

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS Uni EVANGÉLICA
CURSO ENFERMAGEM

**TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE
QUEIMADO: REVISÃO INTEGRATIVA**

ALEXSANDRA DOS SANTOS FERREIRA
RAYANA RAFILLA MENDONÇA

Anápolis
2018

ALEXSANDRA DOS SANTOS FERREIRA
RAYANA RAFILLA MENDONÇA

**TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE
QUEIMADO: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado para apreciação no Curso de enfermagem, como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Ma.Glaúcia O. A. B.
Maireles

ANÁPOLIS
2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

ALEXSANDRA DOS SANTOS FERREIRA

RAYANA RAFILLA MENDONÇA

TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE QUEIMADO: REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Ma. Gláucia Oliveira Abreu Batista Meireles
Curso de Enfermagem – UniEVANGÉLICA
Orientadora

Prof.^a. MaJuliana Macedo Melo
Curso de Enfermagem – UniEVANGÉLICA

DEDICATÓRIA

Dedicamos o presente trabalho aos nossos pais, companheiros e familiares, que nos apoiaram e motivaram para que chegássemos até aqui. A todos eles, deixamos o nosso muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente à Deus que nos deu força espiritual para concluirmos esta etapa de nossas vidas.

A minha mãe **Lucileide Alves Costa** e ao meu pai, **José dos Reis de Mendonça** que me deram todo apoio e que me incentivaram a continuar, mesmo nos momentos de dúvidas e fraqueza, me prepararam e educaram para todas etapas da vida, me dando amor e compreensão.

Ao meu pai **Raimundo Claudianor Monteiro Ferreira** (*in memoriam*) e a minha mãe **Luzia dos Santos Ferreira** que se tornou pai e mãe, mesmo com as dificuldades que enfrentou conseguiu dar uma educação de qualidade a mim e aos meus irmãos e nos incentivou a estudar, graças a você conseguir vencer obstáculos e ter essa conquista, e foi a pessoa quem mais acreditou em de mim, quando todos duvidaram. As minhas filhas, meus irmãos e sobrinhos, que de alguma forma contribuíram para que a tão sonhada graduação fosse realizada.

Agradecemos a nossa querida orientadora **Glaucia O.A.B. Meireles**, pela paciência, dedicação e apoio nas horas de dúvidas extremas, que nos atendeu sempre com carinho e compreensão, sem ela esse trabalho não seria possível.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Segundo Malagutti e Kakiyama, lesões por queimadura tem sido um grande causador de morbidades e mortalidade em países em desenvolvimento. Podendo ser causadas por agentes térmicos, elétricos, químicos ou radioativos, onde o grau de comprometimento é avaliado através da profundidade da lesão. Do ponto de vista econômico o tratamento dessas lesões são caros por se tratar de tratamentos complexos que necessitam de coberturas específicas. O tratamento da queimadura envolve efeitos locais e sistêmicos, que variam de acordo com a profundidade da ferida sua localização e extensão. Como opção de terapia local são usados curativos que contém em sua composição substâncias cicatrizantes e anti-infecciosas (TAVARES; SILVA,2015). O paciente queimado requer um profissional enfermeiro para elaboração dos planos de cuidados, que tenha uma base de conhecimento científico adequado, habilidades técnicas e valores pessoais e emocionais para lidar com sua situação com competência (TEIXEIRA; ALMEIDA, 2012). **OBJETIVO:** Discorrer a assistência de enfermagem e os possíveis tratamentos em relação às vítimas de queimaduras, por meio de uma revisão integrativa da literatura. **METODOLOGIA:** Revisão integrativa de literatura de artigos publicados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), disponível em textos completos, nas bases de dados Latino América e do Caribe em ciências da saúde (LILACS) e SCientific Eletronic Library Online (SciELO), na Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Revista Eletrônica da Sociedade Brasileira de Queimaduras (RBQ), no período de 2007 à 2017, no idioma português. Foram adotados análise de conteúdo, para análise dos dados. **RESULTADO:** Os resultados e discussão dos dados foram obtidos através da leitura e análise de todos os artigos usados e após catalogados. Três destacaram-se: 1) Tratamento da vítima de queimadura; 2) a importância da SAE no tratamento; e 3) Epidemiologia e etiologia. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As principais morbidades causadas pela queimadura provêm da dor e sequelas que ela causa. O bom prognóstico do paciente vítima de queimadura está interligado ao tratamento adequado e a uma sistematização de enfermagem eficaz baseada em cuidados técnico-científicos. Foi compreendido a necessidade de estudos que abordem o tema em tela, desde o tratamento até o conhecimento da equipe sobre o manejo desses pacientes, já que se tem uma carência de estudos científicos nessa área. É de fato claro a necessidade de estudos locais que apontem a eventualidade e a reiteração que a população é exposta ao risco de trauma por queimadura; para assim serem traçadas medidas preventivas, tratamentos adequados e satisfatórios para essa clientela que de fato se torna especial devido ao percurso difícil e doloroso que ela enfrenta na sua recuperação.

Palavras Chaves: lesão por queimadura, tratamento local, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: According to Malagutti and Kakihara, burn injuries have been a major cause of morbidity and mortality in developing countries. It can be caused by thermal, electrical, chemical or radioactive agents, where the degree of impairment is assessed through the depth of the lesion. From the economic point of view the treatment of these lesions are expensive because they are complex treatments that need specific coverings. The treatment of burn involves local and systemic effects, which vary according to the depth of the wound its location and extent. As an option for local therapy, curatives are used that contain healing and anti-infective substances (TAVARES, SILVA, 2015). The burned patient requires a professional nurse to elaborate the care plans, which has an adequate scientific knowledge base, technical skills and personal and emotional values to deal with their situation with competence (TEIXEIRA; ALMEIDA, 2012). **OBJECTIVE:** To describe the care of nursing and the possible treatments in relation to burn victims, through an integrative review of the literature. **METHODOLOGY:** Integrative literature review of articles published in the Virtual Health Library (VHL), available in full texts, in the Latin American and Caribbean databases on health sciences (LILACS) and SCientific Eletronic Library Online (SciELO), in the Base of Nursing Data (BDENF) and Electronic Journal of the Brazilian Society of Burns (RBQ), from 2007 to 2017, in the Portuguese language. Content analysis was used to analyze the data. **RESULTS:** The results and discussion of the data were obtained through the reading and analysis of all articles used and after cataloging. Three stand out: 1) Treatment of the burn victim; 2) the importance of SAE in the treatment; and 3) Epidemiology and etiology. **FINAL CONSIDERATIONS:** The main morbidities caused by the burn come from the pain and sequelae it causes. The good prognosis of the burn victim patient is intertwined with the appropriate treatment and an effective nursing systematization based on technical-scientific care. It was understood the need for studies that address the topic on the screen, from the treatment to the knowledge of the team about the management of these patients, since there is a lack of scientific studies in this area. It is indeed clear the need for local studies that point out the eventuality and the reiteration that the population is exposed to the risk of burn trauma; so that preventive measures, adequate and satisfactory treatments for those clients, which in fact becomes special due to the difficult and painful path that it faces in its recovery, are drawn.

Keywords: burn injury, local treatment, nursing care.

LISTA DE FIGURA

Figura 1: Classificação das queimaduras.....	19
Figura 2: Ilustração da regra do nove.....	20

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1: Categorização dos artigos seleccionados para análise do conteúdo	29
QUADRO 2: Relação dos artigos que indicavam em seu conteúdo o assunto “Tratamento e Assistência de enfermagem”	33

LISTA DE ABREVIações

ASCT – Área Superfície Corporal Total

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

DeCS – Descritores em Ciência e Saúde

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHTLS – PreHospital Trauma Life Support

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SBQ – Sociedade Brasileira de Queimaduras

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SCQ – Superfície Corporal Queimada

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	14
2OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivo específico.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 História da queimadura.....	18
3.2 Avaliação da Lesão por queimadura.....	18
3.3 Tratamentoda queimadura	20
3.3.2 Terapia de reposição de Líquidos	21
3.3.3 Prevenção da infecção	22
3.3.4 Prevenção da lesão por queimadura	24
4EPIDEMIOLOGIA	25
5METODOLOGIA	27
5.1 Tipologia	27
5.2 Cenário	27
5.3 Amostra	27
5.3.1Critérios de Inclusão	28
5.3.2Critérios de Exclusão	28
5.4 Coleta de Dados	28
5.5 Análise dos Dados.....	28
6RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
7A IMPORTÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE TRATAMENTOS ÀS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS	33
8EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA.....	36
9TRATAMENTO DA VÍTIMA DE QUEIMADURA.	38

9.1 Primeiro atendimento ao paciente	38
9.2 Cuidados Frente à Lesão.....	39
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
11REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

1 INTRODUÇÃO

Queimaduras são lesões traumáticas causadas por agentes térmicos, químicos, radioativos ou elétricos, causam destruição parcial ou total da pele e seus anexos, podendo atingir camadas mais profundas como: tecido celular subcutâneo, muscular, tendões e ossos (LIMA; SERRA, 2006).

