalização para observação de uma circulação adequada. Os exercícios para amplitude de movimento terão que começar logo que possível após o acidente;
- Pés: as queimaduras dos pés são dolorosas, porém a marcha e os exercícios para amplitude de movimento terão que ser encorajados. Os pés queimados terão que ficar elevados quando o paciente não estiver andando ou exercitando-se;
- Períneo: as queimaduras perineais costumam exigir hospitalização, pelo alto risco de complicações, como infecção ou obstrução urinária. Utilizar, preferencialmente, curativos por exposição.

CONDUTA NA INTERNAÇÃO

- Crianças com áreas acima de 10%: sonda vesical e nasogástrica.
- Adultos com áreas acima de 25%: sonda vesical e nasogástrica.

DIURESE

A diurese deve ser controlada de hora em hora (medida e suas características descritas – clara, límpida, turva, hemorrágica, hemoglobinúria, etc), mesmo quando se decidir contra o uso de sonda vesical (controle feito quando ocorre a eliminação voluntária).

Durante a fase de ressuscitação, deve ser de 0,5 ml/kg/h em crianças maiores de 12 anos e de 1ml/kg/h em crianças menores de 12 anos.

ALIMENTAÇÃO

A alimentação via oral ou via tubo terá início imediatamente após a internação:

Critérios para a instituição do suporte nutricional enteral (via oral ou via sonda nasogástrica), no paciente queimado:

- Adulto com queimaduras em áreas superiores a 20% e criança com área queimada superior a 15%;
- Necessidade de suporte ventilatório;
- Múltiplas intervenções cirúrgicas;
- Estado nutricional comprometido anterior à queimadura;
- Perda de peso superior a 10% durante o tratamento;
- Idosos com mais de 20% de área corporal queimada;
- Traumatismo cranioencefálico – lesões faciais graves – incapacidade de deglutição;

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

- Sempre que as condições clínicas demonstrarem necessidade.

Quando utilizar alimentação via sonda nasogástrica, dar preferência ao uso de bombas de infusão (se disponíveis), correndo lentamente, ao invés de alimentação com infusões do volume horário, "em bolo", evitando plenitude e não interferindo na alimentação via oral.

REPOSIÇÃO HIDRO-ELETROLÍTICA

As perdas dependem da superfície corporal atingida, profundidade das lesões, função respiratória, temperatura ambiente, umidade relativa e temperatura corporal.

NA INTERNAÇÃO

Cateterizar preferencialmente a veia periférica de grosso calibre e calcular reposição inicial:

- Pela fórmula de Parkland: 4 ml/kg de peso corporal/% superfície corporal queimada, de Ringer com lactato. Sendo que, para fins de cálculo inicial, programa-se que a metade deste volume deva ser infundida nas primeiras 8 horas após a queimadura;
- Grande queimado adulto: iniciar 2.000 ml de Ringer com lactato para correr rápido (menos de 30 minutos);
- Grande queimado criança: iniciar 20 ml/kg para correr em 20 minutos.

Independentemente do esquema inicial escolhido, deve-se observar diurese a partir da primeira hora, e controlar a hidratação para que

se obtenha 0,5 ml/kg/h ou 30-50ml em adultos e 1ml/kg/h em crianças.

Se houver hematúria ou hemoglobinúria, deve-se estimular a diurese para grandes volumes (2ml/kg/h em menores de 12 anos e 70ml/h a 120ml/h em maiores de 12 anos), inclusive com o uso de diuréticos osmóticos. Nos casos de queimaduras elétricas, infundir 12,5 gramas de manitol para cada litro de Ringer com lactato infundido.

Não usar colóides nas primeiras 24 horas pós-queimadura.

TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA E DE HEMODERIVADOS

Solicitar concentrado de hemácias (10ml/kg) se hemoglobina < 8 g/dl ou hematócrito < 25, em crianças acima de 10% e adultos acima de 20% de superfície corporal queimada.

Transfundir concentrado de hemácias a pacientes que serão submetidos a excisão e/ou enxertia, visando estabelecer hematócrito > 25.

Se albumina < 3g/dl, prescrever albumina humana em crianças acima de 10% e adultos acima de 20% de superfície corporal queimada. Seguir laboratorialmente e prescrever albumina na quantidade necessária para manter o nível sérico igual ou maior que 3g/dl.

ANTIBIOTICOTERAPIA

Após fase aguda de ressuscitação, se o paciente apresentar temperatura superior a 39°C, avaliada a situação e o aspecto da lesão e os exames laboratoriais, pode-se eleger entrar com

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

antibiótico na suspeita ou no diagnóstico de uma infecção. A conduta fica à escolha de cada serviço de infectologia, no centro de queimados onde o paciente está sendo tratado. Não se deve utilizar antibiótico profilático^{26,29}(B)³⁰⁻³²(C)³³⁻³⁸(D).

ANALGESIA

Analgesia com o medicamento e dose necessários para tirar a dor do paciente. Podem ser utilizados não narcóticos e narcóticos venosos de ação imediata, conforme a rotina do serviço.

PRESCRIÇÃO – ITENS GERAIS

- Incluir sempre polivitamínicos e vitamina C de infusão contínua na prescrição;
- Não esquecer de solicitar e prescrever medicação específica, caso o paciente faça uso por problemas prévios e/ou concomitantes.

EXAMES

- Pedir exames como rotina diariamente – hemograma, eletrólitos, proteinograma, coagulograma, ureia, creatinina, glicemia de jejum, urina tipo I. Pedir exames específicos quando houver alguma indicação;
- Solicitar radiografia do tórax diariamente para os pacientes da UTI e, conforme avaliação clínica, para os outros pacientes internos.

CONTROLES

- Paciente internado deve ser pesado diariamente;
- Solicitar hemoglicoteste de 3 em 3 horas em pacientes diabéticos (e na UTI) e controle de pressão arterial de 3 em 3 horas em pacientes hipertensos.

