

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

RAFAELA BATISTA DOS SANTOS

**RECONHECENDO OS AGRAVOS TRAUMÁTICOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
NO ATENDIMENTO À VÍTIMA COM QUEIMADURA: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

RAFAELA BATISTA DOS SANTOS

**RECONHECENDO OS AGRAVOS TRAUMÁTICOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
NO ATENDIMENTO À VÍTIMA COM QUEIMADURA: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Eliana Cavalari Teraoka

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **RECONHECENDO OS AGRAVOS TRAUMÁTICOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ATENDIMENTO À VÍTIMA COM QUEIMADURA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA** de autoria do aluno **RAFAELA BATISTA DOS SANTOS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

Profa. Ms. Eliana Cavalari Teraoka
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, pois é o meu refúgio e minha fortaleza, e se faz presente na minha vida me proporcionando novas conquistas. E a minha abençoada família que é um presente de Deus em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço este trabalho a minha família, que sempre me deu muita força para lutar pelos meus objetivos.

Ao meu noivo por estar sempre presente na minha vida, principalmente nos momentos mais difíceis me apoiando e incentivando.

E a todos os amigos que considero minha segunda família, o meu muito obrigado.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1 JUSTIFICATIVA.....	10
1.2 OBJETIVOS.....	11
1.2.1 Geral.....	11
1.2.2 Específico.....	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3 MÉTODO.....	18
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	21

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Regra dos Nove.....	13
---------------------------------------	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação das Queimaduras.....	12
Quadro 2 - Extensão da Queimadura.....	12
Quadro 3 - Classificação quanto à gravidade.....	14
Quadro 4 - Avaliação Primária.....	15
Quadro 5 - Fase Aguda – Agressão – até 48 horas após o acidente.....	17

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de mostrar a importância de se reconhecer os agravos traumáticos em urgência e emergência no atendimento à vítima com queimadura, onde as queimaduras são lesões no tecido do revestimento do corpo, causadas por agentes térmicos, químicos, radioativos ou elétricos, podendo destruir total ou parcialmente a pele e seus anexos, e até atingir camadas mais profundas como os músculos, tendões e ossos. Diante dessas evidências, é recomendado a estes indivíduos de risco acometidos por queimaduras extensas que sofreram danos corporais e emocionais importantes, que o medo da morte, o sofrimento advindo da dor, a separação de familiares, as alterações do corpo provocam estranhamento ao próprio paciente e às pessoas ao seu redor, favorecendo o isolamento social, dificultando na retomada de seu cotidiano anterior ao trauma térmico, papéis sociais e desempenho ocupacional. O trabalho desenvolvido trata-se de um estudo exploratório, realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica, a partir da consulta de materiais já elaborados, constituídos de livros e artigos científicos, a busca bibliográfica realizou-se no período de 2004 a 2014. Onde a coleta de dados seguiu a seguinte premissa de leitura exploratória, leitura seletiva e por fim os registros das informações extraídas a partir do referencial teórico relativo à temática do estudo. Assim, observa-se que tanto os aspectos relacionados com os eventos que levaram à queimadura, quanto à história clínica do paciente são de grande importância para avaliação da gravidade de uma queimadura.

Palavras Chave: Queimaduras; Urgência e Emergência; Atendimento.

1 INTRODUÇÃO

As queimaduras são lesões no tecido do revestimento do corpo, que podem ser causadas por agentes térmicos, químicos, radioativos ou elétricos, podem destruir parcial ou totalmente a pele e seus anexos, e até atingir as camadas mais profundas, como os músculos, tendões e ossos (SERRA, 2004).

Atender ao cliente queimado, mais de que uma condição de emergência é um desafio às habilidades da equipe de saúde. Há varias razões para justificar tal afirmação. Entre elas a diferença e a variabilidade de conduta em cada situação de queimadura, o despreparo das equipes para o atendimento aos clientes e para enfrentar situações das mais diversas complexidades, a sutileza, a profundidade e a honestidade do sofrimento humano pela desfiguração e/ou mutilação (PAZOS, 2011).

Segundo Guyton e Hall (2011), a pele e seus diversos apêndices (fâneros), incluindo os pêlos, as unhas, as glândulas e várias outras estruturas cobrem, acolchoam e protegem os tecidos e os órgãos do corpo e, em geral, formam o limite entre o meio interno do corpo e o mundo externo. O sistema integumentar é também importante na regulação da temperatura corporal e na excreção das escórias, criando a interface sensorial entre o corpo e seu ambiente externo. A pele, em geral, representa cerca de 12% a 15% do peso corporal.