A gravidade da lesão provocada por queimaduras é avaliada por fatores que incluem, a idade do paciente, a profundidade da lesão, o agente causador, a área corporal total queimada, a presença de lesão por inalação e à presença de outros tipos de lesões se o paciente já possui uma história médica pregressa e se houve lesão em áreas de cuidado especial como a face, períneo, mãos e pés (SMELTZER; BARE,2014).

A lesão por queimadura atinge populações de diferentes faixas etárias e situações socioeconômicas. O número de pacientes hospitalizados por queimadura supera os 40.000. Entre esses, 25.000 precisam ser encaminhados para centros especializados em queimaduras (SMELTZER; BARE,2014).

A maior parte de queimaduras notificadas em todo país ocorreram na residência da vítima, sendo que a metade envolve crianças. Entre os adultos, pessoas do sexo masculino estão em maior número e os eventos aconteceram no ambiente de trabalho. Os idosos representam uma grande taxa entre os grupos de risco, devido a sua coordenação motora comprometida e sua capacidade de reação diminuída, características da idade avançada. Entre as mulheres, as queimaduras estão relacionadas a atividades domésticas (acidente com botijão de gás, água fervente, acidentes na cozinha), incluindo tentativas de suicídio. Em geral, o principal agente causador de queimaduras é o álcool líquido seguido por outros líquidos inflamáveis (BRASIL, 2012).

No centro de atendimento ao queimado estão os cirurgiões plásticos, clínicos, pediatras, intensivistas, anesthesiologistas, a equipe de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas e a equipe de apoio, prestando cuidados na fase aguda, intermediária e de reabilitação. Todos devem ser capacitados para o adequado atendimento à vítima de queimadura (SMELTZER; BARE,2014; LIMA; SERRA, 2006).

O paciente em estado grave, com lesões classificadas como extensas e

profundas ou que apresenta antecedentes patológicos que interferem no tratamento, necessita de atendimento multiprofissional. O primeiro atendimento ao queimado é realizado pela equipe de socorro em emergência móvel e hospitalar, os quais proporcionam, atendimentos de suporte a vida, a reanimação, estabilização e se necessário, o encaminhamento em caso de pacientes em estado grave (SMELTZER; BARE,2014; LIMA; SERRA, 2006).

No primeiro atendimento ao queimado, o sistema respiratório sempre deve ser avaliado, para descartar a possibilidade de lesão por inalação. O suporte enteral é indicado para pacientes classificados com 15% ou mais de superfície corporal queimada (SCQ) e 10% nas crianças. Analgesias, narcóticos e sedativos devem ser administrados por via intravenosa, com os objetivos de tranquilizar o doente e aliviar a dor (GOMES; SERRA; MACIEIRA, 2001).

A principal causa de morte relacionada ao grande queimado é a infecção, desse modo, é essencial que a equipe multidisciplinar esteja constantemente atenta a prevenção de infecções, quando esta já se houver instalado, que sua identificação seja precoce e o tratamento eficaz (FARINA et al.,2014).

A lesão por queimadura decorre de uma fonte de calor para o corpo. Alguns fatores alteram as respostas dos tecidos corporais ao calor, tais como condutividade tecidual, adequação da circulação periférica, espessura da pele, material isolante da roupa em uso. A identificação do agente causador mais frequente e sua forma de uso, medidas preventivas podem ser elaboradas e divulgadas para a população de maior exposição ao risco (SMELTZER; BARE,2014).

A reação fisiológica da queimadura assemelha-se ao processo inflamatório. Sua profundidade está diretamente relacionada com o agente causador e a duração do contato com o tecido corporal. Em análise epidemiológica das vítimas atendidas em unidades de referência para queimados, observou-se que 47% das lesões ocorreram em domicílio, 40% foram provocadas por chamas de fogo e 30% por escaldadura. Percebe-se que o fogo e líquidos extremamente quentes são, em domicílio, os principais riscos de queimadura, necessitando de abordagens preventivas quanto aos cuidados no manuseio dos mesmos(SMELTZER; BARE,2014).

Um milhão de casos de queimaduras ocorre a cada ano e cerca de um milhão de reais ao mês é gasto com a internação desses. Análises epidemiológicas têm mostrado que a escaldadura é a causa predominante de queimaduras em crianças,

responsável por aproximadamente 75% do total de lesões. No Brasil, as queimaduras por álcool são superiores a outros países, ocupando o primeiro lugar no mundo (BRASIL, 2012).

O interesse pelo tema tem como ponto de partida a necessidade de entender melhor os problemas relacionados à queimadura, com proposta futura de colaborar com a qualidade do atendimento ao queimado.

Conhecer as lesões por queimadura, saber como avalia-las corretamente, como são tratadas, sua epidemiologia e condições clínicas tornam essa pesquisa interessante e agrega conhecimento para profissionais que atuam com pacientes vítimas de queimadura.

Essa pesquisa também tem o intuito de proporcionar conhecimento aos discentes que buscam informações a respeito do assunto abordado. A queimadura é interessante para estudos e pesquisas, por ser um tema com constantes mudanças científicas, tornando-se uma pauta que tem a necessidade de estudo contínuo e atualizado que desperta interesses em várias áreas de estudo.

A lesão por queimadura tem sido uma grande causa de morbidade e mortalidade nos dias de hoje. Estima-se que 500.000 pessoas sejam tratadas para uma pequena lesão por queimadura por ano (SMELTZER; BARE,2014).

Diante da preocupante exposição do queimado a dor e ao sofrimento decorrente do tratamento e possíveis complicações surge à questão que se pretende responder: Qual a contribuição de estudos que contemplam a temática da assistência de enfermagem no tratamento dos pacientes vítimas de queimaduras no período entre 2007 a 2017?

2OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Discorrer sobre o tratamento e a assistência de enfermagem às vítimas de queimaduras por meio de uma revisão integrativa de literatura.

2.2 Objetivo específico

Identificar os aspectos clínicos e epidemiológicos do paciente acometido por queimadura;

Descrever os cuidados de enfermagem no tratamento das lesões por queimaduras;

Verificar as coberturas utilizadas no processo de cicatrização.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 História da queimadura

Alguns relatos históricos induzem que os indígenas que povoavam o continente sul-americano já tratavam suas lesões por queimaduras, com infusões, cozimentos, extratos de plantas medicinais e outras poções medicinais que eles aplicavam nas feridas, com o passar do tempo, foram surgindo novos conhecimentos sobre as lesões por queimaduras e as alterações que elas causam no organismo, foi somente no começo do século XX que começaram a aparecer preocupação em ter um atendimento especial para o paciente queimado, com criação de serviços e setores hospitalares onde esses pacientes fossem agrupados para receber um tratamento mais eficaz. Os serviços foram incorporados à medida que iam aparecendo novos tratamentos com novas propostas, como: tratamento antibacteriano local, o auto enxerto, a hidroterapia, a reposição líquida de forma variada, o cuidado para evitar infecções, a alimentação enteral, a antibioticoterapia no caso de suspeita de sepse, diagnóstico preciso da lesão inalatória, a reabilitação física, o cuidado com a postura do paciente no leito e o apoio psicológico (LIMA; SERRA, 2006).

No ano de 1995 foi constituída no Brasil a sociedade Brasileira de Queimaduras, uma associação civil, sem fins lucrativos, que tinha como objetivo, promover, encorajar, contribuir e estimular a ciência, o estudo, a pesquisa, a divulgação e a prática do tratamento das queimaduras, promover a prevenção de acidentes que levassem a queimadura, divulgar os primeiros socorros, encorajar a educação de todos os profissionais envolvidos no tratamento, prevenção das queimaduras, incentivar a troca de informações entre outros países (SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURA, 2015).

