

# Guideline das ações no cuidado de enfermagem ao paciente adulto queimado

*Nursing care guideline actions in burnt adult patients*

*Guía de acciones del cuidado de enfermería al paciente adulto quemado*

Fabiana Minati de Pinho, Lúcia Nazareth Amante, Nádia Chiodelli Salum, Renata da Silva, Tatiana Martins

## RESUMO

**Objetivo:** Elaborar um *guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente adulto queimado a partir das ações de enfermagem identificadas pelos enfermeiros e respaldadas na literatura científica atual. **Método:** Para a elaboração do *guideline*, foram utilizadas duas estratégias: a primeira foi um estudo de abordagem qualitativa, que teve como método a Pesquisa Convergente Assistencial, realizada com enfermeiros que atuam na Emergência, Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico e uma Unidade de Internação Cirúrgica de um hospital universitário da região Sul do Brasil. A segunda estratégia se deu por meio de duas revisões: literatura e integrativa, esta última realizada em sete bases de dados. **Resultados:** Para a coleta dos dados, foi utilizada a Entrevista e Discussão em Grupos. **Conclusão:** O *guideline* contemplou as ações de cuidados de enfermagem relativos ao Contexto Assistencial, Educativo e Gerencial na Fase Imediata, Intermediária e Tardia, constituindo-se em uma ferramenta para a prática do cuidado da enfermagem ao paciente adulto queimado.

**DESCRITORES:** Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Queimaduras. Segurança do Paciente.

## ABSTRACT

**Objective:** To elaborate a nursing care guideline to burnt adult patients from nursing actions identified by nurses and supported by the current scientific literature. **Methods:** For the guideline development two strategies were used: the first one was a qualitative study that used a Convergent Care Research method, conducted with nurses from Emergency, Intensive Care Unit, Operating room and Surgery hospitalization units at University Hospital from the south of Brazil. The second strategy was performed by two reviews: literature and integrative, this last was performed in seven data bases. **Results:** To collect data was used Interview and group Discussion. **Conclusion:** The guideline template nursing care actions related to assistant context, educative and management in initial, intermediate and posterior phase, constituting a tool for nursing care practice to burnt adult patients.

**DESCRIPTORS:** Nursing. Nursing Care. Burns. Patient Safety.

## RESUMEN

**Objetivo:** Elaborar una *guía* de cuidado de enfermería al paciente adulto quemado a partir de las acciones de enfermería identificadas por los enfermeros y respaldada por la literatura científica actual. **Método:** Para la elaboración de la *guía* se utilizaron dos estrategias: la primera fue un estudio de enfoque cualitativo que utilizó como método la Pesquisa Convergente Assistencial, realizada con enfermeros que trabajan en Emergencia, Unidad de Terapia Intensiva, Centro Quirúrgico y una Unidad de Internación Quirúrgica de un hospital universitario de la región sur del Brasil. La segunda estrategia se dio por medio de dos revisiones: literatura e integradora, ésta última realizada en siete bases de datos. **Resultados:** Para la colecta de los datos fue utilizada la Entrevista y Discusión en Grupos. **Conclusión:** La *guía* contempló las acciones de cuidados de enfermería relativos al Contexto Assistencial, Educativo y Gerencial en la Fase Inmediata, Intermedia y Tardía, constituyéndose una herramienta para la práctica del cuidado de la enfermería al paciente adulto quemado.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería. Atención de Enfermería. Quemaduras. Seguridad del Paciente.

## INTRODUÇÃO

O trauma que apresenta consequências mais devastadoras ao ser humano é o relacionado aos acidentes por queimaduras, pois desencadeia respostas metabólicas intensas, que podem afetar todos os órgãos e sistemas. Produzem danos imediatos, gerando sofrimento, deixando sequelas físicas e emocionais tanto ao paciente queimado quanto aos seus familiares<sup>1</sup>.

Há poucas prioridades e definições para o cuidado de enfermagem nessa área, seja por uma falta de estímulo dos profissionais; inexistência de um programa de capacitação, bem como a falta de uma política de recursos humanos tanto para suprir o número inadequado de profissionais quanto para capacitação constante e periódica<sup>1</sup>. Neste sentido, entende-se que um *guideline* pode contribuir para a tomada de decisão, pois se trata de um conjunto de condutas e procedimentos sistemáticos sobre a melhor conduta em situações clínicas específicas<sup>2</sup>. Esta construção é sustentada por informações oriundas de pesquisas extensivas, revisões críticas e síntese da literatura científica.

Em um hospital universitário da região Sul do Brasil, não existe uma unidade especializada para tratamento do paciente adulto queimado, sendo que o cuidado de enfermagem não é padronizado, embora exista a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O referencial teórico utilizado nesta instituição e adotado para o estudo foi o de Wanda de Aguiar Horta, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a fim de possibilitar a adesão e facilitar a elaboração de ações de enfermagem para a organização e orientação do cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto<sup>3</sup>.

Destaca-se que a necessidade de padronização do cuidado de enfermagem e a falta de uma unidade especializada para o tratamento do paciente adulto queimado motivaram o desenvolvimento deste trabalho.

Sendo assim, buscou-se a resposta para a questão norteadora: Quais ações necessárias para compor um *guideline* de cuidados de enfermagem ao paciente adulto vítima de queimaduras identificadas pelos enfermeiros da Emergência, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Internação Cirúrgica em um hospital universitário da região Sul do Brasil?

Para responder a este questionamento, traçou-se como objetivo elaborar um *guideline* para o cuidado de enfermagem ao paciente adulto queimado a partir das ações de enfermagem identificadas pelos enfermeiros e respaldadas na literatura científica atual.

## MÉTODOS

Foram utilizadas duas estratégias. A **primeira estratégia** foi um estudo com abordagem qualitativa que utilizou a Pesquisa Con-

vergente Assistencial (PCA) como método<sup>4</sup>, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética | 1353812.4.0000.0121.

Nesta estratégia foram realizadas uma entrevista e dois grupos de discussão com os enfermeiros lotados na Emergência, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no Centro Cirúrgico (CC) e na Unidade de Internação Cirúrgica (UIC) de um hospital universitário da região Sul do Brasil, no período de outubro de 2012 a junho de 2013. Houve a participação de 43 enfermeiros (oito da UIC; dois do CC; 16 da UTI e 17 da Emergência).

A entrevista foi por meio de um roteiro com questões sobre a experiência no cuidado ao paciente adulto queimado, que foram sistematizadas para serem debatidas em dois encontros do grupo de discussão. O primeiro encontro favoreceu a interação entre os enfermeiros e o levantamento das ações de enfermagem necessárias ao cuidado com o paciente adulto queimado. Já no segundo encontro ocorreu uma apresentação em *Power point* das ações de cuidado de enfermagem elencadas pelos enfermeiros na entrevista e no primeiro encontro para composição de um *guideline*, que foram discutidas e analisadas.

