



**ATUALIZA - ASSOCIAÇÃO CULTURAL
ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA 12**

IDAIALA CELINA GUIMARÃES NASCIMENTO

**VÍTIMAS DE QUEIMADURA: atuação da equipe de
enfermagem na unidade de emergência**

SALVADOR-BA

2012

IDAIALA CELINA GUIMARÃES NASCIMENTO

**VÍTIMAS DE QUEIMADURA: atuação da equipe de
enfermagem na unidade de emergência**

Artigo apresentado à Atualiza, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Emergência, sob orientação do Profº Drº Fernando Reis do Espírito Santo.

SALVADOR

2012

VÍTIMAS DE QUEIMADURA: atuação da equipe de enfermagem na unidade de emergência

Idaiala Celina Guimarães Nascimento ¹
Fernando Reis do Espírito Santo (Orientador) ²

RESUMO

Este estudo aborda a atuação da equipe de enfermagem dentro da unidade de emergência, às vítimas de queimadura. Enfermeiros que trabalham em unidades de emergência necessitam ter conhecimento técnico, científico e manejo para atender pacientes vítimas de queimadura, pois a habilidade e agilidade nesse atendimento é que vai determinar um melhor prognóstico e diminuir assim o risco de mortalidade. Dessa maneira, o presente estudo tem como objetivo, evidenciar, a partir da literatura, a atuação da equipe de enfermagem dentro da unidade de emergência, às vítimas de queimadura. Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativo, descritivo e exploratório, ao qual foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica. Conclui-se que a atuação da equipe de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente queimado é de fundamental importância, pois, a assistência prestada irá ajudar no processo de recuperação e reabilitação para vida social o mais rápido possível.

Palavras-chave: Queimaduras; emergência; atuação de enfermagem; cuidar; dor.

ABSTRACT

This study addresses the role of nursing staff in the emergency department, the burn victims. Nurses working in emergency units need to have technical, scientific and management to meet patients burn victims, because the skill and agility in attendance will determine a better prognosis and thereby reduce the risk of mortality. Thus, the present study aims, evidence from the literature, the performance of the nursing staff in the emergency unit for burn victims. This is a research study was qualitative, descriptive and exploratory, which was conducted from a literature review. We conclude that the performance of the nursing staff in the emergency treatment of burn patients is of paramount importance, since the assistance will help the process of recovery and rehabilitation for social life as quickly as possible.

Keywords: Burns; emergency operation of nursing care; pain.

1. INTRODUÇÃO

¹ Graduada em Enfermagem pela Faculdade São Salvador.

² Doutor em Educação pela PUC/ SP - Profº. UFBA.

- **Apresentação do objeto de estudo**

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano, serve como um manto que reveste e isola o organismo do ambiente externo. Têm como função: a proteção, a termorregulação, a percepção, dentre outros. Sendo ainda, constituída de três camadas principais: a epiderme, derme e tecido subcutâneo (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007). Vale ressaltar que, quando essa pele sofre ação de agentes químicos, físicos ou biológicos, gera uma lesão conhecida como: queimadura (SILVA; CASTILHOS, 2010).

A queimadura é considerada uma das mais traumáticas experiências que o indivíduo pode vivenciar, afeta não só a parte física, mas também a psicológica da vítima que sofre esse tipo de dano. Ocorre com grande frequência nos domicílios, atingindo menores de 05 anos e maiores de 55 anos (CANETTI et. al., 2007), sendo também uma das principais causas de morte entre os pacientes internados nas unidades de emergência (PRUDENTE; GENTIL, 2005).

Para avaliar a gravidade da queimadura é necessário que se conheça a sua causa, a profundidade, o percentual de superfície corpórea queimada, a localização, e se está associada a outras lesões, e, principalmente, se tem comprometimento de vias aéreas (CANETTI et. al., 2007).

Pacientes vítimas de queimaduras, dependendo da gravidade e extensão da queimadura, na maioria das vezes são socorridos e levados para as unidades de emergência, onde serão atendidos por uma equipe multidisciplinar.

A unidade de emergência é um local destinado a prestar assistência aos pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de assistência imediata (GOMES, 1994).

A equipe de enfermagem necessita ter conhecimento técnico e científico sobre o mecanismo da queimadura para prestar uma melhor assistência, deve atuar de forma importante e consciente nesse processo, cuidando, dando assistência e fazendo de tudo para minimizar sua dor. Sendo assim, o estudo tem como objeto de análise a atuação da equipe de enfermagem dentro da unidade de emergência, às vítimas de queimadura.