3.2 Avaliação da Lesão por queimadura

Queimaduras são causadas por vários tipos de agentes (térmicos, elétricos, químicos ou radioativos). O que determina o grau de comprometimento gerado por esses agentes é a profundidade e a extensão da lesão. A queimadura de primeiro grau compromete somente a epiderme, causando dor e eritema. O quadro tem melhora geralmente por volta de 5 a 7 dias, com recuperação total da pele em média

de 45-75 dias; a queimadura de segundo grau acomete a epiderme e uma porção da derme, provocando a formação de flictemas; a queimadura de terceiro grau acomete toda a estrutura da pele, apresentando-se esbranquiçada ou negra, não é uma lesão muito dolorosa e geralmente se torna seca, neste nível de queimadura pode acontecer a perda dos folículos pilosos, as glândulas sudoríparas e a região onde as novas células serão formadas. Alguns autores usam a classificação de quarto grau, quando a queimadura atinge não somente a pele, mas também estruturas adjacentes com músculos tendões e ossos, tornando a lesão necrótica (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014)

Figura 1:Classificação das queimaduras de acordo com a profundidade das lesões



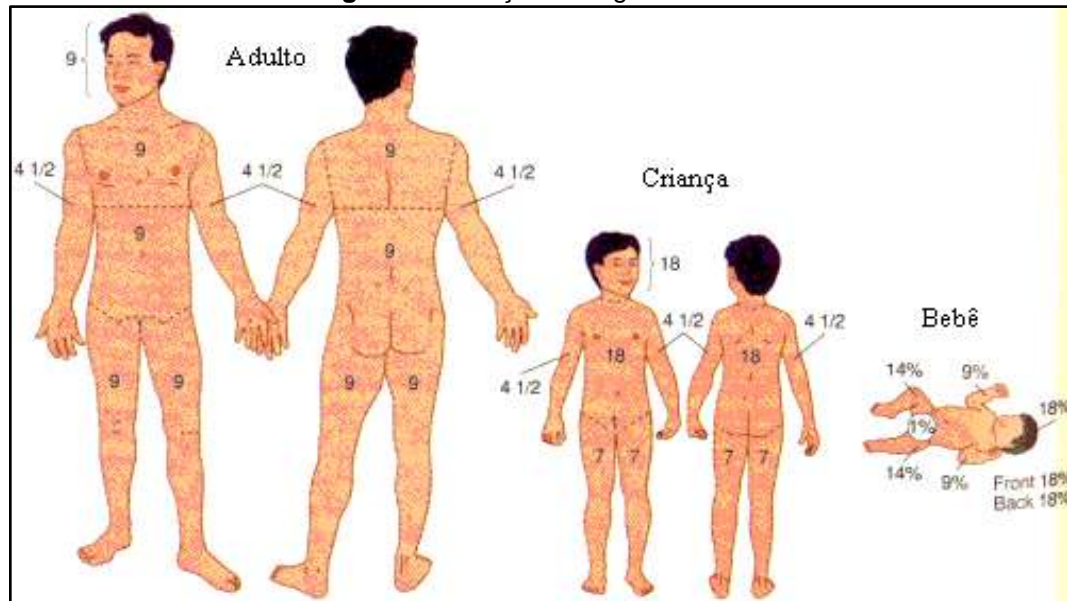
Fonte: Google

A profundidade da queimadura é determinada por outros fatores que devem ser levados em consideração na hora da avaliação do profissional. Para que a epitelização aconteça, devem ser considerados alguns fatores como o agente etiológico (como chama ou líquido escaldante), como ocorreu a lesão, a temperatura do agente causador, duração do contato com o agente e a espessura da pele. Alguns métodos são usados para estimar a Área de Superfície Corporal Total (ASCT) queimada, como por exemplo, a regra dos nove, o método de Lund e Browder e o método da palma, todos esses métodos são de grande ajuda para os profissionais envolvidos no tratamento do paciente queimado, ajudando na decisão sobre o tratamento e na sua transferência a um centro de referência para queimados (SMELTZER; BARE, 2014).

A regra dos nove é um método rápido para avaliação geral da extensão da lesão de queimadura do paciente, consiste em dividir o corpo em múltiplos de nove (1%, 9%, 18%). A soma total dessas áreas resulta no valor da ASCT e é uma importante medida na gravidade da lesão (SHUKLA; SHERIDAN, 2008 apoud

SMELTZER; BARE,2014).

Figura 2: Ilustração da regra do nove



Fonte: Google

O método de Lund e Browder é realizado de forma em que o corpo é dividido em áreas muito pequenas em várias regiões anatômicas principalmente da cabeça e das pernas que são relacionadas com a idade do paciente fornecendo uma ASCT muito precisa, podendo obter uma estimativa confiável. Essa avaliação é realizada assim que o paciente da entrada no pronto socorro do hospital e depois realiza-se uma revisão dentro das primeiras 72h, devido à demarcação da ferida e sua profundidade ser mais clara nesse momento. (SHUKLA; SHERIDAN, 2008 apoud SMELTZER; BARE,2014).

Em avaliação pré-hospitalar utiliza-se o método da palma, toma-se como medida o tamanho da palma do paciente (não inclui a área dos dedos) que equivale a 0,5% da ASTC e serve como medida geral para todas as faixas etárias (SHUKLA; SHERIDAN, 2008 apoud SMELTZER; BARE,2014).

3.3 TRATAMENTO DA QUEIMADURA

3.3.1 Atendimento aos queimados

A prioridade no primeiro atendimento de um paciente vítima de queimadura continua sendo as vias aéreas e a circulação. Após esses requisitos estarem atendidos, o profissional deve examinar a coluna cervical em busca de uma possível

lesão ou trauma craniano, se esse paciente estiver se envolvido em explosão, queda, salto ou lesão por eletricidade, deve-se avaliar, e depois quando o paciente estiver estável a atenção deverá ser voltada para a lesão de queimadura(SMELTZER; BARE,2014).

Para interromper o processo de lesão, o método mais eficaz e adequado é a irrigação, com grande volume de água em temperatura ambiente, o uso de água gelada é contra indicado. O uso de curativos estéreis e não aderentes é muito eficaz para o tratamento de queimaduras recentes. Curativos recobertos por altas concentrações de antimicrobianos tornaram-se o grande suporte nos centros de tratamento de queimadura, o mais usado é a prata, que em contato com a ferida aberta é liberada lentamente por vários dias (PHTLS, 2012).

Deve-se providenciar o acesso venoso no paciente, ou trocá-lo se estiver em más condições, caso tenha a pretensão de usar substâncias hiperosmolares em sua ressuscitação. Nos grandes queimados é necessário o cateterismo vesical para a monitorização do débito urinário. São encaminhados para a UTI pacientes com mais de 30% de superfície corporal queimada e 20% se o paciente for criança, para maior vigilância e preservação da sua intimidade (GOMES; SERRA; MACIEIRA, 2001).

A avaliação da superfície corporal queimada e da profundidade da lesão só é completada após a suave limpeza da fuligem e resíduos da queimadura, essa avaliação é repetida frequentemente durante todo o cuidado da ferida (SMELTZER; BARE,2014).

O controle da dor é feito através de agonistas morfínicos, como a meperidina, nos casos em que não há resposta do paciente, podem ser associados benzodiazepínicos (VALE, 2005).

3.3.2 Terapia de reposição de líquidos

Durante o primeiro dia pós-queimadura é necessário que o paciente receba um grande volume de líquido por via intravenosa, para impedir que ele evolua para um quadro de choque hipovolêmico (PHTLS, 2014). O médico deverá calcular os pré-requisitos hídricos projetados nas últimas 24hrs, tendo como base, a extensão da lesão por queimadura. Podem ser utilizadas combinações na categoria de líquidos, como o sangue total, plasma e expansores plasmáticos, e também os cristaloides/eletrólitos (soro fisiológico ou solução de lactato de Ringer) (PHAM, et al., 2008 apoud(SMELTZER; BARE,2014).

3.3.3 Prevenção da infecção

A infecção é um grande desafio na manutenção da vida nos pacientes queimados, tornando-se uma grande preocupação. A imunossupressão, o uso de tubos, cateteres, procedimentos invasivos, a longa estadia de internação, tudo leva ao comprometimento da barreira natural de defesa do paciente favorecendo a ocorrência de infecção. Na prevenção da infecção, deve se dar atenção às feridas durante o banho do paciente, com a remoção do exsudato e do tecido necrosado evitando a proliferação de microrganismos. Nos grandes queimados, a remoção cirúrgica precoce do tecido inviável tem bons resultados na prevenção da infecção. O uso de EPI pela equipe, durante o banho, é uma medida muito utilizada no controle de infecções. Em todo procedimento realizado com o paciente queimado, deve se adotar a técnica estéril correta, para evitar a contaminação cruzada (CHAVES, 2013).

