

Assistência de enfermagem em grupos de riscos a queimadura

Nursing care at burn risk groups

José Wylker Farias Almeida¹, Joyce Nunes dos Santos¹

RESUMO

Introdução: Este artigo apresenta opções atualizadas em tratamento de queimaduras, apontando a enxertia de pele, seus tipos e sua origem (humana, animais ou de materiais sintéticos) como inovação utilizada a fim de substituir a epiderme, com intuito de acelerar a regeneração da pele e alívio da dor. **Objetivo:** Contextualizar a importância da assistência de enfermagem em pacientes queimados e esclarecer que diferentes grupos estão expostos ao risco. **Método:** Trata-se de um estudo bibliográfico de abordagem quantitativa de aspecto descritivo. A busca de artigos foi realizada por meio das bases de dados como Scientific Eletronic Library Online; Serviços de Anestesiologia; Manual Merck; Fundação Osvaldo Cruz; universidades; Revista Brasileira de Queimaduras e Ministério da Saúde, nos anos de 2003 e 2004 entre 2006 a 2008 e de 2010 a 2013. **Resultados:** A assistência combinada de cuidados e métodos ao tratamento resulta numa boa melhora dos pacientes queimados, pelos avanços tecnológicos na área, embora com custos elevados. Além disso, o alívio da dor tornou-se significativo, graças aos processos e aos cuidados especializados pela orientação, prevenção e cuidado de enfermagem em diferentes grupos propício a acidentes. **Conclusão:** A assistência de enfermagem está presente em todo o processo de vida do indivíduo, de forma preventiva ou assistencial, orientada por manuais, protocolos ou até mesmo o próprio conhecimento científico.

DESCRITORES: Queimaduras. Enxertos. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: This article presents updated options in the treatment of burns, skin grafting pointing, their types and their origin (human, animal or synthetic materials), as used innovation to replace the epidermis, in order to accelerate skin regeneration and pain relief. **Objective:** To contextualize the importance of nursing care in burn patients and to clarify that different groups are at risk. **Method:** This is a bibliographic approach to quantitative descriptive aspect. The article search was performed using the databases as Scientific Electronic Library Online; Services Anesthesiology; Merck Manual, Oswaldo Cruz Foundation, universities and the federal government; Brazilian Journal of Burns and Ministry of Health, in 2003 and 2004 between 2006 to 2008 and from 2010 to 2013. **Results:** The combined assistance for care and treatment methods results in good improvement in burn patients by technological advances in the field, albeit at high cost, moreover, relief of pain became significant, thanks to the processes and specialized care for guidance, prevention and nursing care in different groups conducive to accidents. **Conclusion:** Nursing care is present the whole process of the individual's life, or a preventive care, guided by manuals, protocols or even the actual scientific knowledge.

KEYWORDS: Burns. Graft. Nursing Care.

1. Aluno de Graduação do curso de Enfermagem do Centro Universitário Campos de Andrade (UNIANDRADE), Curitiba, PR, Brasil.

Correspondência: José Wylker Farias Almeida
Rua Frederico Stadler Junior 1183, Curitiba, PR, Brasil - CEP 82810-230
E-mail: wylker_nasdac@hotmail.com
Artigo recebido: 11/6/2013 • Artigo aceito: 25/6/2013

Entre as situações de rompimento cutâneo expostos, estão as queimaduras, traumatismos, infecções, doenças autoimunes e o que classificamos como feridas complexas. Essa proteção de barreira comprometida predispõe a infecções, aumento das perdas insensíveis de água e hipotermia, gerando aumento de morbidade, internações prolongadas com alto custo e até morte do indivíduo¹.

A queimadura é uma lesão dos tecidos orgânicos decorrente de um agente causador, a extensão da superfície corpórea queimada e a profundidade ou grau, podendo ser causadas por: agentes químicos como: álcali, ácidos, álcool; agentes físicos: soluções inflamáveis, matéria líquida ou sólida em alta temperatura, exposição ao fogo, corrente elétrica, radiação solar, nucleares e agentes biológicos: água-viva, urtiga, etc².

Podem ser descritas de acordo com a profundidade, sendo classificadas como de primeiro grau, quando as lesões celulares ocorrem apenas na epiderme, em que menos de 15% da superfície corporal é atingida; de segundo grau, quando compromete a epiderme e camada superficial da derme, médio ou médio queimado, entre 15 e menos de 40% da pele coberta; e de terceiro grau, quando acomete todas as camadas epidérmicas e dérmicas, e grave ou grande queimado, que representa mais de 40% do corpo queimado².