- **Justificativa**

A unidade de emergência é a primeira porta de entrada do paciente enfermo no hospital, diante disto, são de fundamental importância à agilidade, iniciativa e empenho da

equipe de enfermagem nesse atendimento, pois o tempo é que vai fazer a diferença na recuperação do paciente.

O interesse em desenvolver esse estudo surgiu da necessidade de ampliar o conhecimento sobre a queimadura, assistência prestada pelo enfermeiro nesse processo, e sua atuação, visando sempre minimizar a dor e melhorar os cuidados com os ferimentos, humanizando assim, o atendimento nas unidades de emergência.

Entretanto, a motivação pelo tema se deu pelo desejo de conhecer melhor como funciona a atuação da equipe de enfermagem no atendimento de emergência às vítimas de queimadura. Sendo esse um tema de extrema importância, para a população leiga, que por não saber costumam utilizar o conhecimento empírico, ao invés do científico e também para os estudantes e profissionais de saúde, que com base nos dados que serão obtidos, poderá qualificar e melhorar ainda mais a assistência e levar os mesmos a refletirem sobre a importância do seu papel como cuidador. Conseqüentemente, o estudo oferecerá meios para uma melhor assistência prestada e eficácia no tratamento do paciente vítima de queimadura.

- **Problema**

De que forma acontece a atuação da equipe de enfermagem dentro da unidade de emergência, às vítimas de queimadura?

- **Objetivo**

Tem como objetivo evidenciar a partir da literatura a atuação da equipe de enfermagem dentro da unidade de emergência, às vítimas de queimadura.

- **Metodologia**

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, pois descrevem as características, propriedades ou relações existentes na realidade pesquisada, com caráter exploratório, porque faz a descrição precisa da situação na busca de descobrir relações existentes (CERVO, 2002), de abordagem qualitativa, pois se preocupa em analisar e interpretar mais profundamente a complexidade do comportamento humano (MARCONI; LAKATOS, 2000). O procedimento utilizado foi uma pesquisa bibliográfica, mediante levantamento bibliográfico em livros,

artigos publicados etc. Após levantamento, foi feita uma leitura exploratória e análise com seleção dos que atendiam aos objetivos desse trabalho.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Segundo Nasi (2005 apud SOUZA; MOZACHI, 2009, p. 785) a palavra emergência, “significa ocorrência perigosa, situação crítica com risco iminente de perda da vida, ou necessidade imediata”.

A emergência é um local destinado a prestar assistência aos pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde precisam de atendimento imediato, pois colocam em risco as funções vitais, diminuindo assim as chances de recuperação (GOMES, 1994).

As unidades de emergência são inseridas em hospitais de grande porte, o paciente que adentra nessa unidade tem como finalidade a permanência em até 48 horas, esse serviço também age em parceria com os serviços de atendimento pré-hospitalar. Os pacientes que procuram as emergências são os que apresentam alterações em sua condição geral. Muitas vezes, já aparecem no hospital com risco de vida. O atendimento na unidade de emergência tem como função prevenir as complicações e melhorar o prognóstico do paciente, e tem como objetivo proporcionar sobrevida e reintegração do paciente a vida normal (GOMES, 1994).

2.2. ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano, age como barreira de proteção contra infecções traumas, luz ultravioleta, dentre outros (IRION, 2005). Servindo também como termorregulador, excretor de água e eletrólitos, preceptor (táteis, dor e temperatura) (SOUZA; MOZACHI, 2009).

A pele é constituída por três camadas: epiderme, derme e tecido subcutâneo. Qualquer camada de pele lesada que tenha um comprometimento tecidual é considerada uma ferida (SOUZA; MOZACHI, 2009).

Ferida é uma ruptura estrutural ou fisiológica que estimula respostas de reparação tecidual ou não, ou seja, é uma lesão ou morte das células dos tecidos. Podem envolver, parcial ou totalmente, a espessura da pele, podendo atingir tecido subcutâneo, músculos,

tecidos e órgãos (VOLPATO; PASSOS, 2007). As feridas podem lesar a epiderme (superficiais), derme (espessura parcial e total) e estende-se ao tecido subcutâneo (IRION, 2005).

Lesão, só na epiderme, não prejudica vasos sanguíneos nem células vivas, mas produz inflamação, com extravasamento de líquido dos capilares da derme, para espaço que fica entre a derme e a epiderme, isso provoca vermelhidão com formação de bolhas e sensação dolorosa, devido aos receptores sensitivos que estão localizados na derme (IRION, 2005). Edema é o acúmulo de líquido que fica na derme ou epiderme e cicatriz é um tecido fibroso formado após a cura de uma ferida (POSSO, 2006). Uma necrose na parte mais profunda da epiderme pode levar a uma despigmentação da pele (IRION, 2005).

