



GOMES *et al.*, 2015  
JCBS, v. 1, n. 1, p. 40-47, 2015

## O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DO CUIDADO EM PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURA

GOMES, Lara Karolline Silva<sup>1</sup>; FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães<sup>1,2</sup>; SILVEIRA, Caroline Freitas<sup>1</sup>; CÔRTEES, Renata Maciel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Talentos Humanos, Uberaba, MG, Brasil.

<sup>2</sup>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Data de submissão: 15 de maio de 2015. Aceito na versão final: 27 de maio de 2015.

**RESUMO: Introdução:** Queimaduras são danos decorrentes de traumas térmicos resultantes da exposição a chamas, líquidos e superfícies quentes, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção. **Objetivo:** Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional, identificar o conhecimento da equipe de enfermagem quanto à realização do curativo de pacientes queimados e comparar o conhecimento com o tempo de trabalho na área da saúde, função e idade dos membros da equipe de enfermagem de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas. **Métodos:** Estudo descritivo, quantitativo, no qual foi aplicado questionário semiestruturado a 44 profissionais. **Resultados:** Observou-se que os enfermeiros, os profissionais que trabalham entre 10,1 a 15 anos e os profissionais com faixa etária entre 20 e 29 anos apresentaram maior número de acertos, porém sem significância estatística. **Conclusão:** Abordar esse assunto é de grande relevância, pois o procedimento realizado de maneira incorreta, desrespeitando as técnicas assépticas, podem trazer danos graves e irreversíveis ao paciente. Ressalta-se, então, a necessidade da utilização de métodos, como a educação continuada, para melhorar o nível de conhecimento da equipe de enfermagem sobre o assunto, e conseqüentemente, diminuir as iatrogenias.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de Enfermagem; Curativos; Queimaduras.

### *KNOWLEDGE OF NURSING TEAM ABOUT THE CARE OF BURN VICTIMS*

**ABSTRACT: Introduction:** Burns are damage from thermal trauma, resulting from exposure to flames, liquid and hot surfaces, cold, chemicals, radiation, friction or rubbing. **Objective:** This study aimed to characterize the socio-demographic and professional profile, identify the knowledge of the nursing team about the realization of curative to burn patients and compare the knowledge with the working time in the health, function and age of the members of the nursing staff of a unit Emergency Department 24 hours. **Methods:** Descriptive and quantitative study, in which semi-structured questionnaire was applied to 44 professionals. **It was observed that nurses, the professionals working between 10,1 to 15 years and professionals aged between 20 and 29, had the highest number of hits, but without statistical significance.** **Conclusion:** Studying this issue is relevant because the procedure performed incorrectly and disregarding aseptic techniques, can cause serious and irreversible harm to the patient. It is noteworthy, then, the need to use methods such as continuing education, to improve the level of knowledge of the nursing team about it, and consequently, reduce iatrogenic.

**KEYWORDS:** Bandages; Burns; Nursing care.

Correspondência para/Correspondence to:

CÔRTEES, R. M. Curso de Enfermagem, Faculdade de Talentos Humanos, Avenida Tonico dos Santos, 333. CEP: 38040-000. Uberaba, MG, Brasil. Tel: +055-34-3311-9800. E-mail: [renatamcortes@gmail.com](mailto:renatamcortes@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

As queimaduras são um dos principais problemas de saúde pública, sendo a segunda causa de morte na infância, não só nos Estados Unidos como também no Brasil. Entretanto, existem poucos dados e informações disponíveis para orientar programas de prevenção (CRUZ; CORDOVIL; BATISTA, 2012).

O sexo masculino tem maior incidência de queimaduras, ocorrendo em qualquer faixa etária, ocupação e posição econômica do paciente. Outras vítimas frequentes são as crianças de até seis anos, que têm queimaduras causadas por escaldos, líquidos aquecidos ou por combustão e constituem 60% dos casos, grande parte como acidentes domésticos (IURK *et al.*, 2010). Algumas pesquisas realizadas no Brasil apontam que, entre os casos de queimaduras notificados no País, a grande maioria ocorre nas residências das vítimas e quase a metade das ocorrências envolve a participação de crianças (BRASIL, 2012).

Dentre todas as regiões brasileiras, a região Norte é, aparentemente, a que contribui com os menores números nas estatísticas sobre o assunto e representou aproximadamente 7,5% das internações em virtude desse agravo no período de 1999 a 2001, tendo também a menor taxa de mortalidade da federação (0,90%). O estado do Pará, localizado na região Norte, possui os piores indicadores em relação às queimaduras (CRUZ; CORDOVIL; BATISTA, 2012).