No processo fisiológico, primeiramente ocorre necrose eosinofílica e, paulatinamente, edema e intensa congestão hemorrágica, com os tecidos evoluindo do esbranquiçado para escara acinzentada, ficando preta logo em seguida. Inicia-se o tecido de granulação 10 dias depois; em cerca de três semanas, há propagação fibroblástica e cicatricial, com começo das estenoses³.

Os processos de recomposição epidérmica e a própria capacidade do organismo reconstruir-se podem ser alcançados com maior rapidez por meio de cuidados como: desbridamento, limpeza e higiene local. Esse processo divide-se ordenadamente por fechamento primário da ferida e cicatrização por segunda intenção⁴.

Partindo dessa premissa, a expansão e os métodos de curativos permitem a escolha para manipulação das diversas condições de feridas. Porém, existem dúvidas sobre o procedimento a ser seguido, mesmo em casos semelhantes. A busca pela inovação proporciona a disponibilização de novos produtos no mercado⁵.

Um recurso aplicado pela cirurgia plástica tem sido a enxertia de pele alógena. Alguns pacientes são impossibilitados de transfundir de outras áreas do corpo, por apresentar pouco tecido, um problema ainda não totalmente solucionado. Assim, há muito interesse por materiais sintéticos ou biológicos que possam ser usados na substituição¹.

Nesse aspecto, o processo de cuidados com queimados passou por várias inovações, em busca da qualidade reconstrutiva para a autoimagem do indivíduo e redução da dor durante o processo de cicatrização. Em 1956, foi criado o banco de pele da Unidade de Queimaduras do Hospital das Clínicas de São Paulo. Os enxertos

autólogos e enxertos homólogos eram conservados em um refrigerador quando não usados no dia da colheita. Somente em 1997, o transplante de órgãos e tecidos humanos foi regulamentado no Brasil por meio da Lei nº 9434, instituindo critérios para a retirada de órgãos e tecidos de doadores *in vivo* ou *post-mortem*⁶.

Inicialmente, os transplantes microcirúrgicos eram propícios aos pacientes com sequelas devido às lesões por queimaduras. Em seguida, as microcirurgias vasculares passaram a ser realizadas em condições mais graves de queimaduras. Atualmente, a reconstrução microcirúrgica na fase aguda tem a finalidade de evitar sequelas futuras⁷.

A primeira tentativa de produzir tecido sintético a partir da cultura de células epidérmicas foi descrita, em 1974, por Rheinwald & Green. Um fragmento de pele saudável foi cultivado até que uma suficiente lâmina de queratinócitos fosse dada para cobrir a ferida. A inovação foi uma excelente ideia, porém, tinha suas desvantagens: o uso desse procedimento retarda a enxertia em aproximadamente 3 a 4 semanas, fragilidade, menor resistência à infecção e maior incidência de perda do enxerto¹.

Modelos de enxerto heterólogo são aqueles retirados de porções epiteliais de animais, de locais que mais assemelham à pele humana e a fixação não requer a indução de imunodeficiência; têm sido desenvolvidos utilizando os chamados "Locais de Privilégio Imunológico" (*Immunologically Privileged Sites*). Aquele que possui deficiência ou ausência de uma via anatômica aferente, evitando o início da resposta imune, como: as córneas, o cristalino ocular, câmara anterior do olho, cérebro, testículo, próstata e fígado⁸.

Existe um benefício do plasma rico em plaquetas (PRP) na integração de enxertos de pele humana. Seu uso foi incentivado em enxertos de pele após experimentos feitos em coelhos. Pelo fato de ser autólogo, não existe contraindicação para sua utilização e ainda pode ser utilizado para repor os fatores de crescimento e estimular a cicatrização dos enxertos⁹.

Nessa perspectiva, o processo de enfermagem está à frente do planejamento da assistência e do processo de cuidados leve e grande queimado, buscando sempre atingir bons resultados e qualidade durante e após o tratamento¹⁰.

Para que seja implantado o plano de cuidados de enfermagem, devem-se estabelecer prioridades diárias, realizando mudanças necessárias conforme as alterações no quadro do paciente, sempre realizando o registro diário de todas as ações e intercorrências com o paciente assistido, além de buscar manter comunicação eficaz com a equipe¹⁰.