A presença de infecção somente na ferida sem sinais de infecção sistêmica, descarta o uso de tratamento sistêmicos e indica-se somente o tratamento local. Em um possível tratamento sistêmico é ideal que se realize um estudo microbiológico antes de seu início, que será mantido de 10 a 14 dias ou mais, dependendo da reação do paciente. A reposição volêmica agressiva é imprescindível para a prevenção da infecção, particularmente na fase inicial do tratamento, isso evita a má perfusão e conseqüentemente a piora da ferida. É necessário a troca do cateter venoso a cada 3 dias, e troca do sitio de punção a cada 6 dias, que levam a diminuição de incidência de sepse desencadeada por cateter, se possível faça a escolha do acesso em veias periféricas (GOMES; SERRA; MACIEIRA, 2001).

3.3.4 Cuidados com a ferida por queimadura.

O tratamento da queimadura envolve efeitos locais e sistêmicos, que variam de acordo com a profundidade da ferida sua localização e extensão. Como opção de terapia local são usados curativos que contém em sua composição substâncias cicatrizantes e anti-infecciosas (SOUZA; SILVA, 2015).

Entre os antimicrobianos mais usados, está a sulfadiazina de prata, conforme as informações dos fabricantes, uma grossa camada de 3-5 cm aproximadamente deverá ser aplicada de forma asséptica sobre a ferida e em seguida coberta com

gaze absorvente, é imprescindível a troca do curativo a cada 12 horas (MOREIRA et al., 2013).

Curativos oclusivos são os mais usados em todo o mundo. No mercado atual existem várias marcas de curativos absorventes, vale ressaltar que estes deverão ser suficientemente grossos para que não haja extravasamento de secreção da ferida, para manter o paciente aquecido e proporcionar umidade no leito da ferida que favoreça o crescimento das células epiteliais, evitando a penetração de germes e dos raios ultravioletas. Não obstante aos bons resultados em sua utilização, são contraindicados para áreas genitais e faciais. A frequência de troca do curativo depende da eficácia do tópico utilizado (BOLGIANI; SERRA, 2010).

Literaturas descrevem os Hidrogéis como curativos que reduzem a dor com sensação de refrescância, devido a sua alta umidade e auxilia na reparação do tecido lesado por promover ambiente ideal para o processo de cicatrização, são indicados tanto para feridas de espessura parcial, quanto para feridas de exsudação abundante (SOUZA; SILVA, 2015).

Curativos úmidos são utilizados na região genital e facial mantendo uma analgesia efetiva, são realizados com gazes embebidos em solução fisiológica que são trocadas a cada duas horas por uma equipe de enfermagem treinada (BOLGIANI; SERRA, 2010).

As películas de proteção são usadas com o intuito de criar um ambiente propício que estimule a epitelização e só devem ser usados em feridas com controle bacteriano e após a remoção do tecido necrótico, são transparentes, para que possa haver um acompanhamento da evolução da ferida, que serão retiradas, após a lesão estar totalmente epitelizada, usadas como película de proteção as membranas amnióticas, de colágeno, ultimamente de ácido hialurônico, glucosamina, quitosano e cana de açúcar. (BOLGIANI; SERRA, 2010).

No tratamento da ferida por queimadura é incluído a excisão precoce do tecido necrosado e cobertura local, evitando a infecção e contribuindo para a melhor sobrevida de pacientes. Quando o paciente é acometido por queimadura de terceiro grau, deverá ser realizado o processo de desbridamento da ferida para retirada do tecido desvitalizado, podendo ser um processo demorado e de maior necessidade de intervenção, dependendo da profundidade e da extensão da queimadura, tornando-se um processo imprescindível no controle da infecção. Toda queimadura não desbridada se tornará infectada após o decimo quinto dia pós-queimadura,

mesmo que se tenha usado agentes antimicrobianos tópicos adequados na cobertura da ferida (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014).

A oxigenoterapia hiperbárica é indicada no tratamento coadjuvante de queimaduras que consiste nos efeitos bioquímicos e biofísicos do oxigênio, que promove a disponibilidade às células e tecidos por meio de sua maior dissolução no plasma quando ventilado a pressões maiores que as atmosféricas normal (Lei de Henry). Sua eficácia ainda é questionada quanto a pacientes que passaram por queimaduras ou intoxicação em incêndios, deve estar atento a suas contraindicações como no caso de pacientes claustrofóbicos, portadores de DPOC, histórico de convulsões, portadores de sinusite, otite, com cirurgia prévia de ouvido ou com pneumotórax não drenado (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014).

3.3.5 Prevenção da lesão por queimadura

Queimaduras são importantes causas de morbidade e mortalidade, constituindo um grande problema de saúde pública no Brasil. Mesmo com o avanço no tratamento das lesões causadas pela queimadura, a prevenção ainda é a melhor abordagem contra queimaduras, além de ter um ótimo custo-benefício. A divulgação de medidas preventivas e orientação da população é de responsabilidade do poder público e das equipes de saúde (TAKEJIMA et al., 2011).

O grande número de crianças envolvidas em acidentes por queimaduras reforça a necessidade de prevenção, já que deixam sequelas em vidas que acabaram de começar (MACHADO et al., 2009).

A redução de acidentes por queimaduras em ambiente de trabalho é promovida através do cumprimento das rotinas e normas de segurança de forma a manter a própria integridade física e a dos colegas de trabalho (MARTINS et al., 2015).

Para a prevenção de queimaduras, é indispensável a necessidade de ações que orientem e sensibilizem aos pais e a toda a população em geral sobre a sua importância, por meio de programas educativos, mídias, campanhas, com o intuito de coibir acidentes (FRANCISCONI et al., 2016).

4EPIDEMIOLOGIA

Atualmente, as queimaduras constituem um problema sério de saúde pública no Brasil. Cerca de um milhão de acidentes com queimaduras ocorre por ano e apenas 10% procuram o serviço de saúde, sendo que 2.500 irão ao óbito, direta ou indiretamente, em decorrência das lesões. Dois terços dos acidentes térmicos ocorrem no próprio domicílio da vítima, que envolvem jovens do sexo masculino, crianças, menores de 15 anos e idosos, são as principais vítimas. Entre os adultos de sexo masculino, as queimaduras frequentemente ocorre no local de trabalho. Em relação às mulheres adultas, os casos mais frequentes de queimaduras estão relacionados às várias situações domésticas principalmente no ambiente da cozinha, (preparo dos alimentos, manipulação de água fervente, fogões com panelas mal adaptadas ou cabos soltos, manipulação de óleo quente e sistemas de botijão de gás mal conectados ou em mal estado de conservação) e eventualmente as tentativas de autoextermínio (BRASIL, 2012).

As queimaduras têm sido a causa importante de morbimortalidade da população infanto-juvenil, podendo gerar limitações funcionais (BISCEGLI et al.,2014). As estatísticas no Brasil são insuficientes, dificultando o entendimento sobre a magnitude do tema abordado, mas segundo o DATASUS, os registros nacionais apontam que em 2006, foram hospitalizadas 16.573 crianças e adolescentes menores de 15 anos devido à lesão por queimadura, representando 14% dos acidentes de causas externas desse grupo etário. No mesmo ano, as queimaduras foram responsáveis por 363 óbitos em menores de 15 anos. Em 2010, o número de hospitalizados aumentou para 21.472, mas o número de casos fatais caiu para 313. Esses dados demonstram que, embora o atendimento hospitalar tenha diminuído os óbitos, ainda são imprescindíveis medidas preventivas (BRASIL, 2011).

As principais causas de queimaduras entre as crianças e adolescente, são as ocorrências acidentais no ambiente doméstico, sendo as escaldaduras ou lesões por líquidos aquecidos os principais agentes responsáveis por esse tipo de trauma. Dentre outros casos de riscos, destaca-se a manipulação de produtos químicos ou

inflamáveis, acidentes com panelas no fogão cujo cabo está voltado para fora, fogos de artifício, tomadas elétricas, manipulação de fios sem encape e metais aquecidos. Os agentes casuais entre as crianças e adolescente variam conforme a idade. Em crianças menores de dois anos os banhos com água quente é a principal causa; nos pré-escolares de dois a sete anos predominam as substâncias inflamáveis, isso se justifica pela atração que as crianças têm pela luminosidade e o início da exploração delas pelo ambiente. As queimaduras por combustão, predominam na faixa etária de escolares e adolescentes (BISCEGLI et al., 2014).

