

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SEGURANÇA DO TRABALHO
E SAÚDE DO TRABALHADOR

**ANTONIO PEDRO MONTEIRO MENDES FILHO
GLAUCIENE MARCIA BARROS**

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO PRONTO ATENDIMENTO DE
PACIENTES COM QUEIMADURAS**

São Luís
2016

**ANTONIO PEDRO MONTEIRO MENDES FILHO
GLAUCIENE MARCIA BARROS**

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO PRONTO ATENDIMENTO DE
PACIENTES COM QUEIMADURAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Segurança do Trabalho e Saúde do Trabalhador da Faculdade Laboro, para obtenção de título de especialista em Segurança do Trabalho e Saúde do Trabalhador.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Mônica Elionor Alves Gama

São Luís
2016

**ANTONIO PEDRO MONTEIRO MENDES FILHO
GLAUCIENE MARCIA BARROS**

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO PRONTO ATENDIMENTO DE
PACIENTES COM QUEIMADURAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Segurança do Trabalho e Saúde do Trabalhador da Faculdade Laboro, para obtenção de título de especialista em Segurança do Trabalho e Saúde do Trabalhador.

Aprovado em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinadora)

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo

RESUMO

A pele é o maior órgão do corpo humano, corresponde a 16% do peso corporal, ela envolve todo o corpo determinando seu limite com o meio externo. As queimaduras são lesões no tecido do revestimento do corpo, causada por agentes térmicos, químicos, radioativos ou elétricos, podendo destruir total ou parcialmente a pele e seus anexos, e até atingir camadas mais profundas como os músculos, tendões e ossos. Para a enfermagem, durante o primeiro atendimento, é fundamental avaliar a gravidade de cada caso e conhecer a classificação das queimaduras, principalmente em relação ao agente causador, a extensão, a profundidade, a gravidade e o período evolutivo. As queimaduras são classificadas de acordo com o grau de lesão causado a pele e tecidos subjacentes, são chamados de queimaduras de primeiro, segundo e terceiro graus. Quanto à extensão são utilizados métodos de cálculo de área corporal queimada como a regra dos nove, o método de Lund-Browder e a regra da palma da mão, que foram desenvolvidas para serem utilizadas na avaliação inicial das queimaduras. O objetivo deste trabalho foi de produzir conhecimento técnico-científico a respeito do primeiro atendimento ao paciente queimado. Realizar levantamento bibliográfico sobre o papel do enfermeiro na assistência ao paciente queimado. A metodologia utilizada foi revisão bibliográfica na base de dados Lilacs, Bireme, Scielo e livros. A assistência de enfermagem no primeiro atendimento ao paciente queimado é muito complexa. É preciso ter habilidade, competência e estar atualizado em relação às novidades do mercado tecnológico, visando contribuir para diminuição da taxa de mortalidade, menor número de complicações, sequelas físicas e patológicas. Somente assim tem-se êxito no final do tratamento e o paciente poderá retornar a sua família e comunidade.

Palavras-chave: Queimadura. Primeiro atendimento. Enfermeiro. Pele. Revisão.

ABSTRACT

The skin is the largest organ in the human body is about 16% of body weight, it involves the whole body determine its boundary with the external environment. Burns are damage to the tissue lining of the body, caused by thermal agents, chemical, electrical or radioactive and can destroy all or part of the skin and its annexes, and to reach deeper layers such as muscles, tendons and bones. For nursing, during the first visit, it is essential to assess the severity of each case and know the of burns, especially in relation to the causative agent, the extent, depth, severity and evolution period. Burns are classified according to the degree of damage caused to skin and underlying tissues, burns are called first, second and third degrees. For extension methods are used to calculate body surface area burned as the rule of nine, the Lund-Browder method and the rule of the palm of rand, which are designed to be used in the initial assessment of burns. The aim was to produce technical and scientific knowledge about the first visit to the burned patient. Conduct literature review on the role of nurses in patient care burned. The methodology utilized was bibliographical review the different database like Lilacs, Bireme, *Scientific Eletronic Library On Line* (SciELO) and books. The nursing care in the first burn patient is very complex. It takes skill, competence and be updated on the news of the technology market, aiming to decrease the mortality rate, fewer complications, severe physical and pathological conditions. Only then we will succeed at the end of treatment and the patient can return to his family and community.