Normalmente, o paciente queimado sofre durante o tratamento da reconstituição epidérmica, pela dor intensa da perda da barreira de proteção. Com a utilização correta de novos métodos, essa dor pode ter uma diminuição significativa, proporcionando, assim, o conforto e bem-estar do indivíduo¹⁰.

O objetivo do trabalho foi contextualizar a importância da assistência de enfermagem em pacientes queimados e esclarecer que diferentes grupos estão expostos ao risco.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura, que consiste relacionar, avaliar e investigar os pontos mais relevantes de todas as publicações no que se refere à assistência de enfermagem a pacientes queimados e os grupos invariáveis ao risco. A busca de artigos foi realizada nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*); Centro Universitário Amparense (UNIFIA); Serviços de Anestesiologia (Saj Med); Manual Merck; Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz); Universidade Federal Fluminense (UFF); Universidade Federal de Pelotas (UFPel); Centro Universitário de Maringá (CESUMAR); Faculdade de Piauí (FAPÍ); Revista Brasileira de Queimaduras (Rb queimaduras) e Ministério da Saúde (MS).

Foram utilizados os seguintes descritores: pacientes queimados. Como critério de inclusão, foram selecionados artigos que abordassem queimaduras, atendimento a queimados, assistência de enfermagem a vítima de queimaduras, tipos e grau de queimaduras, publicados no idioma português, nos anos de 2003 e 2004, entre 2006 a 2008 e de 2010 a 2013. O corte entre a ordem cronológica se deu por conta de déficit de trabalhos publicados entre as épocas.

Como método de exclusão, foram eliminados trabalhos que não falavam sobre pacientes, ou seja, que só mencionavam a queimadura e não o queimado, também aqueles que não relacionavam a assistência de enfermagem com o processo de cuidados ao paciente queimado.

RESULTADOS

No Brasil, as queimaduras são um problema grave de saúde pública. Segundo estimativas, cerca de 1 milhão de acidentes por queimaduras acontecem por ano, sendo que apenas 10% procuram atendimento hospitalar, e 2.500 acidentados vão a óbito decorrente das lesões que envolvem pessoas de todas as idades¹⁰. Parte dos pacientes é atendida nos centros de emergência e estima-se que cerca de 40 mil são hospitalizados em estado grave¹¹.

As causas de maiores frequências em acidentes são a exposição ao fogo ou água fervente, ou ainda o contato a objetos aquecidos. Com menor frequência, os acidentes por queimaduras ocorridas por correntes elétricas, agentes químicos e acidentes com solução cáustica, porém, esses últimos tipos de danos teciduais nem sempre resultam na produção de calor¹⁰.

Estudos apontam que a cada 204 crianças menores de 5 anos de idade, 78,4% sofreram queimaduras, sendo que 21,6% foram ocasionadas por fogo; grande parte do acidente ocorrem na cozinha, sendo ainda, maior parte de forma acidental¹². Adolescentes e adultos têm com causa primária a exposição a líquidos inflamáveis, comumente o álcool¹¹.

Alterações fisiológicas ocorrem de acordo com o avanço da idade. Assim sendo, o idoso necessitará de vigilância contínua na tentativa de prevenir complicações decorrentes da queimadura. Na avaliação, procura-se identificar a causa que determinou a lesão, descrever a condição geral, a extensão da área de superfície envolvida e a profundidade da queimadura. É importante certificar-se quanto ao local, se o ocorrido foi em área aberta ou fechada, para detectar possível comprometimento do aparelho respiratório¹³.

Devido à importância desse problema, o Ministério de Saúde adotou, em 2001, a "Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violência" baseada em diversas diretrizes sobre promoção, monitorização, sistematização, recuperação e a reabilitação, além de apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, todos voltados à segurança e bem-estar do indivíduo¹⁴.

O gasto do tratamento dos pacientes que sofreram queimaduras, além de ser um dos mais caros, ainda é pouco estudado no Brasil. É conhecido que pacientes com queimaduras sempre estão sendo admitidos para avaliação e/ou assistência hospitalar¹⁵.

No Gráfico 1 são representados os percentuais por idade de pacientes que sofreram queimaduras e foram atendidos no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Regional de Sorocaba (CTQ-Sorocaba), pelo período de 10 anos (abril de 2001 a março de 2011)¹⁵.