A queimadura é considerada um trauma grave, com impactos sociais, econômicos e de saúde pública e necessita de atenção de órgãos governamentais. Está entre as principais causas de morbidade e mortalidade (FERREIRA *et al.*, 2011). Principalmente em países classificados como de média e baixa renda, esse trauma ainda permanece como um dos agravos mais ignorados entre os vários tipos de causas externas de lesão. Já nos países desenvolvidos é observada a diminuição nas taxas de mortalidade e lesões por queimaduras como resultado de uma série de intervenções, como a promoção do uso de detectores de fumaça em residências e edifícios, instalação de sistemas que jorram água nos tetos, crescimento da segurança nos dispositivos de combustíveis domésticos e a redução da temperatura dos aquecedores de água quente (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2012).

As queimaduras são denominadas como danos decorrentes de traumas de origem térmica que resulta da exposição a chamas, líquidos e superfícies quentes, frio e substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção. O tipo de queimadura é definido de acordo com a extensão do comprometimento tecidual e exposição ao agente agressor (OLIVEIRA; MOREIRA; GONÇALVES, 2012). Apesar dos casos de queimaduras químicas apresentarem pequena porcentagem (3% a 4% do total), mais de 100 casos ocorrem diariamente em nosso meio, sendo a grande maioria gerada em ambientes laborais (YOSHIMURA, 2012).

A pele é a mais frequentemente afetada entre os órgãos atingidos pelas queimaduras (BRASIL, 2012). Sendo o maior órgão do corpo humano, a pele tem como

funções promover barreira física, regulação térmica, produção de hormônios, percepção sensorial e imunocompetência. A pele humana tolera até 44 °C sem que seja gerado prejuízo, acima desse valor são produzidas diferentes lesões (BOLGIANI; SERRA, 2010). Quando o tecido epitelial sofre uma descontinuidade desencadeia-se um processo complexo de cicatrização, mantendo a homeostasia do paciente e buscando restauração da estrutura celular de cada tecido para que suas funções sejam minimamente comprometidas e seja evitada a presença de microorganismos que podem atingir a corrente sanguínea resultando em sepse (FERREIRA; PAULA, 2003).

Na ocasião da destruição de pene ocorre a perda da primeira barreira frente à agressão de microorganismos externos e existência de necrose, tal destruição fornece um ambiente adequado para o crescimento microbiano e posterior invasão (OLIVEIRA; SERRA, 2001). A pessoa vítima de queimadura é considerada imunossuprimida, pois, após o trauma, ocorrem várias alterações orgânicas que modificam seu mecanismo de defesa contra infecções. A perda da integridade da pele e o desequilíbrio na regulação do pH cutâneo facilitam a colonização da ferida por microorganismos oportunistas. O agente provocador da lesão pode fazer com que a microbiota residente da pele também seja eliminada, deixando de exercer seu papel protetor (RAGONHA *et al.*, 2005).

A seriedade das queimaduras depende de diversos fatores como temperatura do agente térmico, tempo de exposição, tipo de agente e seu calor específico que determinam graus variados de profundidade da lesão e a área de superfície corporal queimada. Portanto, as queimaduras podem ser classificadas quanto ao seu mecanismo de lesão, grau, profundidade, área corporal acometida, região ou parte do corpo afetada e sua extensão (MOSER; PEREIRA; PEREIRA, 2013).

A porcentagem da área da superfície corporal queimada, ou a extensão da queimadura, é uma informação importante para definir qual a gravidade da lesão e o tratamento a ser adotado, tanto no local do acidente quanto no hospital. Utiliza-se para esse cálculo a "regra dos nove", porém o resultado obtido não é exato. No adulto, cada membro superior corresponde a 9% da superfície corporal; as partes ventral e dorsal do tronco correspondem a 18% cada; cada membro inferior a 18%, a cabeça a 9% e a área genital a 1%. As crianças pequenas apresentam, proporcionalmente, cabeça maior que a dos adultos, assim correspondendo a 18% da superfície corporal; cada membro inferior a 13,5%. Em crianças menores, utilizar como medida a mão da vítima, que corresponde a aproximadamente 1% da área da superfície corporal (CBPR, 2006).

