

TRATAMENTO DE QUEIMADURAS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: O ENFERMEIRO INSERIDO NESSE CONTEXTO¹

THE TREATMENT OF BURNS IN THE EMERGENCY SERVICE: THE NURSE IN THIS CONTEXT

Paloma Horbach da Rosa², Tainara Genro Vieira², Silomar Ilha³ e Bibiana Sales Antunes⁴

RESUMO

As queimaduras se caracterizam como lesões decorrentes de agentes como a energia térmica, química ou elétrica, capazes de produzir calor ou frio excessivo que danificam os tecidos corporais e acarretam na morte celular. Tais agravos podem ser classificados como queimaduras de primeiro grau, segundo grau ou de terceiro grau. Existem aspectos que devem ser considerados na classificação da queimadura, como o agente causal, extensão da área corpórea queimada e profundidade da queimadura. A assistência de enfermagem ao grande queimado é complexa e exige abrangência de conhecimentos científicos e técnicos, bem como incentivo em pesquisas e tecnologias. O objetivo deste estudo é conhecer, através de uma revisão de literatura, a atuação do enfermeiro do atendimento de emergência às vítimas de queimaduras. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura realizada por meio da leitura de livros impressos, materiais do Ministério da Saúde e artigos científicos disponíveis *on-line*. Como recorte temporal para os artigos, optou-se por publicações entre 2012 a e 2017, selecionadas nos bancos de dados *on-line* Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), por meio dos descritores: Ferimentos e lesões, Queimaduras, Emergências, Enfermagem. Os materiais selecionados foram submetidos à técnica de Análise Textual Discursiva, a qual resultou resultando em três unidades: Pele: subdivisão e função; Queimaduras: características e origem; Assistência de enfermagem ao paciente queimado. Conclui-se que há necessidade de novos estudos, como forma de aprimorar o cuidado de enfermagem a esses pacientes, bem como seu prognóstico.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, enfermagem, ferimentos e lesões.

ABSTRACT

Burns are characterized as injuries resulting from energy agents such as thermal, chemical or electrical. They are capable of producing excessive heat or cold that can damage body tissues and lead to cell death. Such injuries can be classified as first, second or third degree burns. There are aspects that should be considered in the burn classification, such as the causal agent, extent of burned body area and burn depth. Nursing care for large burns is complex and requires a wide range of scientific and technical knowledge, as well as an incentive for research and technology. The objective of this study is to show, through a literature review, the nurse's role of emergency care for burn victims. This is a narrative review of literature performed through the reading of printed books, documents from the Health Department and scientific articles available online. As a temporal cut-off for the articles, publications were selected between 2012 and

¹ Trabalho desenvolvido na disciplina de Seminário Integrado.

² Enfermeiras. Alunas da Residência Profissional em Enfermagem Urgência, Emergência e Trauma - Centro Universitário Franciscano. E-mails: palomahorbach93@hotmail.com; tatigenro@hotmail.com

³ Coorientador. Coordenador da Residência Profissional em Enfermagem Urgência, Emergência e Trauma - Centro Universitário Franciscano. E-mail: silomar.ilha@unifra.br

⁴ Orientadora. Tutora da Residência Profissional em Enfermagem Urgência, Emergência e Trauma - Centro Universitário Franciscano. E-mail: bibianaantunes@hotmail.com

2017, selected in the online databases Scientific Eletronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs), through the following descriptors: Wounds and injuries, Burns, Emergencies, Nursing. The selected materials were submitted to the Discursive Textual Analysis technique, which resulted in three units: Skin: subdivision and function; Burns: characteristics and origin; Nursing care for the burned patient. It is concluded that there is a need for new studies, as a way to improve nursing care for these patients, as well as their prognosis.

Keywords: nursing care, nursing, injuries.

INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta elevados índices de acidentes envolvendo queimaduras, tornando imprescindível a ação de políticas públicas de saúde, com o intuito de promover ações educativas a fim de minimizar os danos causados por esta forma de ferimento (SILVA; FERREIRA, 2015). Em 2009 foi instituído o “Dia Nacional de Luta contra Queimaduras”, a ser comemorado em todo o território nacional no dia seis de junho de cada ano, por meio da Lei nº 12.026, de 9 de setembro de 2009, visando estabelecer a Semana Nacional de Prevenção e Combate a Queimaduras, com a finalidade de divulgar as medidas preventivas necessárias à redução da incidência de acidentes envolvendo pessoas com queimaduras (BRASIL, 2000).

