

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADO INTEGRAL COM A PELE NO
ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA**

THAIS MARIA ZINI

A HISTÓRIA DO CUIDADO DE UMA PESSOA QUEIMADA

PORTO ALEGRE

2016

THAIS MARIA ZINI

A HISTÓRIA DO CUIDADO DE UMA PESSOA QUEIMADA

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Cuidado Integral com a Pele no Âmbito da Atenção Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Linha de Pesquisa: Práticas de integralidade em Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dra. Êrica Rosalba Mallmann Duarte.

Porto Alegre

2016

RESUMO

Introdução: As queimaduras estão entre as principais causas externas de morte registradas no Brasil, perdendo apenas para outras causas violentas que incluem acidentes de transporte e homicídio (BATISTA, et al.,2011). A autora como enfermeira de uma unidade de saúde e de um hospital de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, tem experiência no atendimento de pacientes com queimaduras utilizando uma técnica idealizada por um médico, com bons resultados. Essa técnica consiste no uso de esparadrapo na cobertura. Entretanto não encontramos embasamento teórico na literatura. **Objetivo:** Relatar a situação vivenciada por uma usuária do Sistema Único de Saúde que sofreu queimadura por óleo de cozinha e foi tratada em uma unidade de saúde de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência da vivência do cuidado realizado por uma enfermeira de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Resultados:** O tratamento realizado traz condutas diferentes do que é preconizado até o momento, entretanto houve cicatrização e retorno da mobilidade do membro. **Conclusão:** A história do cuidado à paciente com queimadura de 2º e 3º grau identificou a necessidade de desenvolver pesquisas sobre a técnica; a satisfação do enfermeiro pelo resultado do tratamento como na possibilidade de interferência, e sua modificação; a usuária obteve alta sem precisar de serviços complementares como cirurgia plástica; falta de estudos que validem a técnica realizada para investigar como ocorre a cicatrização, avaliação de tipos de coberturas e os custos de tratamento; reafirmação que a técnica utilizada no tratamento da lesão deverá ser motivo de realização de novas pesquisas buscando novos conhecimentos.

Palavras-chave: queimadura, dermatologia, cuidado de lesões, queimadura, enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The burns are among the main external causes of death recorded in Brazil, second only to other violent causes that include transport accidents and murder (BATISTA, et al. .2011). The author as a nurse and health unit of a hospital in a town in the interior of Rio Grande do Sul, has experience in the care of patients with burns using a technique devised by a doctor, with good results. This technique consists in using tape on cover. However we couldn't find theoretical support in the literature. **Objective:** Reporting the situation experienced by a user of the unified health system who suffered burn for cooking oil and was treated in a health care unit in an inner city of Rio Grande do Sul. **Methodology:** This is an account of the experience of the care experience performed by a nurse in a city in the interior of Rio Grande do Sul. **Results:** The treatment brings different pipelines than is recommended so far, however, there was healing and return of the mobility of the Member. **Conclusion:** The history of patient care with 2nd and 3rd degree burn identified the need to develop research on the technique; nurse's satisfaction by the result of treatment as in the possibility of interference, and its modification; the user has obtained high without need of additional services such as cosmetic surgery; lack of studies that validate the technique performed to investigate how healing occurs, types of coverage and treatment costs; reaffirmation that the technique used in the treatment of the injury should be conducting new research seeking new knowledge.

keywords: burn, dermatology, lesions, burn care, nursing.

1 INTRODUÇÃO

A Sociedade Brasileira de Queimaduras, no Brasil, informa que acontecem um milhão de casos de queimaduras a cada ano e 200 mil são atendidas em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalizações. As queimaduras estão entre as principais causas externas de morte registradas no Brasil, perdendo apenas para outras causas violentas que incluem acidentes de transporte e homicídio (BATISTA, et al.,2011).

Estudo conduzido no Distrito Federal demonstrou taxa de mortalidade de 6,1% entre os queimados internados em hospital de emergência (MACEDO & ROSA.;2000). As queimaduras são acidentes eminentemente domésticos, ocorrendo quase sempre nas horas em que é mais intensa a atividade nas cozinhas. O aumento da densidade demográfica tem sido responsável pelo crescimento progressivo destas ocorrências (RUSSO, et al.;1976).

Partindo do pressuposto de que 90% das queimaduras poderiam ser evitadas, medidas preventivas se impõem para diminuir sua incidência e dependem de educação e legislação. As medidas educativas de prevenção consistem em orientar desde cedo as crianças a evitar situações de risco para queimados no ambiente doméstico, em incluir nos currículos, escolares o ensaio de prevenção de acidentes, entre eles as queimaduras, além de campanhas preventivas gerais voltadas para toda a população.(GRANT,2004)campanhas educativas particulares, para serem mais eficazes, devem basear-se em dados epidemiológicos confiáveis que identifiquem causas específicas de queimaduras e respectivas populações de risco, às quais devem ser periodicamente dirigidas.(HETTIARACTHY & DZIEWULSKI.;2004).