A finalidade do primeiro cuidado a uma vítima de queimadura não envolve a ferida diretamente, e sim a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, a reposição de fluidos e o controle da dor. Após a via aérea ter sido restabelecida, a dor minimizada e o equilíbrio hemodinâmico mantido, ou que tenham sido implementadas ações visando a prevenção de

complicações, pode-se iniciar o tratamento da ferida provocada pela queimadura (ROSSI *et al.*, 2010).

O atendimento prestado ao paciente vítima de queimadura nos serviços de urgência e emergência requer uma avaliação minuciosa, na qual sejam incluídos a investigação do agente que causou o acidente e o tempo de exposição, superfície corporal queimada, profundidade, regiões do corpo acometidas e ambiente de ocorrência do evento. A avaliação desses fatores de gravidade e o registro das condutas adotadas pelos profissionais de saúde que atuam nestes serviços determinam o prognóstico e são fundamentais na continuidade do tratamento dos pacientes que sofreram queimaduras (KANTORSKI *et al.*, 2014).

Os sinais e sintomas das queimaduras caracterizam-se por uma dor persistente, sendo causada, de início, pela ação direta dos estímulos calóricos sobre as terminações nervosas e, e depois, pela exposição destes filetes aos diversos estímulos do meio ambiente. Nesta fase, a retirada de tecido necrótico da área queimada expõe, novamente, os filetes nervosos, aumentando a dor (DUARTE, 2012).

O tratamento local é conhecido como curativo e consiste no procedimento de limpeza e cobertura de uma lesão, que tem como finalidade auxiliar o restabelecimento da integridade do tecido ou prevenir a colonização dos locais de inserção de dispositivos invasivos diagnósticos ou terapêuticos (PEREIRA; BACHION, 2005). Curativos oclusivos são uma opção para o tratamento de queimaduras juntamente com os cremes antibióticos. Esse tipo de curativo pode ser utilizado na queimadura limpa em menos de 24 horas após o acidente (FERREIRA *et al.*, 2011).

Este é o tratamento mais utilizado em todo do mundo, e apresenta várias vantagens e baixo custo. Atualmente existe no mercado uma grande variedade de curativos absorventes, esses devem ter espessura suficiente para não passar as secreções da ferida, manter o cliente aquecido e permitir um microclima de umidade que favoreça o crescimento das células epiteliais, evitando a penetração de germes e dos raios ultravioletas. Existe também a opção dos curativos úmidos, que são realizados com gazes embebidas em solução fisiológica e trocadas a cada duas horas por equipe de enfermagem treinada. Porém, esta última oferece desconforto ao paciente (BOLGIANI; SERRA, 2010).

Há poucas evidências quanto a utilização de antissépticos tópicos. Eles são indicados para redução da carga bacteriana, porém têm citotoxicidade comprovada, tendo a indicação direcionada para lesões nas quais não haja tecidos viáveis ou nas quais o risco de infecção superar o objetivo inicial de promoção de reparação tecidual (COLAÇO *et al.*, 2013).

Um dos agentes tópicos mais utilizados no tratamento de queimaduras é a Sulfadiazina de Prata 1%, que é utilizada em queimaduras de segundo e terceiro graus, facilmente aplicada e removida, não provoca dor e apresenta poucos efeitos colaterais (FERREIRA *et al.*, 2003). A finalidade de tal cobertura é de desbridar tecidos necrosados e combater infecção local. É recomendado que sua troca seja a cada 12 horas por conta da oxidação da prata. Porém, ela também é constantemente abordada como um possível agente retardador do processo cicatricial,

considerando que as trocas frequentes associadas ao seu potencial efeito irritativo à pele acabam por retardar a reparação e reepitelização de uma ferida (COLAÇO *et al.*, 2013).

Existe também a opção do tratamento cirúrgico, que tem por objetivo básico a excisão e enxerto precoces. É utilizado geralmente nas queimaduras de grande profundidade de espessura parcial e seguida de cobertura imediata com curativo bio sintético, biológico ou autoenxerto (NETTINA, 2012).

Um dos cuidados de enfermagem mais importantes ao grande queimado é a intervenção para com a ferida provocada pela queimadura. O cuidado inclui a limpeza, manutenção da umidade local, a prevenção de infecções, a proteção contra traumas, o controle da dor e a manutenção da mobilidade e funcionalidade das partes afetadas (COLAÇO *et al.*, 2013). O enfermeiro necessita ter conhecimento científico com ênfase no que se refere a fisiologia da queimadura e suas complicações e habilidades técnicas e pessoais devido às diversas alterações desse paciente. Outra responsabilidade do enfermeiro é o ato de identificar e suprir as necessidades através dos cuidados rigorosos pelo planejamento da assistência de enfermagem (CANELA *et al.*, 2011).