Portanto, faz-se necessária a publicação de medidas preventivas sobre o tema, visto que a maioria dos casos de queimaduras pode ser evitada, pois geralmente ocorre de forma acidental e domiciliar. Os impactos socioeconômicos são preocupantes, porque os jovens são as maiores vítimas, o que ocasiona uma diminuição na produtividade e a desestruturação familiar (SILVA; FERREIRA, 2015). As queimaduras apresentam-se como lesões decorrentes de agentes como a energia térmica, química ou elétrica, capazes de produzir calor excessivo ou frio suficientes para danificar os tecidos corporais e acarretando a morte celular (BRASIL, 2012). Tais agravos podem ser classificados como queimaduras de primeiro, segundo ou de terceiro grau.

A queimadura de primeiro grau atinge a espessura superficial da pele e apresenta-se como um eritema solar. Esta afeta a epiderme, sem formar bolhas, apresenta vermelhidão, dor, edema e geralmente descama em quatro a seis dias. A queimadura de segundo grau afeta a epiderme e parte da derme, formando flictenas. Apresenta-se como uma bolha rósea, úmida e dolorosa quando atinge a parte superficial da pele, e como uma bolha branca, seca, indolor quando atinge a parte profunda da pele. A restauração da pele geralmente ocorre de sete a vinte e um dias. Já a de terceiro grau atinge a espessura total da pele, músculos e pode comprometer as estruturas ósseas. Geralmente é indolor e apresenta placa esbranquiçada ou enegrecida, com textura coriácea, a qual exige enxertia de pele, uma vez que e não apresenta condições de revitalização (BRASIL, 2012).

No Brasil, as queimaduras representam um agravamento à saúde pública. Entre os casos notificados no país, a maior parte ocorre nas residências das vítimas e quase metade das ocorrências envolve a

participação de crianças. Entre as queimaduras mais comuns, tendo criança como vítimas, estão as decorrentes de escaldamentos (manipulação de líquidos quentes, como água fervente, pela curiosidade característica da idade) e as que ocorrem em casos de violência doméstica. Por sua vez, entre os adultos do sexo masculino, as queimaduras mais frequentes ocorrem em situações do trabalho (BRASIL, 2012). Os idosos, especialmente os não ativos, também compreendem um grupo de alto risco para queimaduras devido à sua menor capacidade de reação e às limitações físicas devido ao envelhecimento.

O Pronto Atendimento é a porta de entrada para o paciente queimado. O estudo de Cantarelli-Kantorski et al. (2014) evidencia a demanda de pacientes queimados nos serviços de urgência em um pronto atendimento de Pelotas/RS no período de um ano. Os dados do estudo demonstram que foram realizados atendimentos a 436 pacientes, com predomínio do sexo masculino e jovens adultos. Os líquidos superaquecidos e explosão/chama direta foram responsáveis pela maioria das queimaduras. A realização de curativos, aliada à prescrição de medicamentos foi a conduta mais prevalente, com o destaque para o uso da sulfadiazina de prata 1%, uso de analgésicos e vacina antitetânica (CANTARELLI-KANTORSKI et al., 2014).

O atendimento imediato do paciente visa, primeiramente, salvar sua vida e, concomitantemente, evitar infecções, deformidades, bem como a minimização dos traumas psíquicos com vistas à sua reintegração, o mais breve possível, na sociedade. Para isso, o primeiro atendimento deve ser eficiente, com a utilização de técnica asséptica e o planejamento, assim que possível, da recuperação dos movimentos normais do paciente, o que denota na necessidade de apoio, visto que o impacto psicológico é presenciado em alguns pacientes. A atuação clínica do enfermeiro é importante para proporcionar assistência integral, efetividade, segurança e o conforto do paciente, a fim de minimizar o seu sofrimento. A qualidade na assistência de enfermagem é essencial a um paciente queimado, o que engloba alívio da dor, prevenção de infecções e de sequelas físicas e emocionais.