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

REFERÊNCIAS

1. Artz CP, Moncrief JA, Pruitt BA. Burns: a team approach. Philadelphia: WB Saunders;1979. p.583.
2. American Burn Association. Advanced burn life support course provider's manual. Chicago:American Burn Association;2005.
3. Demling RH. Fluid replacement in burned patients. *Surg Clin North Am* 1987;67:15-30.
4. Gomes DR, Serra MCVF, Pellon MA. Queimaduras. 1ª ed. Rio de Janeiro:Revinter;1995.
5. Gomes DR, Serra MCVF, Macieira L Jr. Condutas atuais em queimaduras. Rio de Janeiro:Revinter;2001.
6. Muir IFK, Barclay TL, Settle JAD. Burns and their treatment. 3ª ed. London:Butterworth;1987.
7. Ono I, Tateshita T. Reconstruction of a full-thickness defect of the chest wall caused by friction burn using a combined myocutaneous flap of teres major and latissimus dorsi muscles. *Burns* 2001;27:283-8.
8. Micak RP, Dimick AR, Mlcak GD. Pre-hospital management, transportation and emergency care. In: Herndon DN, editor. Total burn care. London:WB Saunders; 1996. p.33-43.
9. Kagan RJ, Warden GD. Care of minor burn injuries: an analysis of burn clinic and emergency room charges. *J Burn Care Rehabil* 2001;22:337-40.
10. Brandt CP, Coffee T, Yurko L, Yowler CJ, Fratianno RB. Triage of minor burn wounds: avoiding the emergency department. *J Burn Care Rehabil* 2000;21:26-8.
11. Wachtel TL. Epidemiology, classification, initial care, and administrative considerations for critically burned patients. *Crit Care Clin* 1985;1:3-26.
12. Moylan JA. First aid and transportation of burned patients. In: Artz CP, Moncrief JA, Pruitt BA, editors. Burns: a team approach. Philadelphia: WB Saunders Company; 1979. p. 151-8.-
13. Powers PS, Cruse CW, Daniels S, Stevens BA. Safety and efficacy of debridement under anesthesia in patients with burns. *J Burn Care Rehabil* 1993;14:176-80.
14. Piccolo-Lobo MS, Piccolo NS, Piccolo-Daher MT, Cardoso VM. Sun tanning-related burns: a 3-year experience. *Burns* 1992;18:103-6.
15. Patterson DR. Non-opioid-based approaches to burn pain. *J Burn Care Rehabil* 1995;16:372-6.
16. Protocolo de atendimento. Queimaduras. Limeira:Unidade de Tratamento de Queimaduras da Santa Casa de Limeira;2006.
17. Regras e condutas do pronto socorro para queimaduras. Goiânia:2006.
18. Rotina de atividades do centro de tratamento de queimados. 2ª ed. Fortaleza:Instituto Dr. José Frota;2006.

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

19. Russo AC. Tratamento das queimaduras. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 1976.
20. Serra MCVF, Gomes DR. A criança queimada. Teresópolis: Livraria e Editora Eventos de Teresópolis; 1999.
21. Miller SF, Richard RL, Staley MJ. Triage and resuscitation of the burn patient. In: Richard RL, Staley MJ, editors. Burn care and rehabilitation: principles and practice. Philadelphia: FA Davis; 1994.
22. Saffle JR, Schnebley WA. Burn wound care. In: Richard RL, Staley MJ, editors. Burn care and rehabilitation: principles and practice. Philadelphia: FA Davis; 1994.
23. Miller SF, Staley MJ, Richard RL. Surgical management of burn patients. In: Richard RL, Staley MJ, editors. Burn care and rehabilitation: principles and practice. Philadelphia: FA Davis; 1994. p.118-34.
24. Gilbert DN, Moellering RC Jr, Sande MA. The Sanford guide to antimicrobial therapy. Vermont: Inc. Hyde Park; 2002.
25. Melo JMS. Dicionário de especialidades farmacêuticas. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas; 2000.
26. Fox CL Jr, Rao TN, Azmeth R, Gandhi SS, Modak S. Comparative evaluation of zinc sulfadiazine and silver sulfadiazine in burn wound infection. J Burn Care Rehabil 1990;11:112-7.
27. Kealey GP. Opioids and analgesia. J Burn Care Rehabil 1995;16:363-4.
28. Le Floch R, Arnould JF, Pflorget A. Effect of systematic empiric treatment with imipenem on the bacterial ecology in a burns unit. Burns 2005;31:866-9.
29. Wibbenmeyer L, Danks R, Faucher L, Amelon M, Latenser B, Kealey GP, et al. Prospective analysis of nosocomial infection rates, antibiotic use, and patterns of resistance in a burn population. J Burn Care Res 2006;27:152-60.
30. Appelgren P, Björnhagen V, Bragderyd K, Jonsson CE, Ransjö U. A prospective study of infections in burn patients. Burns 2002;28:39-46.
31. Soares de Macedo JL, Santos JB. Nosocomial infections in a Brazilian burn unit. Burns 2006;32:477-81.
32. Ramakrishnan MK, Sankar J, Venkatraman J, Ramesh J. Infections in burn patients: experience in a tertiary care hospital. Burns 2006;32:594-6.
33. Lemos ATO, Guedes ACM, Costa DM, Ribeiro R, Salles P, Costa LMB, et al. Infecção na criança queimada. In: Lima Jr EM, Serra MCVF, editors. Tratado de queimaduras. São Paulo: Atheneu; 2004. p.159-66.
34. Araújo SA. Infecção no paciente queimado. In: Lima Jr EM, Serra MCVF, editors. Tratado de queimaduras. São Paulo: Atheneu; 2004. p.149-58.
35. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, et al. Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Crit Care Med 2004;32:858-73.

Anexo 2: Projeto Diretrizes – Queimaduras (Parte II)

Projeto Diretrizes
Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

Queimaduras – parte II: Tratamento da Lesão

Autoria: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

Elaboração Final: 9 de abril de 2008

Participantes: Piccolo NS, Serra MCVF, Leonardi DF, Lima EM Jr,
Novaes FN, Correa MD, Cunha LR, Amaral CER,
Prestes MA, Cunha SR, Piccolo MT

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

1

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Revisão da literatura.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A. Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B. Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C. Relatos de casos (estudos não controlados).
- D. Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:

A primeira parte da diretriz sobre queimaduras apresenta as definições conceituais, como diagnosticar a extensão, profundidade e complexidade das lesões e termina com as orientações para o atendimento inicial do paciente queimado. A segunda parte da diretriz apresenta as opções de tratamento das lesões do paciente queimado e os procedimentos reconstrotores.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

OPÇÕES DE TRATAMENTO DA LESÃO DO PACIENTE QUEIMADO

ESCARATOMIA, FASCIOTOMIA E ABERTURA DO TÚNEL DO CARPO^{1,2}(B)^{3,4}(C)⁵⁻⁷(D)

Nas queimaduras de espessura parcial profunda e/ou de espessura total que envolvam circunferencialmente as extremidades ou nas queimaduras elétricas por alta voltagem, pode ocorrer elevação da pressão nos compartimentos musculares, em função do aumento da permeabilidade capilar (consequente ao trauma da queimadura) e a inelasticidade da pele lesada suprajacente, que pode adquirir um aspecto coriáceo, não permitindo distensão proporcional ao edema. Este aumento de pressão intracompartimental pode levar à compressão dos vasos e, como resultado, ocorrer uma queda da perfusão local, com possíveis danos aos músculos e nervos do compartimento envolvido. Dependendo da causa, localização e profundidade da lesão, pode ser necessária uma escarotomia ou uma fasciotomia.

Nos casos de queimadura de espessura total no tronco anterior, a inelasticidade da pele pode dificultar as excursões respiratórias, sendo que, nestes pacientes, torna-se necessária a liberação do movimento respiratório, por meio de incisões na pele lesada, no tórax anterior, “liberando-o” assim do efeito constritivo.