Nos últimos anos a população idosa vem aumentando, tal crescimento está relacionado a uma forma de vida saudável e ativa, e deixa esse grupo expostos a risco de acidentes. O idoso, na sua maioria, tem baixa acuidade visual e auditiva e reflexos diminuídos. Além disso, ocorre modificações sociais e da estrutura familiar, fazem com que esse idoso não tenha auxílio de outras pessoas, tendo que se expor a risco de acidentes domiciliar, tais como queimaduras (SERRA et al.,2011).

No sexo masculino as queimaduras estão relacionados ao ambiente laboral. Os acidentes predominantes são por eletricidade de alta voltagem, agentes térmicos e agentes químicos. No resultado da pesquisa do autor, os agentes causadores com mais frequência foram os químicos, elétricos, líquidos superaquecidos, fogo e superfícies quentes, seguido do arco de solda, tendo como agentes principais os químicos e físicos (SANTOS et al., 2014).

5METODOLOGIA

5.1 Tipologia

Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica do tipo revisão literária, que consiste em desenvolver uma análise de pesquisas importantes que possam dar base e respaldo na escolha de métodos para a melhora da prática clínica, onde possibilita ao pesquisador selecionar o conhecimento sobre o assunto de interesse entre vários estudos diferentes, além de perceber quais informações ainda são escassas e que necessitam de realização de novos estudos, tornando-se assim de grande importância para a agregação de conhecimento para a área de enfermagem(MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5.2 Cenário

Os artigos científicos foram selecionados através de uma busca bibliográfica sobre o tratamento e assistência de enfermagem ao paciente queimadonas bases de dados SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), nesta plataforma estão contidas outros bancos de dados nacionais e internacionais tais como: BDEF (Banco de Dados Enfermagem); MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Buscou-se publicações também na fonte de busca RBQ (Revista Brasileira de Queimaduras), por ser um periódico especializado sobre o tema.

5.3 Amostra

A amostra foi composta por todos os artigos científicos indexados na SCIELO, BVS e RBQ publicados entre os anos 2007 a 2017, no idioma português, selecionados a partir dos seguintes descritores: “tratamento”, “ferimentos e lesões”,

“enfermagem”, e “epidemiologia”. Os descritores foram selecionados pela ferramenta de busca “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS) disponível na BVS.

5.3.1 Critérios de Inclusão

Textos completos, idioma português, publicado no período entre 2007 a 2017 e que continha um dos seguintes descritores “tratamento”, “ferimentos e lesões”, “enfermagem”, e “epidemiologia”.

5.3.2 Critérios de Exclusão

Publicações com mais de 10 (dez) anos de publicação, textos incompletos ou resumos e artigos estrangeiros.

5.4 Coleta de Dados

A seleção dos artigos ocorreu por meio da busca integrada dos descritores supramencionados na SCIELO, BVS e RBQ. No primeiro resultado, foram encontrados 36.271 artigos na BVS, 288 na RBQ e 145 na SCIELO, configurando um total de 36.704 artigos científicos, a partir da pesquisa pelos descritores “tratamento”, “ferimentos e lesões”, “enfermagem” e “epidemiologia”. Foi realizado o processo de refinamento, com o intuito de selecionar aqueles que atendiam critérios de inclusão definidos nesta investigação: textos completos, idioma português, publicação no período compreendido entre 2007 a 2017. A partir desse refinamento, foram identificados 695 artigos que foram submetidos a leitura exploratória dos resumos. Após leitura exploratória, 82 artigos foram selecionados elidos analiticamente, a fim de explorar o assunto “tratamento e assistência de enfermagem ao paciente queimado”, destes foram 15 artigos, para análise do conteúdo descrito pelos autores e categorização dos dados obtidos.

5.5 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada segundo os pressupostos de Mendes, Silveira e Galvão (2008). Os artigos selecionados foram analisados descritivamente. Realizou-se a leitura exaustiva das publicações a fim de possibilitar a divisão do

material em seus elementos componentes. Foram extraídas informações dos estudos selecionados para definição de informações e reavaliação da revisão de forma detalhada. Os artigos selecionados para compor a amostra foram identificados com códigos para sintetização dos resultados, os códigos são representados pela letra “A” seguida do número cardinal, exemplo: A1, A7, A15, como pode ser observado no quadro 2.

CATEGORIAS	ARTIGOS COM CÓDIGOS	AUTORES/ ANO
A importância da sistematização da assistência no tratamento as vítimas de queimaduras	A1 A2 A3	CASTRO, LIMA/2014 OLIVEIRA, MOREIRA, GONÇALVES/2012 LIMA ET AL./ 2013
Epidemiologia e etiologia	A4 A5 A6 A7 A8 A9 A10	TAKINO ET AL/ 2016 SALOMONI, MASSA/2017 COMINI ET AL./ 2017 SANTOS ET AL./ 2017 COSTA ET AL./ 2015 TEIXEIRA, ALMEIDA/2012
Tratamento da vítima de queimadura	A11 A12 A13 A14 A15	CASTRO, LEAL, SAKATA./ 2013 HENRIQUE ET AL/ 2013 ROSSI ET AL./2010 MOSSER ET AL./ 2013 BRASIL/ 2016

QUADRO 1: Categorização dos artigos selecionados para análise do conteúdo

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos resultados encontrados, pode-se verificar que cinco (5) estudos foram realizados na região Sudeste do país, quatro (4) na região Nordeste, seguidos de apenas um(1) na região Norte e na região Centro-oeste. Não foram evidenciados estudos novos sobre tratamento da lesão por queimadura, sendo um assunto relevante devido à elevada incidência de pacientes queimados no país, por isso - discutir essa temática se torna fundamental, uma vez que os artigos mais recentes foram publicados há mais de quatro anos, um (1) no ano de 2010 e um (1) no ano de 2013, evidenciando a necessidade de novos estudos e avanços científicos nessa subcategoria.

Em relação ao método dos artigos incluídos nesse estudo, evidenciou-se, em sua maioria, composição por estudos de revisão integrativa, três (3) estudos transversais, um (1) exploratório, um (1) comparativo e os demais são de estudos descritivos.

Quanto aos sujeitos da pesquisa, um (1) trata exclusivamente de crianças e um (1) de idosos, os demais estudos tratam de todas as faixas etárias. Os artigos incluídos no estudo estão destacados no Quadro 3.

Código	Ano/ Autores	Periódico	Título	Tipo de Estudo	Objetivos
A1	CASTRO, LIMA/2014	Revista Brasileira De queimaduras	Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras	Revisão	Construir uma cartilha para vítimas que sofreram queimaduras
A2	OLIVEIRA, MOREIRA, GONÇALVES/ 2012	Revista Brasileira De queimaduras	Assistência de enfermagem com pacientes queimados	Revisão	Analisar as publicações com abordagens relacionadas a assistência de enfermagem
A3	LIMA et al./ 2013	Revista de enfermagem	A enfermagem e o cuidado à vítima de queimaduras: revisão integrativa	Revisão	Identificar em publicações estudos que contempla os cuidados de enfermagem as vítimas de queimaduras
A4	TAKINO et al/ 2016	Revista Brasileira De queimaduras	Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes	Transversal	Descrever o perfil epidemiológico de crianças e adoles-

			vítimas de queimaduras admitidos em centro de tratamento de queimados		centes vítimas de queimaduras em um centro de tratamento de queimados.
A5	SALOMONI, MASA/2017	Revista Brasileira De queimaduras	Mulheres queimadas: uma revisão integrativa de publicações nacionais	Revisão	O objetivo analisar as produções científicas nacional referente ao enfoque às mulheres queimadas, identificando a atuação profissional, e as abordagens adotadas.
A6	COMINI et al./ 2017	Revista Brasileira De queimaduras	Perfil epidemiológico dos pacientes idosos queimados internados em unidade de tratamento de queimados do Noroeste paulista	Transversal	Estabelecer o perfil epidemiológico dos pacientes idosos internados na Unidade de Tratamento de Queimados.
A7	SANTOS et al./ 2017	Revista Brasileira De queimaduras	Perfil epidemiológico do adulto internado em um centro de referência em tratamento de queimaduras	Exploratória	Descrever o perfil epidemiológico dos adultos internados em um centro de tratamento referência em queimaduras.
A8	COSTA et al./ 2015	Revista ciência e saúde	Perfil clínico e epidemiológico das queimaduras: evidências para o cuidado de enfermagem	Revisão	Analisar nos artigos científico, disponíveis acerca dos cuidados de enfermagem a pacientes internados por queimaduras.
A9	TEIXEIRA, ALMEIDA/2012	Revista científica do Unisalesiano	Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente queimado	Revisão	Operacionalizar teoricamente a assistência de enfermagem ao paciente queimado.
A10	OMS/2017	WHO	Queimaduras	Descritivo	Perfil epidemiológico e fatores de risco de queimaduras
A11	CASTRO,LEAL, SAKATA./ 2013	Revista Brasileira de Anestesiologia	Tratamento da Dor em Queimados	Revisão	Coletar dados sobre tratamento da dor em queimados.
A12	HENRIQUE et al/ 2013	Revista Brasileira De Queimadura	Controle de infecção no centro de tratamento de queimados: revisão	Revisão	Revisar as principais condutas de controle de infecção hospitalar rela-

			são de literatura		cionadas à assistência de enfermagem no Centro de Tratamento de Queimados.
A13	ROSSI et al./ 2010	Revista Brasileira De Queimaduras	Cuidados locais com as feridas das queimaduras	Revisão	Cuidados locais com as feridas das queimaduras.
A14	MOSSER et al./ 2013	Revista Brasileira De queimaduras	Evolução dos curativos de prata no tratamento de queimaduras de espessura parcial	Comparativo	Descrever a evolução dos curativos de prata e sua utilização no tratamento de queimaduras.
A15	Brasil/2016	Brasil/ ministério da saúde	Protocolo Suporte Avançado De Vida	Descritivo	Manual avançado de suporte de vida