A partir desta análise, houve a organização das ações para o *guideline* em torno da fase clínica do paciente adulto queimado: *ações de cuidado na fase imediata, na fase intermediária e na fase tardia*, englobando os contextos assistencial, educativo e gerencial.

A **segunda estratégia** voltou-se para a realização de duas revisões, uma de literatura e outra integrativa. A revisão de literatura, feita entre março e agosto de 2012, abordou os temas: queimaduras e fisiopatologia; classificações das queimaduras; complicações no grande queimado; tratamento das queimaduras; política de atenção ao paciente queimado; utilização e contribuição do *guideline*, ações de enfermagem no cuidado com queimaduras.

A revisão integrativa objetivou verificar as evidências disponíveis sobre o cuidado de enfermagem ao paciente adulto queimado, cuja busca ocorreu entre abril a junho de 2013. As bases de dados pesquisadas foram: *Scientific Electronic Library online* (SCIELO); Base de Dados em Enfermagem (BDENF); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); COCHRANE; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e SCOPUS.

Os critérios de inclusão foram: ser artigo científico, com resumo disponível *on-line*, publicados entre janeiro de 2003 a junho de 2013; contendo em seu título, resumo, descritores ou palavras chaves: *guideline*, *guidelines*, protocolo, protocolos,

queimaduras, queimado, queimados, diretriz, enfermagem, guias relacionados ao cuidado de enfermagem para o paciente queimado adulto. Foram excluídos os artigos científicos publicados duplicados; não disponíveis na íntegra; teses ou dissertações; de outras áreas de conhecimento; com pacientes pediátricos e/ou sem aderência ao cuidado de enfermagem.

Para o registro dos dados, foi utilizado um roteiro que identificou a referência dos artigos, tipo de estudo, local, variáveis, delineamento da pesquisa, amostra, fonte dos dados, testes estatísticos, descobertas, recomendações, pontos fortes e pontos fracos<sup>5</sup>. A análise dos dados foi realizada criticamente buscando explicar os resultados dos diferentes estudos<sup>6</sup>. Dos 338 artigos encontrados, foram selecionados 41, dos quais 19 se repetiram em uma ou mais bases, restando 22 artigos.

Destes 22 artigos, 20 não atendiam a pergunta de pesquisa ou não tinham seu foco em Enfermagem, ficando dois artigos para análise: "*Protocolización de la atención al paciente com quemaduras eléctricas em las primeras 24 horas*"<sup>7</sup> e "*Effectiveness of an early mobilization protocol in a trauma and burns intensive care unit: a retrospective cohort study*"<sup>8</sup>.

Cumpridas estas etapas, o *guideline* foi organizado a partir das entrevistas, das discussões em grupo, da revisão de literatura e a da revisão integrativa. As ações de enfermagem foram distribuídas nos contextos Assistencial, Educativa e Gerencial, de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (NHB)<sup>3</sup>.

Nas ações de enfermagem relacionadas ao Contexto Assistencial e Educativo estão as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais: oxigenação, hidratação e nutrição, eliminação, sono e repouso, higiene corporal e oral, integridade cutâneo-mucosa e física, mobilidade/locomoção, regulação, percepção dolorosa, terapêutica, comunicação e aprendizagem, gregária, religiosa e ética. No Contexto Gerencial, estão aspectos relacionados à gestão: provisão de estrutura e ambiente, isolamento, escala de enfermagem, equipe de enfermagem e multiprofissional.

Sequencialmente, as ações foram adequadas conforme a fase da queimadura, quais sejam Fase Imediata: ações que ocorrem nas primeiras horas da queimadura até o primeiro desbridamento da pele; Fase Intermediária: ações que iniciam após o primeiro desbridamento até a enxertia da pele; e Fase Tardia: ações que iniciam após a enxertia até a regeneração total da pele.

Por outro lado, deve-se considerar que a avaliação clínica do enfermeiro inclui a associação da classificação por Superfície Corporal Queimada (SCQ) com a avaliação de profundidade, determinando a gravidade do paciente em Pequeno (1° e 2° grau até

10% da SCQ); Médio (1° e 2° grau entre 10 e 25% da SCQ, 3° Grau até 10% da SCQ, queimadura de mãos, pés ou face) e Grande Queimado (1° e 2° grau entre 26% da SCQ; 3° Grau acima de 10% da SCQ; queimaduras de períneo; queimaduras elétricas; queimaduras das vias aéreas e presença de comorbidades, tais como: lesão inalatória, politrauma, trauma cranioencefálico, choque, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, distúrbio de coagulação, embolia pulmonar, infecção, doenças consumptivas e síndrome compartimental). Esta classificação varia de acordo com o paciente, devendo-se observar diversos aspectos como: idade, profundidade e localização da queimadura<sup>9</sup>.

## RESULTADOS

As ações de enfermagem necessárias para compor um *guideline* de cuidados ao paciente queimado adulto foram embasadas nos contextos: assistencial, educacional e gerencial utilizando o raciocínio clínico para a elaboração e organização conforme o referencial teórico das NHB, alcançando-se desta forma o objetivo estabelecido.

A elaboração do *guideline* de cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto não contemplou neste momento as Necessidades Humanas Básicas de: sexualidade; amor; afeto; atenção; autoestima; autorrealização; liberdade; participação; comunicação; criatividade; recreação; lazer e espaço. Deste modo, torna-se indispensável promover avaliação e atualização periódicas das informações pelos enfermeiros participantes da pesquisa. É possível afirmar que as ações de enfermagem necessárias para compor um *guideline* de cuidados ao paciente queimado adulto não demandam tecnologias complexas e também não acarretam aumento de custos para a instituição (veja abaixo).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de *guideline* para o cuidado de enfermagem organiza e padroniza as ações de cuidado de enfermagem ao paciente vítima de queimaduras. O grupo de discussão propiciou aos enfermeiros repensarem o cuidado de enfermagem, relacionando o conhecimento técnico-científico e novas tecnologias com a assistência.

A elaboração do *guideline* de forma coletiva facilitou o envolvimento dos participantes e oportunizou uma relação de co-responsabilidade, dimensionando o universo que engloba o cuidado de enfermagem ao paciente vítima de queimaduras.