A assistência que é prestada pelo enfermeiro, não deve limitar-se à técnica. Esse quadro exige abordagem multidimensional, considerando-se também a família (OLIVEIRA; MOREIRA; GONÇALVES, 2012). O profissional de enfermagem tem função importante na reabilitação do paciente queimado e, por meio das intervenções de enfermagem, tentam reduzir a ansiedade, minimizar sofrimento e distúrbios de padrão do sono, bem como administrar medicamentos para o controle da dor. Além disso, deve ficar atento ao paciente, mantendo uma comunicação efetiva, tanto com o doente, quanto com seus familiares (CASTRO *et al.*, 2013).

Uma lesão de origem térmica, independentemente de sua extensão, é uma agressão que pode causar danos físicos e psicológicos ao paciente. A vítima de queimadura que necessita internação hospitalar, passa por uma fase complicada, pois é atingido por vários estressores físicos: como acidose, perda de fluidos, alterações no equilíbrio endócrino, potencial para infecção e dor, além dos estressores psicológicos decorrentes da separação da família, afastamento do trabalho, mudanças corporais, despersonalização, dependência de cuidados, perda da autonomia e tensão constante (CARLUCCI, 2007).

O enfermeiro deve ter pensamento crítico capaz de promover decisão clínica que auxilie na identificação das necessidades do paciente e ser capaz de identificar as melhores condutas a serem tomadas. Para melhor embasamento do conhecimento teórico e prático da assistência de enfermagem ao paciente queimado, é necessária atualização de conteúdo que se refere aos cuidados ao paciente queimado. (CANELA *et al.*, 2011).

Protocolos para o cuidado com feridas causadas por queimaduras variam de um hospital para outro. Aspectos como a localização, profundidade, extensão, presença ou não de infecção, agente causador do trauma, estado nutricional dos pacientes, presença de doenças crônicas

degenerativas e faixa etária, influenciarão no processo de cicatrização e na escolha do tratamento da ferida (FERREIRA *et al.*, 2003). O cuidado com o paciente queimado oferece uma grande dificuldade para o profissional, que sempre procura melhores respostas tanto no aumento da velocidade da restauração tecidual, diminuição da dor e infecção como proporcionar melhor aspecto estético após a cicatrização da ferida (ROCHA *et al.*, 2012).

O curativo em pacientes vítimas de queimadura é realizado frequentemente por profissionais de enfermagem e geralmente é embasado em uma rotina preestabelecida. Portanto, deve haver a atualização dos profissionais envolvidos para que eles possam prestar um atendimento eficaz (CHAVES, 2013).

Diante do exposto, nota-se a importância de se verificar o nível de conhecimento do profissional da enfermagem acerca da temática abordada. Ações voltadas à correção de possíveis erros na aplicação das técnicas de realização de curativos em pacientes queimados, orientações visando levar conhecimento atualizado às equipes, necessitam ser implementadas para a melhoria da assistência de enfermagem ao paciente vítima de queimadura.

Desta forma, o objetivo do trabalho foi caracterizar o perfil sócio demográfico e profissional da equipe de enfermagem de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas (objetivo 1); identificar o conhecimento da equipe de enfermagem quanto à realização do curativo de pacientes queimados (objetivo 2); comparar o conhecimento com o tempo de trabalho na área da saúde, função e idade (objetivo 3).

## MÉTODOS

Estudo descritivo, censitário com abordagem quantitativa do qual participaram profissionais de enfermagem vinculados a uma unidade de Pronto Atendimento de uma cidade do interior de Minas Gerais. No período da coleta de dados, a unidade contava com 109 profissionais, conforme relação obtida no setor de Recursos Humanos da Unidade. Os profissionais foram entrevistados aleatoriamente no período em que ocorreu a coleta de dados, resultando, assim, em um quantitativo final de 44 sujeitos participantes.

O estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Talentos Humanos, mediante parecer 0025/2014.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento, antes de iniciar a coleta de dados. A coleta foi realizada em encontros previamente agendados com os profissionais de saúde.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento semiestruturado, elaborado pelos autores, contendo 17 questões abertas e de múltipla escolha, avaliando dados sociodemográficos e o conhecimento do profissional sobre queimadura, no que se refere aos itens, a saber: tratamento; gravidade; limpeza da ferida; realização do curativo; coberturas e cuidados de enfermagem. A elaboração do questionário foi embasada na Cartilha para Tratamento de

Emergência das Queimaduras do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e no livro Prática de Enfermagem (NETTINA, 2012).