Keywords: Burn. First care. Nurse. Skin. Review.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 OBJETIVO.....	08
3 METODOLOGIA.....	09
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
5 DISCUSSÃO.....	13
6 TRATAMENTO DA ENFERMAGEM NO PRONTO ATENDIMENTO A QUEIMADURA.....	15
7 CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, representa 16% do peso corporal, envolve todo o corpo e determina seu limite com o meio externo.

As funções da pele são diversas, como: regulação térmica, defesa orgânica, controle do fluxo sanguíneo, proteção contra diversos agentes do meio ambiente e funções sensoriais. A pele é formada por três camadas: epiderme, derme e hipoderme, respectivamente. (MOORE, 2001).

Durante uma queimadura, na fase inicial aguda, ocorrem alterações fisiológicas, que são: hipoperfusão tecidual e hipofunção orgânica. Os processos fisiopatológicos na fase aguda da queimadura envolvem mecanismos cardiovasculares, hidroeletrolíticos, volume sanguíneo e mecanismos pulmonares. A ocorrência dessas alterações depende da proporção e da extensão da área queimada.

As queimaduras que não excedem 25% da área corporal queimada total produzem uma resposta principal local, enquanto as queimaduras que superam 25% da área corporal queimada podem gerar uma resposta local e sistêmica, o que é considerado uma queimadura importante. (SMELTZER & BARE, 2002).

A importância que é dada ao paciente vítima de queimadura durante a fase aguda é primordialmente dirigida à sobrevivência, é preciso uma equipe agindo de forma interdisciplinar no primeiro atendimento para que os melhores resultados sejam atingidos com menos prejuízos ao paciente. (VALE, 2005). As queimaduras são lesões no tecido do revestimento do corpo, que podem ser causadas por agentes térmicos, químicos, radioativos ou elétricos, podem destruir parcial ou totalmente a pele e seus anexos, e até atingir as camadas mais profundas, como os músculos, tendões e ossos. (SERRA, 2004).

Atualmente, uma das maiores preocupações no âmbito da saúde no mundo é a lesão que ocorre por queimadura ou lesão térmica da pele. As lesões por queimaduras são um dos principais problemas de saúde do mundo industrializado.

As lesões decorrentes de queimaduras, embora o prognóstico e expectativa de vida dos indivíduos tenham melhorado muito nos últimos anos, a epidemiologia permanece basicamente a mesma. Há uma incidência grande em crianças com 1 a 5 anos de idade, devido primariamente as queimaduras por líquidos quentes. A

causa primária das lesões em adolescentes e adultos se deve a acidentes com líquidos inflamáveis , e homens entre as idades de 17 e 30 anos apresentam a mais elevada incidência .Incêndios ocorrentes em casas são responsáveis por menos de 5% das admissões hospitalares , mas respondem por perto de 45% das mortes .A maioria destas se deve a fumaças e a outras lesões por inalações. (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 1999).

A maioria dos acidentes, causados por queimaduras, poderiam ser evitados, entretanto, o sistema de saúde brasileiro, não investe adequadamente em programas de prevenção, ao considerar-se as circunstâncias em que os acidentes ocorreram, nota-se que, tanto no ambiente doméstico quanto no trabalho, a falta de atenção e a realização de atividades de risco são situações que contribuíram para a ocorrência de grande parte dos acidentes.

Na ambulância deve ser continuado o atendimento verificando sinais vitais, fazendo monitorização, anamnese, acesso venoso, hidratação rápida, buscando sinais e sintomas de traumas associados, calculando a área queimada e profundidade da queimadura. (VALE, 2005).

No hospital ou centro de queimados é dada a sequência ao tratamento com terapia de reposição hídrica, prevenção de infecção, limpeza da ferida, terapia antibacteriana, troca de curativo, debridamento (natural, mecânico, cirúrgico), enxerto, controle da dor e suporte nutricional. (JORGE, 2002).

A atuação do enfermeiro é importante para proporcionar a assistência integral, a afetividade, a segurança e o conforto, a fim de minimizar o sofrimento deste cliente. A qualidade é essencial para que seja prestada assistência de enfermagem a um paciente queimado, tendo em vista o alcance do objetivo maior com esse cliente que é o alívio da dor, prevenção de infecções e de sequelas físicas e emocionais.