**Guideline de ações de cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto do HU/UFSC.**

Necessidades Psicobiológicas	Fase Imediata	Fase Intermediária	Fase Tardia
<p><b>Oxigenação</b></p> <p><i>Um paciente queimado pode apresentar vários sinais de dificuldade respiratória por queimaduras de vias aéreas que incluem queimaduras de face, lesão de supercílios, pestanas e vibrissas nasais, depósito de fuligem na orofaringe, fuligem no catarro, além de história de queimadura em ambiente fechado. A presença destes sinais indica que o paciente deve ser transferido imediatamente para um Centro de Tratamento de Queimados, após realização de intubação oro-traqueal e medidas de suporte ventilatório<sup>10</sup>.</i></p>	<p>Verificar e controlar a saturação de oxigênio do paciente pequeno e médio queimado, que respira espontaneamente, com ou sem oxigenioterapia, por meio do oxímetro de pulso adaptado em áreas que não apresentam lesão, com intervalos de horários conforme avaliação clínica do enfermeiro<sup>11</sup>.</p> <p>Verificar e controlar a frequência respiratória do <b>paciente pequeno, médio e grande queimado</b> que respira espontaneamente com ou sem auxílio de oxigenioterapia, com intervalos de horários conforme avaliação clínica do enfermeiro<sup>12</sup>.</p> <p>Verificar e comunicar a ocorrência de dispneia, cianose de extremidades e tosse, do <b>paciente pequeno e médio queimado</b> que respira espontaneamente com ou sem oxigenioterapia, mantendo a cabeça elevada (30 graus) e hiperextensão da região cervical<sup>11</sup>.</p> <p>Verificar, avaliar a permeabilidade das vias aéreas superiores do paciente grande queimado, e no caso de intubação oro-traqueal realizar aspiração oro-traqueal, sempre que necessário<sup>10</sup>.</p>	<p>Verificar e controlar a saturação de oxigênio do <b>paciente pequeno e médio queimado</b> que respira espontaneamente com ou sem oxigenioterapia, por meio do oxímetro de pulso adaptado em áreas que não apresentam lesão, com intervalos de horários conforme avaliação clínica do enfermeiro<sup>11</sup>.</p> <p>Verificar e controlar a frequência respiratória do <b>paciente pequeno, médio e grande queimado</b> que respira espontaneamente com ou sem oxigenioterapia, com intervalos de horários conforme avaliação clínica do enfermeiro<sup>12</sup>.</p> <p>Verificar e comunicar a ocorrência de dispneia, cianose de extremidades e tosse, do <b>paciente pequeno e médio queimado</b> que respira espontaneamente com ou sem auxílio de oxigenioterapia, mantendo a cabeça elevada (30 graus) e hiperextensão da região cervical<sup>11</sup>.</p> <p>Verificar, avaliar a permeabilidade das vias aéreas superiores do paciente grande queimado e no caso de intubação oro-traqueal realizar aspiração oro-traqueal, sempre que necessário<sup>10</sup>.</p> <p>Verificar e avaliar a permeabilidade das vias aéreas superiores do <b>paciente grande queimado</b>, e no caso da traqueostomia, realizar aspiração oro-traqueal, sempre que necessário<sup>10</sup>.</p>	<p>Verificar e controlar a saturação de oxigênio do <b>paciente pequeno e médio queimado</b> que respira espontaneamente com ou sem oxigenioterapia, por meio do oxímetro de pulso adaptado em áreas que não apresentam lesão, com intervalos de horários conforme avaliação clínica do enfermeiro<sup>11</sup>.</p> <p>Verificar e controlar a frequência respiratória do <b>paciente pequeno, médio e grande queimado</b> que respira espontaneamente com ou sem oxigenioterapia, com intervalos de horários conforme avaliação clínica do enfermeiro<sup>12</sup>.</p> <p>Verificar e comunicar a ocorrência de dispneia, cianose de extremidades e tosse, do <b>paciente pequeno e médio queimado</b> que respira espontaneamente com ou sem oxigenioterapia, mantendo a cabeça elevada (30 graus) e hiperextensão da região cervical<sup>11</sup>.</p> <p>Verificar, avaliar a permeabilidade das vias aéreas superiores do <b>paciente grande queimado</b>, e no caso da traqueostomia, realizar aspiração oro-traqueal, sempre que necessário<sup>10</sup>.</p>
<p><b>Hidratação e Nutrição</b></p> <p><i>Supervisionar a aceitação e deglutição da dieta e encaminhar o paciente ao serviço de nutrição para o suporte nutricional<sup>12</sup>.</i></p>	<p>Iniciar nas primeiras horas a alimentação por via oral no <b>paciente pequeno queimado</b> com consistência e volume adaptados de acordo com a tolerância de cada paciente. Esta conduta pode ser mantida em lesões de face, não sendo indicada a nutrição enteral. E, no <b>paciente médio e grande queimado</b>, a nutrição enteral deve ser iniciada nas primeiras 48 a 72 horas, com sonda em posicionamento gástrico e/ou enteral, mediante a utilização de Bomba de Infusão Contínua<sup>13</sup>.</p> <p>Priorizar a nutrição enteral em relação à nutrição parenteral e, na impossibilidade da alimentação enteral, a parenteral não deve ser descartada. Porém, esta deve ser evitada nas primeiras 48 horas após o trauma<sup>14</sup>.</p>	<p>Manter a alimentação por via oral no <b>paciente pequeno queimado</b> com consistência e volume adaptados à tolerância de cada paciente. Esta conduta pode ser mantida em lesões de face, não sendo indicada a nutrição enteral. E, no <b>paciente médio e grande queimado</b>, a nutrição enteral deve ser com sonda em posicionamento gástrico e/ou enteral, mediante a utilização de Bomba de Infusão Contínua<sup>13</sup>.</p> <p>Avaliar a deglutição do paciente quanto à dieta por via oral e a aceitação por sonda gástrica e/ou enteral para junto à equipe multiprofissional decidir o início da dieta parenteral<sup>12</sup>.</p>	<p>Manter a alimentação por via oral no <b>paciente pequeno queimado</b> com consistência e volume adaptados de acordo com a tolerância de cada paciente. Esta conduta pode ser mantida em lesões de face, não sendo indicada a nutrição enteral. E, no <b>paciente médio e grande queimado</b>, a nutrição enteral deve ser com sonda em posicionamento gástrico e/ou enteral, mediante a utilização de Bomba de Infusão Contínua<sup>13</sup>.</p> <p>Avaliar a deglutição do paciente quanto à dieta por via oral e a aceitação por sonda gástrica e/ou enteral para junto à equipe multiprofissional decidir o início da dieta parenteral<sup>12</sup>.</p>