Ressalta-se que o instrumento que avalia o conhecimento dos profissionais quanto à queimadura possuía 10 questões. As nove primeiras de múltipla escolha, nas quais o respondente deveria assinalar uma única opção correta, e a décima questão, com nove itens, dos quais deveria assinalar os itens que julgasse correto. O respondente recebia escore de um ponto para cada acerto, tendo como escore máximo 18 pontos.

Para análise de dados foi construído uma planilha no aplicativo Microsoft Excel, na qual foram inseridos os dados provenientes da coleta; adotou-se a técnica de dupla digitação, com posterior validação. Para análise estatística, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 20.

Os dados foram submetidos à análise descritiva exploratória, através de frequências simples, medidas de posição (média e mediana) e de variabilidade (amplitude e desvio padrão). Na análise bivariada, utilizou-se os testes t de Student para as variáveis com dois grupos e Anova para variáveis com mais de dois grupos. O nível de significância adotado para as análises foi de 5%.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 44 (100%) profissionais verificou-se que: 40 (90,9%) eram do sexo feminino (90,9%); 34 (77,2%) eram auxiliares ou técnicos em enfermagem; 21 (47,7%) tinham carga horária semanal de 30 horas e 26 (59,1%) trabalhavam no período matutino (07:00 às 13:00hs), Tab. 1.

No que se refere aos aspectos profissionais, a média do tempo de serviço na unidade foi de  $5,38 \pm 7,05$  anos, variação (dois meses a 30 anos); enquanto a média de tempo de serviço na enfermagem foi  $10,51 \pm 8,97$  anos, variação (1 a 34 anos). Idade média dos sujeitos participantes foi  $37,66 \pm 10,62$  anos, com idade mínima de 23 e máxima de 61 anos.

Foram encontradas semelhanças em um estudo realizado no Hospital Universitário de Santa Maria, onde 88,4% dos entrevistados eram mulheres, 70,3% exerciam o cargo de técnico ou auxiliar de enfermagem, a idade média dos participantes foi de 41 anos, o tempo de serviço como profissional de enfermagem apresentou média de 14,4 anos. A única divergência encontrada foi em relação a carga horária de trabalho, sendo que a maioria dos funcionários exercia carga horária de 36 horas semanais (KIRCHHOF, 2009).

Quanto ao acerto dos participantes em relação ao questionário de conhecimento sobre atendimento e cuidados às vítimas de queimadura, o escore médio foi de  $13,80 \pm 2,79$  pontos, variação (5 a 18 pontos).

Em uma análise descritiva de itens, elaborou-se as tab. 2 e 3 evidenciando, dentre os itens do instrumento, os que os participantes tiveram maiores e menores escores de acerto.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais da equipe de Enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento de um município, segundo características sociodemográficas. Uberaba, MG, Brasil, 2014

Variável	Frequência	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	40	90,9
Masculino	4	9,1
Escolaridade		
Ensino técnico	25	56,8
Ensino superior	6	13,6
Ensino Superior	5	11,4
Incompleto	8	18,2
Pós-Graduação		
Cargo		
Enfermeiro	10	22,7
Técnico/auxiliar de enfermagem	34	77,2
Carga Horária		
6 horas semanais	1	2,3
20 horas semanais	4	9,1
30 horas semanais	21	47,7
40 horas semanais	18	40,9
Horário de Trabalho		
07:00 às 13:00	26	59,1
13:00 às 19:00	17	38,6
19:00 às 07:00	1	2,3

Fonte: O autor

Tabela 2 - Distribuição de frequência dos profissionais de enfermagem de Unidade de Pronto Atendimento, para os itens do questionário de atendimento às vítimas de queimadura. Uberaba, MG, Brasil, 2014

Pergunta	Frequência de acertos	Porcentagem (%)
Tratamento de emergência imediato para queimadura	29	65,9
Prioridade na sala de emergência	35	79,5
Determinação da gravidade das queimaduras	24	54,5
Tratamento da lesão por queimadura	33	75
Frequência da realização da limpeza da lesão	32	72,7
Agente utilizado na limpeza da lesão	12	27,3
Finalidade dos antimicrobianos tópicos	33	75
Cuidados para aplicação de cremes tópicos	37	84,1
Enfaixamento dos membros inferiores	41	93,2

Fonte: O autor

Quanto ao tratamento de emergência imediato para queimadura, evidenciou-se que 29 (65,9%) participantes assinalaram a questão correta, a qual afirmava ser correto a interrupção do processo de queimadura, remoção de roupas, adornos e próteses, e cobertura das lesões com tecido limpo, corroborando com o preconizado pela Cartilha para o Tratamento de Emergências das Queimaduras (BRASIL, 2012).