Apesar das crianças e idosos serem de grupos considerados de maiores vulnerabilidade, o percentual de queimados atendidos no (CTQ-Sorocaba) apontou aos adultos médios como os mais afetados por queimaduras, representados no Gráfico 1, com 75% dos atendimentos.

Os acidentes de trabalho por queimaduras atingem indivíduos de diversas faixas etárias. Adultos jovens entre 20 e 30 anos são os

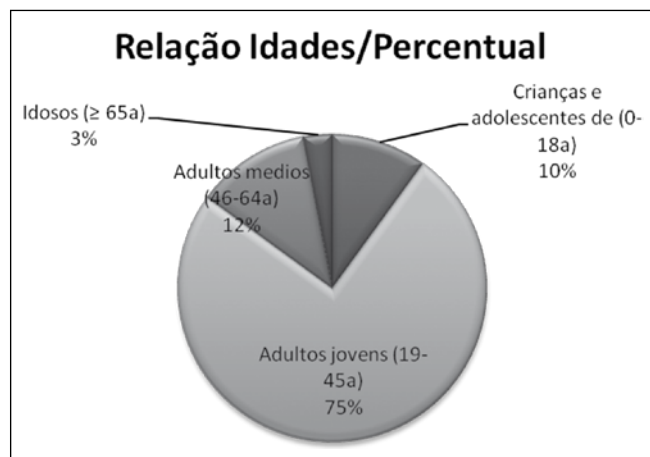


Gráfico 1 – Distribuição de pacientes queimados por idade, atendidos no Hospital Regional de Sorocaba. Fonte: Revista Brasileira de Queimaduras¹⁵

mais acometidos, por representarem mão de obra ativa e serem menos cuidadosos e menos experientes¹⁶.

A faixa etária destes trabalhadores está dentro dos índices de maiores incidências de pessoas atendidas por queimadura no CTQ-Sorocaba, como consta no Gráfico 1.

A gravidade varia conforme a ocupação, com isso as áreas lesadas também mudam de acordo com o cargo e o ambiente de risco. Os trabalhadores mais envolvidos em acidentes por queimaduras são os eletricitistas, trabalhadores de linha de montagem, soldadores, leituristas, mecânicos, operários de manutenção e operadores de equipamentos agrícolas¹⁶.

A assistência de enfermagem precisa ter conhecimento em relação às novidades disponíveis no mercado e que representam avanço tecnológico, com intuito em reduzir a taxa de mortalidade e também complicações como: sequelas físicas e patológicas. O enfermeiro também deve ser capaz de comunicar-se efetivamente com os pacientes, familiares e equipe¹⁷.

A persistência em situações de comorbidade, após tratamento, são fatores que frequentemente interferem na qualidade de vida do paciente. A recuperação física depende, além de cuidados com assepsia ou do adequado tratamento químico, tratamento psicológicos, pois a autoestima do paciente fica comprometida¹⁸.

No período próximo à alta hospitalar, o paciente pode apresentar, também, além de limitações físicas e psicológicas, limitações emocionais e/ou sociais. Muitas vezes, os membros da família recusam-se a dar continuidade ao tratamento, sendo que o cuidado familiar e de importante ajuda nessa fase pós-traumática para redução do impacto das queimaduras¹⁹.

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) vincula-se a enfermagem demais profissões da saúde, a taxonomia, possibilita a comunicação da prática e das perspectivas dos cuidados, objetivando agilizar, padronizar e efetivar a prática da sistematização da assistência de enfermagem com o emprego dos diagnósticos de enfermagem, características essenciais na assistência de queimados¹⁵. Faz avaliação clínica sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade, as dificuldades e metodologias de vida vigorantes ou potenciais. Estes diagnósticos de enfermagem adequam bases para sugerir metas e intervenções de enfermagem visando obter resultados esperados como encargo do enfermeiro¹³.

DISCUSSÃO

Os ministérios da Saúde, Educação e do Trabalho são as principais instituições governamentais que trabalham com a prevenção e segurança de acidentes, cada um deles voltado a um grupo específico. No caso da saúde e educação, trabalha-se primeiramente com a prevenção, como, por exemplo, riscos domésticos; riscos hospitalares; assim como no trânsito e no mar; entre outros, enquanto a prevenção no ambiente de trabalho, voltada para a

segurança e saúde no trabalho, faz uso, nesse caso, das Normas Regulamentadoras – NR's, preconizadas a fim de evitar acidentes a qualquer exposição de riscos à saúde, executadas por profissionais técnicos e graduados da saúde e do trabalho.