Este estudo ocupou-se em discutir as queimaduras diante de diversos enfoques do cuidar, ou seja, prevenção, conscientização da família e importância do pronto atendimento. Objetivando a assistência de enfermagem para o cliente que sofreu lesões graves de pele, bem como identificando as medidas de tratamento para os diferentes graus de queimaduras ressaltou-se a relevância de se analisar a queimadura, tipos, classificações, principais causas, o processo de enfermagem e a importância da humanização ao paciente vítima de queimaduras

2 OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura sobre a assistência de enfermagem no primeiro atendimento ao paciente queimado.

3 METODOLOGIA

Pesquisa de campo descritiva, com respaldo bibliográfico , constituída de artigos científicos e livros sobre queimaduras. A pesquisa foi feita através de consultas de artigos e livros científicos relacionados ao pronto atendimento de pacientes com queimaduras.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Moore (2001), a pele é o maior órgão do corpo humano, corresponde a 16% do peso corporal, ela envolve todo o corpo determinando seu limite com o meio externo. A pele exerce diversas funções, como: regulação térmica, defesa orgânica, controle do fluxo sanguíneo, proteção contra diversos agentes do meio ambiente e funções sensoriais (calor, frio, pressão, dor e tato). É formada por três camadas: epiderme, derme e hipoderme, da mais externa a mais profunda, respectivamente.

A epiderme é um epitélio multiestratificado, formado por várias camadas (estratos) de células achatadas (epitélio pavimentoso) justapostas. A camada de células mais interna, denominada epitélio germinativo, é constituída por células que se multiplicam continuamente dessa maneira, as novas células geradas empurram as mais velhas pra cima, em direção a superfície do corpo. À medida que envelhecem, as células epidérmicas tornam-se achatadas, e passam a fabricar e acumular dentro de si uma proteína resistente e impermeável, a queratina. As células mais superficiais, ao se tornarem repletas de queratina, morrem e passam a constituir um revestimento resistente ao atrito e altamente impermeável a água, denominado camada queratinizada ou córnea.

A derme, assim como a epiderme, apresenta espessuras variáveis de acordo com a região corporal e na derme também há formação das linhas da pele, além de facilitar o aprensor, as linhas cutâneas conferem aos dedos as impressões que as caracterizam. (ZALPOR *et al*, 2005).

A hipoderme é o tecido sobre o qual a pele repousa onde é formada por tecido conjuntivo frouxo, responsável por unir a derme aos órgãos adjacentes assim como o deslizamento da pele sobre as estruturas na qual se apóia. (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 1999).

Conforme Junqueira e Carneiro (1999), dependendo de cada região a hipoderme pode apresentar camada variável de tecido. Um aumento do tecido adiposo é denominado pânículo adiposo que tem como função ser isolante térmico. Além da função de reservatório energético, o tecido adiposo apresenta outras funções, tais como: 1) isolante térmico do organismo, por ser um mal condutor de calor; 2) modela a superfície corporal, e dependendo do sexo localiza-se em

diferentes regiões; 3) os coxins adiposos servem para a absorção de choques; tecido de preenchimento e auxiliar na fixação dos órgãos. (ZALPOR *et al*, 2005).

A pele tem como função a proteção, controle de termorregulação, sensibilidade e elasticidade da pele. As propriedades viscoelásticas fortes conferidas à pele pelas proteínas fibrosas, (colágeno e elastina) e substâncias amorfas que constituem a derme, protegem a pele contra as forças de cisalhamento. E essas propriedades da substância amorfa permitem que ela resista à compressão e aceite o modelamento, o que reduz, assim, a compressão pontual das estruturas cutâneas sensíveis. (GOLDMAN & BENETTI, 2001).

Ainda segundo Goldman e Benetti, (2001), várias estruturas na pele, como o estrato córneo, a melanina, os nervos cutâneos e o tecido conjuntivo dérmico, têm importantes funções para a sobrevivência. A pele protege contra a perda de líquidos essenciais, contra a entrada de agentes tóxicos e microorganismos, bem como contra lesão por irradiação ultravioleta, forças mecânicas e cisalhamento e temperatura ambiente extremas. A pele é uma barreira natural que impede as perdas líquidas externas, além de eliminar água e sais através de suas glândulas. O tecido adiposo, glândulas e vasos que se encontram na constituição da pele contribuem para a sua termorregulação. (GUIRRO & GUIRRO, 2004).