**Guideline de ações de cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto do HU/UFSC.**

Necessidades Psicobiológicas	Fase Imediata	Fase Intermediária	Fase Tardia
<p><b>Eliminação</b></p>	<p><b>Gastrointestinal:</b> Verificar e comunicar a frequência e características de náusea e/ou êmese. Manter uma sonda gástrica para esvaziamento da cavidade abdominal e avaliar a posição das sondas gástricas<sup>12</sup>.</p> <p><b>Urinária:</b> Registrar e comunicar o volume, frequência e características da micção espontânea<sup>12</sup>. Realizar o cateterismo vesical e controle horário da urina para avaliar resposta à hidratação venosa nas primeiras 24 horas<sup>10</sup>.</p> <p><b>Intestinal:</b> Comunicar e verificar a frequência e características das fezes<sup>12</sup>.</p>	<p><b>Gastrointestinal:</b> Verificar e comunicar a frequência e características de náusea e/ou êmese. Manter uma sonda gástrica para esvaziamento da cavidade abdominal e avaliar a posição das sondas gástricas<sup>12</sup>.</p> <p><b>Urinária:</b> Registrar e comunicar o volume e características da urina por sonda vesical de demora conforme a rotina estabelecida<sup>12</sup>.</p> <p><b>Intestinal:</b> Comunicar e verificar a frequência e características das fezes<sup>12</sup>.</p>	<p><b>Gastrointestinal:</b> Verificar e comunicar a frequência e características de náusea e/ou êmese. Manter uma sonda gástrica para esvaziamento da cavidade abdominal e avaliar a posição das sondas gástricas<sup>12</sup>.</p> <p><b>Urinária:</b> Registrar e comunicar o volume, frequência e características da micção espontânea. Registrar e comunicar o volume e características da urina por sonda vesical de demora conforme a rotina estabelecida<sup>12</sup>.</p> <p><b>Intestinal:</b> Comunicar e verificar a frequência e características das fezes<sup>12</sup>.</p>
<p><b>Sono e Repouso</b></p>	<p>Propiciar ambiente calmo e organizado, reduzindo estímulos e manipulação excessiva com o paciente, principalmente no horário noturno<sup>11</sup>.</p>	<p>Propiciar ambiente calmo e organizado, reduzindo estímulos e manipulação excessiva com o paciente, principalmente no horário noturno<sup>11</sup>.</p>	<p>Propiciar ambiente calmo e organizado, reduzindo estímulos e manipulação excessiva com o paciente, principalmente no horário noturno<sup>11</sup>.</p>
<p><b>Higiene Corporal</b></p> <p><i>Tanto no banho de aspersão quanto no banho no leito a temperatura adequada da água deverá ser suportada na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável pela execução do banho. Finalizado o banho, as roupas de cama do paciente devem ser forradas com campo estéril<sup>1,10</sup>.</i></p>	<p>Retirar as roupas e acessórios: anéis, brincos, pulseiras, colares e iniciar a limpeza de áreas lesadas, com retirada dos tecidos desvitalizados e restos de produtos carbonizados sobre as lesões, como plásticos, tecidos, náilon e outros<sup>1,10</sup>.</p> <p>Auxiliar e/ou encaminhar o <b>paciente pequeno queimado</b> ao banho de aspersão, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada<sup>1,10</sup>.</p> <p>Realizar o banho no leito ao <b>paciente médio e grande queimado</b> com água corrente clorada, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada<sup>1,10</sup>.</p>	<p>Romper as flictenas com gaze e/ou lâmina, promovendo o desbridamento com o auxílio de pinça e tesoura<sup>10</sup>.</p> <p>Auxiliar e/ou encaminhar o <b>paciente pequeno queimado</b> ao banho de aspersão, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada<sup>1,10</sup>.</p> <p>Realizar o banho no leito ao <b>paciente médio e grande queimado</b> com água corrente clorada, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada<sup>1,10</sup>.</p> <p>Manter fechado o local da área doadora e da enxertia no momento do banho (aspersão e/ou leito), até a obtenção total da cicatrização da pele<sup>15</sup>.</p>	<p>Auxiliar e/ou encaminhar o <b>paciente pequeno queimado</b> ao banho de aspersão, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada<sup>1,10</sup>.</p> <p>Realizar o banho no leito ao <b>paciente médio e grande queimado</b> com água corrente clorada, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada<sup>1,10</sup>.</p> <p>Manter fechado o local da área doadora e da enxertia no momento do banho (aspersão e/ou leito), até a obtenção total da cicatrização da pele<sup>15</sup>.</p>

**Guideline de ações de cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto do HU/UFSC.**

Necessidades Psicobiológicas	Fase Imediata	Fase Intermediária	Fase Tardia
<p><b>Higiene Oral</b></p>	<p>Oferecer, auxiliar e estimular o uso do material próprio (escova dental e/ou enxaguante bucal preferencialmente), após alimentação via oral e/ou via sonda gástrica (quatro vezes por dia) ao <b>paciente pequeno queimado</b><sup>12</sup>. Realizar a higiene oral quatro vezes por dia, com solução de clorexidina a 0,12% e água estéril, após alimentação via oral e/ou alimentação por via sonda ao <b>paciente médio e grande queimado</b>, com intubação oro-traqueal<sup>16</sup>.</p>	<p>Oferecer, auxiliar e estimular o uso do material próprio (escova dental e/ou enxaguante bucal preferencialmente), após alimentação via oral e/ou via sonda gástrica (quatro vezes por dia) ao <b>paciente pequeno queimado</b><sup>12</sup>. Realizar a higiene oral quatro vezes por dia, com solução de clorexidina a 0,12% e água estéril, após alimentação via oral e/ou alimentação por via sonda ao <b>paciente médio e grande queimado</b>, com intubação oro-traqueal ou traqueostomia<sup>16</sup>.</p>	<p>Oferecer, auxiliar e estimular o uso do material próprio (escova dental e/ou enxaguante bucal preferencialmente), após alimentação via oral e/ou via sonda gástrica (quatro vezes por dia) ao <b>paciente pequeno queimado</b><sup>12</sup>. Realizar a higiene oral quatro vezes por dia, com solução de clorexidina a 0,12% e água estéril, após alimentação via oral e/ou alimentação por via sonda ao <b>paciente médio e grande queimado</b>, com traqueostomia<sup>16</sup>.</p>
<p><b>Integridade cutâneo-mucosa</b></p> <p><i>Quando o paciente necessitar de remoção imediata para uma unidade mais próxima, recomenda-se não fazer o curativo tópico no local de atendimento, deixando este procedimento para a unidade final, onde as flictenas serão rompidas em um ambiente mais adequado<sup>10</sup>. Nunca utilizar para a limpeza prévia do curativo das lesões a solução fisiológica 0,9%, como muitos preferem, pois a solução degermante e a pomada a serem aplicadas serão inibidas<sup>15</sup>.</i></p>	<p>Realizar a limpeza prévia das lesões antes do curativo sempre com água corrente clorada (com temperatura suportável na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável) e solução de clorexidina a 4% (com escova) da pele lesionada<sup>15</sup>. Realizar o curativo com compressa cirúrgica e atadura de crepom, de maneira suave, utilizando como terapia tópica de primeira escolha a pomada à base de sulfadiazina de prata a 1% (troca de cobertura a cada 12 horas, no caso de exsudação em excesso) ou sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2% (troca de cobertura a cada 24 horas), com exceção da região da face. Quando houver queimadura da região da face, utilizar ácido graxo essencial para queimadura de 1º grau e colagenase creme para queimadura de 2º ou 3º grau<sup>10</sup>. Calçar as mãos do paciente com luvas cirúrgicas sem talco, umedecidas com ácido graxo essencial para queimadura de 1º grau e sulfadiazina de prata a 1% (troca de cobertura a cada 12 horas) ou sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2% (troca de cobertura a cada 24 horas) para queimadura de 2º ou 3º grau. Os dedos das mãos e pés deverão ser separados, um a um, umedecidos com ácido graxo essencial para queimadura de 1º grau e sulfadiazina de prata a 1% (troca de cobertura a cada 12 horas) ou sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2% (troca de cobertura a cada 24 horas) para queimadura de 2º ou 3º grau<sup>12</sup>. Remover as flictenas e realizar a escarificação da área queimada em queimaduras de 2º grau<sup>10</sup>.</p>	<p>Realizar a limpeza prévia das lesões antes do curativo sempre com água corrente clorada (com temperatura suportável na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável) e solução de clorexidina a 4% (com escova) da pele lesionada<sup>15</sup>. Remover as flictenas e realizar a escarificação da área queimada em queimaduras de 2º grau<sup>10</sup>. Realizar o curativo após o desbridamento em lesões do corpo, utilizando como terapia tópica e/ou cobertura a pomada de colagenase ou outra a base de prata (troca de cobertura a cada 24 horas e/ou conforme especificação do produto) na área com presença de tecido desvitalizado e fibrina, cobrindo com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis. E ácido graxo essencial na área epitelizada (troca de cobertura a cada 24 horas) e cobrir com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis<sup>15</sup>. Umedecer o local da enxertia e da área doadora com ácido graxo essencial e cobrir com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis<sup>15</sup>.</p>	<p>Realizar o curativo após a enxertia em lesões de corpo, utilizando como terapia tópica o ácido graxo essencial (troca de cobertura a cada 24 horas) e cobrir com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis<sup>15</sup>. Umedecer a área doadora utilizando como terapia tópica o ácido graxo essencial e cobrir com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis<sup>15</sup>.</p>