Dessa forma, o enfermeiro, o qual sistematiza o processo de cuidado a pessoas em diferentes condições de saúde, necessita apropriar-se do conhecimento clínico para o atendimento qualificado de emergência à vítima de queimadura, fato que justifica a necessidade e relevância deste estudo. Com base no exposto, questiona-se: Como ocorre a atuação do enfermeiro do atendimento de emergência às vítimas de queimaduras?

Na tentativa de responder o questionamento, este estudo objetivou conhecer, através de uma revisão de literatura, a atuação do enfermeiro do atendimento de emergência às vítimas de queimaduras.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo revisão narrativa da literatura. Revisões narrativas são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o estado da arte de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Constituem-se

de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas, na interpretação e análise crítica pessoal do autor. Essa categoria de artigos tem papel fundamental para a educação continuada, pois permitem ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo (ROTHER, 2007).

Para Gil (2008) a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema, podendo explicá-lo. Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso.

A busca de artigos incluiu pesquisa em bases eletrônicas e busca manual de citações nas publicações inicialmente identificadas, bem como resoluções relacionadas à residência de enfermagem no Brasil. As bases eletrônicas pesquisadas foram Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), por meio dos descritores em Ciências da Saúde, a saber: “Lesões”, “Enfermagem”, “Queimados”. Os critérios de inclusão foram: serem artigos de pesquisa, estudos de caso e revisões sistemáticas; artigos de acesso gratuito nos *sites* pesquisados.

O período de abrangência foi entre anos de 2012 e 2017, por serem materiais referentes aos últimos cinco anos, representando dessa forma um referencial com dados considerados recentes acerca da temática estudada. Utilizaram-se, ainda, livros impressos que são referências na área do estudo e materiais do Ministério da Saúde. Após o levantamento dos dados, foi realizada a leitura exploratória dos resumos para a seleção dos artigos que atendiam aos critérios desta pesquisa. Diante desta seleção e após a leitura analítica dos textos foram selecionados aqueles que atendiam ao objetivo deste estudo.

Os materiais que atenderam aos critérios de inclusão foram submetidos a análise textual discursiva, organizada a partir de uma sequência recursiva de três componentes: 1) Unitarização, onde o pesquisador examinou com intensidade e profundidade os textos em detalhes, fragmentando-os no sentido de atingir unidades de significado; 2) Momento em que buscou-se o estabelecimento de relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, resultando em um ou mais níveis de categorias de análise; 3) Comunicação, onde o pesquisador apresentou as compreensões atingidas a partir dos dois focos anteriores, resultando nos metatextos, que foram constituídos de descrição e interpretação dos fenômenos investigados (MORAES; GALIAZZI, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os materiais analisados permitiram a construção de três unidades: Pele: subdivisão e função; Queimaduras: características e origem; Assistência de enfermagem às pessoas com queimadura.

PELE: SUBDIVISÃO E FUNÇÃO

A pele, maior órgão do corpo, constitui 15% do peso corporal total de um adulto. Ela é uma barreira protetora contra organismos causadores de doenças, um órgão sensorial para dor, temperatura e toque, como, também, responsável por sintetizar a vitamina D. Lesões na pele impõem riscos à segurança e deflagram uma complexa resposta de cicatrização (POTTER, 2012). A pele, também conhecida como sistema tegumentar, pode ser dividida em três camadas separadas: epiderme, derme e hipoderme. Os tecidos subcutâneos estão situados sob essas camadas (POTTER, 2012).

A epiderme é a camada mais externa, que é fina e não contém vasos sanguíneos, consiste em tecidos epiteliais escamosos. As duas subdivisões principais da epiderme são estrato córneo, camada mais superficial, e a camada de células basais, mais profundas, ou estrato germinativo (POTTER, 2012). O estrato córneo é formado por células achatadas, mortas e queratinizadas. As células se originam da camada epidérmica mais interna, comumente chamada de cama ou estrato basal, no qual as células se dividem, proliferam e migram em direção à superfície epidérmica. Após as células atingirem o estrato córneo, elas se achatam e morrem, movimento constante que assegura a substituição das células superficiais eliminadas durante a descamação normal. O delgado estrato córneo protege células e os tecidos subjacentes da desidratação e previne a entrada de certos agentes químicos. O estrato córneo permite a evaporação de água a partir da pele e a absorção de certos medicamentos tópicos (POTTER, 2012).