Como enfermeira de uma unidade de saúde e de um hospital de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul tenho acompanhado muitos pacientes com lesão por queimadura. Na busca de uma literatura sobre o cuidado a queimados em unidades de saúde, pode-se verificar a inexistência de material. Entretanto na área hospitalar e ambulatorial podem-se encontrar experiências de cuidado e tratamento que amparam a prática das equipes em unidades de saúde.

Várias técnicas e tratamentos são descritos na literatura, entretanto em nossa região temos utilizado uma técnica de cuidados a lesões por queimaduras que não está descrito até o momento em qualquer literatura. O procedimento veio da experiência de um médico da região quando de

sua formação na residência em cirurgia geral e consiste em usar o esparadrapo direto na lesão afetada, fazendo a oclusão da ferida.

Esta experiência de mais de 4 anos, como enfermeira de uma unidade de saúde atendendo pessoas com queimaduras de 1º e 2º grau com a técnica referida acima, foi o motivo de buscar ampliar meus conhecimentos em pesquisa, para poder buscar as verdades e inconsistências do nosso fazer profissional diário. Ao realizar o curso de especialização Cuidado da pele no Âmbito da Atenção Básica e tendo como requisito para sua conclusão a realização de um Trabalho de Conclusão possibilitou aprimorar os conhecimentos na área de cuidado com a pele tanto na assistência como na pesquisa.

Muitas pessoas, adultos e crianças, com queimaduras de 1º e 2º grau já foram tratadas com esta técnica desconhecida cientificamente. Entretanto elegi o caso da primeira pessoa com queimadura de 2º e 3º grau, no membro superior, pois assim como os demais apresentou uma ótima evolução, resultando na cicatrização e mobilização do membro.

1.1 OBJETIVO

Relatar a situação vivenciada por uma usuária do Sistema Único de Saúde que teve queimadura, de 2º e 3º grau, por óleo de cozinha, e foi tratada em uma unidade de saúde de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A pele é o mais extenso órgão do corpo humano, protegendo-o contra a invasão de microrganismos contra perdas excessivas de água e eletrólitos, e contra traumas físicos. Participa da produção de hormônios e secreção de substâncias, da metabolização de vitamina D na termo regulação e na recepção de estímulos do ambiente. (GODINHO et al.,1999).

Reverendo Smeltzer (2009) temos as descrições das queimaduras que podem ser classificadas de primeiro grau ou de espessura parcial superficial são aquelas que acometem a epiderme e resultam em uma simples resposta inflamatória. São tipicamente causadas pela exposição aos raios solares, ou por contato não prolongado com substâncias quentes. Sua

cicatrização se dá em uma semana sem mudanças na coloração, espessura ou textura da pele e normalmente não tem repercussões sistêmicas (PEDEN *et al.*;2008)

As lesões de segundo grau ou de espessura parcial profunda, conforme salienta Peden *et al.*(2008), são decorrentes de uma lesão que ultrapassam a epiderme e atinge a derme. Sua evolução não destrói todos os elementos da pele, mantendo os anexos dérmicos, na profundidade da derme que garantem a reepitelização por proliferar com migração de queratinócitos, a partir da membrana basal da junção epiderme e derme que revestem também os anexos dérmicos na profundidade.

Peden *et al.*(2008) também destaca que suas principais características são a manutenção da sensibilidade tátil, devido à preservação de nociceptores.

A presença da umidade pelo aumento local da permeabilidade vascular desencadeada não só pela lesão física da queimadura, mas pela ativação da cascata de mediadores imunes e inflamatórios, com liberação principalmente histamina, bradicina, derivados do ácido aracdônicos e interleucinas que promovem um aumento da permeabilidade capilar com saída de líquidos do espaço intravascular com a formação de edema e acúmulo de líquidos sob uma epiderme intacta. (PEDEN *et al.*;2008)

A situação apresentada forma flictenas ou bolhas, que, segundo este mesmo autor, isto provoca um retorno rápido do preenchimento capilar e coloração rósea, pela presença de plexo vascular dérmico que se localiza na profundidade da derme e que não foi lesado, com permeabilidade aumentada.

Para Peden *et al.*(2008), assim como as queimaduras superficiais, estas também podem ter cicatrização espontânea se não houver complicações na pele pelo processo de reepitelização.