2.3. QUEIMADURA

A pele humana consegue suportar até 44°C de temperatura, acima desse valor ocorrem lesões que podem variar conforme temperatura e tempo de exposição (BOLGIANI; SERRA, 2010).

A queimadura é uma lesão causada pela ação de agentes físicos, biológicos ou químicos (NORO, 2008), que age nos tecidos provocando destruição total ou parcial da pele, podendo atingir tecido subcutâneo, músculo, tendões e osso (KNOBEL et. al., 2006).

2.3.1. Epidemiologia

De acordo com a Sociedade Brasileira de Queimadura, 200 mil pessoas são atendidas por ano nas emergências vítimas de queimadura, sendo a mesma uma das principais causas de morte no país, com taxa de 6,2 % entre os indivíduos internados nas unidades de emergência (PRUDENTE; GENTIL, 2005).

A maioria das queimaduras ocorre nos domicílios, sendo 3% a 5% considerados casos graves que costumam trazer consequências para a vítima como incapacitação (temporária ou permanente) e até a morte. Os fatores de risco para morte são idade menor que 05 anos e maior que 55 anos e doenças cardíacas, respiratórias e diabetes podem piorar o prognóstico (CANETTI et. al., 2007).

As queimaduras são muito frequentes em acidentes, sendo a 4ª causa de morte por trauma, e quando não leva a morte, trás sofrimento físico e psicológico (SANTOS, 2008).

2.3.2. Etiologia

As queimaduras podem ser térmicas, elétricas, químicas ou radioativas. As térmicas por condução de calor (líquidos, sólidos), gases quentes, calor das chamas e condução do frio (objetos congelados); elétricas (contato com eletricidade, raios); químicas (contato com substâncias corrosivas, líquidos ou sólidos na pele); radiação (exposição à luz solar ou fontes nucleares) (NORO, 2008). Também podem estar associadas a outros traumas (explosões, acidentes automobilísticos) ou relacionadas a traumas de cabeça, coluna, hemorragias e fraturas (CANETTI et. al., 2007). Conhecer a causa e o tipo de queimadura pode ajudar a identificar possíveis complicações.

2.3.3. Classificação da queimadura

As queimaduras podem ser classificadas de acordo com a sua extensão e profundidade. Existem dois métodos para avaliar a extensão da superfície corpórea queimada, o método Lund Browder e a “Regra dos Nove”, os dois utilizam percentuais como forma de avaliação (IRION, 2005). A Regra dos Nove atribui 9 ou múltiplo dele a cada parte queimada, e Lund Browder utiliza a mão espalmada da vítima para medir a superfície corpórea, sendo que cada mão equivale a 1% do corpo (GOMES, 1994). É a extensão da queimadura que determina a gravidade da lesão.

Na “Regra dos Nove”, a cabeça e cada membro superior vale 9% da superfície corpórea; cada membro inferior vale 18%, tronco 36% e períneo 1%. As crianças são diferentes a cabeça vale 18%, cada membro inferior 13,5% e as demais partes iguais ao adulto. O somatório das lesões tanto do adulto quanto da criança atinge 100% (SANTOS, 2008). A regra dos nove permite uma estimativa mais rápida do percentual de área corpórea, pois o corpo é dividido em áreas (IRION, 2005).

Segundo Irion (2005, p. 304), “O método de Lund e Browder utiliza mapas com porcentagens de área de superfície corporal atribuídas a partes determinadas do corpo, com base em pesquisa cuidadosa das proporções típicas do corpo”. Tal método leva em consideração as proporções do corpo relacionadas à idade, é mais preciso, porém requer mais tempo para o cálculo (IRION, 2005).

Vítimas de queimaduras extensas podem perder muito líquido corporal e temperatura ficando exposto a algumas infecções (CANETTI et. al., 2007).

De acordo com as camadas da pele queimada, ou seja, quanto à profundidade as queimaduras podem ser classificadas em 1º grau (superficiais), 2º grau (superficiais ou profundas) e 3º grau (profundas) (CANETTI et. al., 2007). As de 1º grau comprometem as camadas superficiais (epiderme), causa dor e eritema (FERREIRA et. al., 2003). As de 2º grau destroem parcialmente o local, (epiderme e derme), deixa bolhas no local. Nas de 3º grau ocorrem à destruição total da pele (necrose), a pele fica branca chamuscada, nesse estágio não há presença de dor, porque a queimadura atingiu terminações nervosas, destruindo dessa forma a sensibilidade do local (GOMES, 1994).