Em queimaduras elétricas, pode ocorrer lesão nervosa direta pela passagem da eletricidade ou, ocasionalmente, também, por aumento de pressão no interstício, ocorrendo compressão do nervo mediano ao nível do túnel do carpo, em decorrência da inelasticidade do ligamento carpal transverso dos ossos que compõem o túnel do carpo. Pode ser necessária a abertura cirúrgica do túnel do carpo.

Visando uniformizar e sistematizar a avaliação da necessidade de escarotomia, fasciotomia e/ou abertura do túnel do carpo, criamos um algoritmo (Figura 1) que considera as várias situações quando se é (ou não) recomendada uma intervenção cirúrgica:

Algoritmo

Escarotomia

lesão não elétrica;

quando intervir:

OPERAR :

- ausência de oximetria de pulso ou $< 90\%$ no dedo indicador ou \neq para o normal na mão ou pé $> 8\%$
- sinal de Doppler negativo + ausência de oximetria
- sinal de Doppler positivo + ausência de oximetria

Escarotomia

lesão não elétrica;

quando intervir:

NÃO OPERAR :

(seguir clinicamente de hora em hora);

- ausência de sinal de doppler , mas **oximetria $> 90\%$**
- sinal de doppler positivo e **oximetria $> 90\%$**

Fasciotomia

lesão elétrica;

quando intervir (independentemente da localização da ferida);

OPERAR :

- ausência de oximetria ou $< 90\%$ no dedo indicador ou \neq para "normal" pé/mão $> 8\%$
- dor previamente não existente quando se "esticar" músculos do compartimento suspeito
- pressão intracompartimental $> 25/30\text{mmHg}$ ou \neq para a diastólica $< 30\text{mmHg}$

Fasciotomia

lesão elétrica;

quando intervir (independentemente da localização da ferida);

NÃO OPERAR :

(seguir clinicamente de hora em hora);

- ausência de sinal de Doppler, mas **oximetria $> 90\%$**
- sinal de doppler positivo e **oximetria $> 90\%$**
- pressão do compartimento $< 20/25\text{mmHg}$
- **dor sem parestesias.**

**Fasciotomia /
Liberação do Túnel do Carpo**
lesão elétrica;

quando intervir (independentemente da localização da ferida);

OPERAR :

- ausência de oximetria de pulso ou $< 90\%$ no dedo indicador ou \neq para normal mão/pé $> 8\%$
- dor previamente não existente quando se "esticar" os músculos do compartimento envolvido

**Fasciotomia /
Liberação do Túnel do Carpo**
lesão elétrica;

quando intervir (independentemente da localização da ferida);

OPERAR :

- **EMG** e "positivo" para lesão/dano nervoso
- aparecimento de parestesias em uma mão previamente "normal" no território do nervo mediano
- paciente inconsciente com envolvimento do antebraço e/ou mão e/ou pé

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

Escaratomias

A escarotomia é considerada um procedimento de urgência, podendo ocorrer déficits neurológicos e vasculares graves, caso o problema não seja solucionado. Também é de suma importância estar atento para não realizarmos escarotomias desnecessárias, o que poder ser evitado com uma avaliação horária da cor da pele, sensação, reabastecimento capilar e pulsos periféricos, mas, principalmente, por um acompanhamento rigoroso da oximetria no II dedo da mão ou pé. O II dedo apresenta a porção terminal do fluxo das artérias radial e ulnar, através de suas artérias digitais, portanto, a oximetria superior a 90% indicado que existe fluxo sanguíneo suficiente para o dedo e, conseqüentemente, para todas as estruturas proximais, no caso de uma queimadura térmica. O mesmo acontece com o sistema da artéria dorsal do pé e da tibial posterior, que se "une" distalmente ao nível do II espaço interdigital, nutrindo o II artelho. Nos casos onde a lesão ocorreu por uma queimadura elétrica, a corrente pode ter passado por estruturas nos compartimentos proximais ao dedo, na mão e no antebraço. Assim, além da oximetria, consideramos também sinais e sintomas da síndrome do compartimento, para indicar uma escarotomia e/ou fasciotomia, inclusive com a medida da pressão intracompartimental.

Na avaliação do fluxo sanguíneo arterial, quando se considera a necessidade de uma escarotomia, pode ser empregado o medidor de fluxo ultrassônico, que também é utilizado para avaliar a circulação após a escarotomia, mas, atualmente, se o oxímetro está disponível, damos preferência ao uso deste aparelho, visto que tivemos casos com sinal de Doppler positivo que vieram a ter sintomas graves e déficits temporários (alguns longos), devido ao "atraso" relativo do procedimento de escarotomia, pela

presença inicialmente do sinal de Doppler. A fotopleletismografia, método utilizado na oximetria, reflete com mais segurança a presença da hemoglobina saturada e, portanto, a eficiência da circulação.

Deve-se monitorar as incursões respiratórias e, no caso de diminuição da amplitude do movimento torácico ou abdominal que prejudique a respiração (com evidências clínicas ou laboratoriais), realizar escarotomia.

- Técnica

Este procedimento pode ser realizado na sala de emergência ou mesmo no leito do paciente.

Dependendo da profundidade da incisão e da experiência do cirurgião, pode ocorrer sangramento significativo após a recuperação hidrolêmica do paciente, ocasionalmente sendo necessário recomendar transfusões. Quando um cirurgião menos experiente realiza esta técnica, portanto, deve-se realizar hemostasia cuidadosa, se possível com cautério, durante a realização do procedimento.

Se possível, a escarotomia deve ser realizada pelo cirurgião do centro de queimados.

A técnica realizada de maneira correta requer a incisão da pele em toda a sua espessura, atingindo-se o subcutâneo. A pele queimada de terceiro grau é insensível, mas pode ocorrer dor e desconforto significativo com a incisão atingindo o subcutâneo. Analgesia proporcional à dor deve ser administrada por via venosa.

No braço, deve-se incisar a pele até o tecido conjuntivo subcutâneo, com uma incisão que vá da extremidade anterior da prega da axila

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

até a extremidade ulnar da prega anterior do cotovelo. Deve-se evitar incisões posteriores ao epicôndilo medial do úmero, porque estas podem lesar o nervo ulnar. No caso de não se obter liberação do fluxo sanguíneo com uma incisão (monitorar com o Doppler), deve-se realizar incisão partindo da extremidade lateral do acrômio até a extremidade radial da prega anterior do cotovelo.

No antebraço, deve-se incisar a pele até o tecido conjuntivo subcutâneo, dando preferência inicialmente à face radial do antebraço, com uma incisão quebrada que vai da extremidade radial da prega anterior do cotovelo até a base do polegar, na prega flexora distal do punho. Geralmente, esta incisão é suficiente para liberar o fluxo vascular através dos compartimentos do antebraço. Se for necessário (monitorar com o oxímetro), pode-se realizar outra incisão ao longo da borda ulnar do antebraço, com cuidado de iniciar a incisão na extremidade ulnar da prega anterior do cotovelo, evitando assim uma possível lesão do nervo ulnar, que corre no tecido conjuntivo, imediatamente sob a pele, posterior ao epicôndilo medial do úmero.