As queimaduras de terceiro grau ou de espessura total, conforme Peden *et al.*(2008), são aquelas onde há lesão de todos os elementos da pele, incluindo epiderme, derme, tecido celular subcutâneo, com destruição de folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas receptoras para dor e da coagulação do plexo vascular. Como resultado da destruição das camadas da pele, as feridas não se regeneram, pois, os anexos dérmicos e sua reserva epitelial estão destruídos e,

portanto, necessitam de algum tipo de cobertura cutânea, usualmente enxerto cutâneo pele autólogo.

Desta forma, diferentes tipos de queimaduras com diferentes profundidades requerem tratamentos específicos voltados para a fisiopatologia e restauração do tecido de revestimento de forma a minimizar consequências funcionais e estéticas.

2.1 ETIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E MEDIDAS PREVENTIVAS

As causas mais frequentes das queimaduras são a chama de fogo, o contato com a água fervente ou outros líquidos quentes e o contato com objetos aquecidos. Menos comuns são as queimaduras provocadas pela corrente elétrica, transformada em calor ao contato com o corpo.

Queimadura química é denominada imprópria dada as lesões cáusticas provocadas por agentes químicos, em que o dano tecidual nem sempre resulta da produção de calor (LEÃO,1999). Já as queimaduras por contato com objetos quentes, como fornos, grelhas e aquecedores são os mais comuns em indivíduos em crise convulsiva, alcoolizados ou sob efeito de drogas ilícitas, assim como idosos durante episódios de perda de consciência, e elas tendem a ser mais profundas devido ao contato prolongado com a fonte térmica (HETTIARACTCHY & DZIEWULSKI, 2004).

Anualmente no Reino Unido 250mil pessoas sofrem queimaduras, 175 mil são atendidas em unidades de emergência,13 mil são hospitalizadas, 1.000 necessitam medidas de ressuscitação hidroeletrólítico, e 300 evoluem para óbito, entretanto, os números são muito mais alarmantes, nos países em desenvolvimento, por exemplo, o Nepal, onde a mortalidade pode atingir 17 vezes o índice britânico.(HETTIARACTCHY & DZIEWULSKI, 2004) segundo a sociedade Brasileira de queimaduras, no Brasil acontecem um milhão de casos de queimaduras a cada ano,200mil são atendidas em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalizações. As queimaduras estão entre as principais causas externas de morte registradas no Brasil, perdendo apenas para outras causas violentas que incluem acidentes de transporte e homicídio (CIP 2000). Estudo conduzido no Distrito Federal demonstrou taxa de mortalidade de 6,1% entre os queimados internados em hospital de emergência (MACEDO & ROSA; 2000).

Partindo do pressuposto de que 90% das queimaduras poderiam ser evitadas, medidas preventivas se empoem para diminuir sua incidência e dependem de educação e legislação. As medidas educativas de prevenção consistem em orientar desde cedo as crianças a evitar situações de risco para queimados no ambiente doméstico, em incluir nos currículos, escolares o ensaio de prevenção de acidentes, entre eles as queimaduras, além de campanhas preventivas gerais voltadas para toda a população.(GRANT.;2004) campanhas educativas particulares, para serem mais eficazes, devem basear-se em dados epidemiológicos confiáveis que identifiquem causas específicas de queimaduras e respectivas populações de risco, às quais devem ser periodicamente dirigidas.(HETTIARACTHY & DZIEWULSKI, 2004)

As normas legislativas contem basicamente as medidas compulsórias de instalação de equipamentos de prevenção de incêndio em prédios públicos e privados, assim como equipamentos específicos de segurança no trabalho. No nosso meio, uma medida legal de extrema importância foi a proibição da comercialização do álcool etílico líquido, mediante resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, mas que ainda tem esbarrado com a resistência dos produtores, que por meio de liminares obtidos na justiça insistem em manter a distribuição do produto no comércio em geral.

Lamentavelmente todas as estratégias de prevenção implementadas ainda não foram capazes de produzir o esperado impacto do dramático quadro epidemiológico das queimaduras.

2.2 FISIOPATOLOGIA DAS QUEIMADURAS

A queimadura compromete a integridade funcional da pele, responsável pela homeostase hidroeletrólítica, controle da temperatura interna, flexibilidade e lubrificação da superfície corporal, portanto, a magnitude do comprometimento dessas funções depende da extensão e profundidade da queimadura (SHERIDAN 2003). A injúria térmica provoca no organismo uma resposta local, traduzida por necrose de coagulação tecidual e progressiva trombose dos vasos adjacentes num período de 12 a 48 horas. A ferida da queimadura a princípio é estéril, porém o tecido necrótico rapidamente se torna colonizado por bactérias endógenas e exógenas, produtoras de proteases, que levam a liquefação e separação da escara, dando lugar ao tecido de granulação responsável pela cicatrização da ferida, que se caracteriza por alta capacidade de retração e fibrose nas queimaduras de terceiro grau (LEÃO, 1999).

