

# Atuação da equipe multiprofissional no atendimento de um grande queimado: Um relato de caso

*The multiprofessional team's performance in serving a large burn: a case report*

*El desempeño del equipo multiprofesional en el servicio de una gran quemadura: un reporte de caso*

Alexsandra Martins da Silva, Maria Elena Echevarría Guanilo, Yeo Jim Kinoshita Moon, Pollyana Thays Lameira da Costa, Tayla Siqueira Ruy, Gina Vieira Velho, Fabiana Minati de Pinho

## RESUMO

**Objetivo:** Discorrer sobre a atuação multiprofissional no atendimento a um paciente grande queimado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geral.

**Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 27 anos, com história de asma, obesidade. Vítima de queimadura por álcool, autoinfligida (tentativa de suicídio), apresentando queimaduras de 2° e 3° graus em 65% da superfície corporal, tendo sido atingidas as regiões: cervical, torácica e abdominal, em membros superiores e inferiores, face e vias aéreas. **Considerações Finais:** Foram muitos os desafios enfrentados durante essa internação, destacando-se as dificuldades de manejar um paciente grande queimado em uma UTI geral. Espera-se que esse caso represente um estímulo para a realização de novas pesquisas no sentido de repensar, modificar, aprimorar e instrumentalizar a equipe multiprofissional em relação ao cuidado ao paciente queimado.

**DESCRITORES:** Queimaduras. Equipe de Assistência ao Paciente. Unidades de Terapia Intensiva.

## ABSTRACT

**Objective:** To discuss the multidisciplinary work in the care of a large burned patient in a general Intensive Care Unit (ICU). **Case Report:** Female patient, 27 years old, with history of asthma, obesity. Self-inflicted alcohol burn victim (attempted suicide), with burns of 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> degrees on 65% of the body surface, having been affected: cervical, thoracic and abdominal regions, upper and lower limbs, face and pathways aerial. **Final Considerations:** There were many challenges faced during this hospitalization, highlighting the difficulties of managing a large burned patient in a general ICU. This case is expected to represent a stimulus for further research in the sense of rethinking, modifying, improving and equipping the multiprofessional team in relation to the care for burned patients.

**KEYWORDS:** Burns. Patient Care Team. Intensive Care Units.

## RESUMEN

**Objetivo:** Discutir el papel multidisciplinario en la atención de un gran quemado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) general. **Reporte de Caso:** Paciente de sexo femenino, 27 años, con antecedente de asma, obesidad. Víctima autoinfligida por quemaduras por alcohol (intento de suicidio), con quemaduras de 2° y 3° grado en el 65% de la superficie corporal, habiendo sido afectadas: regiones cervical, torácica y abdominal, en miembros superiores e inferiores, cara y vias aéreas. **Consideraciones Finales:** Hubo muchos desafíos enfrentados durante esta hospitalización, destacando las dificultades de manejar a un paciente con quemaduras grandes en una UCI general. Se espera que este caso represente un estímulo para futuras investigaciones en el sentido de repensar, modificar, mejorar y equipar al equipo multiprofesional en relación a la atención al paciente quemado.

**PALABRAS CLAVE:** Quemaduras. Unidades de Cuidados Intensivos. Grupo de Atención al Paciente.

## INTRODUÇÃO

A lesão por queimadura é um trauma caracterizado por graves danos à pele e aos tecidos moles, geralmente por consequência da aplicação de energia térmica<sup>1</sup>. Sua importância decorre não só da frequência com que ocorre, mas principalmente pela sua capacidade de provocar sequelas funcionais, estéticas e psicológicas, além da grande taxa de mortalidade que acarreta<sup>2,3</sup>. As queimaduras podem ser classificadas em acidentais e intencionais, sendo estas por agressão (homicídio, violência infantil, vingança), e aquelas autoinfligidas (automutilação mínima até o suicídio)<sup>4</sup>.

As queimaduras são um problema de saúde pública global, sendo responsáveis por cerca de 180.000 mortes anualmente, com maior ocorrência em países de baixa e média renda e quase dois terços nas regiões da África, Ásia e América Latina<sup>3</sup>. No Brasil, cerca de 1 milhão de indivíduos sofrem alguma queimadura anualmente<sup>5</sup>.

A Rede de Atendimento às Urgências e Emergências (RUE) conta com a linha de Cuidado ao Trauma, que objetiva proporcionar cuidado contínuo e integral dos serviços, promovendo saúde, garantindo direcionamento conforme necessidade do cuidado dentro dos componentes da Rede<sup>6</sup>. Entretanto, a carência de leitos especializados faz com que pacientes com lesões de maior gravidade busquem auxílio nas emergências hospitalares não especializadas devido à necessidade de atendimento imediato e resolutivo, apesar de não contarem com uma organização de cuidado voltada para o atendimento ao grande e médio queimado<sup>5</sup>.