Em condições basais, cerca de 8,5 % do fluxo sanguíneo total passam pela pele, sendo controlados principalmente pelo sistema nervoso simpático. O fluxo sanguíneo pode aumentar para 3,5 l/min com o exercício físico em um ambiente quente, dissipando, assim, quantidades maiores de calor. Esses termorreceptores centrais e periféricos estimulam a sudorese via sistema nervoso simpático. A resposta ao frio começa quando o sangue frio atravessa o hipotálamo, o que determina conservação e mecanismos de produção de calor. (GOLDMAN & BENETTI, 2001).

As sensações cutâneas como tato, dor, calor e frio, são capturadas por vários receptores especializados. Estes receptores alertam o sistema nervoso central sobre o fato, possibilitando que seja deflagrada uma ação apropriada. (GUIRRO & GUIRRO, 2004).

Segundo Moore (2001), toda a superfície cutânea está provida de terminações nervosas capazes de captar estímulos térmicos, mecânicos ou dolorosos. Essas terminações nervosas ou receptores cutâneos são especializados na recepção de estímulos específicos.

Alguns podem captar estímulos de natureza distinta. Porém na epiderme não existem vasos sanguíneos. Os nutrientes e oxigênio chegam à epiderme por difusão a partir de vasos sanguíneos da derme.

Ainda Moore (2001), diz que nas regiões da pele providas de pelo, existem terminações nervosas específicas nos folículos capilares e outros chamados terminais ou receptores de Ruffini. As primeiras formadas por axônios que envolvem o folículo piloso, captam as forças mecânicas aplicadas contra o pelo. Os terminais de Ruffini, com sua forma ramificada, são receptores térmicos de calor.

A consideração fisiopatológica básica da lesão por queimadura na sua fase inicial aguda, incluem hipoperfusão tecidual e hipofunção orgânica, secundária ao débito cardíaco diminuído. Os processos fisiopatológicos na fase aguda da queimadura envolvem mecanismos cardiovasculares, hidroeletrolíticos, volume sanguíneo e mecanismos pulmonares. A ocorrência, magnitude e duração das alterações fisiopatológicas nas queimaduras são proporcionais à extensão da queimadura. As queimaduras que não excedem 25% da área corporal queimada total produzem uma resposta principal local, enquanto as queimaduras que superam 25% da área corporal queimada podem gerar uma resposta local e uma sistêmica, o que é considerada uma queimadura importante. (SMELTZER & BARE, 2002).

As queimaduras fazem com que o indivíduo perca sua primeira linha de defesa, a pele íntegra. Desta forma, o equilíbrio da microbiota é alterado, permitindo o crescimento de bactérias patogênicas. (GUIRRO & GUIRRO, 2004).

A queimadura compromete a integridade funcional da pele responsável pela homeostase hidroeletrolítica, controle da temperatura interna, flexibilidade e lubrificação da superfície corporal. Portanto, a magnitude do comprometimento dessas funções depende da extensão e profundidade da queimadura. (VALE, 2005).

A resposta local a lesão celular inclui a liberação de agentes vasoativos (histamina, serotonina, bradicinina, prostaglandinas, leucotrienos, fatores ativadores de plaquetas) e um aumento imediato da osmolaridade intersticial. O edema local e a trombose aumentam a isquemia e podem converter queimaduras de profundidade parcial em lesões de profundidade total. (OSBORNE & KOTTKE, 1994).

5 DISCUSSÃO

As queimaduras, segundo Smeltzer & Bare (2002), devem ser observadas de acordo com a profundidade da destruição tecidual, como lesões de espessura parcial superficial, lesões de espessura parcial profunda ou lesões de espessura plena, que são semelhantes, mas não idênticas, as queimaduras de primeiro, segundo e terceiro e quarto graus.

O grau em que uma queimadura causa danos à pele depende de muitos fatores, incluindo a duração e intensidade do calor, espessura da pele e área exposta, vascularidade e idade. (SULLIVAN & SCHMITZ, 2004).

As de primeiro grau são graves, apenas a camada externa da pele (epiderme) é afetada. A pele fica eritematosa, quente, há sensação de calor, dor, ocorre uma leve reação inflamatória, desepelamento e a cicatrização ocorrerá de 2 a 5 dias (queimadura simples). (O' SULLIVAN;SCHMITZ,1993).