2.3.4. Tratamento

As queimaduras requerem tratamento especial por serem lesões que causam sofrimento físico como a dor e podem levar a morte. É baseado nesse contexto que reforçamos a importância da enfermagem em prestar um atendimento humanizado para essas pessoas que estão passando por um momento tão doloroso em sua vida.

Para se obter um melhor prognóstico do quadro da queimadura tem que levar em consideração alguns pontos como extensão da lesão, profundidade da queimadura, idade do paciente, afecções existentes, espaço de tempo entre o trauma e o início do tratamento, pois são essas condições que determinarão o tratamento adequado. O tratamento inicial do paciente queimado consiste em substituir o volume perdido, estabilizar o metabolismo e combater a dor (GOMES, 1994). Segundo Irion (2005, p. 30) “O tratamento inclui atendimento de emergência, alívio da dor, desbridamento cirúrgico e enxertia”.

Na escolha do tratamento deve levar em consideração a profundidade da lesão e a evolução (FERREIRA et. al., 2003).

Queimaduras em mãos, pés, face, olhos, períneo são consideradas lesões graves. Mãos e pés trazem incapacidade permanente após cicatrização, porque retrai o local queimado. Face devido à inalação de fumaça, intoxicação (carbono), desfiguração e queimadura de vias aéreas. Olhos cegueira, Períneo infecção, Queimaduras circunferências: toda circunferência no pescoço (obstrução de vias aéreas), tórax (ventilação pulmonar), extremidades (obstrução da circulação). A maior causa de morte precoce é por inalação de fumaça (CANETTI et. al., 2007).

As queimaduras de 1º grau envolvem, rapidamente, até 5 dias e necessitam do uso de creme hidratante. As de 2º grau superficiais ou profundas necessitam de debridamento

(FERREIRA et. al., 2003) a cicatrização ocorre em duas semanas sem presença de cicatriz, mas podem ter despigmentação da pele (IRION, 2005).

A queimadura grave, na sua fase inicial, traz alguns problemas ao paciente, devido ao comprometimento hemodinâmico em consequência das injúrias, inalação de fumaça, fraturas, assim como falência de múltiplos órgãos e sepse, logo depois os problemas são em consequência das cicatrizes e a constrição das feridas (SOUZA; MOZACHI, 2009).

A prioridade do cuidado com o paciente queimado é primeiro manter permeabilidade das vias aéreas, repor os fluídos perdidos e controlar a dor, para só depois tratar a ferida provocada pela queimadura (ROSSI et. al., 2010).

O paciente queimado apresenta risco de choque hipovolêmico devido à perda de líquido. Nas primeiras 24hs é necessário reposição líquida com cristaloides e líquidos VO de 2 a 3 litros para dar junto com sólidos hiperproteicos e hipercalóricos (MURTA, 2012).

O tratamento do paciente queimado costuma ser longo e doloroso e traz consigo sequelas físicas e emocionais. A equipe de enfermagem é fundamental nesse processo, por isso necessita estar apta com conhecimentos técnicos e científicos atualizados (RATI, 2003 apud MURTA, 2012).

No caso do paciente crítico a avaliação e os cuidados serão feitos de forma conjunta entre os diferentes profissionais na busca de uma terapia adequada (GOMES, 1994).

2.4. ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

2.4.1. O cuidar

Antigamente, a enfermagem tinha sua atenção e cuidado voltado apenas para patologia e realização de procedimentos e tarefas, atualmente uma das funções da enfermagem visa valorizar e atender o paciente de forma integral.

É importante ressaltar que o cuidado vai ao encontro das terminações do código de ética dos profissionais de enfermagem, e que o processo de cuidar compreende não só a resolução do problema, mas sim a sistematização de ações de enfermagem específicas voltada para o atendimento às necessidades da pessoa doente (SIGAUD; VERISSIMO, 1996).

De acordo com Rodrigues, Culau e Nunes (2007, p. 275):

Os principais objetivos dos cuidados com o paciente em tratamento incluem: alívio da dor, compreensão de fadiga, a manutenção da integralidade tecidual, a melhora da nutrição, melhora da percepção, da imagem corporal e

prevenção das possíveis complicações, principalmente com as infecções oportunistas.

2.4.2. Enfermagem na unidade de emergência

A unidade de emergência é a porta de entrada em alguns hospitais para internações, costuma ter bastante movimentação, causando assim desconforto e desgaste para os pacientes, bem como para seus familiares. A equipe de enfermagem deve atuar na minimização desse desconforto, pois as graves condições e o tratamento agressivo dos pacientes na unidade de emergência, geralmente provocam nos familiares algumas alterações de comportamento (GOMES, 1994).