Entre os profissionais, 35 (79,5%) afirmaram corretamente que a prioridade no atendimento ao queimado, na sala de emergência, é avaliação de vias aéreas; aspiração das vias, se necessário; administração de oxigenoterapia conforme prescrição; elevação da cabeceira; avaliação do nível de consciência por meio da Escala de Coma Glasgow, avaliação das queimaduras e punção de acesso venoso periférico calibroso.

Todo paciente que apresentar superfície corporal queimada (SCQ) superior a 15%, e a 10% no caso de

crianças, necessitam de suporte metabólico via parenteral, nesse caso, deve ser providenciado acesso venoso periférico calibroso. Além disso, o suporte nutricional e metabólico reduz a sepse, minimiza o risco de complicações em pacientes graves, diminui a resposta metabólica ao trauma e suas consequências, como perda de peso, redução dos mecanismos de defesa e a diminuição do processo de cicatrização (GOMES; SERRA; JÚNIOR, 2001; SERRA *et al.*, 2011).

Um aspecto importante para salientar é em relação aos procedimentos invasivos, são importantes para manter as funções vitais do paciente queimado, porém a utilização de três ao mais aumenta o risco para o desenvolvimento de sepse, favorecendo a colonização e a infecção por bactérias (MACEDO; ROSA; MACEDO, 2005).

Na determinação da gravidade das queimaduras, 24 (54,5%) classificaram corretamente a queimadura, avaliando a profundidade, extensão, idade, área do corpo

queimada, história clínica e lesões, doenças concomitantes e lesão por inalação.

Em estudo retrospectivo realizado em um hospital universitário, houve a preocupação dos profissionais da saúde em caracterizar lesão, como natureza da lesão, idade da vítima, a SCQ, as regiões corporais afetadas e a profundidade das lesões (MONTES, BARBOSA; SOUSA NETO, 2011). Isso demonstra que a equipe de saúde realiza a caracterização da lesão e determina a gravidade da queimadura, porém não há indícios de relatos da história clínica dos pacientes.

Em relação ao tratamento da lesão por queimadura, 33 (75%) profissionais de enfermagem possuíam conhecimento adequado, a saber: estabilização hemodinâmica da vítima; suporte metabólico; desbridamento da ferida; uso de terapia antibacteriana tópica; curativo biológico e fechamento da ferida.

O desbridamento e a terapia tópica diminuem consideravelmente a incidência da sepse, que é desencadeada por uma infecção da área queimada e consequente morte desses pacientes. Se o paciente já estiver com estabilidade hemodinâmica e havendo meios para realização do curativo, o mesmo deverá ser realizado sobre analgesia (GOMES; SERRA; JÚNIOR, 2001; SERRA *et al.*, 2011).

Ao ser questionados sobre a frequência da realização da limpeza da lesão, 32 (72,7%) participantes demonstraram ter conhecimento, ao assinalar a resposta de que deve ser realizada de uma a duas vezes por dia.

O curativo e limpeza da deve ser realizado com frequência que varia de 12 h a 36h, momento no qual a lesão é reavaliada e o medicamento tópico ou o curativo tópico é mantido ou substituído conforme aspecto da lesão (PICCOLO *et al.*, 2008).

Normalmente a limpeza da ferida é realizada com Clorexidina a 2% e realizada a aplicação do medicamento tópico de escolha (PICCOLO *et al.*, 2008). Quando interrogados sobre o agente utilizado na limpeza da lesão, 12 (27,3%) participantes assinalaram alternativa correta, agentes de limpeza antibacterianos suaves e soro fisiológico ou água. Esse dado é um ponto preocupante, pois a maioria não possui tal conhecimento, portanto, não sabem da atividade antibacteriana realizada pela Clorexidina a 2% (ROSSI *et al.*, 2010), e da importância de sal utilização.

Já no que tange à finalidade dos antimicrobianos tópicos, 33 (75%) detinham o conhecimento de modo correto, cobertura de área queimada e redução do número de microrganismos.

Quanto aos cuidados para aplicação de cremes tópicos, 37 (84,1%) participantes assinalaram a questão correta, afirmando que os cremes tópicos aplicados, previamente, devem ser removidos e a ferida limpa antes de outra aplicação.