O tratamento das queimaduras tem variado enormemente ao longo do tempo e até hoje não é muito compreendido pelos médicos em geral, pois percebe-se que apesar de existirem muitas oportunidades no mercado de produtos inovadores mais específicos, o médico continua recomendando um produto básico utilizado a anos.

Isto pode ocorrer por não conhecer se o ambiente que ele está trabalhando tem condições financeiras para adquirir estes novos produtos ou então por não ter se capacitado na área. Deste modo, passa a responsabilidade da escolha de cobertura para o profissional de saúde especializado na área. Caso não tenha esta pessoa especializada, o profissional de enfermagem vai administrar o produto prescrito pelo médico.

Segundo Gomes e Camargo (2004), a equipe de enfermagem, que tradicionalmente é responsável pela realização de curativos, deve conhecer os produtos indicados para essa finalidade e então escolher a que melhor se adapta a característica da lesão do paciente e a realidade econômica dele, da instituição em que estiver, seja no hospital, UBSs ou ainda no domicílio.

Rossi et al. (2010) destacam que os critérios de seleção do curativo são: profundidade da queimadura, quantidade de exsudato, localização, extensão e causa da queimadura, impacto funcional na mobilidade, custo, conforto e dor do paciente.

A recuperação do queimado deve ter início desde o momento em que o paciente chega ao médico ou serviço especializado e não raro prolonga-se por vários a demonstração de que o paciente pode viver independente. A meta é sempre a sua integração funcional, familiar, social e profissional (RUSSO et al.;1999)

São múltiplos os fatores envolvidos nas queimaduras que devem ser observados em sua avaliação. A profundidade, extensão e localização da queimadura, a idade da vítima, a existência de doenças prévias, a concomitância de condições agravantes e a inalação de fumaça tem de ser considerados na avaliação do queimado. O ambiente da avaliação deve manter-se aquecido, devendo a pele ser descoberta e examinada em partes, de modo a minimizar a perda de líquidos por evaporação.

O medicamento mais utilizado na prevenção de colonização e tratamento de queimaduras é a Sulfatiazina de prata – 1% hidrofílica. Os sais de prata desenvolvem ação bactericida e bacteriostática e a troca sugerida é de 12 em 12 horas ou a partir da saturação da cobertura secundária (GEOVANINI, T; OLIVEIRA JUNIOR, A.G., 2008).

2.3 CURATIVO OCLUSIVO

Curativo oclusivo é uma opção para o tratamento de queimaduras. Atualmente o tratamento mais empregado em todo o mundo, apresentando diversas vantagens e baixo custo. Conforme Cunha *et al.* (2015) o método do curativo oclusivo não permite passagem de ar ou fluidos. Tem como vantagens vedar a ferida, impedir a perda de fluidos, promover o isolamento térmico e de terminações nervosas e formação de crostas, sendo a área fechada por uma película, que se molda de acordo com o formato da ferida. Cada tipo específico possui vantagens que se adequam de acordo com o tipo e estágio da ferida.

O curativo oclusivo, segundo Rossi *et al.* (2010) traz como benefício a diminuição do calor e fluidos por evaporação pela superfície da ferida, também auxilia no desbridamento e absorção do exsudato presente, especialmente na fase inflamatória da cicatrização. Também se entende que pode proporcionar diminuição da mobilidade de articulações e limitar o acesso à ferida somente durante o período de troca de curativos.

2.4 DOR

A dor pode ser provocada por um trauma térmico, este por sua vez, produz alterações locais que provocam a dor. Para Russo (1976), este processo terá início quando houver a hesitação direta das terminações nervosas da pele pelo calor, isto ocorre em função da destruição das camadas superficiais da pele e, conseqüentemente, exposição das terminações nervosas sensitivas.

Pimenta (1999) salienta que a dor pode ser definida como uma experiência subjetiva, desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão.

Para Pimenta (1999), Angelotti e Sardá (2005) a avaliação psicológica do paciente com dor, identifica o grau de intensidade dolorosa, além das características tais como localização,

duração, intensidade, também fatores emocionais, comportamentais e culturais envolvidos na sintomatologia da dor.

Souza e Silva (2005) descrevem que os métodos mais utilizados pelos profissionais da saúde são as descrições verbais ou escritas da dor, que permitem o acesso aos componentes motivacional-afetivo; sensório-discriminativo e cognitivo-avaliativo. Um exemplo desses métodos é: escalas de dor.

A partir desta avaliação, foi desenvolvido um instrumento onde os pacientes avaliam a sua dor em uma escala de “0 a 10” ou numa escala de “0 a 5” categorias, com “0” representando "nenhuma dor" e 5 ou 10 indicando "a pior dor imaginável". Sousa e Silva (2005) sugerem ainda, a aplicação deste instrumento para avaliação dos níveis de intensidade de dor na consulta inicial e durante todo o processo de tratamento.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência do cuidado de uma enfermeira para uma usuária em um município do interior do Rio Grande do Sul.