Durante uma queimadura, na fase inicial aguda, ocorrem alterações fisiológicas, que são: hipoperfusão tecidual e hipofunção orgânica. Os processos fisiopatológicos na fase aguda da queimadura envolvem mecanismos cardiovasculares, hidroeletrolíticos, volume sanguíneo e mecanismos pulmonares. A ocorrência dessas alterações depende da proporção e da extensão da área queimada. As queimaduras que não excedem 25% da área corporal queimada total produzem uma resposta principal local, enquanto as queimaduras que superam 25% da área corporal queimada podem gerar uma resposta local e sistêmica, o que é considerado uma queimadura importante (SMELTZER; BARE, 2002).

Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras, no Brasil acontecem um milhão de casos de queimadura a cada ano: 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização. No Brasil, um estudo mostra que 50% dos casos envolveram crianças e que a queimadura com álcool foi responsável por 40% dos acidentes com crianças de 7 a 11 anos, o grupo

mais atingido entre os clientes pediátricos (SMAPAIO; RIVITTE, 2006). De modo geral, para cada 100 doentes queimados, 3 morrem em decorrência das queimaduras.

Pessoas vítimas de queimaduras devem exigir assistência intensiva e qualificada de enfermagem em virtude das lesões e sequelas decorrentes do evento. Além da etiologia do agravo, a quantidade tissular perdida provocada diretamente pela queimadura, o período evolutivo, o estado metabólico do cliente, suas condições fisiológicas, o potencial de infecção e o enfoque psicológico vão interagir, causando impacto sobre o estado clínico, e, portanto, devem ser analisados primariamente (PAZOS, 2011).

1.1 JUSTIFICATIVA

Trata de um estudo de reconhecer os agravos traumáticos em urgência e emergência no atendimento à vítima com queimadura, na linha de cuidados de enfermagem, a partir de pesquisas relativas à temática do estudo.

Para que se possa demonstrar a eficiência no atendimento ao cliente vítima de queimaduras inserimos através da revisão bibliográfica, o envolvimento ágil e uma série de elementos que contribuem para este processo, pautado no conhecimento científico.

Diante do exposto, existem evidências e recomendações das quais a eficácia e eficiência do atendimento à vítima de queimadura, reduz assim, chances de morte precoce e controle de outras doenças associadas.

Portanto, o processo do mecanismo que a queimadura exerce no organismo, representa alguns desafios, começando após a interrupção no processo queimadura, de se proceder-se ao atendimento primário segundo o A, B, C, D e E, e a avaliação secundária, como em outros tipos de traumas.

Este estudo destina aos profissionais enfermeiros, por entender que, pode contribuir na qualidade do atendimento à vítima de queimadura aprimorando seus conhecimentos a respeito da temática abordada, tendo em vista o alcance do objetivo maior com este cliente é de aliviar a dor, prevenir agravos e sequelas emocionais.

A importância deste estudo é identificar a magnitude e alterações fisiológicas, planejando desta forma ações de saúde para um atendimento seguro que requer tratamento prolongado.

A relevância científica deste estudo se deve ao fato de direcionar qualidade de vida com o intuito de evitar sequelas físicas e psicológicas, garantindo a cobertura das necessidades diárias de saúde, construindo desta maneira um viver saudável, o que consolida uma assistência de enfermagem ao alcance de todos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 GERAL

- Demonstrar a importância de reconhecer os agravos traumáticos no atendimento as vítimas com queimadura.

1.2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os diferentes graus, extensão e gravidade das queimaduras.
- Apresentar a relevância da avaliação da queimadura, no atendimento ao queimado.
- Elencar os principais problemas que expõem o cliente a instabilidade de sinais vitais e risco de morte.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As queimaduras são lesões no tecido do revestimento do corpo, causadas por agentes térmicos, químicos, radioativos ou elétricos, podendo destruir total ou parcialmente a pele e seus anexos, e até atingir camadas mais profundas como os músculos, tendões e ossos (SERRA, 2004).

O principal cuidado que se deve tomar no primeiro atendimento a vítima, é evitar a lesão do pessoal de salvamento e resgate, o ambiente deve estar extremamente seguro de riscos para assim começar o atendimento ao paciente queimado (GUIMARÃES JUNIOR, 2006).