QUADRO 2: Relação dos artigos que indicavam em seu conteúdo o assunto “Tratamento e Assistência de Enfermagem ao paciente queimado”.

Nesta investigação, os resultados serão apresentados em 3 categorias, a saber: A importância da SAE no tratamento; Epidemiologia e etiologia; Tratamento da vítima de queimadura.

7A IMPORTÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE TRATAMENTOS ÀS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS

Após a leitura minuciosa dos artigos, notou-se que vários autores ressaltaram a importância da assistência de enfermagem, a qual contribui consideravelmente para a recuperação e um bom prognóstico do paciente queimado, tornando-se parte fundamental no tratamento. Dentre os 15 artigos utilizados, 5 se destacaram nessa categoria.

O autor A9 evidencia que a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) tem um papel de grande importância no cuidado ao paciente queimado, pois o enfermeiro dispõe do conhecimento técnico, científico e humano para cuidar do paciente, ou seja, implementa cuidado específico, definindo o papel do enfermeiro no tratamento de queimaduras. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é fundamental na boa evolução e recuperação desses pacientes, através dela que o profissional oferta apoio tanto físico como emocional para o paciente (TEIXEIRA; ALMEIDA, 2012).

O atendimento aos pacientes queimados exige uma equipe multidisciplinar que deve estar em constante discussão e reflexão para o tratamento adequado e o atendimento das necessidades da vítima de queimadura. Dessa forma, o A3 traz que os cuidados de enfermagem devem ser prestados 24 horas com intuito de reduzir as dores físicas, emocionais, medos e ansiedades, para isso, a equipe deve ter conhecimentos técnicos e científicos, além de habilidades para lidar com a resposta emocional do paciente. (LIMA et al., 2013)

Segundo os autores A1, A2, A3, considera-se que a enfermagem tem um papel fundamental na evolução do paciente, pois através de intervenções podem minimizar a ansiedade, o sofrimento, os distúrbios do padrão de sono, bem como o alívio da dor (CASTRO; LIMA, 2014; OLIVEIRA et al., 2012; LIMA et al., 2103).

O enfermeiro que presta assistência ao paciente queimado, segundo A2, A9, encontra uma rotina de muito trabalho, dor, sofrimento dos pacientes e familiares, e precisa estar preparado para lidar com a dor, a depressão, o padrão de sono perturbado, a mobilidade física prejudicada e o risco de infecção, para saber intervir com eficácia e ética, buscando atingir resultados almejados e estabelecidos pela enfermagem (OLIVEIRA et al., 2012; TEXEIRA; ALMEIDA, 2014).

Segundo o A3, a equipe de enfermagem que prestar assistência às vítimas de queimaduras deve ter um preparo físico e emocional, pois ao mesmo tempo em que esse trabalho é prazeroso por ajudar na fase de reabilitação da vítima, também é chocante, pois há a culpabilização da família, principalmente, quando a vítima for

criança (LIMA et al., 2013).

Educação em saúde na experiência do A1 é primordial na prática da enfermagem, não se limitando na comunicação de conteúdos e nas realizações de intervenções, tem que ir além disso, desenvolver e avaliar recursos educativos para distribuir a seus clientes, ações que reafirmam a enfermagem como ciência (CASTRO; LIMA, 2014).

8 EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA

Autores apontam que os acidentes por queimadura em ambiente doméstico atingem crianças, mulheres e idosos, sendo a principal causa entre eles os líquidos superaquecidos e a chama. Em adultos homens, a maioria dos acidentes ocorre em ambiente de trabalho, tendo como agente principal o álcool, seguido pela corrente elétrica.

No Brasil 1.000.000 de pessoas se queimam por ano, desses, 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil necessitam de internação, gerando uma despesa por ano de 63 milhões de reais. As internações por causas externas no SUS, entre os meses de janeiro a junho do ano de 2014, apontam que no Brasil, 6.782 pessoas sofreram lesões por queimaduras, tendo como agentes causais: calor, líquidos quentes, exposição ao fogo, à fumaça e às chamas e dentre os principais fatores de riscos para esses acidentes estão: a manipulação do álcool, as folias com fogos de artifícios, as fogueiras, os balões de festas, os fatores socioeconômicos e, ainda, a violência (COSTA et al., 2015; SANTOS et al., 2017).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as queimaduras são um grave problema de saúde pública, responsável por 180.000 óbitos, e a maior parte ocorre em países de baixa e média renda, a maioria ocorre nas regiões da África e sudeste asiático. As mulheres apresentam taxas elevadas do número de óbitos por queimadura em relação ao sexo masculino, isso está relacionado ao contato que as mulheres têm com o ambiente doméstico, em especial, a cozinha, além da violência autodirigida. Ao lado das mulheres, estão as crianças que são vulneráveis a queimaduras. As lesões não fatais por queimaduras são a quinta causa mais comum de acidente na infância devido à supervisão inadequada de adultos. Ademais, um número considerável de ferimentos por queimaduras estão relacionados aos maus-tratos infantis (WHO, 2017).

Entre as crianças de 1 a 9 anos, a queimadura está como a décima primeira causa de mortalidade e a quinta causa de lesões não fatais nessa faixa etária. Nos pacientes pediátricos, as queimaduras são mais intensas e as sequelas preocupantes devido estarem em fase de ligeiro crescimento físico e motor. A maioria das queimaduras ocorre em ambiente doméstico, tendo como principal agente causal o líquido superaquecido. Quando as faixas etárias são avaliadas separadamente, observa-se que nos lactentes dois agentes são predominantes: a

escaldadura e o contato. Isso ocorre por causa da alta dependência dos pais e pelo descuido deles em relação à lesão. Na fase pré-escolar, a escaldadura também foi o principal agente, seguidos por outros agentes como o fogo e a explosão. Estudos realizados no Brasil relataram que os familiares fazem ou permitem atividades de risco para queimaduras na frente de crianças ou autoriza as crianças brincarem com agentes casuais como o álcool e recipientes com líquidos superaquecidos (TAKINO et al., 2016).

Dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/ SUS) apontam que as internações de mulheres vítimas de queimaduras no ano de 2010 a 2016 somam um total de 33.378 casos notificados entre as mulheres de 20 a 80 anos. Esse número está associado ao ambiente doméstico (como os riscos diversos que a cozinha oferece: botijões de gás, preparação das refeições) e, posteriormente, às tentativas de suicídio. As tentativas de suicídio no sexo feminino com a utilização de produtos inflamáveis estão relacionadas com os transtornos mentais (depressão, os transtornos do humor e a esquizofrenia) sendo de três a doze vezes mais do que em pacientes não psiquiátricos (SALOMANI; MASSA, 2017; COSTA et al., 2015).

Estudos apontam que o ambiente doméstico é o local de prevalência de acidentes por queimaduras entre mulheres, criança e idosos. Os idosos representam dez por cento dos casos de queimaduras no Brasil e apresentam uma taxa relativa de morbimortalidade. Tal fato ocorre devido ao processo de cicatrização ser lento e às comorbidades. Em estudo realizado no sudeste do país, os principais acidentes com idosos aconteceram em ambiente doméstico e o sexo masculino apresentou maior prevalência. Os principais agentes causais foram chama direta, seguido por óleo quente, água quente, dermoabrasão, descarga elétrica e produto químico (COMINI et al, 2017).