Relato de experiência é um novo método de desenvolvimento de estudos que busca relatar vivências de implementação de programas, projetos ou relato de uma situação-problema. É um novo tipo de fonte de informação que utiliza coleta de depoimentos, registros de situação e casos relevantes ocorridos nas vivências.

A descrição da experiência foi realizada pela autora a partir de uma sessão de interação com a usuária, análise das fotos de acompanhamento do caso, registro dos prontuários no hospital e na unidade de saúde. O período da avaliação dos documentos e das entrevistas ocorreu de julho a setembro de 2016.

A narrativa da experiência será escrita em formato de conto. Conto é uma narrativa mais curta, densa, com poucos personagens, e apresenta um só conflito, sendo que o espaço e o tempo também são reduzidos (DUARTE, 2016).

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo faz parte da Pesquisa Integrada sobre Organização do trabalho e integralidade nos serviços: novas tecnologias no cuidado a usuários com lesão de pele na rede de atenção à saúde, no Estado do rio Grande do Sul aprovado do CEP/UFRGS sob o nº 56382316.2.0000.5347 e ao CEP da SMS/POA sob nº 56382316.2.3001.5338, O projeto está vinculado ao Grupo de Pesquisa Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde coletiva (Rede Interstício), Linha de Pesquisa Prática de Integralidade em Saúde (CNPQ).

4 NARRATIVA

A seguir, apresenta-se a narrativa do caso ocorrido em uma cidade da Serra Gaúcha, cujo tratamento foi desenvolvido em uma unidade básica. Neste contexto, como nomes fictícios, destacam-se os personagens: Marília, como a pessoa a qual recebeu o atendimento, Jéferson, o esposo, e Camila, como a enfermeira que efetuou o atendimento da paciente e acompanhou a evolução do caso.

A HISTÓRIA SOBRE O CUIDADO DE UMA PACIENTE QUEIMADA

A Marília é uma jovem mulher de 19 anos, casada, dois filhos, ela não tem uma profissão mas cuida de sua casa e de seus filhos. No dia 20 de setembro, um dia comum como todos os outros, ela estava em casa fazendo o jantar para a família, ela fazia batatas fritas e teve um **ATAQUE EPILÉTICO**¹ caindo sobre a frigideira com óleo quente.

O Jéferson, seu marido, a levou imediatamente para a emergência do hospital de sua cidade no interior do Rio Grande do Sul.

Ao chegar na emergência o médico clínico que atendeu Marília fez a avaliação e diagnosticou a **lesão**² como uma queimadura de **2º e 3º Grau**³. Como cuidado foi realizado um curativo usando a **pomada de Sulfadiazina de prata**⁴. Ela foi encaminhada para casa e orientada a procurar a unidade de saúde de sua área. No momento Marília não estava fazendo tratamento para sua epilepsia, por não ter remédios ou por não entender a importância de sua doença ou por outra causa que talvez nem ela saiba.

No dia seguinte ao acidente ela tinha uma dor intensa e foi a unidade para a troca do curativo. Pela orientação do clínico do hospital a

1 Convulsão- alteração temporária e reversível do funcionamento do cérebro, onde em alguns segundos emite sinais incorretos(LBE)

2 Anormalidade apresentada em tecido biológico

3 Lesão que destrói as camadas da parcial (epiderme e derme) ou total da pele (mais tecido ósseo)

4 Antibiótico que age na parede bacteriana que impede a replicação de bactérias, agindo sobre a membrana e paredes celulares

realização do curativo deveria ser diária e isso ocorreu durante 12 dias, entretanto neste período começaram a aparecer umas **partes escuras**⁵ na área queimada, indicando **necrose**.

O enfermeiro da unidade de saúde que estava realizando os curativos ao ver que a evolução não estava adequada reencaminhou a usuária para o hospital, para que fosse reavaliada e fazer a retirada da pele escura. Ao ser reavaliada, no hospital, foi internada. Neste período já haviam passado 13 dias do acidente e ela foi encaminhada ao bloco cirúrgico para fazer a remoção do tecido necrosado da ferida. Após o desbridamento a Marília ficou internada mais 11 dias, recebendo antibiótico endovenoso e realizando curativos com a pomada de sulfadiazina de prata uma vez ao dia.

Durante todo esse período ela referiu **DOR INTENSA**⁶ e recebia **MORFINA**⁷ endovenosa para poder realizar os curativos.

Segundo Marília ela estava muito nervosa, chorosa cada vez que a equipe chegava para atendê-la. A equipe da enfermagem também estava estressada pela situação da lesão e da dor intensa que ela referia principalmente quando realizava curativos.