Na mão, deve-se incisar a pele até o tecido celular subcutâneo, com incisões dorsais, colocadas na topografia e ao longo do segundo e do quarto metacarpos. Com uma pinça hemostática ou semelhante, deve-se "perfurar" entre os espaços interósseos e abrir a pinça forçosamente, diminuindo assim a pressão nestes compartimentos, permitindo a evacuação do líquido aí apreendido.

Nos dedos, no indicador e no dedo médio, deve-se realizar inicialmente a incisão do lado ulnar. Nos dedos polegar, anular e mínimo, realiza-se inicialmente a incisão no lado radial,

sempre dorsal ao feixe vaso-nervoso (estas incisões minimizam a possibilidade de uma cicatriz residual interferir no tato do paciente), visto que as bordas mais comumente em contato com objetos são as bordas ulnares do polegar, anular e mínimo e as bordas radiais do indicador e médio). No caso de não se recuperar o fluxo sanguíneo com estas incisões (monitorar com o oxímetro), realizar incisões contralaterais.

Fasciotomias

Indicadas quando se suspeita de síndrome de compartimento no antebraço ou perna, geralmente em lesões decorrentes da passagem de corrente de alta voltagem ou em politraumatizados com queimaduras e esmagamento.

A queimadura elétrica pode ser apenas cutânea, quando as roupas inflamam-se e não há passagem de corrente através do paciente. Caso contrário, isto é, quando existe passagem de corrente através do corpo, a destruição dos tecidos pode incluir gordura, fásia, músculo e até o osso.

Nestes casos, quando o edema instala-se no compartimento abaixo da fásia, a escarotomia não é suficiente, sendo necessária a incisão e a abertura do compartimento muscular contido pela fásia muscular (fasciotomia), a fim de evitar os sinais e sintomas clínicos de comprometimento vascular. Nas queimaduras elétricas, pode ocorrer edema subfascial sem que se tenham queimaduras circunferenciais. A pressão no compartimento muscular aumenta, podendo causar uma "induração" significativa à palpação.

No passado, alguns autores sugeriram fasciotomias mandatórias, para avaliar a

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

vitalidade do tecido muscular nos casos de queimaduras elétricas ou suspeita de síndrome do compartimento. Entretanto, a avaliação da extremidade com especial atenção para sintomas de origem neural, com progressão de sinais neurológicos, assim como dor quando se estica a musculatura do compartimento envolvido e a medida com valor anormal da pressão intracompartimental (acima de 30mmHg ou um valor com diferença menor de 30 para a pressão diastólica do paciente) são diagnósticos e indicam uma intervenção cirúrgica. A medida da pressão intracompartimental seria o método mais desejável para suportar a decisão quanto à realização de uma fasciotomia para liberar um compartimento muscular. A fasciotomia também pode estar indicada para fins diagnósticos, quando se deseja avaliar sobre visão direta o dano muscular, assim como a extensão de uma possível necrose. Se a morte muscular não for diagnosticada e passar despercebida, uma conseqüente putrefação pode levar a abscessos e até sepsis.

- Técnica

Nos membros superiores, realiza-se uma linha de incisão curva, em forma de um "S" alongado, sobre o aspecto anterior do antebraço, sendo que esta incisão poderá ser estendida proximalmente, medialmente para liberar os compartimentos musculares no braço, e, distalmente, na prega tenar, para se liberar o túnel do carpo. A pele, tecido subcutâneo e fáscia são incisados, sendo que retalhos de pele e tecido subcutâneo podem ser elevados lateral e medialmente, expondo a fáscia que será incisada sobre os compartimentos dorsal e profundo.

Nos membros inferiores, escarotomias e fasciotomias são realizadas via incisões lineares ou

"quebradas ligeiramente", inicialmente medialmente. No pé, são realizadas incisões dorsais e mediais, e nos artelhos, inicialmente lateralmente no hálux e medial nos outros artelhos. Se necessário (quando não se recupera a circulação ao oxímetro), realizam-se incisões contralaterais. Deve-se ter cuidado especial quando se realiza a fasciotomia lateral da perna, iniciando com uma incisão relativamente anterior à fíbula, curvando-se progressivamente para a face posterior, evitando-se assim o trajeto do nervo fibular.

As áreas expostas podem ser enxertadas mais tarde, ou o retalho ser reaproximado em etapas, dependendo da evolução do paciente.

Abertura do Túnel do Carpo

A abertura do túnel do carpo é realizada menos frequentemente, geralmente associada a fasciotomias, em casos de queimaduras elétricas. A literatura é escassa, mesmo quando relatando este procedimento em casos crônicos, apesar de relativamente mais comumente relatados.

Este procedimento é realizado em ambiente cirúrgico, sob bloqueio regional ou anestesia geral. Uma incisão ligeiramente curva ao longo da prega tenar, através da pele, tecido subcutâneo e o ligamento carpal transversal, expõe o túnel do carpo e libera suas estruturas dos efeitos da pressão excessiva. Se necessário, o Canal de Guyon pode ser aberto através da mesma incisão, levantando-se um retalho em direção ulnar, também liberando a artéria e o nervo ulnar dos efeitos de uma pressão excessiva.

Broncoscopia

Indicada quando se suspeita de lesão por inalação, geralmente resultado de acidentes em que a vítima ficou em local fechado, podendo ter sido exposta à fumaça.

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

Tem finalidade diagnóstica, podendo também ter finalidade terapêutica, quando a higiene da árvore pulmonar é realizada durante o procedimento, no caso de lesões por inalação.

CUIDADOS COM A FERIDA⁸(B)^{9,10}(C)¹¹⁻¹⁸(D)

Desbridamento Cirúrgico

Indicado praticamente em todos os casos de queimaduras de segundo e terceiro graus. Deve ser realizado no centro cirúrgico, sob anestesia.

O procedimento envolve a retirada mecânica de todo o tecido necrótico (epiderme/derme), além da remoção de secreções e de contaminantes, como restos de roupa, medicamentos caseiros, etc, com o objetivo de se obter a limpeza meticulosa da ferida queimada.

A ferida debridada deve ser protegida por um curativo aberto ou fechado, quando se usa um agente antibacteriano e/ou debridante de ação tópica. Os medicamentos tópicos mais comumente utilizados são os cremes de sulfadiazina de prata, a sulfadiazina de zinco, salicilato de sódio, enzimas (colagenases), nitrato de cério e acetato de mafenida. Outras opções, mais recentes, são curativos que em sua composição apresentam a prata elemental, com ação antibacteriana prolongada, ou antissépticos, como por exemplo, curativos que contenham a clorhexidina ou polivinilpirrolidinaiodo.