Os números de óbitos de queimadura em mulheres são elevados em relação ao homem, mas Santos et al (2017) mostraram em seu estudo que os acidentes por queimadura ocorrem mais no sexo masculino, tendo como principal local o ambiente de trabalho. O álcool ficou em primeiro lugar entre os agentes etiológicos, segundo lugar queimadura elétrica e em quinto lugar os líquidos superaquecidos.

9 TRATAMENTO DA VÍTIMA DE QUEIMADURA.

Dentre os 15 artigos selecionados, cinco se sobressaíram ao enfatizar a importância do primeiro atendimento, sendo esse primordial para a evolução positiva do paciente, pois se avalia quais foram os maiores danos fisiológicos causados. O prognóstico final do paciente é totalmente dependente de um primeiro atendimento adequado, rápido e eficiente, a fim de evitar problemas maiores. No cuidado com a lesão, foram citados os tipos de coberturas mais usadas. Constatou-se que os curativos de prata são amplamente usados em vários tipos de excipientes. Ainda sobre essa abordagem, é necessário ressaltar a importância da prevenção de infecção, que é uma das mais graves e frequentes complicações nesses casos, além do controle da dor, que é de extrema importância para o manejo com o paciente vítima de queimadura, o que ainda é um grande desafio para equipe multiprofissional que lida com esse tipo de clientela.

9.1 Primeiro atendimento ao paciente

De acordo com A13, ao atender um paciente vítima de queimadura, a atenção do profissional não deve ser voltada para as lesões visíveis de pele, deve-se dar ênfase para a manutenção e a permeabilidade das vias aéreas, para a reposição de líquidos e para o controle da dor. Só após esses cuidados serem estabelecidos e realizados a fim de prevenir possíveis complicações, é que a atenção será voltada para o tratamento das lesões provocadas pela queimadura na pele (ROSSI et al., 2010).

O autor A15 expõe que se deve observar o cenário onde o trauma ocorreu, buscando prováveis lesões traumáticas, inalação de tóxicos, possíveis queimaduras das vias aéreas. Se forem confirmado politraumas, esses devem ser tratado primeiro, juntamente com os efeitos sistêmicos da queimadura e depois a queimadura em si. A reposição precoce de líquido para os pacientes com queimaduras em mais de 20% da superfície corporal total deve ser iniciada nas primeiras 24 horas, mas com atenção para evitar o excesso de líquidos que pode piorar o estado do paciente. A determinação da área queimada deverá ser realizada pela regra dos nove. Para manter a permeabilidade das vias aéreas, deve-se administrar oxigênio em alto fluxo e, se necessário, o paciente poderá ser entubado.

A analgesia deve ser realizada assim que possível e se necessário deve-se realizar a sedação do paciente (BRASIL, 2016).

9.2 Cuidados Frente à Lesão

Segundo A12, o paciente vítima de queimadura tem um alto risco para desenvolver infecções. A partir do momento que a barreira de proteção que a pele exerce no corpo é comprometida pela lesão causada pela queimadura, ocorre um desequilíbrio da proteção natural, tornando-se um ambiente vulnerável que poderá ser contaminado, ocasionando assim, uma infecção. Além desse comprometimento da pele, o paciente é submetido a muitos procedimentos invasivos e sua imunidade também fica comprometida devido à própria fisiopatologia gerada pelo processo de queimadura (HENRIQUE et al.,2013).

Assim, as feridas de queimadura são consideradas contaminadas quando há a contaminação por impurezas presentes no local do dano ou pela rápida proliferação de microrganismos que acontece no local devido ao fato de ter muito tecido desvitalizado. O A13 revela que as técnicas de limpeza e cuidado com essas feridas devem ser realizadas minuciosamente, sendo recomendado o desbridamento do tecido desvitalizado e o uso de coberturas que proporcionem um ambiente adequado para a reepitelização do tecido (ROSSI et al., 2010).

Quanto à escolha de qual cobertura, é ideal para cada ferida compreendemos que é necessária a observação quanto ao local da lesão, profundidade, extensão, quantidade de exsudato, agente causador, custo benefício, mobilidade do paciente, controle da dor e conforto proporcionado. Dentre os agentes tópicos mais utilizados com antimicrobianos, podemos destacar as combinações com associações entre sulfato de neomicina e bacitracina; entre acetato de clostebol e 5mg de sulfato de neomicina e a sulfadiazina de prata 1% (ROSSI et al., 2010).

Sobre tratamento local da lesão, A14 relata que atualmente está disponível no mercado diversos tipos de coberturas com prata que é incorporada ao curativo ao invés de ser aplicada como um preparado de sal, solução ou composto. Entre eles, podemos citar Acticoat®, Mepilex Ag®, Aquacel Ag®. Esses curativos trazem a vantagem de manter o efeito bactericida e o ambiente estéril, além de proporcionar umidade ideal para a reepitelização da ferida, não necessitam de trocas frequentes, absorvem o exsudato e se tornam um ótimo custo benefício (MOSER et al., 2013).

Entende-se que mesmo com todos os novos tratamentos surgindo para esse tipo de cliente, o controle da dor ainda é um desafio para o profissional de saúde, sendo que é uma dor complexa e, muitas vezes, a equipe não está preparada pra lidar com essa situação. O tratamento incorreto da dor poderá ocasionar uma quebra na confiança entre o paciente e a equipe multiprofissional, surgimento de dores crônicas ou perda da motilidade. O paciente deve ser avaliado a todo o momento a respeito da sua dor, analisando o local que ela ocorre, fatores interferentes para melhora ou piora da dor e a intensidade que ela acontece para que se possa elaborar um plano de cuidados adequado e eficiente para o manejo de medicamentos corretos. Deve-se ressaltar que em paciente queimados poderá ocorrer uma alteração na farmacocinética dos medicamentos devido à diminuição do fluxo sanguíneo resultante da resposta da fase inflamatória sistêmica causada pela queimadura (CASTRO et al., 2013).

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que as principais morbidades causadas pela queimadura provem da dor e sequela que ela acarreta, e o bom prognóstico do paciente está relacionado ao tratamento adequado e a uma sistematização da assistência de enfermagem eficaz.

A queimadura causa tanto trauma físico quanto psicológico para o paciente, trazendo assim uma grande responsabilidade para a equipe, que deve estar preparada para dar apoio emocional tanto para a vítima como para a família.

Dentre os principais fatores que levam ao trauma por queimadura, foram observados grandes incidências de acidente com líquido superaquecidos e chamas, sendo acometidas mais as crianças seguidos pelos idosos e por último as mulheres.

No tocante ao tratamento, destacaram-se as coberturas com sulfadiazina de prata em sua composição, sendo que esta é de grande benefício no tratamento da queimadura. Restou caracterizada, ainda, a preocupação em evitar a infecção no paciente vítima de queimadura e a importância do primeiro atendimento para um prognóstico positivo.

Frente as complicações que o trauma por queimaduras traz para o paciente e enfermagem, destaca-se a necessidade de estudos que abordem tanto o tratamento quanto a preparação da equipe para o manejo clínico do paciente com conhecimentos técnicos científicos, devido à escassez de material didático encontrado sobre tema. Por meio do estudo de publicações disponíveis, percebeu-se também a necessidade de estudos locais que identifiquem a ocorrência e a frequência da população exposta ao risco de queimaduras. Com tais informações podem ser elaboradas medidas de prevenção, tratamentos ideais e satisfatórios.

Este trabalho foi de grande importância para o conhecimento científico e acadêmico das discentes, que aprofundou seu conhecimento sobre o tema abordado e notou a necessidade de estar sempre em busca de conhecimento sobre o assunto queimadura. Contribui também para os profissionais de enfermagem que atuam com pacientes queimados e estão em busca de conteúdo científico para melhorar o atendimento prestado no dia a dia do seu trabalho. Torna-se também importante para a pessoa que foi vítima de queimadura e é totalmente leiga sobre o tratamento, através dessa pesquisa ela poderá conhecer mais sobre o assunto e o que esperar da equipe que o atende, evitando que ele aceite um tratamento errôneo

que não satisfaz suas expectativas de recuperação, já que para esse tipo de clientela o tratamento muitas vezes se torna frustrante e exaustivo.

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BISCEGLI, Terezinha Soares et al. Perfil de crianças e adolescentes internados em Unidade de Tratamento de Queimados do interior do estado de São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 3, p. 177-182, 2014. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058214700061>

BOLGIANI Alberto N., SERRA Maria Cristina do Vale Freitas. Atualização no tratamento local das queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 9, n. 2, p. 38-44, 2010. <http://rbqueimaduras.com.br/details/32/pt-BR>

BRASIL – **Ministério da Saúde** - DATASUS [homepage on the Internet]. Informações de Saúde (TABNET) – Estatísticas vitais- Mortalidade geral - 1996 a 2011, pela CID-10– Mortalidade geral [cited 2013, Oct 20]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/idex.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10>

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.