A grande rotatividade dos pacientes internados na unidade de emergência e o pouco tempo para resolução dos problemas, exigem dos profissionais de enfermagem uma maior agilidade no atendimento, pois os pacientes que procuram esse serviço ou que são levados em estado grave necessitam de uma avaliação rápida para estabilização do problema. Sendo essa uma das metas do serviço de emergência (SOUZA; MOZACHI, 2009).

É função do enfermeiro, na unidade de emergência, colher história prévia do paciente, realizar exame físico detalhado, executar o tratamento necessário, coordenar a equipe de enfermagem (SOUZA; MOZACHI, 2009). Também é função de enfermagem a triagem, que nada mais é que, uma avaliação breve do paciente, classificando-os de acordo com a gravidade dos sinais e sintomas, ou seja, os pacientes considerados mais críticos são atendidos primeiro e os de menos riscos depois (PIRES, 2003 apud SOUZA; MOZACHI, 2009). Esse tipo de atendimento é mais conhecido como atendimento com classificação de risco e tem ajudado bastante, diminuído assim o tempo de espera do paciente para ser atendido.

Quando o paciente chega na unidade de emergência primeiro o enfermeiro deve fazer uma avaliação rápida, para definir quais os cuidados deverão ser prestados e quais serão dispensados. A avaliação do paciente é feita através de uma abordagem sistematizada na busca de levantar dados essenciais, necessitando assim de um planejamento da assistência de enfermagem (GOMES, 1994).

Na avaliação o enfermeiro busca através do levantamento dos dados identificar deficiências e necessidades do paciente, com preocupação em conhecer o motivo pelo qual procurou a unidade, reconhecendo assim alguns sinais que indique a necessidade de ações terapêuticas. É nesse momento que o enfermeiro define que tipo de atuação terá na assistência

se é de execução, intervenção ou agente de prevenção de complicações e dano (GOMES, 1994).

A necessidade de prestar uma melhor assistência ao paciente queimado vem desde a Segunda Guerra Mundial, quando criaram o 1º CTQ (Centro de Tratamento de Queimados). No Brasil até a década de quarenta esse tipo de atendimento era realizado por profissionais despreparados, que não prestavam a assistência necessária, pois não tinham o conhecimento específico e não sabiam da importância desse atendimento especializado para recuperação e sobrevivência do paciente (PAIVA, 1997 apud PRUDENTE; GENTIL, 2005).

Os profissionais de enfermagem, em especial os que trabalham nas unidades de emergência, devem ter conhecimento específico para prestar de forma adequada o primeiro atendimento ao paciente queimado, pois se esse atendimento for realizado de maneira correta vai reduzir muito a morbi-mortalidade (PRUDENTE; GENTIL, 2005).

De acordo aos postulados de Murta (2012), o atendimento inicial do paciente queimado é o mesmo do politraumatizado preconizado pela ATLS (Advanced Traumas Life Support), que permite identificar as situações de risco como comprometimento de vias aéreas, devido à inalação de fumaça. Esse atendimento se divide em duas partes: o exame primário e o secundário. No exame primário: 1º) vai verificar a permeabilidade das vias aéreas; 2º) verificar respiração, ventilação e oxigenação; 3º) manter acesso venoso com cateter calibroso (reposição hídrica, analgesia, amostra para exames de sangue); 4º) avaliação neurológica; 5º) exposição do paciente para aquecer e sondar. No exame secundário: 1º) investigar história de trauma; 2º) verificar patologias existentes; 3º) realizar cálculo da superfície corpórea queimada (Lund e Browder); 4º) remover joias e avaliar pulso periférico.

Segundo Santos (2008), o primeiro passo a ser tomado no atendimento hospitalar as vítimas de queimaduras é manter o paciente na maca; instalar O2 com cateter nasal ou máscara, se necessário; lavar a lesão com S.F. 09% e cobrir com gaze e compressa úmida; retirar as roupas que estiverem aderidas com orientação médica e anestésico antes do procedimento; puncionar acesso venoso calibroso; colher amostras para exames; hidratação conforme orientação médica; avaliar a extensão da queimadura; sondar se necessário para controle do débito urinário; manter sempre perto o material de intubação e respiração.

O objetivo do 1º cuidado ao paciente queimado não é com a ferida e sim com a permeabilidade das vias aéreas, reposição de fluídos corporais e controle da dor (ROSSI et. al., 2010).

Existem várias complicações que leva ao risco de morte, como o choque hipovolêmico devido à perda de líquido pela ferida; lesões de vias respiratórias e pulmões podem levar a

risco imediato de morte em decorrência ao calor e as toxinas inaladas; nas feridas extensas o paciente recebe tratamento de emergência, com punção venosa, limpeza do ferimento, infusão de líquidos por via parenteral e se for o caso desbridamento (IRION, 2005).