O curativo aberto é realizado aplicando-se este medicamento diretamente na lesão, o que deve ser repetido em intervalos regulares, dependendo do medicamento tópico.

No curativo fechado, após a aplicação do medicamento tópico, a área da ferida é coberta por um curativo, geralmente gaze de malha fina, algodão ortopédico e atadura de crepom.

O desbridamento é seguido por curativos com ou sem anestesia, em intervalos de 12h até 24-36h, dependendo da extensão e da gravidade da lesão.

Excisão

Está indicada nas lesões de terceiro grau ou queimaduras de segundo grau profundo que evoluíram para terceiro grau ou com infecção. O objetivo é remover a "eschar" ou tecido queimado, até que se atinja tecido viável, permitindo que aquela área seja enxertada (coberta), obtendo a cura (ou "fechamento") das lesões das queimaduras. É geralmente realizada em etapas de 10% a 15% da área corporal, iniciando-se 48-72h após a queimadura, após o controle agudo do paciente.

É realizada no centro cirúrgico, sob anestesia.

A excisão, conforme a profundidade, pode ser: tangencial, até a gordura, até a fáscia:

- Excisão tangencial: a lesão de queimadura é removida em camadas sequenciais, tangencialmente à lesão, até que se obtenham sinais de viabilidade do tecido, com sangramento difuso ou em múltiplos pontos.
- Excisão até a gordura: toda a espessura da lesão é removida, com lâmina ou cautério, até a gordura viável, profunda à pele queimada.
- Excisão até a fáscia: toda a espessura da lesão, assim como todo o pâncreo adiposo profundo à lesão, são removidos, até, mas não inclusive, a fáscia.

Estes procedimentos geralmente provocam sangramento significativo, sendo quase sempre

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

necessária a reposição do volume sanguíneo, com transfusões. Para minimizar a perda sanguínea, podem ser utilizados torniquetes nas extremidades e/ou utilizar a injeção "subeschar" de solução de adrenalina 1: 250.000 ou 1:500.000. Esta mesma solução pode também ser aplicada topicamente, na área excisada.

Estes procedimentos requerem a cobertura imediata da lesão excisada com auto, homo ou xenoenxerto, ou ainda com substitutos artificiais da pele. Dá-se preferência ao autoenxerto, que nem sempre é possível em queimaduras com áreas superiores a 30% a 40%, quando se opta por coberturas alternativas. Sempre procurar usar a pele autóloga e, a seguir, em uma escala de seqüência, a pele homóloga, a pele heteróloga e, então, os substitutos cutâneos, como a matriz de regeneração dérmica e outros produtos da bioengenharia.

Enxerto

O enxerto de pele é realizado para se obter o fechamento da ferida de terceiro grau. Pode ser realizado imediatamente após a excisão, ou mais tardiamente, em feridas que evoluíram com tecido de granulação.

No caso de feridas excisadas, o enxerto de pele é aplicado diretamente no leito obtido por meio da excisão. No caso das excisões tangenciais, o enxerto é aplicado sobre a derme profunda viável, exposta através da excisão, no caso da excisão até a gordura, sobre a gordura viável, e nos casos da excisão até a fáscia, sobre a fáscia muscular.

No caso de feridas que evoluíram com granulação, esta deve ser removida mecanicamente antes da colocação das lâminas do enxerto.

O curativo geralmente requer cuidados especiais com imobilização, ocasionalmente sendo necessário uso de talas gessadas ou de material termomoldável, durante a fase inicial da "pega" do enxerto.

Curativo Biológico

No caso de feridas excisadas, quando não se dispõe de pele autóloga ou homogênea suficiente para a cobertura da ferida, ou em lesões de segundo grau profundo, ou lesões que necessitem de cobertura temporária eficiente, pode-se utilizar membranas biológicas. Estas membranas podem ser humanas: pele; membrana amniótica ou de animais: pele de rã, pele de porco, e podem ser vivas ou não-vivas (conservadas em algum meio que mantenham a estrutura, mas não a viabilidade).

Curativos Sintéticos

Existe atualmente uma gama enorme de materiais sintéticos, ou produtos da bioengenharia, que podem substituir a pele temporariamente, ou provocar reação local, que causa com que sejam "invasivos" por tecido autólogo, tornando-se um leito receptor para autoenxerto fino em 3 a 4 semanas, causando assim o fechamento da ferida, sem uso de pele autóloga imediatamente depois da excisão, o que os torna bastante apropriado nos casos de queimaduras extensas, quando não há pele autóloga para a cobertura da lesão excisada.

Curativo

A troca do curativo do paciente queimado também exige técnica estéril, e pode ser realizado no leito do paciente, na sala de curativo, na sala de balneoterapia, ou no centro cirúrgico, dependendo da disposição arquitetônica ou da experiência de cada serviço. Pode ser realizado sob o efeito de analgesia, sedação ou anestesia.

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

Dependendo da gravidade e extensão da lesão, pode ser realizado com intervalos que variam de 12h a 36h, quando a ferida é reavaliada, e o medicamento tópico ou o curativo com medicamento tópico, mantido ou substituído conforme o aspecto da lesão. Os planos cirúrgicos futuros em relação à ferida do queimado também dependem do aspecto da lesão.

Geralmente, a rotina do curativo inclui a limpeza da ferida com clorhexidina a 2% ou polivinilpirrolidona iodo (PVPI) a 10%, seguida da aplicação do medicamento tópico de escolha, cobertura com gaze de malha fina, isolamento térmico, se necessário com algodão ortopédico, e ataduras de crepom. Há curativos que são aplicados diretamente sobre a ferida, que trazem em sua composição a clorhexidina e/ou PVPI, com efeito de diminuição da contagem bacteriana local, podendo contribuir no tratamento ou minimizando a chance de infecção.

Balneoterapia

A balneoterapia consiste em um curativo com lavagem da ferida, em um ambiente próprio, com o paciente sob o efeito de sedação venosa ou anestesia.

O paciente é colocado em uma mesa própria, recoberta por isolamento estéril, na qual a ferida é banhada copiosamente com os produtos indicados, obtendo-se a limpeza da mesma.

Após a limpeza da ferida, segue-se a realização do curativo conforme a rotina descrita acima.

TRATAMENTO CONSERVADOR

Ocasionalmente, escolhe-se a conduta conservadora para se tratar a ferida. Nesta conduta, a lesão não é imediatamente debrida,

e sim protegida inicialmente com a aplicação de agentes tópicos eficientes, sem remover a pele. Aguarda-se a evolução da lesão para se tomar as medidas apropriadas.

Este método é comumente utilizado nas "queimaduras" por psoralens ou furocumarins (que podem estar presentes em folha de figo, limão, mamacadeira, ruiharbo). Na realidade, entidade é uma reação fototóxica, onde as camadas da pele mais superficiais se descolam das mais profundas, com a formação de bolhas, de uma maneira muito semelhante a uma queimadura de segundo grau. Estes produtos estão geralmente associados a lesões em consequência a bronzamento com "bronzeadores" caseiros, levando a feridas de grande extensão corporal que, muitas das vezes, são tratadas conservadoramente.