A derme, a camada abaixo da epiderme, proporciona força tênsil, suporte mecânico e proteção aos músculos, ossos e órgãos subjacentes e, de modo diferente da epiderme, ela contém principalmente tecido conjuntivo e poucas células. Contudo, o colágeno, vasos sanguíneos e nervos estão situados na derme. Por fim, a última e mais profunda camada da pele é a hipoderme, que pode ser chamada de tecido celular subcutâneo. Ela é formada por feixes de tecido conjuntivo frouxo que une a derme de maneira pouco firme. Além disso, a hipoderme envolve as células gordurosas e permite que a pele deslize sobre os músculos, fornecendo proteção contra traumas físicos e também serve de depósito de calorías (POTTER, 2012).

A pele desempenha várias funções, inclusive as de proteção, percepção sensorial, regulação da temperatura, pressão arterial e excreção. Em relação à proteção, a epiderme protege contra traumatismos, exposição aos compostos químicos nocivos e invasão por microrganismos. A pele intacta também protege o corpo, limitando a excreção de água e eletrólitos (ANDRIS et al., 2006). Na percepção sensorial, as fibras dos nervos sensoriais transmitem impulsos ao sistema nervoso central, enquanto que as fibras dos nervos autônomos levam impulsos às células musculares lisas das paredes dos vasos sanguíneos da derme, aos músculos que circundam as raízes dos pelos e às glândulas sudoríparas. Por meio dessas fibras, a pele pode transmitir várias sensações, como temperatura, tato, pressão, dor e prurido (ANDRIS et al., 2006).

No controle da temperatura e da pressão arterial, os nervos, os vasos sanguíneos e as glândulas écrinas abundantes na derme ajudam na termorregulação. Quando a pele é exposta ao frio ou a temperatura corporal diminui, os vasos sanguíneos contraem em resposta aos estímulos produzidos pelo sistema nervoso autônomo e, com isso, ocorre a diminuição do fluxo sanguíneo da pele, o que conserva o calor corporal. Quando a pele está muito quente ou a temperatura corporal interna aumenta, as arteríolas da derme dilatam, o que resulta na ampliação do fluxo de sangue por esses vasos sanguíneos, conduzindo a uma diminuição do calor corporal. Do mesmo modo, os vasos sanguíneos da derme também ajudam a regular a pressão arterial sistêmica por meio da vasoconstrição (ANDRIS et al., 2006).

A pele também atua no processo de excreção, através das glândulas sudoríparas, quando estas excretam suor, que contém água, eletrólitos, ureia e ácido láctico. Além disso, mantém a integridade da superfície corporal por migração e descamação; pode reparar as feridas superficiais, intensificando os mecanismos normais de reposição celular. As glândulas sebáceas produzem sebo, uma mistura de ceratina, gordura e fragmentos de celulose que, em combinação com o suor, forma uma película ácida úmida e oleosa com discreta ação antibacteriana e antifúngica, com potencial de proteção da superfície da pele (ADRIIS et al., 2006).

QUEIMADURAS: CARACTERÍSTICAS E ORIGEM

As queimaduras são traumas ocasionados, geralmente, por exposição térmica e, algumas vezes, caracterizam-se como acidentes graves. Destaca-se que a maior parte das vítimas sofreu algum tipo de queimadura decorrente de acidentes domésticos/injúria. Geralmente, essas injúrias ao organismo são resultantes da transferência de energia de uma fonte de calor para o corpo, que pode ser de origem térmica, química ou elétrica. Assim, caracteriza-se como uma lesão no tecido de revestimento e pode destruir parcial ou totalmente a pele e seus anexos, atingindo as camadas mais profundas, como tecidos subcutâneos, músculos, tendões e ossos. Dessa forma, quanto maior a profundidade e comprometimento dos órgãos, mais grave é o estado do paciente (OLIVEIRA; MOREIRA; GONÇALVES, 2012).

De acordo com Fernandes Júnior et al. (2006), as queimaduras podem ser caracterizadas quanto ao agente causador:

1. Escaldo: causa mais frequente de queimaduras, onde as mais graves acontecem nas regiões com roupas e com líquidos mais espessos.
2. Chama: a segunda causa mais frequente e quando atinge as roupas 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, tendem a ser restritas a áreas pequenas.