Os curativos eram realizados pela Enfermeira Camila em seus plantões noturnos a cada duas noites. Ela seguia as orientações prescritas pelo médico assistente e a partir da rotina da instituição. Entretanto Camila trabalhava durante o dia em uma unidade de saúde, na cidade vizinha, e lá as pessoas com queimaduras tinham um tratamento com uma técnica diferente da realizada no hospital. Esta técnica só é usada para queimaduras por líquido, por contato de superfície quente ou abrasão.

A Camila no 11º dia de internação da Marília relatou ao médico assistente a técnica utilizada na unidade de saúde e questionou a possibilidade de trocar a técnica realizada na instituição pela técnica utilizada na unidade de saúde.

O médico informou que já tinha solicitado consulta com especialista em cirurgia plástica, na capital do estado, para avaliação da necessidade de realizar um **enxerto**⁸. Disse não ter nenhuma experiência com a técnica relatada, mas que não via problema em que eu tentasse a outra técnica.

A partir dessa situação começou o desafio da Enfermeira Camila! No dia seguinte, ainda no hospital, foi iniciado o curativo com a nova técnica.

A seguir, descreve-se o passo-a-passo o qual a enfermeira Camila seguiu para obter os resultados apresentados neste estudo.

5 Necrose são partes escuras observadas em lesões de pele devido à ausência de suprimento sanguíneo

6 Dor é avaliada por diversas escalas. EX: Escala numérica que indica como a pior dor 10 e nenhuma dor 0

7 Analgésico opióide para tratar dores agudas (9-10)

8 Transplante de pele indicado para fechamento da pele

Técnica de Curativo Oclusivo utilizando Esparadrapo

1. O curativo oclusivo com esparadrapo deve ser realizado quando temos pessoas com queimaduras de I, II e III grau, por líquidos quentes, fogo e abrasão de superfície. Observação: o procedimento não pode ser utilizado para queimadura por corrente elétrica ou produtos químicos.
2. O profissional realiza a limpeza das mãos conforme rotina da instituição, colocar a luva de procedimento antes de manusear o curativo;
3. Iniciar o curativo com a limpeza da lesão com Soro Fisiológico 0,9% para a retirada de pomadas ou qualquer outro resíduo;
4. Realizar a secagem do local da lesão sem movimentos bruscos;
5. Realizar um curativo compressivo com **esparadrapo**⁹ sobre a lesão, cobrindo com tiras de uma borda a outra até a oclusão total da área afetada.
6. Cobrir o curativo com compressas e atadura;
7. Trocar o curativo a cada 24 horas, retirando apenas em caso de excesso de **exsudato**¹⁰. Orientar o paciente colocar cobertura plástica para não molhar até a próxima troca.
8. Os próximos curativos não são limpos, remove-se o esparadrapo, seca a área com gaze. A cada troca de cobertura observar a evolução da lesão.

Vinte e quatro horas depois de iniciado a mudança da técnica constatou-se uma melhora da situação da Marília na dor que de 10 passou para 0, e no processo de cicatrização observando-se mudança de cor e aspecto da lesão (Figura1). Com a ausência da dor não houve mais necessidade do uso de morfina ou qualquer outra medicação analgésica durante a internação.

A Camila disse:

Senti que obtive a confiança da paciente, já neste primeiro momento, e isso foi gratificante para mim. Esta situação provocou a adesão da Marília em minhas condutas e ela obteve confiança no trabalho.

No dia 16 de outubro, vinte e seis dias após o acidente a Marília teve alta do hospital e orientada para continuar a troca de curativo na unidade de saúde e não esquecer a consulta agendada no hospital na capital do estado.

Esse foi o momento em que redes integradas por unidades de saúde começaram a se entrelaçar.

9 Fita composta por 100% algodão, resina acrílica impermeabilizante, massa adesiva de borracha natural, óxido de zinco e resina, usada para fixar curativos

10 Exsudato ; saída de líquidos orgânicos através de paredes e membranas celulares tanto de animais quanto de plantas, por lesão ou por inflamação. No caso de exsudação sanguínea por ferimento há passagem de proteína do plasma, leucócitos, plaquetas e hemácias.

A Marília era de uma cidade e ela teria que dar prosseguimento na unidade de saúde onde a Enf. Camila trabalha uma cidade vizinha a 8 quilômetros de distância. Refletindo, este **cuidado** só foi possível pela atitude da Enfermeira Camila e do apoio de outras pessoas e instituições.