As de segundo grau ocorre o aparecimento de bolhas com líquido ou flictenas. Esta queimadura já atinge a derme e é bastante dolorosa (queimadura mais grave). (O' SULLIVAN;SCHMITZ,1993).

As de terceiro grau ocorre destruição dos tecidos mais profundos provocando uma lesão grave e a pele fica carbonizada (queimadura muito grave) a vítima pode entrar em estado de choque (O' SULLIVAN;SCHMITZ,1993).

As de quarto grau ocorre completa destruição de todos os tecidos, desde a epiderme até o tecido ósseo subjacente e esse tipo ocorre por choque elétrico. Haverá uma ferida de entrada carbonizada e deprimida e onde passou a eletricidade terá também uma de saída com bordas explosivas, agora, se a corrente for muito forte poderá ocorrer fraturas do osso subjacente. A pele ao longo desse percurso não branqueará e será necessária a extensa excisão cirúrgica com possível amputação para que retorne a sua capacidade funcional(O' SULLIVAN;SCHMITZ,1993).

Nas avaliações da extensão da área queimada, a criança apresenta superfícies corporais parciais diferentes das do adulto; a regra dos nove, frequentemente usada para adultos, não deve ser aplicada em crianças, principalmente naquelas abaixo de quatro anos, pela possibilidade de induções de erros grosseiros. (GOMES *et al*, 2001).

Nos serviços de emergência, durante o atendimento inicial ao paciente queimado, utiliza-se a regra dos nove que, apesar da praticidade, carece de embasamento científico. (ROTH, 2006). A regra dos nove não é a mais precisa, mas proporciona uma estimativa da extensão, na ausência de outra regra de maior precisão. (CINTRA, 2001).

O mais apurado método, que leva em consideração as proporções do corpo em relação à idade, é a tabela de Lund-Browder, que se considera a superfície corporal, levando em conta a idade e o crescimento dos diferentes segmentos corporais. (GOMES *et al*, 2001).

Encontramos também o método da regra da palma da mão que, apesar de não ser o mais exato é o mais simples e rápido, durante o atendimento da urgência, pois permite avaliar a extensão das áreas lesadas. Com a face palmar (metacarpo) do paciente, que corresponde a 1% do seu revestimento cutâneo, calcula-se aproximadamente a extensão da área queimada. (SMELTZER & BARE, 2002).

6 TRATAMENTO DA ENFERMAGEM NO PRONTO ATENDIMENTO A QUEIMADURA

Os profissionais de saúde precisam se preocupar em reanimar o estado fisiológico da vítima, a fim de estabelecer um quadro estável, para que, posteriormente, ele possa ser avaliado considerando-se também o estado psicológico. (CARLUCCI, 2007).

O principal cuidado que deve-se tomar no primeiro atendimento a vítima, é evitar a lesão do pessoal de salvamento e resgate, o ambiente deve estar extremamente seguro de riscos para assim começar o atendimento ao paciente queimado. (GUIMARÃES JUNIOR, 2006).

É necessário prevenir as lesões adicionais afastando a vítima da fonte de calor e protegendo ao máximo a região afetada de uma infecção, não utilizando qualquer produto contaminado como açúcar, café, clara de ovo, água sanitária ou pasta de dente. (RIZZO *et al*, 1998).

No caso das roupas estarem pegando fogo, as chamas podem ser apagadas fazendo com que a vítima caia no chão ou solo e role, podemos também utilizar qualquer coisa disponível para abafar as chamas, como um casaco, cobertor ou tapete. Não deixar que a vítima fique em pé ou corra, pois assim as chamas são ativadas. Quando a fonte da queimadura é elétrica, a energia deve ser desligada. (SMELTZER & BARE, 2002).

Para Piccolo (2006), o exame do queimado deve constar: - A: Vias aéreas; - B: Boa respiração; - C: Condições da circulação, Condições da coluna cervical, Condição cardíaca; - D: Dificuldades, Disfunções; - E: expor e examinar; - F: Fluídos e reposição hídrica.

Durante a avaliação do sistema circulatório, deve-se estar atentos também às alterações decorrentes do déficit do volume de líquidos, que provocam mudanças no funcionamento de todos os sistemas orgânicos. O enfermeiro deve estar apto para detectar essas alterações, precocemente, com o intuito de prevenir o agravamento da situação que pode acontecer de forma súbita ou gradual. (ROSSI *et al*, 1998).