5. Elétricas; as que ocorrem em razão da alta de calor e explosão das membranas celulares quando o calor convertido é diretamente proporcional à amperagem da corrente e da resistência do local por onde passou.
6. Químicas: causadas frequentemente por ácidos ou álcalis em acidentes de trabalho que ocasionam uma lesão progressiva até o reagente ser totalmente removido.

As queimaduras são classificadas conforme sua profundidade e extensão, devido ao grau de destruição celular causado na pele e tecido subcutâneo. Os termos “superficial”, “parcial” e “total” são utilizados e as queimaduras são classificadas em primeiro, segundo e terceiro grau (SALLUM; PARANHOS, 2010). A queimadura de primeiro grau apresenta eritema associado a dor. O grau de destruição celular limita-se às camadas superficiais da epiderme. A queimadura de segundo grau abrange lesão superficial e parcial profunda, atingindo toda a epiderme e a maioria dos elementos da derme é destruída. De forma geral, a queimadura de segundo grau apresenta edema intersticial com extravasamento de líquido e resulta na formação de flictena sobre a pele hiperemiada, com dor que varia de moderada a intensa (SALLUM; PARANHOS, 2010).

Nas queimaduras 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 (SALLUM; PARANHOS, 2010). A dificuldade prática está na diferenciação entre a queimadura de segundo grau profunda e a lesão de terceiro grau. Durante a própria evolução da queimadura, uma infecção ou uma grave instabilidade hemodinâmica pode ocasionar o aprofundamento da lesão. Com isso, não se deve afirmar o grau ou estágio de uma queimadura em uma primeira avaliação, sendo essencial realizar uma reavaliação do paciente em 48 a 72 horas após o trauma (GOMES, 2006).

As queimaduras também são classificadas em relação à extensão da Superfície Corporal Queimada (SCQ) e, atualmente, são utilizadas duas tabelas que determinam a Área de Superfície Corporal Total (ASCT). Uma delas é a tabela da Regra dos Nove, de até nove pontos, associada a cada região do corpo. Esta tabela é muito utilizada em serviços de emergência para avaliar o paciente adulto, sendo contraindicada para mensurar queimaduras em crianças, principalmente nas menores de quatro anos, pela possibilidade de erros grosseiros (OLIVEIRA; MOREIRA; GONÇALVES, 2012). O método mais aconselhado, que leva em consideração as proporções corporais em relação à idade, é a tabela do método de Lund-Browder, que considera a superfície corporal semelhante à do adulto a partir da puberdade (GOMES, 2006).

A 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, tais como membro superior no total de 9%, cada membro inferior com 18%, o tronco com 36%, a cabeça com 9% e o períneo com 1% de Área Superficial Corporal Total (SMELTZER et al., 2008). O método Lund-Browder é o mais exato para 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 da Área de Superfície Corporal Total. Este método considera as proporções do corpo em relação ao crescimento e à idade (SMELTZER et al., 2008).

Outro aspecto considerado na classificação da queimadura é a associação da extensão com a avaliação da profundidade, determinando a gravidade do paciente em pequeno, médio e grande queimado (Tabela 1). Esta classificação varia com cada paciente, devendo ser considerados vários aspectos, como a idade, doenças preexistentes, profundidade e localização da queimadura (BRASIL, 2000).

Tabela 1 - Classificação (extensão e profundidade) das Queimaduras (Nota 1).

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, cardíaca e hepática, distúrbio de coagulação, embolia pulmonar, infecção, doenças consumptivas e síndrome compartimental).

Fonte: Brasil (2000).

A equipe de enfermagem deve estar preparada para atender/cuidar o paciente com queimaduras. Assim, o enfermeiro, por ser o coordenador da equipe de enfermagem e o profissional responsável pela sistematização do cuidado em diferentes contextos, deve possuir conhecimento científico e específico sobre o primeiro atendimento às pessoas com queimaduras, bem como sobre as alterações fisiológicas que ocorrem no sistema orgânico após as mesmas. Isso possibilitará a identificação e prevenção de alterações sutis que possam desencadear maiores complicações hemodinâmicas em decorrência das lesões teciduais e sistêmicas.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM QUEIMADURA

A assistência às pessoas com queimaduras no serviço de urgência e emergência deve ser baseada em protocolos a fim de uniformizar o atendimento, minimizar erros e prevenir maiores complicações. O tratamento de emergência das queimaduras visa interromper o processo da queimadura, remover joias, próteses, roupas e cobrir as lesões com panos limpos (BRASIL, 2012). A Cartilha para tratamento de emergência para queimaduras do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) cita que o tratamento em sala de emergência para pacientes queimados segue a seguinte sequência:

- Vias aéreas: realizar a avaliação observando a presença de corpos estranhos, verificar e retirar qualquer tipo de objeto responsável pela obstrução.