“O Cuidado existe quando um trabalhador de saúde se encontra com um usuário, no interior de um processo de trabalho, em particular clinicamente dirigido para a produção do cuidado, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato.” (Mehry, 2002)

Apoio do médico assistente em entender a proposta da enfermeira de trocar de técnica. Apoio da Secretaria de Saúde do município vizinho que aceitou atender a usuária, uma vez que ela não é do município e isso implicaria em ter custo e pagamentos. Constata-se, neste momento, que a Secretaria de Saúde do município entendeu que seu compromisso ia além de um trâmite financeiro, mas envolvia um compromisso social.

O cuidado foi realizado através das idas diárias a unidade de saúde, sendo realizado a avaliação da lesão nas trocas dos curativos.

Marília além de ter epilepsia e não estar realizando tratamento medicamentoso é tabagista a mais de cinco anos. Foi orientada a buscar tratamento para o **tabagismo**¹¹ e tomar as medicações prescritas de antibióticoterapia, vitaminas e sais minerais.

A melhora da lesão foi sendo observado e foi documentado como mostra as Figura 1 e Figura 2 abaixo:

Figura 1: Pós Desbridamento Cirúrgico



Fonte: dados do estudo realizado pela autora.

11 Tabagismo Estudos (CAVICHIO;V.B. et al, 2014) confirmam o impacto no desenvolvimento de complicações de cicatrização de feridas.

Figura 2: Evolução do Procedimento



Fonte: dados do estudo, fotos da autora.

A iniciativa da Camila continuou tendo desafios pois “AOS FINAIS DE SEMANA O POSTO FECHAVA”. Neste momento apareceram novas soluções ou soluções existentes que muitas vezes estão congeladas em nossas iniciativas. A solução foi realizar o curativo, no hospital da cidade da Marília, e independente de Camila estar de plantão ou não ela ia ao hospital realizar o cuidado.

Sobre a consulta com os cirurgiões plásticos na capital para analisar a necessidade de enxerto, a usuária esteve na capital dois meses após a alta, e foi descartada a necessidade de procedimento cirúrgico pois Marília teve uma boa regeneração dos tecidos lesados (Fig. 3).

Figura 3: Finalização do Tratamento



Fonte: Dados do estudo, foto da autora.

A alta da usuária se deu 4 meses depois do acidente e 3 meses do início da substituição de técnica com recuperação da lesão restabelecida.

5 RESULTADOS

O procedimento realizado mostrou um tratamento diferente do que se realiza em queimaduras. Entretanto a recuperação da lesão e a cicatrização da pele foi realizada e o houve o retorno da mobilidade do membro.

A técnica preconizada para o tratamento de queimaduras é a utilização de curativos oclusivos, entretanto o que difere é o material utilizado.

Destaca-se que neste estudo foi utilizado o esparadrapo como curativo oclusivo, pois conforme Martiny e Pinto (2008) tem uma composição rica em zinco que auxilia na cicatrização da pele e pode ser usada para curar feridas, também ajudando a manter a área da ferida úmida e limpa.

O tratamento de queimaduras com curativo oclusivo usando o esparadrapo progrediu de forma mais rápida e eficaz do que o esperado. Este resultado foi tão positivo, que incentivou a autora deste estudo a relatar e transmitir ao meio acadêmico esta experiência exitosa, desenvolvida em uma UBS localizada na região da Serra Gaúcha.

O acompanhamento do tratamento ocorreu diariamente percebendo através de relatos de Marília e observação da enfermeira Camila vários aspectos positivos tais como: a diminuição da dor, cicatrização rápida e retomada da movimentação do membro superior afetado no acidente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início deste estudo consistiu na história do cuidado de uma paciente com queimadura de 2º e 3º grau. A partir desta história foram identificadas questões que podem ser avaliadas, neste momento, que são:

1. A necessidade de pesquisar a técnica que está sendo realizado pela equipe da unidade de saúde, uma vez que já se tem até o momento a experiência de 40 casos, todos documentados;
2. A história vivida pela Marília e Camila proporcionou ao enfermeiro assistente uma grande satisfação não só pelo resultado do tratamento como na possibilidade de interferência e modificação do tratamento da usuária;
3. A paciente obteve alta sem precisar outros serviços complementares;
4. Faltam estudos que validem a técnica realizada para investigar as ocorrências fisiológicas de cicatrização, avaliação de tipos de coberturas e os custos de tratamento;
5. Reafirmar que a técnica utilizada no tratamento da lesão deverá ser motivo de realização de novas pesquisas buscando novos tratamentos;
6. Elaborar um comparativo de custos fazendo um levantamento de despesas do SUS destacando redução de gastos perante outros tratamentos.
7. Comparar tempo de recuperação e redução drástica da dor após início do tratamento caso a paciente fosse tratada com outro método.