RETALHOS PEDICULADOS

Utilizados em lesões com exposição de tecidos nobres profundos quando um enxerto não promoveria cobertura eficiente ou suficiente.

RETALHOS LIVRES

Utilizados quando é necessário cobrir tecidos nobres profundos, mas não se dispõe de tecido local ou distante para cobertura pediculada. Outros:

Existe uma grande gama de tecidos sintéticos utilizados como curativo ou cobertura de curativo, alguns já impregnados de fábrica, com produtos antibacterianos. Alguns destes produtos podem também ser embebidos ou impregnados com o agente tópico de preferência do serviço, quando da aplicação dos mesmos diretamente na ferida.

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

CURATIVOS DE QUEIMADURAS NO AMBULATÓRIO

A grande maioria das lesões por queimaduras pode ser tratada ambulatorialmente, não sendo necessária a internação do paciente.

Os serviços especializados estão preparados para atender estes pacientes, quando são praticadas as mesmas técnicas de tratamento da lesão descritas acima, sendo que os procedimentos mais comumente realizados em ambulatório são:

- Desbridamento da queimadura com anestesia;
- Curativos;
- Desbridamento da queimadura sem anestesia.

ALTA PÓS-EPITELIZAÇÃO

O paciente recebe alta do tratamento da ferida após a epitelação completa da lesão.

É recomendado ao paciente proteção contra os raios solares e ultravioletas, assim como pode ser necessário o uso de malhas compressivas por um período variável após a cura.

ACOMPANHAMENTO, ÓRTESES E MALHAS COMPRESSIVAS

Um paciente com lesão superficial de espessura parcial deve ser acompanhado até a epitelação da queimadura e a seguir será examinado após algumas semanas para evidência de hipertrofia da cicatriz.

Lesões que epitelizam em até 14 dias geralmente não formam cicatrizes.

Lesões curadas entre 14 e 21 dias devem ficar em observação (retorno em 3 a 6 semanas).

Em lesões que demoram mais de 21 dias para a cura, deve-se instituir o tratamento preventivo de cicatriz hipertrófica, de imediato.

Se ocorrer cicatriz hipertrófica, deve-se recorrer ao uso de cremes e malhas compressivas que serão usadas até que a cicatriz se torne quiescente, o que costuma levar de 12 a 18 meses. Órteses compressivas são recomendadas para a prevenção e o tratamento de retrações, assim como para o preenchimento dos espaços côncavos das roupas compressivas. Podem ser rígidas, semi-rígidas ou maleáveis.

Paciente deve ser instruído no sentido de evitar a exposição ao sol durante o período de maturação da ferida, pois esta pode tornar-se hiperpigmentada, o que com frequência é permanente. O uso de barreiras mecânicas ou um protetor solar (FPS 30) é recomendado para as áreas cicatrizadas não ficarem expostas à luz solar direta.

PROCEDIMENTOS RECONSTRUTORES^{19,20}(D)

A temporização e a escolha do procedimento reconstrutor a ser recomendado ao paciente com seqüela de queimaduras deve ser resultado de uma avaliação multidisciplinar, quando as necessidades funcionais, estéticas e psicológicas do doente devem ser estabelecidas.

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

A partir deste momento, a sequência do tratamento é planejada e exposta ao paciente ou seu responsável. Este tratamento pode envolver uma série de procedimentos e se faz imperativo que todos compreendam os possíveis resultados com expectativas realistas, evitando assim mais traumas psicológicos importantes. O uso de expansores de tecido se tornou comum como uma das alternativas mais usadas para este tipo de reconstrução.

PROGRAMAS DE PREVENÇÃO NACIONAL E LOCAL.

A Sociedade Brasileira de Queimaduras e o Capítulo de Queimaduras da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, por meio de seus membros, têm se empenhado em desenvolver campanhas de prevenção em âmbito local, estadual e nacional. Estas Sociedades estão à disposição do leitor para outros esclarecimentos e o convida a participar destas campanhas.

REFERÊNCIAS

1. Clayton JM, Russell HE, Hartford CE, Boyd WC, Barnes RW. Sequential circulatory changes in the circumferentially burned limb. *Ann Surg* 1977; 185:391-6.
2. Piccolo NS, Piccolo MS, Piccolo PD, Piccolo-Dahe R, Piccolo ND, Piccolo MT. Escharotomies, fasciotomies and carpal tunnel release in burn patients: review of the literature and presentation of an algorithm for surgical decision making. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2007;39: 161-7.
3. Brown RL, Greenhalgh DG, Kagan RJ, Warden GD. The adequacy of limb escharotomies-fasciotomies after referral to a major burn center. *J Trauma* 1994;37: 916-20.
4. Emecheta IE, Azzawi K, Kettle R, James MI. Bilateral carpal tunnel syndrome in wrist burn: a case report. *Burns* 2005;31:388-9.
5. Cimino VG, Krosner SM, Hanumadass ML. Burn injuries in firefighters. *Occup Med* 1995;10:707-20.
6. Colic M, Ristic L, Jovanovic M. Emergency treatment and early fluid resuscitation following electrical injuries. *Acta Chir Plast* 1996;38:137-41.
7. Burd A, Noronha FV, Ahmed K, Chan JY, Ayyapan T, Ying SY, et al. Decompression not escharotomy in acute burns. *Burns* 2006;32:284-92.
8. Boyce ST, Kagan RJ, Greenhalgh DG, Warner P, Yakuboff KP, Palmieri T, et al. Cultured skin substitutes reduce requirements for harvesting of skin autograft for closure of excised, full-thickness burns. *J Trauma* 2006;60:821-9.
9. Ehrenreich M, Ruszczyk Z. Update on tissue-engineered biological dressings. *Tissue Eng* 2006;12:2407-24.
10. Piccolo NS, Piccolo MS, Piccolo MTS, Piccolo-Dahe R, Piccolo-Dahe R. Uso de pele de rã com curativo biológico como substituto temporário de pele em queimaduras – experiência de 12 anos. *Rev Bras Queimaduras* 2002;2:18-24.
11. Burd A, Chiu T. Allogenic skin in the treatment of burns. *Clin Dermatol* 2005;23:376-87.
12. Supp DM, Boyce ST. Engineered skin substitutes: practices and potentials. *Clin Dermatol* 2005;23:403-12.
13. Atiyeh BS, Hayek SN, Gunn SW. New technologies for burn wound closure and healing: review of the literature. *Burns* 2005;31:944-56.
14. Norbury WB, Jeschke MG, Herndon DN. Tissue engineered fetal skin constructs for pediatric burns. *Crit Care* 2005;9:533-4.
15. Horch RE, Kopp J, Kneser U, Beier J, Bach AD. Tissue engineering of cultured skin substitutes. *J Cell Mol Med* 2005;9:592-608.