- Respiração: aspirar as vias aéreas superiores, se necessário. Administrar oxigênio a 100% (máscara umidificada) e, na suspeita de intoxicação por monóxido de carbono, manter a oxigenação por três horas. Quando houver a suspeita de lesão inalatória o paciente apresenta rouquidão, estridor, escarro carbonáceo, dispneia, queimadura das vibrissas e insuficiência respiratória, deve-se manter a cabeceira elevada em 30°. A intubação orotraqueal é indicada quando a avaliação pela escala de coma Glasgow indicar menor do que oito ou PaO₂ for menor do que 60, PaCO₂ for maior do que 55 na gasometria, quando a saturação for menor do que 90% na oximetria; houver edema importante de face e orofaringe.

- Circulação: Avaliar queimaduras circulares. Avaliar o tórax, membros superiores, membros inferiores, atentando para a perfusão distal e aspecto circulatório.

Avaliar traumas associados, doenças prévias ou outras incapacidades: nesse momento devem-se avaliar outros traumas, como na região abdominal, trauma crânio encefálico, levantamento do histórico enfatizando as doenças prévias, uso de medicação contínua e tratamentos realizados antes das queimaduras, bem como incapacidades já presentes no paciente. A fim de realizar uma avaliação completa do mesmo.

- Expor a área queimada: realizar acesso venoso periférico calibroso mesmo em área queimada. Na impossibilidade desta, utilizar acesso venoso central. A sondagem vesical de demora deve ser realizada para controle de diurese para queimaduras acima de 20% em adultos e 10% em crianças.

Após o primeiro tratamento realizado, o enfermeiro, em conjunto com a equipe, deve avaliar a área corporal queimada e a profundidade da queimadura (BRASIL, 2012). Em sala de emergência, é de suma importância que o enfermeiro avalie a extensão da queimadura e a Superfície Corporal Queimada (SCQ), com vistas ao estabelecimento da hidratação. A regra dos “Nove” pode ser utilizada atentando para áreas nobres como região ocular, auricular, face, pescoço, mão, pé, região inguinal, grandes articulações (ombro, axila, cotovelo, punho, coxo-femural, joelho, tornozelo) e genital (BRASIL, 2012).

Com a SCQ estabelecida é possível realizar o cálculo de hidratação por meio da fórmula de Parkland, a qual estabelece 2 a 4ml x %SCQ x Peso (kg) do paciente. A infusão preconizada é as soluções cristaloides (Ringer com lactato), sendo 50% da solução infundida nas primeiras 8 horas e 50% nas 16 horas seguintes. Considera-se 2 ml para pacientes idosos, com diagnóstico prévio de insuficiência renal ou cardíaca e 4 ml para crianças e adultos jovens (BRASIL, 2012).

O controle rigoroso da diurese é importante para avaliar a coloração, quantidade e aspecto da diurese, por meio da sonda vesical de demora. Deve-se manter o volume de diurese entre 0,5 a 1 ml/kg/h. No trauma elétrico manter diurese em torno de 1,5 ml/hora ou até o seu clareamento. O controle de glicemia nas crianças e pessoas com diabetes mellitus (DM) é imprescindível para evitar complicações e desequilíbrio glicêmico (BRASIL, 2012).

A equipe de enfermagem controla a infusão de soluções, eliminações de fluidos, bem como a dor, com vistas ao seu alívio e conforto do paciente. Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras, as medicações intravenosas de escolha são, em adultos, a dipirona 500 mg a 1 g por via endovenosa, a morfina 1 ml/10mg diluída em 9 ml SF 0,9% solução, dar até 01 mg para cada 10 kg de peso. Em crianças, a dipirona 15 - 25 mg/kg por via endovenosa; a morfina a 0,1 mg/kg/dose (solução diluída) (BRASIL, 2012).