A profundidade da queimadura é importante de ser observada desde a primeira avaliação do paciente, pois é uma das características que definem a indicação para o encaminhamento a um centro de queimados devido aos cuidados adicionais necessários. As queimaduras de primeiro grau, como as queimaduras de sol, envolvem apenas a epiderme e são secas, dolorosas e não formam bolhas.

As queimaduras de segundo grau podem ser divididas em lesões superficiais e profundas. A diferença entre as duas pode ser sutil durante a avaliação inicial. Todas as queimaduras de espessura superficial são dolorosas e úmidas e podem apresentar bolhas. No entanto, feridas superficiais apresentam líquido claro nas bolhas, e feridas mais profundas podem apresentar líquido com sangue com apresentação tardia. As feridas superficiais também empalidecem à pressão, ao contrário das feridas mais profundas.

As queimaduras de terceiro grau envolvem a epiderme, derme e os tecidos subcutâneos. Essas feridas podem parecer pretas, brancas ou coriáceas e não empalidecem ao toque, nem são sensíveis e/ou dolorosas<sup>7</sup>.

Qualquer paciente com queimadura superior a 25% de Superfície Corporal Queimada (SCQ) (20% em crianças) ou 10% de espessura total ou que envolva olhos, ouvidos, lesões no rosto, perineo, queimaduras elétricas ou inalatórias, ocorridas com fraturas ou outras lesões graves ou em pacientes em risco devido à idade ou doença concomitante deve ser hospitalizado em unidades especializadas<sup>8</sup>.

Nos últimos anos o conhecimento na área e as técnicas cirúrgicas para tratamento de queimados evoluíram muito, permitindo um aumento significativo da sobrevivência destes pacientes. Em paralelo, é reconhecida a necessidade de abordagens sob uma ótica

multidisciplinar, as quais têm como atribuição e responsabilidade de abarcar as diferentes áreas comprometidas, buscando a reabilitação do paciente<sup>9</sup>.

A atuação da equipe multiprofissional é crucial, pois o cuidado a pacientes queimados engloba processos específicos para alcançar melhores indicadores de morbidade e mortalidade da fase aguda à reabilitação, condição que demanda um plano estratégico com incorporação de tecnologias no âmbito do cuidado. Demarca-se que o termo tecnologia remete à complexidade de articular um conjunto de habilidades com técnicas, equipamentos, insumos, processos estruturados de acolhimento, gestão do cuidado, comunicação e experiência translacional, buscando oferta de serviço com qualidade e segurança<sup>2</sup>.

O objetivo deste trabalho é discorrer sobre a atuação multiprofissional no atendimento a um paciente grande queimado em uma unidade de terapia intensiva geral.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 27 anos, com história de asma, obesidade, vítima de queimadura por álcool, autoinfligida (tentativa de suicídio). Foi inicialmente atendida pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e encaminhada ao serviço de emergência sob Ventilação Mecânica (VM), devido a queimaduras de 2° e 3° graus, em 65% da superfície corporal, tendo sido atingidas as regiões: cervical, torácica e abdominal, membros superiores e inferiores, face e vias aéreas.

Na admissão, foi puncionado um acesso venoso central e solicitado leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), antes da realização do desbridamento no centro cirúrgico. Na chegada à UTI, paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica e respiratória, apesar da reposição volêmica de acordo com a fórmula de Parkland e infusão de droga vasoativa. Apresentou alteração respiratória, com assincronia na VM, não tolerando desmame ventilatório.

Evoluiu com disfunção renal múltiplas vezes. Ainda, foram realizados vários procedimentos invasivos, cirúrgicos e curativos diários. No entanto, durante toda a internação, a paciente apresentou várias intercorrências, como instabilidade hemodinâmica, diarreia, distensão abdominal e hiperglicemia. Paralelamente, apresentou várias infecções recorrentes com diferentes focos: urinário, pulmonar, pele e corrente sanguínea.

Durante a internação, desenvolveu bactérias multirresistentes, com cultura de pele apresentando *Acinetobacter baumannii* e *Serratia marcescens* resistentes a todos os antibióticos, e cultura de secreção traqueal apresentando *Haemophilus influenzae* sensível somente a levofloxacino e a sulfametoxazol + trimetoprim. Totalizaram-se 67 dias de internação em UTI.