Após a avaliação do sistema circulatório, o pulso apical e a pressão arterial devem ser monitorizados. O sistema neurológico também é avaliado e observado continuamente. Nenhum alimento ou líquido deve ser administrado por

via oral, o paciente deve ser colocado em posição que evite o vômito, pois vômitos e náuseas são freqüentes, devido ao ílio paralítico co decorrente do estresse da lesão. Em geral, deve-se resfriar a lesão, estabelecer uma via, fornecer oxigênio e instalar um acesso venoso. (SMELTZER & BARE, 2002).

As roupas devem ser removidas, desde que não estejam aderidas à pele. Em seguida, o resfriamento da área queimada deve ser providenciado com água corrente fria da torneira ou ducha. A água fria promove a limpeza da ferida, remove agentes nocivos e interrompe a progressão do calor limitando o aprofundamento da lesão. Quanto mais rapidamente a água fria for aplicada, maior a chance de aliviar a dor e reduzir o edema. Portanto, o resfriamento com água corrente deve ser promovido o mais precoce possível, deixando 10 a 20 minutos no máximo, devido ao risco de hipotermia. (ROTH, 2006).

A queimadura deve ser coberta com gazes, compressas ou toalhas de algodão, úmidas, em seguida cobrir com plásticos ou impermeáveis, o paciente deve ser envolvido com manta ou cobertores, lembrado que deve-se resfriar a queimadura e aquecer o paciente. (VALE, 2005).

Em vítimas de queimaduras em ambiente fechado, sobretudo quando existe comprometimento de face e pescoço, pode-se considerar a existência de lesão térmica da via aérea. No entanto, este acometimento limita-se a via aérea superior e a traquéia, raramente comprometendo os pulmões. No edema da mucosa e submucosa, assim como sangramento e ulcerações da faringe e cordas vocais, podem comprometer agudamente a ventilação. (ENGEL & MARINHO, 2002). De acordo com Gomes *et al* (2001), as manifestações clínicas da inalação são: tosse, sibilos, esforços respiratórios, secreção pulmonar carbonácea.

O tratamento por inalação é basicamente de suporte. Se houver possibilidade de lesão por inalação de monóxido de carbono, deve-se oferecer oxigênio. Quando houver sinais de eminência pulmonar será necessário a intubação endotraqueal. (ZIMMERNAM *et al*, 2000).

A intubação precoce é recomendada especialmente se o paciente for transferido, pois as lesões pulmonares e laríngeas podem se agravar rapidamente mesmo quando a avaliação inicial das vias aéreas for satisfatória. (ZIMMERNAM *et al*, 2000).

As lesões pulmonares podem evoluir para síndrome de angústia respiratória que necessita de todo suporte ventilatório para reversão do quadro. (GOMES *et al*, 2001).

Pacientes com pequenas e médias queimaduras, principalmente quando vítimas de acidente com líquidos superaquecidos, dificilmente terão comprometimento de vias aéreas. Não é necessário que esses pacientes, mesmo quando apresentarem queimaduras da face ou peitoral, ou que apresentem fossas nasais chamuscadas, sejam prontamente intubados ou traqueostomizados, procedimentos que aumentam em muito o risco de complicações como pneumonia, lesão pulmonar e estenose de traquéia. (CID, 2004).

As perdas dependem da superfície corporal atingida, profundidade das lesões, função respiratória, temperatura ambiente, umidade relativa e temperatura corporal. (PICCOLO, 2006).

A reposição volêmica consiste em um método simples cujo objetivo é a manutenção do débito urinário entre 30 e 50 ml/hora. Na fase inicial da reposição, a velocidade de infusão será bastante alta até se obter uma normalização do fluxo urinário. (GOMES *et al*, 2001).

Na ambulância deve ser continuado o atendimento verificando sinais vitais, fazendo monitorização, anamnese, acesso venoso, hidratação rápida, buscando sinais e sintomas de traumas associados, calculando a área queimada e profundidade. (VALE, 2005).