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

16. Shakespeare PG. The role of skin substitutes in the treatment of burn injuries. *Clin Dermatol* 2005;23:413-8.
17. Leaper DJ. Silver dressings: their role in wound management. *Int Wound J* 2006;3:282-94.
18. Suliman MT, Abdolmoncim M. Severe burns following phototherapy with PUVA for vertigo: a preventable complication that still happening. *Burns* 2005;31:1063.
19. Petro JA, Salzberg CA. Ethical issues of burn management. *Clin Plast Surg* 1992;19:615-21.
20. Piccolo NS, Piccolo MS. Expansores. In: Maciel E, Serra MC, eds. *Tratado de queimaduras*. São Paulo:Atheneu;2004.

Anexo 3: Tratamento de Emergência das Queimaduras**TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA DAS
QUEIMADURAS****1) Tratamento Imediato de Emergência**

- Interromper o processo de queimadura.
- Remover roupas, jóias, anéis, piercing, próteses.
- Cobrir as lesões com tecido limpo.

2) Tratamento na sala de Emergência**a) Vias aéreas (avaliação):**

- Avaliar presença de corpos estranhos, verificar e retirar qualquer tipo de obstrução.

b) Respiração

- Aspirar vias aéreas superiores, se necessário.
- Administração de O₂ a 100% (máscara umidificada) e na suspeita de intoxicação por CO manter por 3h.
- Suspeita de lesão inalatória: queimadura em ambiente fechado, face acometida, rouquidão, estridor, escarro carbonáceo, dispnéia, queimadura nas vibrissas, insuficiência respiratória.
- Cabeceira elevada (30°).
- Intubação orotraqueal = Escala de coma Glasgow < 8, PaO₂ < 60, PaCO₂ > 55 na gasometria, dessaturação < 90 na oximetria, edema importante de face e orofaringe.

- c) Avaliar queimaduras circulares – tórax, membros superiores, membros inferiores, perfusão distal e aspecto circulatório (oximetria de pulso).
- d) Avaliar traumas associados, doenças prévias ou outras incapacidades. Providências imediatas.
- e) Expor área queimada

Acesso Venoso:

- Obter preferencialmente acesso venoso periférico e calibroso mesmo em área queimada. Somente na impossibilidade desta, utilizar acesso venoso central
- f) Sonda vesical de demora para controle de diurese para queimaduras acima de 20% em adultos e 10% em crianças.

3) Profundidade da Queimadura:

- a) Primeiro Grau (espessura superficial) - solar.
 - Afeta somente epiderme, sem formar bolhas.
 - Vermelhidão, dor, edema, descarnam 4-6 dias.
- b) Segundo Grau (espessura parcial- superficial e profunda).
 - Afeta epiderme e derme, com bolhas ou flictenas.
 - Base da bolha rósea, úmida, dolorosa (superf.).
 - Base da bolha branca, seca, indolor (profunda).
 - Restauração das lesões entre 7 e 21 dias.
- c.) Terceiro Grau (espessura total).

- Indolor.
- Placa esbranquiçada ou enegrecida.
- Textura coreácea.
- Não reepitelizam, necessitam de enxertia de pele (indicado no II Grau profundo).

4) Extensão da Queimadura (Superfície Corpórea Queimada-SCQ):

- Regra dos "Nove" (Urgência)
- Superfície palmar do paciente (incluindo os dedos) representa cerca de 1% da SCQ.

Áreas nobres / queimaduras especiais:

Ocular, Auricular, face, pescoço, mão, pé, região inguinal, grandes articulações (ombro, axila, cotovelo, punho, coxo-femural, joelho, tornozelo), genital; assim como queimaduras profundas, que atingem estrutura profunda como osso, músculo, tendão, nervo e/ou vaso devitalizado.

Regra dos 9



5) Cálculo da Hidratação:

- Fórmula de Parkland = $2 \text{ a } 4 \text{ ml} \times \% \text{SCQ} \times \text{Peso (kg)}$
 2ml para idosos, insuficiência renal e ICC
 4ml para crianças e adultos jovens
- Soluções Cristalóides (Ringer com lactato)
- 50% infundido nas primeiras 8h e 50% nas 16h seguintes.

Considere sempre a hora da queimadura.

- Manter diurese entre 0,5 a 1ml/kg/h. No trauma elétrico manter diurese em torno de 1,5ml/hora ou até clareamento.
- Observar glicemia nas crianças, diabéticos e sempre que necessário.

- Na fase de hidratação (24h iniciais) não se usa colóide, diurético, drogas vasoativas.

6.) Tratamento da Dor:

Uso da via Intravenosa.

- Adultos:

Dipirona - 500 mg a 01 grama EV

Morfina- 1ml(10mg) diluída em 9 ml SF 0,9% Solução

1ml=1mg, dar até 01mg para cada 10kg de peso.

- Crianças:

Dipirona – 15 – 25 mg/kg EV

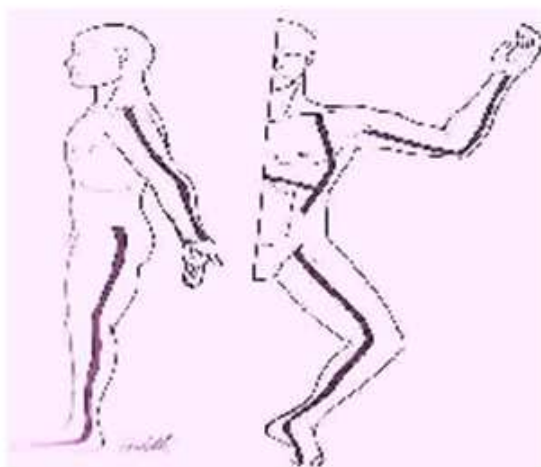
Morfina= 0,1mg/kg/dose (solução diluída).

7) Gravidade da Queimadura:

- Extensão/Profundidade > 20% de SCQ em adultos ou > 10% em crianças
- Idade (<3a ou >65a)
- Lesão Inalatória
- Politrauma e doenças associadas
- Queimadura química e Trauma elétrico
- Áreas nobres/especiais
- Violência, maus tratos, auto-extermínio e outras.

8) Medidas Gerais e Tratamento da Ferida:

- Posicionamento: cabeceira elevada; pescoço em hiperextensão; membros superiores elevados e abduzidos, se lesão em pilares axilares.
- Administração da profilaxia do Tétano (Toxóide tetânico), da úlcera do stress (bloqueador receptor H₂) e do tromboembolismo (heparina SC).
- Limpeza da ferida com água e clorexidina 2%. Na falta deste, água e sabão neutro.
- Usar antimicrobiano tópico (Sulfadiazina de Prata 1%)
- Curativo exposto na face, períneo; e oclusivo em quatro camadas (antibiótico tópico no raion ou morin, gaze absorvente, algodão e atadura de crepe) nas demais partes do corpo.
- Não usar antibiótico sistêmico profilático em queimaduras. Não usar corticosteróides.
- Queimaduras circunferenciais em tórax podem necessitar escarotomia para melhorar expansão.
- Incisão em linha axilar anterior unida à linha abaixo dos últimos arcos costais.
- Incisão medial e lateral em membros sup. e inf.
- Não necessitam habitualmente de anestesia para tal.