Já no que tange à finalidade dos antimicrobianos tópicos, 33 (75%) detinham o conhecimento de modo correto, cobertura de área queimada e redução do número de microrganismos.

Quanto aos cuidados para aplicação de cremes tópicos, 37 (84,1%) participantes assinalaram a questão correta, afirmando que os cremes tópicos aplicados, previamente, devem ser removidos e a ferida limpa antes de outra aplicação.

De acordo com ROSSI e colaboradores (2010), um dos tratamentos mais utilizados para as queimaduras são os agentes tópicos, sendo grande parte deles antimicrobianos, dentre eles a sulfadiazina de prata 1%. O mesmo tem como finalidade, combater a infecção local. É aplicada e removida com facilidade, não provoca dor e proporciona poucos efeitos colaterais. Deve ser aplicada sobre a queimadura uma camada de aproximadamente 3 a 5 mm e trocada a cada 24 horas ou mais, dependendo da lesão.

41 (93,2%) profissionais de enfermagem possuíam conhecimento sobre como enfaixar os membros inferiores, da extremidade distal para proximal, tendo o cuidado de evitar qualquer comprometimento circulatório.

O item com maior quantitativo de acertos (n=41, 93,2%) foi sobre o enfaixamento dos membros inferiores, isto é, evidenciando maior conhecimento dos profissionais sobre tal temática, enquanto o item que os profissionais demonstraram conhecer menos foi o agente a ser utilizado na limpeza das lesões (n=12, 27,3%).

A tabela 3 evidencia que o item que os profissionais detinham maior conhecimento foi sobre o banho do paciente portador de queimaduras ser realizado no banheiro (n=41, 93,9%), enquanto o item que menos acertos foram obtidos pelos participantes se refere à realização da limpeza, afirmando não realizar a limpeza das feridas ativamente, mesmo se houver sangramentos.

Tabela 3 - Distribuição de frequência dos profissionais de enfermagem de Unidade de Pronto Atendimento, segundo o item que aborda os cuidados com um paciente vítima de queimadura. Uberaba, MG, Brasil, 2014

Pergunta	Frequência de acertos	Porcentagem (%)
Lavagem das mãos	40	90,9
Utilização de roupas de barreira	34	77,2
Retirar adornos	43	97,7
Cobrir os cabelos e usar máscara	40	90,9
Permitir banho no chuveiro	41	93,1
Usar luvas estéreis	31	70,4
Realizar limpeza da ferida ativamente	25	56,8
Administrar antibióticos conforme prescrito	40	90,9
Avaliar as feridas a procura de sinais de infecção	39	88,6

Fonte: O autor.

Esse escore baixo de acertos pode ser relacionado ao menor escore obtido quanto ao agente utilizado na limpeza, evidenciando dificuldade dos profissionais quanto à temática.

No geral os participantes demonstraram ter conhecimento satisfatório sobre os principais cuidados a serem tomados durante a assistência ao paciente queimado. A utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) é uma das medidas mais usadas na prevenção e controle de infecções hospitalares pelos profissionais. Em todos os procedimentos é essencial a utilização de materiais estéreis e técnica correta como prática na prevenção e controle das infecções relacionadas ao manuseio da área queimada, evitando a contaminação cruzada (CHAVES, 2013).

Em uma análise bivariada, verificou-se a relação entre o número de acertos no questionário com as variáveis: função, tempo de serviço na enfermagem e faixa etária. Evidenciou diferença estatisticamente significativa ( $p=0,05$ ) entre o tempo de serviço na enfermagem e o número de acertos no questionário, isto é, quanto maior o tempo, maior o número de acertos.

Em um estudo realizado com enfermeiros de um hospital do estado de São Paulo, o conhecimento adquirido através da experiência profissional garante mais confiança na atuação assistencial. Os enfermeiros se apropriam do processo de trabalho, e se sentem mais seguros, porém não há uma análise crítica desse fazer (DOMINGUES; CHAVES, 2005).

Descritivamente, as médias de acertos para os enfermeiros ( $\bar{x}=15,10\pm 2,28$ ) foram maiores que para os auxiliares e técnicos em enfermagem ( $\bar{x}=13,41\pm 2,84$ ), evidenciando que os enfermeiros detêm maior conhecimento que a equipe auxiliar.