**Guideline de ações de cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto do HU/UFSC.**

Necessidades Psicobiológicas	Fase Imediata	Fase Intermediária	Fase Tardia
<b>Integridade Física</b>	<p>Manter colchão piramidal para todos os pacientes queimados<sup>12</sup>. Auxiliar e estimular o paciente pequeno e médio queimado quanto à deambulação, sentar no leito e/ou na poltrona<sup>17</sup>. Realizar mudança de decúbito a cada duas horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente grande queimado<sup>17</sup>. Utilizar a Escala de Braden para avaliar a superfície corporal não queimada<sup>12</sup>.</p>	<p>Manter colchão piramidal para todos os pacientes queimados<sup>12</sup>. Auxiliar e estimular o paciente pequeno e médio queimado quanto à deambulação, sentar no leito e/ou na poltrona<sup>17</sup>. Realizar mudança de decúbito a cada duas horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente grande queimado<sup>17</sup>. Utilizar a Escala de Braden para avaliar a superfície corporal não queimada<sup>12</sup>.</p>	<p>Manter colchão piramidal para todos os pacientes queimados<sup>12</sup>. Auxiliar e estimular o paciente pequeno e médio queimado quanto à deambulação, sentar no leito e/ou na poltrona<sup>17</sup>. Realizar mudança de decúbito a cada duas horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente grande queimado<sup>17</sup>. Utilizar a Escala de Braden para avaliar a superfície corporal não queimada<sup>12</sup>.</p>
<b>Mobilidade/Locomoção</b>	<p><i>Manter todas as áreas comprometidas protegidas com gaze alva e chumaço ou compressas estéreis, contidas com ataduras de crepom<sup>10</sup>.</i></p> <p>Orientar e realizar o posicionamento funcional, mantendo os segmentos corporais sempre afastados, preferencialmente em extensão e abdução<sup>18</sup>. Estimular, auxiliar e/ou realizar movimentação ativa e/ou passiva no leito a cada seis horas ou com intervalos de horários, conforme o quadro clínico<sup>12</sup>.</p>	<p>Posicionar as áreas e segmentos corporais queimados e avaliar a integridade das estruturas articulares envolvidas no movimento<sup>18</sup>. Estimular, auxiliar e/ou realizar movimentação ativa e/ou passiva no leito a cada seis horas ou com intervalos de horários, conforme o quadro clínico<sup>12</sup>.</p>	<p>Posicionar as áreas e segmentos corporais pós-enxertia, mantendo precauções quanto à confecção de órteses de posicionamento e malhas de compressão elástica, quando necessário<sup>18</sup>. Estimular, auxiliar e/ou realizar movimentação ativa e/ou passiva no leito a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico<sup>12</sup>.</p>
<b>Regulação</b>	<p><b>Térmica:</b> Verificar e controlar a temperatura corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. Administrar antitérmico conforme prescrição médica<sup>12</sup>. Evitar a exposição do paciente por tempo maior que o necessário<sup>1</sup>.</p> <p><b>Vascular:</b> Verificar e controlar a pressão arterial e a frequência cardíaca com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. Administrar anti-hipertensivo conforme prescrição médica<sup>12</sup>. Verificar e controlar a glicemia capilar com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. Administrar insulino-terapia por via intravenosa e/ou via subcutânea, conforme prescrição médica<sup>12</sup>.</p> <p><b>Hidroeletrolítica:</b> Avaliar, registrar e comunicar a presença de edema<sup>12</sup>. Manter o paciente no leito com a cabeça elevada (30 graus), com os membros superiores e inferiores queimados também elevados, evitando edema mais acentuado<sup>10</sup>. Verificar, avaliar, registrar e comunicar o balanço hídrico corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente<sup>12</sup>.</p>	<p><b>Térmica:</b> Verificar e controlar a temperatura corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. Administrar antitérmico conforme prescrição médica<sup>12</sup>. Evitar a exposição do corpo do paciente por tempo maior que o necessário<sup>1</sup>.</p> <p><b>Vascular:</b> Verificar e controlar a pressão arterial e a frequência cardíaca com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. Administrar anti-hipertensivo conforme prescrição médica<sup>12</sup>.</p> <p><b>Hormonal:</b> Verificar e controlar a glicemia capilar com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. Administrar insulino-terapia por via intravenosa e/ou via subcutânea, conforme prescrição médica<sup>12</sup>.</p> <p><b>Hidroeletrolítica:</b> Avaliar, registrar e comunicar a presença de edema<sup>12</sup>. Manter o paciente no leito com a cabeça elevada (30 graus), com os membros superiores e inferiores queimados também elevados, evitando um edema mais acentuado<sup>10</sup>. Verificar, avaliar, registrar e comunicar o balanço hídrico corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente<sup>12</sup>.</p>	<p><b>Térmica:</b> Verificar e controlar a temperatura corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. Administrar antitérmico conforme prescrição médica<sup>12</sup>. Evitar a exposição do corpo do paciente por tempo maior que o necessário<sup>1</sup>.</p> <p><b>Vascular:</b> Verificar e controlar a pressão arterial e a frequência cardíaca com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. Administrar anti-hipertensivo conforme prescrição médica<sup>12</sup>.</p> <p><b>Hormonal:</b> Verificar e controlar a glicemia capilar com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. Administrar insulino-terapia por via intravenosa e/ou via subcutânea, conforme prescrição médica<sup>12</sup>.</p> <p><b>Hidroeletrolítica:</b> Avaliar, registrar e comunicar a presença de edema. Verificar, avaliar, registrar e comunicar o balanço hídrico corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente<sup>12</sup>.</p>