No ambiente hospitalar, o atendimento aos pacientes queimados pode ser composto diante do grau das queimaduras (profundidade e extensão). Em geral, necessita-se de médicos (cirurgião plástico, cirurgião geral, clínico geral, intensivista, pediatra, anestesista), enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacional¹⁵. Muitos, porém, com um único objetivo: devolver a capacidade funcional do paciente.

Os danos iniciais de uma queimadura podem causar stress, pela dor e pelo tratamento, que é muito além do tolerado. Esses pacientes têm que reagir contra a dor e o desconforto físico inicial e os problemas psicológicos imediatos ou tardios. A assistência de enfermagem requer uma formação técnica especializada, pois o cuidado clínico de enfermagem é abrangente, estendendo-se do estágio clínico agudo até a fase de reabilitação¹⁵.

Nesse caso, o número de profissionais para o atendimento deve ser o suficiente para o manuseio do paciente. Pode-se dizer que isso seria uma forma humanizada de tratamento, pois geralmente em serviços de saúde, quando o número de funcionário é insuficiente, há improvisos para atender a demanda.

Reações às queimaduras

A pele é provida de terminações nervosas capazes de captar cutaneamente estímulos térmicos, mecânicos ou dolorosos, por vários receptores especializados. Estes receptores alertam o sistema nervoso central sobre as sensações externas, permitindo que haja resposta de uma ação determinada¹⁷.

Nas queimaduras superficiais, as camadas mortas da pele se desintegram e a epiderme se regenera e cobre as camadas inferiores. O crescimento ainda pode acontecer sem deixar cicatriz ou apenas uma pequena cicatriz ou quelóide. Por ser superficial, essa queimadura não destrói a derme.

Já as queimaduras profundas lesam a derme, sua regeneração é lenta e a cicatriz é vultosa. Esta área lesionada tende a contrair, desfigurando a pele e danificando o seu funcionamento²⁰.

As queimaduras leves do trato gastroesofágico e respiratório geralmente são curadas sem adversidade. Todavia, as queimaduras mais graves causam estenoses, obstruindo a ingestão de alimentos e a troca gasosa pulmonar²⁰. Nesse caso, pode ocorrer aumento do líquido extravascular pulmonar e a inalação do ar superaquecido e de fumaça contribui para aumento da mortalidade²¹.

Em crianças resultam em macroglossia, epiglotite, laringotraqueíte e bronquite. Na fase imediata, ocorre asfixia pela inalação de monóxido de carbono (CO) e cianeto, redução das trocas gasosas,

diminuição da complacência pulmonar e torácica e aumento da resistência vascular pulmonar²¹.

Além da extensão das queimaduras pelas partes do corpo, o comprometimento completo das camadas de pele e tecidos profundos, a absorção da fumaça e artigos tóxicos, idade inferior que 30 anos e superior de 60 anos são preditivos de acréscimo na mortalidade. Em relação ao sexo, entre mulheres entre 30 a 59 anos a mortalidade é duas vezes maior²¹.

É importante à enfermagem atentar aos multifatores agravantes, que podem levar o paciente a óbito. A visão holística, neste caso, pode vir a evitar agravos e/ou desconfortos ao paciente, pois o cuidado com sua integralidade é de responsabilidade da equipe multiprofissional. Porém, deve-se ser observado pela equipe de enfermagem o que conduz para uma abordagem eficiente nos diagnósticos e intervenções de enfermagem específicas.

Diante disso, deve-se levar em consideração todos os processos fisiológicos do paciente. Em relação à queimadura, percebe-se extenuação colinesterase no plasma, que tem maior probabilidade de morte do que em pacientes com maior atuação de colinesterase no plasma²¹.

A resposta hipermetabólica após amplas queimaduras é diferenciada por resposta hiperdinâmica com a crescente temperatura corpórea, elevação do gasto de glicose e oxigênio, aumento do desenvolvimento de CO₂, glicogenólise, lipólise e proteólise. O traumatismo brusco em grandes queimados faz com que tem seu metabolismo aumente em até 200%, e as catecolaminas estão envolvidas nesse processo de hipermetabolismo²¹.

A assistência frente à dor, no manuseio das queimaduras, deve ser cuidadosamente percebida, pois essa sensação secundariamente pode dar início a diferentes outros fatores de riscos, principalmente ao psicoemocional.