Os levantamentos e relatos deste estudo harmonizaram um desenvolvimento acadêmico e prático além do esperado pela pesquisadora, pois foi uma vivência que proporcionou um desafio por relatar uma situação ainda não oficializada, mas reunindo os conhecimentos práticos e a determinação desta profissional, juntamente com a pesquisa bibliográfica acadêmica trouxeram como resultado principal o benefício de Marília e que conseqüentemente poderá ser utilizado em outras lesões provocadas por queimaduras similares.

REFERÊNCIAS

- ANGELOTTI, G.; SARDÁ, J.J. **Avaliação Psicológica da Dor.** In: FIGUEIRÓ, J.A.; Angelotti, G.; Pimenta, C.A de M (org.). *Dor e Saúde. Mental.* São Paulo: Atheneu, 2005.
- BATISTA, L.T.O; RODRIGUES, F.A.; VASCONCELOS, J.M.B. **Características clínicas e diagnósticos de enfermagem em crianças vítimas de queimadura** Rev Rene, Fortaleza,12(1):158-65, jan/fev. 2011.
- CAVICHIO, B, V.; POMPEO, D.A.OLLER, G.A.S.A.O., ROSSI, L.A. **Tempo de cessação do tabagismo para a prevenção de complicações na cicatrização de feridas cirúrgicas.** Rev. esc. enferm. USP vol.48 no.1 São Paulo Feb. 2014
- CIP. **Brasil e a mortalidade por causas externas no ano 2000.** disponível em: <http://www.cip.saude.sp.gov.br/Brasil2000.htm> . Acessado em 28.10.2016.
- CUNHA, M.B.; SOUSA, L.R.M.; CASTRO, J.M.S.S.; MELO,G.L.; SOUSA, L.R.G.; CARVALHO, M.L. **Avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem de um hospital público sobre a prática de curativo.** Rev Interdisciplin. 2015;8(1):83-90.
- DUARTE, V.M.N. **Tipos de Narrativa.** *Brasil Escola.* Disponível em <<http://brasilescola.uol.com.br/redacao/tipos-narrativa.htm>>. Acesso em 29 de outubro de 2016.
- GODINHO, M.S.L. **Ascher I. avaliação da área queimada.** In: Gomes, D.R.A. *criança queimada.* Rio de Janeiro:1999 p.29-42.
- GOMES, I. C.; CAMARGO, T. C. **Feridas tumorais e cuidado de enfermagem:buscando evidências para o controle de sintomas.** Rev.Bras Enferm. UERJ. v.12,n.2,p.211-16, maio./ago, 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a14.pdf>>
- GRANT; E.J. **Burn prevention.crit care nurs clin north am.**2004;16:127-38.
- HETTIARACTCHY, S.; DZIEWULSKI, P. **ABC of burns:pathophysiology and types of burns.** BMJ.2004;328:1427-9
- LEÃO, C.E.G. **Queimaduras.** In: Fonseca FP,Rocha PRS, editors. *Cirurgia ambulatorial.* 3 ed.Rio de janeiro:Guanabara Koogan;1999.p 122-8

MACEDO, J.L.S.; ROSA, S.C. **Estudo epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de queimados:Hospital Regional da Asa norte.** Brasília, 1992-1997.Brasilia Med.2000;37:87-92.

MACEDO, J.L.S; SANTOS J.B. **Complicações infecciosas em pacientes queimados.** Rev Soc Bras Cir Plást. 2006;21(2):108-11.

MARTINY, A. P. C.; PINTO, M. A. L. **SEM/EDS analysis and characterization of gunshot residues from Brazilian lead-free ammunition.** Forensic Science International, vol. 177, no. 1, pp. e9–e17, 2008.

MERHY, E.E. SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145).

PEDEN M.; OYEGBITE K.; OZANNE-SMITH J.; HYDER, A.; BRANCHE C.; RAHMAN, A.K.M.F., et al. **Burn.In:World Report on child Injury.** Prevention.Geneve:World Health Organization;2008.

PIMENTA, C. I. **Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação.** In: CARVALHO, M. M. J. (Org). Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999. p. 31-46.

ROSSI, L.A; MENEZEZ, M.A.J.; GONÇALVES, N.; CIOFI-SILVA, C.L.; FARINA-JUNIOR, J.A; STUCHI, R.A.G. **Cuidados locais com as feridas das queimaduras.** Rev Bras Queimaduras2010;9(2):54-59

RUSSO; A.C. **Tratamento das queimaduras.** Sarvier Zed. São Paulo: 1976.

SHERIDAN R. **evaluation and management of the thermally injured patient.** In:Freedberg IM,eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine.6th ed.New York: McGraw-Hill;2003.p1220-9

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.; HINKLE, J.L.; CHEEVER, K.H.; BRUNNER, S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2009. 642p.

SOUZA,F.F;SILVA,J.A. **A metrica da dor (dor metria):problemas teóricos e metabólicos** - revista Dor,6(1),469-513, 2005.