**Guideline de ações de cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto do HU/UFSC.**

Necessidades Psicobiológicas	Fase Imediata	Fase Intermediária	Fase Tardia
<p><b>Percepção Dolorosa</b></p> <p><i>Administrar analgésicos conforme prescrição médica<sup>12</sup>.</i></p>	<p>Aplicar compressas frias ou mergulhar a área em água corrente clorada no paciente pequeno queimado, para alívio da dor inicial, reduzindo a formação do edema. Em <b>paciente médio e grande queimado</b>, aplicar compressas frias nas áreas lesionadas, se possível<sup>1</sup>. Dar preferência pela via oral para administrar analgésicos em paciente pequeno e médio queimado, seguida da via intravenosa. Administrar analgésicos ao <b>paciente grande queimado</b> somente por via intravenosa, em razão da má perfusão periférica, e após o início da reposição volêmica<sup>19</sup>.</p>	<p>Dar preferência pela via oral para administrar analgésicos em <b>paciente pequeno e médio queimado</b>, seguida da via intravenosa. Administrar analgésicos ao paciente grande queimado somente por via intravenosa, em razão da má perfusão periférica<sup>19</sup>. Verificar e avaliar a dor e/ou desconforto em repouso e principalmente antes da realização do curativo e manuseio do paciente consciente, conforme a utilização de uma escala de dor<sup>12</sup>. No paciente sob sedação verificar e avaliar fáceis de dor e/ou desconfortos, antes da realização do curativo e manuseio do corpo, conforme a utilização de uma escala de dor e/ou alterações dos sinais vitais e estado clínico<sup>12</sup>.</p>	<p>Dar preferência pela via oral para administrar analgésicos em <b>paciente pequeno e médio queimado</b>, seguida da intravenosa. Administrar analgésicos ao paciente grande queimado somente por via intravenosa, em razão da má perfusão periférica<sup>19</sup>. Verificar e avaliar a dor e/ou desconforto em repouso e principalmente antes da realização do curativo e manuseio do paciente consciente, conforme a utilização de uma escala de dor<sup>12</sup>. No paciente sob sedação verificar e avaliar fáceis de dor e/ou desconfortos, antes da realização do curativo e manuseio do corpo, conforme a utilização de uma escala de dor e/ou alterações dos sinais vitais e estado clínico<sup>12</sup>.</p>
<p><b>Terapêutica</b></p>	<p>Dar preferência para puncionar dois acessos venosos periféricos (cateteres flexíveis nº 18 (e/ou 20) nas primeiras horas de internação, em <b>paciente pequeno e médio queimado</b>, sempre que possível. Deve-se fazer a punção venosa em área de pele íntegra, na impossibilidade, puncionar em área de pele lesionada (queimadura de 1º grau) e realizar a fixação com sutura utilizando fio de náilon, sendo posteriormente ocluído à semelhança do restante das lesões. Providenciar para o <b>paciente grande queimado</b> dois acessos venosos, sendo um para drogas vasoativas (profundo) e para medida de pressão venosa central, e outro para hidratação rápida com soluções isotônicas, hipertônicas e hemoderivados<sup>1,10</sup>. Realizar a limpeza do curativo do acesso profundo com solução fisiológica 0,9%, solução de clorexidina alcoólica a 0,5% e cobrir com gaze estéril e/ou película<sup>20</sup>. Realizar a troca de curativo quando a cobertura estiver úmida, suja ou solta. Realizar a troca de curativo a cada 24 horas quando a cobertura for gaze estéril. Realizar a troca de curativo a cada cinco a sete dias quando a cobertura for a película transparente<sup>20</sup>.</p>	<p>Dar preferência para puncionar um acesso venoso periférico em <b>paciente pequeno queimado</b>, sempre que possível. Providenciar um acesso venoso profundo para o <b>paciente médio e grande queimado</b>. Este acesso venoso profundo deverá ser feito com um cateter em uma veia central (jugular ou subclávia), para: infusão de drogas vasoativas, medida de pressão venosa central e hidratação rápida com soluções isotônicas, hipertônicas e hemoderivados<sup>1,10</sup>. Realizar a limpeza do curativo do acesso profundo com solução fisiológica 0,9%, solução de clorexidina alcoólica a 0,5% e cobrir com gaze estéril e/ou película<sup>20</sup>. Realizar a troca de curativo quando a cobertura estiver úmida, suja ou solta. Realizar a troca de curativo a cada 24 horas quando a cobertura for gaze estéril. Realizar a troca de curativo a cada cinco a sete dias quando a cobertura for a película transparente<sup>20</sup>.</p>	<p>Dar preferência para o acesso venoso periférico em <b>paciente pequeno queimado</b>, sempre que possível. Providenciar um acesso venoso profundo para o <b>paciente médio e grande queimado</b>. Este acesso venoso profundo deverá ser feito com um cateter em uma veia central (jugular ou subclávia), para: infusão de drogas vasoativas, medida de pressão venosa central e hidratação rápida com soluções isotônicas, hipertônicas e hemoderivados<sup>1,10</sup>. Realizar a limpeza do curativo do acesso profundo com solução fisiológica 0,9%, solução de clorexidina alcoólica a 0,5% e cobrir com gaze estéril e/ou película<sup>20</sup>. Realizar a troca de curativo quando a cobertura estiver úmida, suja ou solta. Realizar a troca de curativo a cada 24 horas quando a cobertura for gaze estéril. Realizar a troca de curativo a cada cinco a sete dias quando a cobertura for a película transparente<sup>20</sup>.</p>