Nas últimas semanas de internação a paciente apresentou piora clínica e infecções com bactérias multirresistentes a todos os antibióticos disponíveis na instituição, sendo desenvolvido um protocolo com ácido acético tópico pela equipe multiprofissional, envolvendo a enfermagem, farmácia e a medicina, tendo como objetivo controlar o possível foco cutâneo.

Essa aplicação foi realizada nas trocas do curativo com uma compressa embebida com ácido acético 0,5% nas lesões por 30 minutos, e após esse tempo foi lavado com água destilada para retirar

todo o ácido acético residual e aplicada sulfadiazina com prata 10% em seguida. Infelizmente, a paciente foi a óbito no terceiro dia do tratamento com ácido acético, portanto, não foi possível determinar se o tratamento estava sendo eficaz.

A pessoa atendida faleceu após 67 dias de internação na UTI. Esse acontecimento foi marcante e impulsionador para mudanças na unidade, aprimoramento da prática, das rotinas, com melhora

da discussão dos casos e inclusão ativa dos membros da equipe de comissão de curativos da unidade.

Durante a permanência na UTI geral, foram desenvolvidos cuidados a partir de uma equipe multiprofissional formada pela medicina intensiva, infectologia, cirurgia plástica, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, nutricionista e odontologia (Figura 1).