Conforme Gomes (1994, p. 82), “o objetivo da assistência de enfermagem é proporcionar recursos para prevenir e atenuar as complicações e amenizar as condições de desconforto do paciente”.

A assistência de enfermagem ao paciente queimado é muito complexa e requer um bom conhecimento técnico para prestar o melhor atendimento, para que esse paciente tenha uma recuperação tranquila, diminuindo assim o tempo de internação, o risco de morte, as complicações, a sequelas físicas e psicológicas que a queimadura pode trazer (MENEZES, 2003 apud PRUDENTE; GENTIL, 2005).

2.4.3. Cuidado com a ferida

O cuidado tem como objetivo preservar a ponte dérmica que não sofreu com a queimadura, controlar a infecção, manutenção da perfusão sanguínea nas extremidades e da respiração (PIRES; STARLING, 2002).

O objetivo do tratamento local é obter uma rápida epitelização, prevenir ou minimizar as infecções, retardar a colonização da queimadura (MURTA, 2012).

Os curativos de pacientes que tiveram queimadura são realizados pela equipe de enfermagem com base em protocolos. É com base nesse contexto que ver a necessidade de uma atualização desses profissionais, para que possam atuar de forma precisa e eficiente (FERREIRA et. al., 2003). Os curativos devem ser realizados, diariamente, usando sempre as técnicas de assepsia correta.

Os grandes curativos são realizados no centro cirúrgico ou UTI's e necessitam de desbridamento com aplicação de sulfadiazina de prata a 1%, os menores podem precisar do desbridamento, podendo ser sem sedação e analgésico. Tanto os grandes como os menores podem ser abertos ou fechados, dependendo da perda de líquido. Quando fechados tem que ser trocados, a cada 12 ou 24 horas, dependendo da umidade do curativo, pois os curativos não podem ficar molhados (SOUZA; MOZACHI, 2009).

Queimadura de pequena extensão é indicado curativo úmido com soro fisiológico, para evitar a contaminação da lesão. Esse mesmo curativo deve ser evitado, na extensa, por causa do risco de hipotermia, pois a pele perde sua capacidade de proteção da temperatura do corpo, sendo mais indicada nesse caso, cobrir o paciente com lençol. Já nas queimaduras com

hemorragia tem que usar curativos compressivos para cessar o processo hemorrágico (SANTOS, 2008).

2.4.4. Controle da Dor

A dor sempre esteve presente na vida do ser humano e desde a antiguidade o homem vem lutando para vencê-la. Vários autores tentam definir a dor, sendo descrita e expressa de várias formas. Alguns dizem que a dor costuma ser subjetiva, uma sensação desagradável, com sinal de ameaça de lesão tecidual, agressão, dentre outros (POSSO, 2006).

Dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais danos” (VOLPATO; PASSOS, 2007, p. 159).

A dor provoca um estado de alerta, que algo não está funcionando da maneira correta. É um importante sintoma, que deve ser avaliado pelo enfermeiro na hora do exame físico. Os profissionais de enfermagem devem ter conhecimento suficiente para diagnosticar o motivo da dor, para assim fornecer a terapêutica adequada, pois a dor é considerada uma sensação única, associada às várias sensações psicológicas de percepção, reação e manifestação (POSSO, 2006). A pessoa que sente uma dor costuma procurar um tratamento seja ele médico, terapêutico, caseiro ou espiritual.

A dor deve ser avaliada e registrada ao mesmo tempo em que está sendo verificando os sinais vitais, pois a equipe nesse momento saberá qual a conduta a ser tomada (BAGATINI et. al., 2001 apud PEDROSO; CELICH, 2006).

A responsabilidade pelo tratamento da dor é da enfermeira e do médico. A enfermagem tem a responsabilidade de avaliar a dor, as suas causas e adotar meios de eliminá-la ou minimizá-la como exemplo utilização de curativos (IRION, 2005). O enfermeiro tem por dever oferecer meios para aliviar o sofrimento do paciente (POSSO, 2006).

Um dos grandes avanços em relação à minimização das sensações dolorosa foi à descoberta do anestésico local, que favoreceu tranquilidade aos pacientes no momento dos procedimentos (POSSO, 2006).

A queimadura é um trauma que produz alterações locais que resultam no aparecimento da dor (RIGOTTI; FERREIRA, 2005). Russo (1967) acrescenta que a dor aparece depois que as terminações nervosas da pele se excitam em função do calor, devido à destruição das camadas superficiais da pele e exposição das terminações nervosas sensitivas (ROSSI et. al.,

2000). Os curativos ajudam a diminuir a dor do queimado (SANTOS, 2008). Já os pacientes, que tiveram perda total da pele não apresentam dor, devido à destruição das terminações nervosas sensoriais (MURTA, 2012).