CASTRO, Ana Neile Pereira; LIMA JR, Edmar Maciel Lima. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. **Sociedade Brasileira de Queimaduras Abril/Junho de 2014 Volume 13| Número 2**, v. 13, n. 2, p. 103-13, 2014. <http://rbqueimaduras.org.br/details/202/pt-BR/desenvolvimento-e-validacao-de-cartilha-para-pacientes-vitimas-de-queimaduras>

CASTRO, Rodrigo José Alencar ; LEAL, Plínio Cunha; SAKATA, Rioko Kimiko. Tratamento da dor em queimados. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas, v. 63, n. 1, p. 154-158, fev. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_atext&pid=S003470942013000100013&lng=pt_BR&nrm=iso>. acesso em 08 de março de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942013000100013>

CHAVES, Sheyla Cristina Santos. Ações da enfermagem para reduzir os riscos de infecção em grande queimado no CTI. **Rev Bras Queimaduras**, v. 12, n. 3, p. 140-4, 2013. rbqueimaduras.org.br

COMINI, Ana Carolina Marin et al. Perfil epidemiológico dos pacientes idosos queimados internados em unidade de tratamento de queimados do Noroeste paulista. **Revista Brasileiro Queimaduras** 2017;16(2):76-80 Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/366>

COSTA, Gabriela Oliveira Parentes et al. Perfil clínico e epidemiológico das queimaduras: evidências para o cuidado de enfermagem. **Revista Ciência e Saúde** 2015;8(3):146-155 Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21360/13988>

FARINA, Jayme Adriano JR et al. Redução da mortalidade em pacientes queimados. **Rev Bras Queimaduras**, v. 13, n. 1, p. 2-5, 2014. <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/188/pt-BR/reducao-da-mortalidade-em-pacientes-queimados>

FRANCISCONI, Mari Hellen Gonçalves et al. Perfil epidemiológico das crianças com queimaduras hospitalizadas em um Centro de Tratamento de Queimados. **Rev Bras Queimaduras**, v. 15, n. 3, p. 137-41, 2016. <http://rbqueimaduras.org.br/details/308>

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. **São Paulo**, v. 5, p. 61, 2002. <http://197.249.65.74:8080/biblioteca/handle/123456789/707>

GOMES, Roberto Dino; SERRA, Maria Cristina; MACIEIRA JR, Luiz. **Condutas atuais em queimaduras**. 2ªed. Revinter. Rio de Janeiro, 2001.

HENRIQUE, Danielle Mendonça et al. Controle de infecção no centro de tratamento de queimados: revisão de literatura. **Rev Bras Queimaduras** 2013;12(4):230-234 Disponível em: < <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/181>.> Acesso em: 5 nov 2017.

LIMA, Edmar Maciel JR ; SERRA, Cristina do Valle Freitas. **Tratado de queimaduras**. São Paulo. Editora atheneu, ed 1. 2006.

LIMA, Odinéia Batista Arantes et al. A enfermagem e o cuidado a vítima de queimaduras: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE** online Recife, vol.7, p.4944-50, Julho, 2013.

MACHADO, Tiago Haddad Simões et al. Estudo epidemiológico das crianças queimadas de 0-15 anos atendidas no Hospital Geral do Andaraí, durante o período de 1997 a 2007. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 8, n. 1, p. 3-9,

2009. <http://rbqueimaduras.com.br/details/3/pt-BR>

MALAGUTTI, William; KAKIHARA, Cristiano Tarzia. **Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 2ª. ed. São Paulo: Martinari, 2014

MARTINS, Caroline Lemos et al. Estratégias de promoção de um ambiente de trabalho seguro para a prevenção de queimaduras. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, VOL.5, NO 1, 2015 <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/728>

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm**. [online]. 2008, vol.17, n.4, pp.758-764. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MOREIRA, Silvia Silva et al. Implantação de nova tecnologia para otimização do atendimento em ambulatório de queimados, sem adição de custos. **Rev Bras Queimaduras**, v. 12, n. 2, p. 87-102, 2013. <http://rbqueimaduras.org.br/details/152/pt-BR/implantacao-de-nova-tecnologia-para-otimizacao-do-atendimento-em-ambulatorio-de-queimados--sem-adicao-de-custos>

MOSER, Heloísa, et al. Evolução dos curativos de prata no tratamento de queimaduras de espessura parcial . **Rev Bras Queimaduras** 2013;12(2):60-67. Disponível em:<<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/147/pt-BR/evolucao-dos-curativos-de-prata-no-tratamento-de-queimaduras-de-espessura-parcial>> Acesso em: 6 nov 2017.

OLIVEIRA, Tathiane Souza; MOREIRA Katia Fernanda; GONÇALVES Ticiane albuquerque . **Assistência de enfermagem com pacientes queimados**. **Rev. Bras. Queimaduras** [on line]. 2012; 11(1):31-7. Disponível em: http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=97

PHTLS – Prehospitalar Trauma Life Support. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. Tradutores: Diego Alfaro e Hermíniode Mattos Filho. 7ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

ROSSI, Lídia Aparecida et al . Cuidados locais com as feridas das queimaduras. **Rev Bras Queimaduras** 2010;9(2):54-59. Disponível

em: <<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/35.>> Acesso em: Acesso em: 5 nov.2017.

SALAMONI, Simone silva, MASSA Lilian dias Bernardo . Mulheres queimadas: uma revisão integrativa de publicações nacionais. **Revista Brasileira Queimaduras** 2017;16(1):34-44 Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/345/pt-BR/mulheres-queimadas--uma-revisao-integrativa-de-publicacoes-nacionais>

SANTOS, Evelyn Andrade et al. Ocupações com maior risco para acidente com queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**, v. 13, n. 4, p. 260-4, 2014. <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/229>

SANTOS, Gricélia Pereira et al. Perfil epidemiológico do adulto internado em um centro de referência em tratamento de queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras** 2017;16(2):81-86 Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/367/pt-BR/perfil-epidemiologico-do-adulto-internado-em-um-centro-de-referencia-em-tratamento-de-queimaduras>

SERRA, Maria Cristina et al. Queimadura em pacientes da terceira idade epidemiologia de 2001 a 2010. **Rev Bras Queimaduras**, v. 10, n. 4, p. 111-3, 2011. <http://rbqueimaduras.com.br/details/79/pt-BR>

SMETLZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. In: **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12^a.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 3v.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS - **SBQ**. Queimaduras [Internet]. Goiânia [citado 17 maio 2017]. Disponível <http://sbqueimaduras.org.br/a-entidade/>

SOUZA, Walter Tavares; SILVA, Raquel Souza. Curativos utilizados no tratamento de queimaduras: uma revisão integrativa. **Rev Bras Queimaduras**, v. 14, n. 4, p. 300-6, 2015. <http://rbqueimaduras.org.br/details/282/pt-BR/curativos-utilizados-no-tratamento-de-queimaduras--uma-revisao-integrativa>

TAKEJIMA, Milka L. et al. Prevenção de queimaduras: avaliação do conhecimento sobre prevenção de queimaduras em usuários das unidades de saúde de Curitiba. **Rev Bras Queimaduras**, v. 10, n. 3, p. 85-8, 2011. <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/74/pt-BR/prevencao-de-queimaduras--avaliacao-do-conhecimento-sobre-prevencao-de-queimaduras-em-usuarios-das-unidades-de-saude-de-curitiba>

TAKINO, Mikelini Ayumi , et al. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras admitidos em centro de tratamento de queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras** 2016;15(2):74-79 Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/297/pt-BR/perfil-epidemiologico-de-criancas-e-adolescentes-vitimas-de-queimaduras-admitidos-em-centro-de-tratamento-de-queimados>

TEXEIRA, Cristiane Chagas; ALMEIDA, William Albuquerque. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente queimado. **Revista Científica Unisalesiano**. 2012. ≤ <http://www.salesianolins.br/universitaria/artigos/no6/artigo2.pdf>>

VALE, Everton Carlos Siviero. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. **An. Bras. Dermatol.** [online]. 2005, vol.80, n.1, pp.9-19. ISSN 0365-0596. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005000100003>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Queimaduras **WHO**; 2018 [acesso em 27 mar 2018]. Disponível <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/burns>