Em sala de emergência outros aspectos devem ser considerados, como a ASCQ, que define que a gravidade da queimadura depende de alguns fatores. Entre estes, a extensão/profundidade maior que 20% de ASCQ em adultos ou maior que 10% em crianças, idade menor de três anos e maior de 65 anos, lesão inalatória, politrauma, doenças associadas, queimaduras químicas, trauma elétrico, lesões em áreas nobres e especiais, paciente queimados vítimas de violência, maus-tratos, tentativas de suicídio, entre outras (BRASIL, 2012).

A Cartilha para tratamento de emergência para queimaduras do Ministério da Saúde (2012) aponta outras medidas gerais e tratamentos da ferida, como a limpeza da mesma com água e clorexidina degermante a 2% e, na falta desta, usam-se água e sabão neutro, manter elevada a cabeceira da cama do paciente, pescoço em hiperextensão e membros superiores elevados e abduzidos, se houver lesão em pilares axilares. Administração de profilaxia do Tétano (Toxóide tetânico), da úlcera do *stress* (bloqueador receptor H2) e do tromboembolismo (heparina SC) (BRASIL, 2012).

Pode ser administrada de sulfadiazina de prata a 1% como antimicrobiano tópico. Realização de curativo exposto na face e no períneo e oclusivo em outros locais, com quatro camadas: atadura de morim ou de tecido sintético (rayon) contendo o princípio ativo (sulfadiazina de prata a 1%), gaze, algodão hidrófilo e atadura de crepe (BRASIL, 2012).

Deve-se também restringir o uso de antibiótico sistêmico profilático apenas às queimaduras potencialmente colonizadas e com sinais de infecção local ou sistêmica. Evitar o uso de corticosteróides. Como também se deve atentar para as queimaduras circunferências em tórax podem necessitar de escarotomia para melhorar a expansão da caixa torácica. Para escarotomia de tórax, fazer incisão em linha axilar anterior unida à linha abaixo dos últimos arcos costais, quando em membros superiores e membros inferiores, realize incisões mediais e laterais (BRASIL, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se satisfatória a realização desta pesquisa, pois possibilitou conhecer atuação do enfermeiro do atendimento de emergência às vítimas de queimaduras. Além disso, permitiu revisar a pele quanto à sua subdivisão e funções, bem como as características e origens das queimaduras.

As queimaduras se caracterizam como urgências clínicas que merecem atenção. Assim, este estudo apresenta-se relevante para a enfermagem, visto que pode auxiliar na ampliação e no aprofundamento do conhecimento clínico, com vistas a um melhor atendimento e cuidado às pessoas com queimaduras.

Destaca-se a figura do enfermeiro, já que a assistência de enfermagem ao paciente queimado em sala de emergência é complexa, necessita de agilidade, conhecimento científico e específico, fundamentado em protocolos a fim de proporcionar assistência adequada, minimizando complicações e sequelas futuras. Além disso, suas ações são realizadas em tempo reduzido, mas sua eficiência deve ser alcançada a fim de melhorar o prognóstico, pois não envolve somente o paciente, mas também sua família e a sociedade, mais do que técnicas o enfermeiro deve ter uma visão clínica, holística e humanizada.

Ainda, ressalta-se a necessidade de elaborar e disseminar novos estudos que visem à explicitação e discussão de diferentes aspectos que envolvam a temática - cuidados de enfermagem e queimaduras, como forma de aprimoramento para as equipes de enfermagem que atuam no cuidado a esses pacientes, no intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada, refletindo na melhoria da qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

ANDRIS, D. A. et al. **Semiologia**: bases para a prática assistencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BRASIL. 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. 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 20 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CANTARELLI-KANTORSKI, K. J. et al. Caracterização dos atendimentos por queimaduras em um serviço de pronto-socorro. **Rev Bras Queimaduras**, v. 13, n. 1, p. 38-43, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2011.

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

POTTER, P. A. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 2, (editorial), 2007.

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

SILVA, A. F. S.; FERREIRA, E. S. Estudo epidemiológico das vítimas de queimaduras no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste, v. 8, n. 2, p. 1335-1342, 2015.

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