Os elementos da família devem agir quanto cuidadores, orientados e auxiliados pela equipe de enfermagem, durante o internamento do ressignado queimado, na residência e no processo de reabilitação. Entretanto, esse trabalho não é simples, especialmente no período próximo à alta hospitalar, quando o risco de morte já foi superado, mas importantes sequelas corporais, psicoemocionais e sociais podem estar presentes e seguir sucessivamente o paciente queimado¹⁹.

Nesse sentido, familiares acompanhantes podem facilitar os procedimentos terapêuticos necessários. Essas pessoas, devidamente habilitadas e informadas pela própria enfermagem sobre conflitos, medo e aumento de responsabilidade sobre os cuidados, ainda darão continuidade aos cuidados à pessoa queimada nas atividades de banho e higiene corporal, alimentação, vestuário, medicação, curativo, conforto, segurança, interação psicoemocional e atividades reabilitadoras no ambiente hospitalar e domiciliar, mantendo o contato com a equipe terapêutica¹⁹.

Os procedimentos realizados ao paciente queimado variam a cada caso de queimadura, de acordo com o fator de exposição e ao fenômeno. No caso das queimaduras por exposição à eletricidade, devem ser avaliadas as condições cardiológicas imediatas e observar riscos de lesões profundas, além de lavagem abundante com água corrente, no mínimo 30 minutos. Em lesões por substância básica, nos olhos, deve-se irrigar continuamente por 8 horas no mínimo²².

O cuidado inicial no próprio resgate pode ser essencial na prevenção do agravamento tardio do paciente. Entretanto, os profissionais de saúde precisam se preocupar em reanimar o estado fisiológico da vítima primeiramente, a fim de estabelecer um quadro estável, para que, posteriormente, ele possa ser avaliado seu estado físico e mental¹⁷.

No ato do resgate, o profissional deve estar seguro de possíveis riscos, e assim iniciar o atendimento, prevenindo lesões, afastando a vítima do calor, protegendo a região afetada para evitar contaminação sem adicionar produtos caseiros. Quando a fonte da queimadura é elétrica, a energia deve ser desligada. Pomadas e outro medicamento ou material não devem ser usados na queimadura no primeiro atendimento¹⁷.

No centro terapêutico a queimados, no ato da internação prescreve-se primeiramente a analgesia indicada pelo médico anestesista; logo após, o rompimento das bolhas e vesículas deve ser realizadas; em seguida, a balneoterapia é realizada com assepsia das feridas, com auxílio de água corrente, sabão neutro e sabão líquido degermante; e, por último, feito o curativo fechado com sulfadiazina de prata 1%, compressas e atadura de crepom²².

Após a internação, o curativo é efetivado todos os dias, com o paciente em jejum de oito horas e consta fundamentalmente de analgesia, abertura do curativo, limpeza das extensões queimadas, debridamento das áreas necrosadas, higienização do paciente e curativo com sulfadiazina²².

Na necessidade de enxerto, o paciente é ocluído e, após três dias, o curativo é aberto com utilização de água corrente, estando o paciente sob efeito de analgésicos; em seguida, é feita a limpeza e higienização do paciente; oclui-se a área enxertada com gaze vaselinada e atadura; oclusão da área doadora com pomada, compressa e atadura.

As escolas de formação devem inserir em suas disciplinas conteúdos que contemplem assuntos sobre a assistência de enfermagem a vítimas queimadas²¹. Principalmente por ser uma assistência de altíssima complexidade, pois um procedimento errado irá causar dor ao paciente, além da própria aflição originada das queimaduras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de enfermagem está presente em todo o processo de vida do indivíduo, de forma preventiva ou assistencial, orientada por manuais, protocolos ou até mesmo o próprio