O enfermeiro mante-se em processo contínuo de aprendizagem, comprometendo-se com programas de educação continuada, buscando, promovendo ou exigindo da instituição na qual trabalha apoio para à vida profissional na área de atuação (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006).

O conhecimento traz para os enfermeiros a segurança sobre seus atos e o domínio científico para a realização correta e habilidosa de suas ações. Com isso há uma tomada de decisão mais criteriosa, maiores habilidades, iniciativa no trabalho e aumento da qualidade da assistência prestada (DOMINGUES; CHAVES, 2005).

No que tange a faixa etária, os dados não apresentaram diferença estatisticamente significativa, 20 a 29 anos ( $\bar{x}=14,83\pm 2,25$ ); 30 a 39 anos ( $\bar{x}=14,13\pm 2,47$ ) e  $\geq 40$  anos ( $\bar{x}=12,69\pm 3,19$ ), evidenciando menores médias de escores para os acertos quanto maior a idade do profissional.

## CONCLUSÃO

A realização do curativo em um paciente vítima de queimadura é um dos principais cuidados a serem prestados após o atendimento inicial, e a equipe de enfermagem deve sempre estar preparada e atualizada acerca do assunto. Além disso é necessário que a equipe

possua um conhecimento amplo sobre a fisiologia dessas queimaduras para que possa ser traçado um plano de intervenção que agilize a recuperação do paciente sem causar danos ao mesmo.

Embora os resultados da pesquisa tenham sido satisfatórios, é necessário que seja dada uma atenção especial na escolha do agente utilizado na limpeza da lesão, já que foi uma das questões com maior índice de erros. Outra questão que deve receber enfoque é a determinação da gravidade da queimadura, principalmente para a classe de enfermeiros.

A educação continuada, baseada em conhecimento científico, é de grande relevância, para garantir uma assistência de enfermagem de qualidade, segura e que respeite as técnicas assépticas, e assim garantir uma assistência crítica e que consiga evitar a contaminação das feridas provenientes da queimadura, e a sua evolução para um quadro de sepse.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília, DF, 20 p., 2012.

CHAVES, S.C.S. Ação da enfermagem para reduzir os riscos de infecção em grande queimado no CTI. **Rev Bras Queimaduras**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 140-144, 2013.

DOMINGUES, T. A.; CHAVES, E. C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. Esp., 2005.

GIRADE; M.G.; CRUZ; E.M.N.T.; STEFANELLI; M.C. Educação Continuada em Enfermagem Psiquiátrica: Reflexão sobre Conceitos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 105-110, 2006.

GOMES, D.R.; SERRA, M.C.; JUNIOR, L.M.. **Condutas Atuais em Queimaduras**. Revinter, 2001. 151p.

KIRCHHOF, A.L.C.; MAGNAGO, T.S.B.S.; CAMPONOGARA, S.; GRIEP, R.H.; TAVARES, J.P.; PRESTES, F.C.; PAES, L.G. Condições de Trabalho e Características Sócio-demográficas Relacionadas à Presença de Distúrbios Psíquicos Menores em Trabalhos de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n.2, p. 215-223, 2009.

MACEDO, J.L.S.; ROSA, S.C.; MACEDO, K.C.S.; CASTRO, C. Fatores de risco da sepse em pacientes queimados. **Rev Col Bras Cir**, v. 32, n. 4, 2005.

MONTES, S. F.; BARBOSA, M. H.; SOUSA NETO, A. L. Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. **Rev. esc. enferm. USP, São Paulo**, v. 45, n. 2, p. 369-373, Apr. 2011.

PICCOLO, N.S.; SERRA, M.C.V.F.; LEONARDI, D.F.; LIMA, E.F.JR.; NOVAES, F.N.; CORREA, M.D.; CUNHA, L.R.; AMARAL, C.E.R.; PRESTES, M.A.; CUNHA, S.R.; PICCOLO, M.T. **Queimaduras Parte II: Tratamento da Lesão. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**, p. 1-14, 2008.

ROSSI, L.A.; MENEZES, M.A.J.; GONÇALVES, N.; CIOFI-SILVA, C.L.; JUNIOR, J.A.F.; STUCHI, R.A.G.

Cuidados Locais com as Feridas das Queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**, v. 9, n.2, p. 54-59, 2010.

SERRA, M.C.V.; SACRAMENTO, A.L.; COSTA, L.M.; RAMOS, P.B.; JUNIOR, L.M.G. Terapia Nutricional no Paciente Queimado. **Rev Bras Queimaduras**, v. 10, n.3, p. 93-95, 2011.