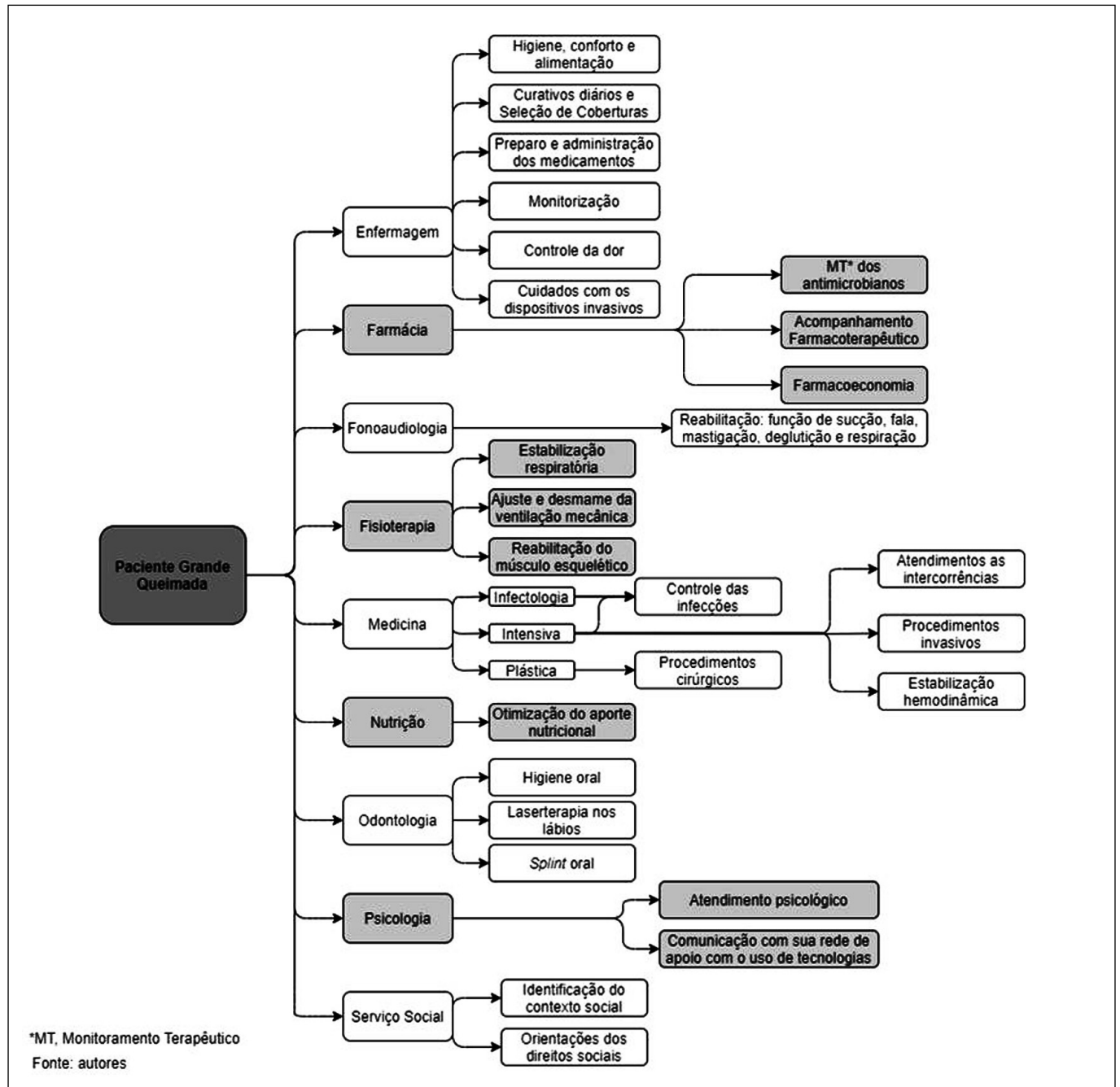


Figura 1 - Diagrama sobre os objetivos da atuação da equipe multiprofissional no atendimento ao grande queimado. MT=monitoramento terapêutico  
Fonte: autores

## DISCUSSÃO

A atuação da equipe multiprofissional, nesse caso, envolveu os cuidados da enfermagem, fisioterapia, odontologia, medicina intensiva, equipe da plástica, infectologia, nutrição, psicologia, serviço social, fonoaudiologia e farmácia. A assistência multiprofissional ao grande queimado é complexa e constitui-se como determinante fundamental no êxito do tratamento, contribuindo decisivamente para a redução da morbidade e da mortalidade<sup>9</sup>.

Nos grandes queimados, o hipermetabolismo estimula o aumento das necessidades calóricas e proteicas. O suporte nutricional e metabólico precoce atenua a sepse, diminui o risco de complicações, minimiza a resposta metabólica ao trauma e suas consequências, como perda de peso, além de estimular os mecanismos de defesa e o processo cicatricial<sup>10</sup>.

A fisiopatologia do grande queimado influencia na cinética dos medicamentos, logo, os processos de absorção, distribuição, biotransformação e eliminação podem estar alterados e comprometer a farmacoterapia, necessitando de ajuste de dose, posologia e/ou tempo de infusão<sup>1</sup>.

A terapia desses pacientes é complexa e utiliza-se de várias classes de medicamentos, entretanto, um efeito terapêutico fora do esperado é mais crítico para os antimicrobianos, uma vez que a infecção não controlada aumenta a morbimortalidade<sup>1,11</sup>. Portanto, a escolha do regime terapêutico deve ser individualizada e discutida entre a equipe de forma a abranger as alterações da farmacocinética, o estado clínico do paciente e as variáveis pessoais como idade, peso e as características da lesão<sup>1</sup>.

Os enfermeiros representam o maior segmento disciplinar individual da equipe de queimados, fornecendo cuidados coordenados e contínuos ao paciente. São responsáveis pelo gerenciamento técnico do tratamento físico 24 horas do paciente e pelo controle do meio terapêutico que permite ao paciente se recuperar, além de fornecerem suporte emocional para o paciente e sua família. A equipe de enfermagem, geralmente, é a primeira a identificar as mudanças na condição do paciente e iniciar intervenções terapêuticas<sup>12</sup>.

Mesmo sob condições mais estéreis e apesar do cuidado metuculoso na manipulação dos curativos, a flora microbiana do próprio paciente coloniza rapidamente e invade o tecido queimado não perfundido, estimulando uma resposta inflamatória local e sistêmica, servindo como meio de crescimento para patógenos e retardando a cicatrização de feridas.

Além disso, as feridas abertas perdem calor e fluidos, contribuindo para o estado hiperdinâmico e hipermetabólico do paciente. Assim, os principais objetivos do tratamento cirúrgico do paciente queimado são a remoção do tecido desvitalizado e a substituição por tecido viável, para que a imunidade nativa seja res-

taurada, reduzindo o tempo de inflamação e o risco de infecção da ferida<sup>13</sup>.

A resistência microbiana é um problema de saúde pública e devem ser tomadas iniciativas para evitá-la e controlá-la a partir do uso racional de antimicrobianos. Ao contrário do surgimento de mecanismos de resistência, o desenvolvimento de novas tecnologias é um processo lento.

Em decorrência dessa situação, antigos métodos estão voltando para prática clínica a fim de combater esses micro-organismos. Um deles é o uso do ácido acético (vinagre), que foi utilizado nos últimos 6.000 anos para diversas infecções e tem demonstrado eficácia na eliminação das bactérias multirresistentes e seus biofilmes<sup>11</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos fatos mencionados, foram muitos os desafios enfrentados durante essa internação, destacando-se as dificuldades de manejar um paciente grande queimado em uma UTI geral, que não teve um treinamento específico para o atendimento a grandes queimados.