**Guideline de ações de cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto do HU/UFSC.**

Necessidades Psicossociais e Psicoespirituais	Fase Imediata	Fase Intermediária	Fase Tardia
<b>Comunicação e Aprendizagem</b>			
<i>Administrar analgésicos conforme prescrição médica</i> <sup>12</sup> .	Promover orientações sobre as rotinas do setor, limpeza das feridas. Preparar, junto com a equipe multiprofissional, o encaminhamento para alta e o acompanhamento ambulatorial <sup>12</sup> .	Promover orientações sobre as rotinas do setor, limpeza das feridas. Preparar, junto com a equipe multiprofissional, o encaminhamento para alta e o acompanhamento ambulatorial <sup>12</sup> .	Promover orientações sobre as rotinas do setor, limpeza das feridas. Preparar, junto com a equipe multiprofissional, o encaminhamento para alta e o acompanhamento ambulatorial <sup>12</sup> .
<b>Gregária</b>			
	Promover uma abordagem multidimensional que considere não apenas o paciente que sofreu o trauma, mas também sua família e a comunidade <sup>1</sup> . Repetir as informações quantas vezes for necessário aos familiares, pela existência da ansiedade, medo e/ou culpa <sup>1</sup> .	Promover uma abordagem multidimensional que considere não apenas o paciente que sofreu o trauma, mas também sua família e a comunidade <sup>1</sup> . Identificar o membro da família mais próximo, que possivelmente atuará como elo da equipe com os demais membros da família <sup>1</sup> .	Promover uma abordagem multidimensional que considere não apenas o paciente que sofreu o trauma, mas também sua família e a comunidade <sup>1</sup> . Identificar e orientar o membro da família mais próximo, que possivelmente atuará como cuidador após a alta hospitalar <sup>1</sup> .
<b>Religiosa e Ética</b>			
	Respeitar a crença e dispor para o paciente e familiar ajuda espiritual (visita de um padre ou pastor, oração de amigos) <sup>12</sup> .	Respeitar a crença e dispor para o paciente e familiar ajuda espiritual (visita de um padre ou pastor, oração de amigos) <sup>12</sup> .	Respeitar a crença e dispor para o paciente e familiar ajuda espiritual (visita de um padre ou pastor, oração de amigos) <sup>12</sup> .
<b>Ações Gerenciais</b>			
<b>Provisão de Estrutura</b>			
	Respeitar a crença e dispor para o Organizar a estrutura para o Centro de Tratamento de Queimados com: sala de recepção e espera; secretaria; copa; sanitários para pacientes ambulatoriais; sala para atendimento de urgência/emergência com: sanitário, chuveiro, tanque de inox e lavabo para a equipe de saúde; vestiário de enfermagem com sanitários e chuveiros separados por sexo; sala para conforto médico com sanitário; sala para conforto de enfermagem com sanitário; posto de enfermagem; sala de serviço; sala para guarda de material e equipamentos; sala de utilidades e expurgo; almoxarifado com armário chaveado para guarda de psicotrópicos; salas de cirurgia com lavabo e vestiário; quartos com no máximo dois leitos, lavabo para a equipe de saúde, sanitário e chuveiro; quarto individual com antessala, lavabo, sanitário e chuveiro; rouparia; sala para recreação, reunião, estudos e consultório médico <sup>1,21</sup> .	Respeitar a crença e dispor para o Organizar a estrutura para o Centro de Tratamento de Queimados com: sala de recepção e espera; secretaria; copa; sanitários para pacientes ambulatoriais; sala para atendimento de urgência/emergência com: sanitário, chuveiro, tanque de inox e lavabo para a equipe de saúde; vestiário de enfermagem com sanitários e chuveiros separados por sexo; sala para conforto médico com sanitário; sala para conforto de enfermagem com sanitário; posto de enfermagem; sala de serviço; sala para guarda de material e equipamentos; sala de utilidades e expurgo; almoxarifado com armário chaveado para guarda de psicotrópicos; salas de cirurgia com lavabo e vestiário; quartos com no máximo dois leitos, lavabo para a equipe de saúde, sanitário e chuveiro; quarto individual com antessala, lavabo, sanitário e chuveiro; rouparia; sala para recreação, reunião, estudos e consultório médico <sup>1,21</sup> .	Organizar a estrutura para o Centro de Tratamento de Queimados com: sala de recepção e espera; secretaria; copa; sanitários para pacientes ambulatoriais; sala para atendimento de urgência/emergência com: sanitário, chuveiro, tanque de inox e lavabo para a equipe de saúde; vestiário de enfermagem com sanitários e chuveiros separados por sexo; sala para conforto médico com sanitário; sala para conforto de enfermagem com sanitário; posto de enfermagem; sala de serviço; sala para guarda de material e equipamentos; sala de utilidades e expurgo; almoxarifado com armário chaveado para guarda de psicotrópicos; salas de cirurgia com lavabo e vestiário; quartos com no máximo dois leitos, lavabo para a equipe de saúde, sanitário e chuveiro; quarto individual com antessala, lavabo, sanitário e chuveiro; rouparia; sala para recreação, reunião, estudos e consultório médico <sup>1,21</sup> .

**Guideline de ações de cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto do HU/UFSC.**

Necessidades Psicossociais e Psicoespirituais	Fase Imediata	Fase Intermediária	Fase Tardia
<b>Provisão de Ambiente</b>	Reconhecer as normas, portarias e legislação específicas sobre a climatização do ambiente. Obedecer a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta os parâmetros sobre a implantação e funcionamento do sistema de tratamento de ar condicionado em unidades médico-assistenciais <sup>21</sup> . Prover a utilização de telas nas janelas <sup>12</sup> .	Reconhecer as normas, portarias e legislação específicas sobre a climatização do ambiente. Obedecer a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta os parâmetros sobre a implantação e funcionamento do sistema de tratamento de ar condicionado em unidades médico-assistenciais <sup>21</sup> . Prover a utilização de telas nas janelas <sup>12</sup> .	Reconhecer as normas, portarias e legislação específicas sobre a climatização do ambiente. Obedecer a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta os parâmetros sobre a implantação e funcionamento do sistema de tratamento de ar condicionado em unidades médico-assistenciais <sup>21</sup> . Prover a utilização de telas nas janelas <sup>12</sup> .
<b>Isolamento</b>	Padronizar o isolamento de acordo com a classificação da queimadura: pequeno, médio e grande queimadura em consonância com a comissão de infecção hospitalar <sup>20</sup> .	Padronizar o isolamento de acordo com a classificação da queimadura: pequeno, médio e grande queimadura em consonância com a comissão de infecção hospitalar <sup>20</sup> .	Padronizar o isolamento de acordo com a classificação da queimadura: pequeno, médio e grande queimadura em consonância com a comissão de infecção hospitalar <sup>20</sup> .
<b>Escala de Enfermagem</b>	Determinar um enfermeiro, por turno de trabalho, exclusivo da unidade de internação de queimados, para cada seis leitos. Um técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, nos turnos da manhã e tarde, na unidade de queimados, e um técnico de enfermagem para cada quatro leitos ou fração, no turno da noite, na unidade de queimados <sup>1</sup> . Atender a Resolução 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, que determina o dimensionamento de pessoal <sup>22</sup> .	Determinar um enfermeiro, por turno de trabalho, exclusivo da unidade de internação de queimados, para cada seis leitos. Um técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, nos turnos da manhã e tarde, na unidade de queimados, e um técnico de enfermagem para cada quatro leitos ou fração, no turno da noite, na unidade de queimados <sup>1</sup> . Atender a Resolução 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, que determina o dimensionamento de pessoal <sup>22</sup> .	Determinar um enfermeiro, por turno de trabalho, exclusivo da unidade de internação de queimados, para cada seis leitos. Um técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, nos turnos da manhã e tarde, na unidade de queimados, e um técnico de enfermagem para cada quatro leitos ou fração, no turno da noite, na unidade de queimados <sup>1</sup> . Atender a Resolução 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, que determina o dimensionamento de pessoal <sup>22</sup> .
<b>Equipe de Enfermagem</b>	Manter as informações atualizadas com a equipe para permitir atendimento único, não havendo discrepâncias em relação ao cuidado <sup>12</sup> . Determinar uma ação de cuidado de enfermagem que resulte em um processo de pensamento crítico fundamentada em evidências científicas atuais <sup>1</sup> .	Manter as informações atualizadas com a equipe para permitir atendimento único, não havendo discrepâncias em relação ao cuidado <sup>12</sup> . Determinar uma ação de cuidado de enfermagem que resulte em um processo de pensamento crítico fundamentada em evidências científicas atuais <sup>1</sup> .	Manter as informações atualizadas com a equipe para permitir atendimento único, não havendo discrepâncias em relação ao cuidado <sup>12</sup> . Determinar uma ação de cuidado de enfermagem que resulte em um processo de pensamento crítico fundamentada em evidências científicas atuais <sup>1</sup> .