Os enfermeiros precisam estar preparados para lidar com a dor do paciente, pois os procedimentos de enfermagem executados geralmente potencializam essa dor (ROSSI et. al., 2000).

A dor por ser a principal causa de sofrimento humano compromete a qualidade de vida e reflete no estado físico e psicossocial das pessoas (RIGOTTI; FERREIRA, 2005). A equipe de enfermagem precisa ter conhecimento das reais necessidades do paciente, naquele momento e cuidar para minimizar a sua dor, demonstrando carinho, atenção, amor, respeito e conforto.

Apesar do avanço significativo, na compreensão do fenômeno doloroso, ainda existe muito sofrimento nas pessoas que vivenciam (MURTA, 2012). De acordo com Cintra et. al., Murta (2012), isso ocorre, porque os profissionais de saúde não tem o conhecimento básico das experiências dolorosas e despreparo em relação a prescrição e administração de anestésicos.

O profissional de enfermagem tem um papel muito importante no controle da dor, pois atua como identificador em diversos momentos, quando estão internados em ambulatórios, centros de saúde, domicílios, dentre outros. São esses profissionais que detectam a dor e buscam meios para minimizar esse sofrimento, utilizando algumas intervenções farmacológicas, físicas e cognitivas comportamentais (MURTA, 2012).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível afirmar após essa pesquisa, que a assistência da equipe de enfermagem na unidade de emergência ainda é muito complexa, requer agilidade, iniciativa, conhecimento técnico e científico adequado, visando sempre diminuir as sequelas e taxas de mortalidade. Dessa maneira, observa-se que são várias as atividades de enfermagem na unidade de emergência.

Este estudo constata que atuação de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente queimado é de fundamental importância, uma vez que, a assistência prestada irá ajudar no processo de recuperação e reabilitação para vida social o mais rápido possível. É

responsabilidade do enfermeiro, fornecer também apoio emocional, pois, o cuidado visa atender o paciente de forma integral, abrangendo aspectos físicos, emocionais e sociais.

Portanto é necessário que a equipe de enfermagem respeite as expressões de sentimentos desse queimado e crie ações baseadas nesse sentido. É fundamentado nesse contexto que reforçamos a ideia de que a equipe de enfermagem, sobretudo o enfermeiro, deve refletir sobre a importância da detecção das necessidades desses pacientes, para que os efeitos negativos ao longo de todo processo, que porventura possam aparecer, sejam superados ou ao menos, amenizados.

A literatura afirma que, o enfermeiro tem um papel muito importante no cuidado com a ferida e controle da dor, é função da equipe de enfermagem avaliar o paciente, fazer intervenções, monitorar os resultados do tratamento. Em função dos resultados alcançados, torna-se necessário que os profissionais de saúde, e em especial a enfermagem que é responsável pelo cuidado propriamente dito, seja capacitada e treinada para prestar uma assistência mais humanizada a essas vítimas de queimadura, minimizando assim, seu sofrimento. Contudo é necessário que o hospital disponibilize cursos de capacitação e humanização para todos os profissionais que estão, direta ou indiretamente, ligados ao atendimento na unidade de emergência.

Acredita-se que algumas instituições de estudos, ainda não estão preparando da maneira correta seus estudantes quanto à avaliação dos sinais da dor, observa-se ainda despreparo de alguns profissionais, quando vivenciam situações como a do paciente grande queimado, onde a dor tem um impacto muito forte, na vida do paciente. A enfermagem precisa estar apta a identificar esses sinais e amenizar esse sofrimento, mesmo não sendo a enfermagem a responsável pela prescrição dos analgésicos é função da enfermagem fazer uma boa anamnese do paciente no primeiro atendimento.

Nesse sentido, entende-se que todo paciente queimado necessita de uma assistência cuidadosa, cabe ao profissional de enfermagem ter uma maior preocupação, atenção com esses pacientes não esquecendo nunca de ter sentimento humanitário. Esse estudo possibilitou a certeza de que, a assistência prestada pela equipe de enfermagem no atendimento de emergência é indispensável.

Conclui-se que o profissional de saúde treinado na identificação de estratégias de enfrentamento tem condições de atuar, mais eficientemente, na atenção as necessidades do paciente. Dessa maneira, a equipe de enfermagem é capaz de identificar os problemas e estabelecer metas para resolver. É baseado nesse contexto que, enfatizamos a necessidade da assistência humanizada, visando não só a lesão, e sim o ser humano como um todo.