Às vezes o transporte é um fator crítico para a ressuscitação da vítima. Esta decisão deverá ser tomada levando em consideração a capacidade de recursos da equipe de resgate, incluindo fatores como tempo, distância e números de injúria que a vítima apresenta. O paciente devendo estar estável hemodinamicamente, as lesões de vias aéreas devem ser certificadas, algum tipo de curativo tópico deve ser providenciado antes de realizarmos uma remoção, deve ser feita uma comunicação prévia ao local de destino. A pressa em remover pode ter conseqüências muito ruins. Os fatores que envolvem o transporte da vítima são: - severidade da lesão e recursos; - condições da vítima; - modos de transporte; - tempo; - distância; - alternativas de destino (tratamento local, pronto – socorro, hospital regional, hospital geral, centro de tratamento de queimados); - veículos, (ambulância, helicóptero, avião). (GOMES *et al*, 2001). No hospital ou centro de queimados é dada a seqüência ao tratamento com terapia de reposição hídrica, prevenção de infecção, limpeza da ferida, terapia

antibacteriana, trocar de curativo, debridamento (natural, mecânico, cirúrgico), enxerto, controle da dor e suporte nutricional. (JORGE, 2002).

7 CONCLUSÃO

Considerando descrito, para que o enfermeiro preste o primeiro atendimento à vítima queimada, com competência, são necessários conhecimentos fundamentais como, anatomia e fisiologia da pele, as fisiopatologias das queimaduras, as técnicas básicas de atendimento de urgência e emergência e as técnicas específicas utilizadas para cada tipo de queimadura.

Além de conhecimentos teóricos e práticos, o enfermeiro necessita de um perfil que consista em autocontrole, equilíbrio emocional, saber trabalhar em equipe, iniciativa, rapidez na tomada de decisões, sempre embasadas em protocolos de atendimento. Deste modo, o enfermeiro propicia à vítima um atendimento adequado e de qualidade, podendo evitar as complicações decorrentes das queimaduras e contribuir para uma recuperação precoce da vítima.

Os governos deveriam investir mais em programas de prevenção a queimaduras, pois é raro encontrar-se qualquer tipo de ação voltada a este assunto.

REFERÊNCIAS

CID. M.D. **Medicina intensiva**. São Paulo: Revinter, 2004.

CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

GOLDMAN, L.; BENNETT, J.C. **Cecil**: tratado de medicina interna. 21. ed. Vol 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

GOMES, Roberto Dino; SERRA, Maria Cristina; MACIEIRA JR, Luiz. **Condutas atuais em queimaduras**. São Paulo: Revinter, 2001.

GUIMARÃES JR, Luiz Macieira. **Queimaduras**: tratamento clínico e cirúrgico. Rio de Janeiro: Rubio, 2006.

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

JUNQUEIRA, L.C.U.; CARNEIRO, J. **Histologia básica**. 10. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1999.

KNOPLICH, José. **Queimaduras e reabilitação precoce**: a importância da fisioterapia. Disponível em:<<http://www.bibliomed.com.br>>. Acesso em: 12 mar. 2010.

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

OSBORNE, E.; KOTTKE, F.J. **Tratado de medicina física e reabilitação de krusen**. 4. ed. São Paulo: Manole, 1994.

RIZZO, Alexandre de Oliveira [et. al]. **Plantão médico: urgências e emergências**. Rio de Janeiro: Biologia e Saúde, 1998.

ROSSI, Lídia Aparecida [et. al]. **Déficit de volume de líquidos**: perfil de características definidoras no paciente portador de queimadura. Ribeirão Preto: 1998. Disponível em:< <http://www.scielo.org>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

ROTH, Jeffrey J.; HUGHES, William B. **Tratamento de queimaduras**: manual prático. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

SERRA, Maria Cristina; MACIEL, Edmar. **Tratado de Queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VALE, Everton Carlos Siviero do. **Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista.** Rio de Janeiro, 2005.

Mendes Filho, Antonio Pedro Monteiro

Atuação da enfermagem no pronto atendimento de pacientes com queimaduras / Antonio Pedro Monteiro Mendes Filho; Glauciene Marcia Barros -. São Luís, 2016.

Impresso por computador (fotocópia)

21 f.

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Segurança do Trabalho e Saúde do Trabalhador da Faculdade LABORO como requisito para obtenção de Título de Especialista em Segurança do Trabalho e Saúde do Trabalhador. -. 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Elinor Alves Gama

1. Queimadura. 2. Primeiro atendimento. 3. Enfermeiro. 4. Pele. Revisão. I. Título.

CDU: 616-001.17-051