**Guideline de ações de cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto do HU/UFSC.**

Necessidades Psicossociais e Psicoespirituais	Fase Imediata	Fase Intermediária	Fase Tardia
<b>Equipe Multiprofissional</b>			
	Determinar, no mínimo, uma reunião semanal com a equipe envolvida e 50 horas de capacitação para incentivo ao crescimento pessoal e profissional <sup>1</sup> . Recomendar que o atendimento na fase imediata (ações que ocorrem nas primeiras horas da queimadura até o 1º desbridamento da pele) seja realizado por uma equipe multidisciplinar especializada <sup>12</sup> .	Determinar, no mínimo, uma reunião semanal com a equipe envolvida e 50 horas de capacitação para incentivo ao crescimento pessoal e profissional <sup>1</sup> . Recomendar que o atendimento na fase intermediária (ações que iniciam após o 1º desbridamento até a enxertia da pele) seja realizado por uma equipe multidisciplinar especializada <sup>12</sup> .	Determinar, no mínimo, uma reunião semanal com a equipe envolvida e 50 horas de capacitação para incentivo ao crescimento pessoal e profissional <sup>1</sup> . Recomendar que o atendimento na fase tardia (ações que iniciam após a enxertia até a regeneração total da pele) seja realizado por uma equipe multidisciplinar especializada <sup>12</sup> .

Fonte: Informações compiladas pelas autoras, Florianópolis, 2014.

**REFERÊNCIAS**

- Lima Júnior EM, Novaes FN, Piccolo NS, Serra MCVF. Tratado de queimaduras no paciente agudo. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2008.
- Santiago MA. Guidelines e Protocolos clínicos. Anais do VIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. Natal, 2002. [acesso 18 Fev 2016]. Disponível em: [http://www.avesta.com.br/tutorial/t10\\_1.pdf](http://www.avesta.com.br/tutorial/t10_1.pdf)
- Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1979.
- Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: Insular; 2004.
- Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 669p.
- Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Searching for the Evidence: Strategies to help you conduct a successful search. Am J Nurs. 2010;110(5):41-7. [acesso 18 Fev 2016]. Disponível em: [http://www.nursingcenter.com/nursingcenter\\_redesign/media/ebp/ajseries/searching.pdf](http://www.nursingcenter.com/nursingcenter_redesign/media/ebp/ajseries/searching.pdf)
- Rodríguez Salazar OR, Fuentes Diaz Z. Protocolización de la atención al paciente con quemaduras eléctricas en las primeras 24 horas. AMC. 2011;15(3):477-86.
- Clark DE, Lowman JD, Griffin RL, Matthews HM, Reiff DA. Effectiveness of an early mobilization protocol in a trauma and burns intensive care unit: a retrospective cohort study. Phys Ther. 2013;93(2):186-96.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1273 de 21 de novembro de 2000. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. Brasília, 2000 [acesso 18 Fev 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt1273\\_21\\_11\\_2000.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt1273_21_11_2000.html)
- Guimarães Júnior LM. Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2006.
- Rossi LA, Dalri MCB. Atendimento de enfermagem. Lima Júnior EM, Novaes FN, Piccolo NS, Serra MCVF. Tratado de queimaduras no paciente agudo. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2008. p.201-221.
- Enfermeiros do HU-UFSC. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Entrevistas e discussões em grupos. Florianópolis: Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina; 2012/13.
- Sacramento TAL. Suporte nutricional. In: Guimarães Júnior LM. Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2006. p.45-48.
- Zaros AR. Terapia nutricional no grande queimado. In: Lima Júnior EM, Novaes FN, Piccolo NS, Serra MCVF. Tratado de queimaduras no paciente agudo. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2008. p.319-23.
- Gomes DR, Serra MC, Guimarães Júnior LM. Condutas atuais em queimaduras. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Infecções do trato respiratório: orientações para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Outubro de 2009 [acesso 18 Fev 2016]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/control/manual\\_%20trato\\_respirat%F3rio.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/control/manual_%20trato_respirat%F3rio.pdf)
- Rogenski NMB, Kurcgant P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. Rev Lat Am Enferm. 2012;20(2):333-9.
- Raymundo NT. Terapia ocupacional. In: Guimarães Júnior LM. Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2006. p.225-34.
- Nazário NO, Leonardi DF. Queimaduras: atendimento pré-hospitalar. Florianópolis: Unisul; 2012.
- HU/UFSC. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Guia básico de precauções, isolamento e medidas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Florianópolis; 2012/2013 [acesso 18 Fev 2016]. Disponível em: [http://www.hu.ufsc.br/setores/ccih/wp-content/uploads/sites/16/2014/11/manual\\_isolamento\\_2012-13.pdf](http://www.hu.ufsc.br/setores/ccih/wp-content/uploads/sites/16/2014/11/manual_isolamento_2012-13.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Resolução Nº 50/02. [acesso 24 Fev 2014]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050\\_21\\_02\\_2002](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002)
- Vituri DW, Lima SM, Kuwabara CCT, Gil RB, Évora YDM. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. Texto Contexto Enferm. 2011;20(30):547-56.

**TITULAÇÃO DOS AUTORES**

**Fabiana Minati de Pinho** - Enfermeira. Mestre do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Membro do Grupo de pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE), Florianópolis, SC, Brasil.  
**Lúcia Nazareth Amante** - Doutora. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da UFSC no curso de graduação em Enfermagem, no Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem. Membro do Grupo de apoio a Pessoa Ostromizada (GAO), Florianópolis, SC, Brasil.  
**Nádia Chiodelli Salum** - Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade. Docente do Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem. Coordenadora do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem HU/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.  
**Renata da Silva** - Enfermeira. Mestre do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Uberlândia. Membro do Grupo de pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE), Florianópolis, SC, Brasil.  
**Tatiana Martins** - Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Apoio à Pessoa Ostromizada (GAO/UFSC, Florianópolis, SC, Brasil).

**Correspondência:** Fabiana Minati de Pinho  
 Rua das Camélias, 451 - Pedra Branca – Palhoça, SC, Brasil – CEP: 88137-420  
 E-mail: fabiminati@yahoo.com.br

**Artigo recebido:** 19/4/2016 • **Artigo aceito:** 10/6/2016

**Local de realização do trabalho:** Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.