ensino de sua formação, que orienta o enfermeiro a ter uma visão holística sob os pacientes, sendo que, no caso dos queimados, o comprometimento da pele não é tudo. Além do cuidado com essa situação, é necessário tomar conhecimento dos fatores envolvidos, como o agente causador, desempenho dos vasos, quanto a sua função, local onde o acidente ocorreu, partes do corpo expostas, fenômeno que causou a lesão, além de vários outros achados.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira MC, Paggiaro AO, Isaac C, Teixeira Neto N, Santos GB. Substitutos cutâneos: conceitos atuais e proposta de classificação. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(4):696-702.
2. Madeira MZA, Oliveira EFV, Pereira N, Martins PC, Silva Júnior FJG. Assistência de enfermagem a pacientes vítimas de queimaduras: uma revisão da literatura. *Rev Interdisciplin Novafapi.* 2011;4(2):9-15.
3. Sakai RL, Bezerra FMM, Wada A, Pinto DCS, Mattar CA, Almeida PCC, et al. Enxerto de pele parcial para tratamento de seqüela de queimadura cáustica em cavidade oral: relato de caso. *Rev Bras Queimaduras.* 2012;11(1):47-50.
4. Salgado MI, Petroianu A, Burgarelli GL, Barbosa AJA, Alberti LR. Cicatrização conduzida e enxerto de pele parcial no tratamento de feridas. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53(1):80-4.
5. Franco D, Gonçalves LF. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. *Rev Col Bras Cir.* 2008;35(3):203-6.
6. Schiozer W. Banco de pele no Brasil. *Rev Bras Queimaduras.* 2012;11(2):53-5.
7. Coutinho BBA, Balbuena MB, Silva TF, Saad FT, Almeida KG, Almeida PYNG. Uso de retalhos microcirúrgicos em pacientes queimados: revisão da literatura. *Rev Bras Cir. Plást.* 2012;27(2):316-20.
8. Hochman B, Ferreira LM, Bôas FCV, Mariano M. Integração do enxerto heterólogo de pele humana no subepitélio da bolsa jugal do hamster (*Mesocricetus auratus*). *Acta Cir Bras.* 2003;18(5):415-30.
9. Vendramin FS, Franco D, Franco TR. Utilização do plasma rico em plaquetas autólogo nas cirurgias de enxertos cutâneos em feridas crônicas. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(4):589-94.
10. Oliveira TS, Moreira KFA, Gonçalves TA. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. *Rev Bras Queimaduras.* 2012;11(1):31-7.
11. Gathas AZ, Djaleta DG, Noviello DS, Thomaz MCA, Arçari DP. Atendimento do Enfermeiro ao Paciente Queimado *Rev Eletrônica Unisepe, Saúde em Foco.* 2011.
12. Freitas MC, Mendes MMR. Idoso vítima de queimaduras: identificação do diagnóstico e proposta de intervenção de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(3):362-6.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Amaral JFF, Paixão AC. Prevenção de acidentes na criança e adolescente [Acesso em: 9 de junho de 2013]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/25/prevencao_de_acidentes_na_crianca_e_adolescente.pdf
14. Barichello E, Silva MCV, Barbosa MH, Iwamoto HH. Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes Internados por Queimadura. *Enferm Glob.* 2010;(20):1-8.
15. Cardoso L, Orgaes FS, Gonella HA. Estudo epidemiológico das queimaduras químicas dos últimos 10 anos do CTQ-Sorocaba/SP. *Rev Bras Queimaduras.* 2012;11(2):74-9.
16. Martins CL, Elena M. Ocupações Laborais com Maior Risco Para a Ocorrência de Queimaduras: Uma Análise da Literatura. XIII enpos [congresso]. 2011.
17. Sato DF, Bertolini SMMG. Ocorrência de acidentes domiciliares na infância e a identificação dos principais fatores de risco. In: V Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica; 2010; Maringá. Anais. Maringá: CESUMAR.
18. Souza TJA. Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(1):10-5.
19. Goyatá SLT, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados no período próximo à alta hospitalar. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006;14(1):102-9.
20. Harker LA. Manual Merck de Informação Médica. Saúde para a Família. Acidentes e lesões Seção 24, cap. 277. Versão online [Acesso em: 09 de junho de 2013]. Disponível em: <http://www.manualmerck.net/?id=303>
21. Lima OS, Limaverde FS, Lima OSF. Queimados: alterações metabólicas, fisiopatologia, classificação e interseções com o tempo de jejum. Cap 91, 804-15 [Acesso em: 09 de junho de 2013]. Disponível em: <http://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/Queimados.pdf> http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100014
22. Souza HA, Bravo MR. Espírito Santo. Secretaria Estadual. Hospital Dr. Dório Silva. Centro de Tratamento de Queimados Rotinas de Curativos [Acesso em: 09 de junho de 2013.]. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/default.asp?pagina=17306>

Trabalho realizado no Centro Universitário Campos de Andrade, Curitiba, PR, Brasil.