4. REFERÊNCIAS

BOLGIANE, Alberto N.; SERRA, Maria Cristina do Valle Freitas. Atualização no tratamento local das queimaduras. **Rev. Bras Queimaduras**, 2010; 9(2): 38-44. Disponível em: < <http://www.sbqueimaduras.com.br/revista/junho-2010/atualizacaonotratamentolocaldasqueimaduras.pdf>> Acesso em: 18 de set. 2011.

CANETTI, Marcelo Dominguez et. al. **Manual básico de socorro de emergência para técnicos em emergências médicas e socorristas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

FERREIRA, Enéas et. al. Curativo do paciente queimado: uma revisão da literatura. **Rev Esc Enferm. USP**, 2003. 44-51p. Disponível em:< http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:Ri4MJGEPYFwJ:scholar.google.com/+curativo+do+paciente+queimado:+uma+revis%C3%A3o+de+literatura&hl=pt-BR&as_sdt=0>. Acesso em: 16 de set. 2011.

GOMES, Alice Martins. **Emergência: planejamento e organização da Unidade**. Assistência de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1994.

IRION, Glenn L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

KNOBEL, Elias et. al. **Terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MURTA, Genilda Ferreira. **Saberes e Práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. v. 5. 7. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusa, 2012.

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

PIRES, Marco Tulio Baccarini; STARLING, Vieira Sizenando. **ERAZO**. Manual de urgências em pronto-socorro. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PEDROSO, Rene Antônio; CELICH, Kátia Lilian Sedrez. DOR: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Enferm Florianópolis**, 2006 Abr- Jun; 15(2): 270-6. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a10v15n2.pdf>>. Acesso em: 16 set 2011.

POSSO, Maria Belén Salazar. **Semiologia e Semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006.

PRUDENTE, Patrícia Mascagni; GENTIL, Rosana Chami. Atuação do enfermeiro durante o atendimento pré-hospitalar a vítimas de queimaduras. **Rev Enferm Unisa** 2005; 6:74-9.

Disponível em:< <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-13.pdf>>. Acesso em: 10 de Jan. 2012.

RIGOTTI, Marcelo A.; FERREIRA, Adriano M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq Ciência Saúde**, 2005 Jan-mar; 12(1): 50-4. Disponível em:< <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>>. Acesso em: 10 de set. 2011.

RODRIGUES, Carla Daiane Silva; CULAU, Janice Maria da Cunha; NUNES, Dulce Maria. Aprendendo a cuidar: vivências de estudantes de enfermagem com crianças portadoras de câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3180/1752>>. Acesso em: 15 set. 2009.

ROSSI, Lídia Aparecida et. al. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**. v.8. n.3 Ribeirão Preto Jul. 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000300004&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 10 de Jan. 2011.

ROSSI, Lídia A. et. al. Cuidados locais com as feridas das queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**. 2010; 9(2):54-9. Disponível em:< http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:hjeZNS9rwowJ:scholar.google.com/+Cuidados+locais+com+as+feridas+das+queimaduras&hl=pt-BR&as_sdt=0 >. Acesso em 05 de Out. 2011.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Urgência e emergência para a enfermagem: do pré-hospitalar APH à sala de emergência**. 5 ed. São Paulo: Iàtria, 2008.

SIGAUD, Cecília Helena de Siqueira; VERÍSSIMO, M^a De La Ò Ramallo. **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem á criança e ao adolescente**. São Paulo: EUP, 1996.

SILVA, Regina M. Araújo da; CASTILHOS, Ana Paula Lourenço. A identificação de diagnostico de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para implementação das ações de enfermagem. **Rev Bras Queimaduras**. 2010;9(2):60-5. Disponível em:< http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:I4dXeTpa_fMJ:scholar.google.com/+A+identifica%C3%A7%C3%A3o+de+diagnostico+de+enfermagem+em+paciente+considerado+grande+queimado:+um+facilitador+para+implementa%C3%A7%C3%A3o+das+a%C3%A7%C3%B5es+de+enfermagem.&hl=pt-BR&as_sdt=0,5 >. Acesso em: 05 de Out. 2011.

SILVA, Roberto Carlos Lyra da; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; MEIRELES, Isabella Barbosa. **FERIDAS: fundamentos e atualização de enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora, 2007.

SOUZA, Virginia Helena Soares de; MOZACHI, Nelson. **O Hospital: manual do ambiente hospitalar**. 3. ed. Curitiba: Os Autores, 2009.

VOLPATO, Andrea C. Bressane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2007. 272p.