São necessárias novas pesquisas neste campo de conhecimento, principalmente para adequar e avaliar a eficácia e segurança no cuidado a estes pacientes, visto que há uma carência de publicações nessa área. Sugere-se também que instituições que já tenham protocolos e *guidelines* de cuidados, compartilhem suas experiências como forma de aprendizagem para outros profissionais que atuam no cuidado ao paciente queimado adulto, a fim de que se garanta a redução das sequelas físicas e psicológicas, permitindo uma maior segurança em relação ao cuidado.

Espera-se também que a experiência vivenciada pela equipe multiprofissional represente um estímulo para a realização de novas pesquisas no sentido de repensar, modificar, aprimorar e instrumentalizar a equipe multiprofissional em relação ao cuidado ao paciente queimado.

## REFERÊNCIAS

1. Udy AA, Roberts JA, Lipman J, Blot S. The effects of major burn related pathophysiological changes on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of drug use: An appraisal utilizing antibiotics. *Adv Drug Deliv Rev.* 2018;123:65-74.
2. Silva JAC, Lima AVM, Borborema CLP, Cunha LM, Martins MM. Perfil de acometimento cutâneo de idosos atendidos em um centro de tratamento de queimados. *Rev Bras Queimaduras.* 2016;15(3):131-6.
3. World Health Organization (WHO). Burns. Geneva: WHO; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>
4. Mireski R, Talizin TB, Moya PS, Favoreto JPM, Peras PR, Gasparine AVCS, et al. Queimaduras por tentativa de suicídio e homicídio e a sua associação com o prognóstico. *Rev Bras Queimaduras.* 2016;15(2):87-91.
5. Souza MT, Nogueira MC, Campos EMS. Fluxos assistenciais de médios e grandes queimados nas regiões e redes de atenção à saúde de Minas Gerais. *Cad Saúde Colet.* 2018;26(3):327-35.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2010.
7. Voigt CD, Celis M, Voigt DW. Care of Outpatient Burns. In: Herndon DN, ed. Total Burn Care. 5th ed. London: Elsevier; 2018.
8. Young AW, Dewey WS, King BT. Rehabilitation of Burn Injuries: An Update. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2019;30(1):111-32.
9. Faroni N, Coria RF, Tonegusso J, Barros LV, Levy R, Taljame ML. Manejo interdisciplinar de pacientes queimados. Pilar fundamental para la reducción de secuelas funcionales. Rev Med Rosario. 2018;84(1):26-9.
10. Mariuzza SE, Machado L, Schwengber VP, Gonçalves JS. Terapia nutricional na recuperação de pacientes com queimaduras graves. Rev Destaq Acad. 2020;12(3):318-28.
11. Halstead FD, Rauf M, Moiemens NS, Bamford A, Wearn CM, Fraise AP, et al. The Antibacterial Activity of Acetic Acid against Biofilm-Producing Pathogens of Relevance to Burns Patients. PLoS One. 2015;10(9):e0136190.
12. Cambiaso-Daniel J, Suman OE, Jaco M, Benjamin DA, Herndon DN. Teamwork for total burn care: burn centers and multidisciplinary burn teams. In: Herndon DN, ed. Total Burn Care. 5th ed. London: Elsevier; 2018. p. 8-13e1.
13. Lee RC, Teven CM. Acute management of burn and electrical trauma. In: Song DH, Neligan PC, eds. Plastic Surgery: Volume 4: Lower Extremity, Trunk, and Burns. 4th ed. London: Elsevier; 2018. p. 392-423.e2.

#### AFILIAÇÃO DOS AUTORES

**Alexandra Martins da Silva** - Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Unidade de Terapia Intensiva, Florianópolis, SC, Brasil.

**Maria Elena Echevarría Guanilo** - Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

**Yeo Jim Kinoshita Moon** - Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Unidade de Terapia Intensiva, Florianópolis, SC, Brasil.

**Pollyana Thays Lameira da Costa** - Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

**Tayla Siqueira Ruy** - Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Unidade de Terapia Intensiva, Florianópolis, SC, Brasil.

**Gina Vieira Velho** - Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Unidade de Terapia Intensiva, Florianópolis, SC, Brasil.

**Fabiana Minati de Pinho** - Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Unidade de Terapia Intensiva, Florianópolis, SC, Brasil.

**Correspondência:** Alexandra Martins da Silva

Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

Rua Profª. Maria Flora Pausewang, s/n – Trindade – Florianópolis, SC, Brasil – CEP: 88036-800 – E-mail: alexsandrams.enf@gmail.com

**Artigo recebido:** 12/7/2021 • **Artigo aceito:** 14/6/2022

**Local de realização do trabalho:** Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, SC, Brasil.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram não haver.