9) Trauma Elétrico:

- Definir se foi alta tensão, corrente alternada ou contínua, se houve passagem de corrente com ponto de entrada e saída.
- Avaliar traumas associados (queda de altura e outros).
- Avaliar se ocorreu perda de consciência ou PCR no momento do acidente.
- Avaliar extensão da lesão e passagem da corrente.
- Monitorização contínua e enzimas (CPK e CKMB) por 24-48h
- Internar sempre.
- Avaliar eventual mioglobinúria e estimular o aumento da diurese com maior infusão de líquidos.

- Passagem de corrente pela região do punho- avaliar necessidade de fasciotomia e abertura do túnel do carpo.


10) Queimadura Química:

- Equipe que atende deve utilizar proteção universal para não ter contato com o agente químico.
- Identificação do agente (ácido, base, composto orgânico).
- Avaliar concentração, volume e duração de contato.
- A lesão é progressiva. Remover roupas, retirar excesso.
- Substância em pó, remover previamente excesso com escova ou panos.
- DILUIÇÃO da substância pela água corrente por no mínimo de 30 minutos. Irrigar exaustivamente os olhos.
- Internar e na dúvida entre em contato com Centro Toxicológico mais próximo.
- Ácido Fluorídrico- repor cálcio sistêmico.

11) Infecção da Área Queimada:

- Mudança da coloração da lesão.
- Edema de bordas das feridas
- Aprofundamento das lesões.
- Mudança do odor
- Separação rápida da escara, escara úmida.

Anexo 4: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|-------------------------|------------------------|---------------|---------------------------------|--------------------------------|---|
| UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC |  | | | | | | | | |
| PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | | | | | | | | | |
| DADOS DO PROJETO DE PESQUISA | | | | | | | | | |
| Título da Pesquisa: PACIENTE QUEIMADO ADULTO: PROPOSTA DE UM GUIDELINE A PARTIR DE AÇÕES VOLTADAS AO CUIDADO DE ENFERMAGEM | | | | | | | | | |
| Pesquisador: Lucia nazareth amante | | | | | | | | | |
| Área Temática: | | | | | | | | | |
| Versão: 1 | | | | | | | | | |
| CAAE: 11353812.4.0000.0121 | | | | | | | | | |
| Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina | | | | | | | | | |
| Patrocinador Principal: Financiamento Próprio | | | | | | | | | |
| DADOS DO PARECER | | | | | | | | | |
| Número do Parecer: 205.497 | | | | | | | | | |
| Data da Relatoria: 18/02/2013 | | | | | | | | | |
| Apresentação do Projeto: | | | | | | | | | |
| PACIENTE QUEIMADO ADULTO: PROPOSTA DE UM GUIDELINE A PARTIR DE AÇÕES VOLTADAS AO CUIDADO DE ENFERMAGEM. Pesquisa de mestrado profissional em enfermagem da Fabiana Minati de Pinho orientado pela Lucia Nazareth Amante. Esta pesquisa consiste na articulação intencional com a prática assistencial e as ações de assistência que vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa, com participação ativa dos sujeitos da pesquisa. Será realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), vinculado ao Serviço Público Federal o qual, presta assistência à saúde da população, exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS). | | | | | | | | | |
| Objetivo da Pesquisa: | | | | | | | | | |
| Os objetivos são elaborar uma proposta de um guideline voltado para o cuidado de enfermagem ao paciente adulto vítima de queimaduras na percepção dos enfermeiros da Emergência, Centro Cirúrgico (CC), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC II) do HU/UFSC. | | | | | | | | | |
| 1. Reconhecer as ações de enfermagem necessárias para compor uma proposta de um guideline voltado para o cuidado de enfermagem ao paciente adulto vítima de queimaduras junto aos enfermeiros da Emergência, CC, UTI e UIC II do | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Trindade</td> <td>CEP: 88.040-900</td> </tr> <tr> <td>UF: SC</td> <td>Município: FLORIANOPOLIS</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (48)3721-9206</td> <td>Fax: (48)3721-9898 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br</td> </tr> </table> | | Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima | | Bairro: Trindade | CEP: 88.040-900 | UF: SC | Município: FLORIANOPOLIS | Telefone: (48)3721-9206 | Fax: (48)3721-9898 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br |
| Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima | | | | | | | | | |
| Bairro: Trindade | CEP: 88.040-900 | | | | | | | | |
| UF: SC | Município: FLORIANOPOLIS | | | | | | | | |
| Telefone: (48)3721-9206 | Fax: (48)3721-9898 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br | | | | | | | | |

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PACIENTE QUEIMADO ADULTO: PROPOSTA DE UM GUIDELINE A PARTIR DE AÇÕES VOLTADAS AO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Lucia nazareth amante

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11353812.4.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



HU/UFSC. 2. Identificar as principais evidências científicas relacionadas ao cuidado de enfermagem ao paciente adulto vítima de queimaduras com os enfermeiros da Emergência, CC, UTI e UIC II do HU/UFSC.

3. Construir a proposta de um guideline voltado para o cuidado de enfermagem ao paciente adulto vítima de queimaduras junto com

os enfermeiros da Emergência, CC, UTI e UIC II do HU/UFSC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos não foram detectados e os benefícios são os inerentes à pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É de validade tanto acadêmica como científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os aspectos documentais estão conforme a legislação pertinente.

Recomendações:

O termo guideline destoa do contexto do idioma brasileiro, podendo ser elegante, mas deixa dúvidas sobre o seu total entendimento. Existe no idioma brasileiro termo substitutivo com o mesmo ou melhor significado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 26 de Fevereiro de 2013

Anexo 5: Instrução Normativa 03/MP-PEN/2011**Instrução Normativa 03/MP-PEN/2011**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

Instrução Normativa 03/MP-PEN/2011
de setembro de 2011.

Florianópolis, 12

Define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do PEN/UFSC.

A Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC, no uso de suas atribuições, considerando o disposto na Resolução 05/CUN/2010 e no Regimento interno do Curso, e o que deliberou, por unanimidade, o Colegiado Delegado do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do PEN/UFSC, em reunião realizada em 12/09/2011,

RESOLVE:

Art. 1. As dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

Art. 2. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da dissertação. O formato incluirá:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)

- Resultados apresentados na forma de no mínimo *dois manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

Art. 3. Orientações gerais:

a) Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;

b) A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;

c) Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;

d) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas.

Documento homologado no Colegiado Delegado do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do PEN/UFSC de 12/09/11.

Original firmado na Secretaria PEN