A classificação das queimaduras varia de acordo com a profundidade (Quadro 1). Com relação a gravidade, vai depender mais da extensão (Quadro 2) do que da profundidade, porém,

essa classificação é importante para se avaliar o prognóstico. Quanto mais superficial, melhor o prognóstico (PAZOS, 2011).

Quadro 1 – Classificação das queimaduras

GRAU	PROFUNDIDADE	CARACTERÍSTICAS
Primeiro Grau	Lesões apenas da epiderme	Eritema e dor local
Segundo Grau	Lesões da epiderme e parte da derme	Eritema, dor local e formação de bolhas
Terceiro Grau	Lesões da epiderme, derme, hipoderme, músculos e tendões.	Lesão seca e branca, com nacarada (com aspecto de couro).

Guia Curricular Área II-Cuidando do paciente crítico (FORTES,2009)

É necessário classificar as queimaduras de acordo com a profundidade do tecido lesado e a extensão corpórea atingida. Acompanhe no quadro a classificação das queimaduras de acordo com a profundidade e suas características.

As queimaduras mais profundas, com frequência, necessitam de procedimentos cirúrgicos, como a enxertia de pele retirada de outras regiões (PAZOS, 2011).

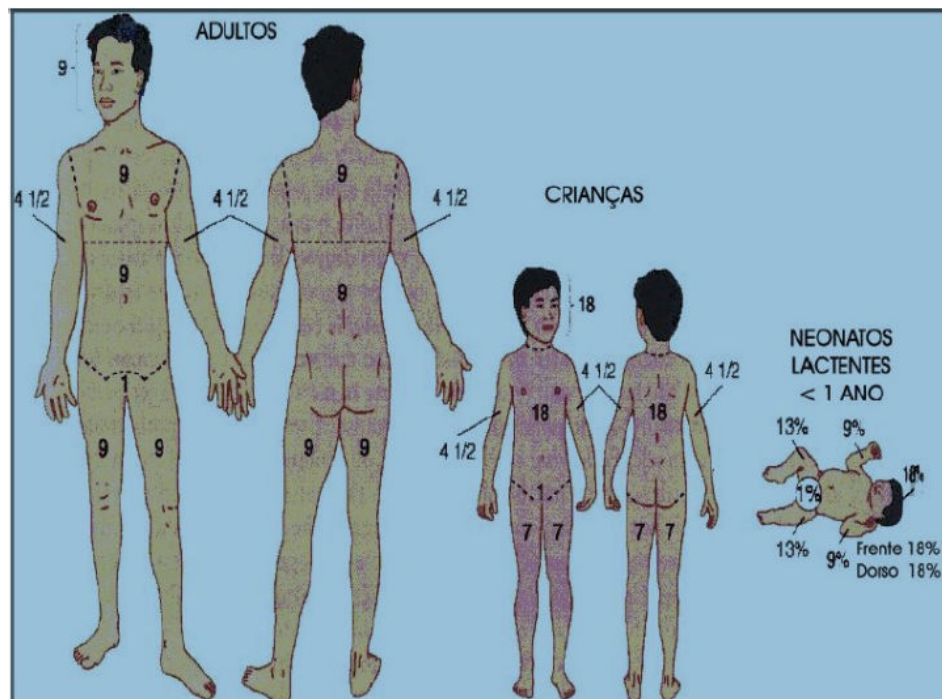
Tanto os aspectos relacionados com os eventos que levaram à queimadura, quanto à história clínica do paciente são de grande importância para avaliação da gravidade de uma queimadura. A história do trauma vai nos indicar elementos para buscar lesões associadas, lesões por inalação e até mesmo a profundidade de determinada lesão.

Quadro 2 - Extensão da Queimadura.

Parte do corpo	Adultos	Crianças
Cabeça	9%	18%
Braço	18%	18%
Tronco (frente)	18%	18%
Tronco (costas)	18%	18%
Genitália	1%	1%
Pernas	36%	27%
Total	100%	100%

A história clínica, obtida do paciente ou de sua família, vai determinar a presença de fatores agravantes do estado geral, como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, pulmonares ou renais, além do uso crônico de medicamentos ou drogas. Alerta também quanto às alergias ou hipersensibilidades. O estado de imunização tetânica também deve ser verificado.

O método mais rápido para determinação da área queimada é constituído pela regra dos nove (figura 1), o qual divide a superfície corporal em segmentos que equivalem a aproximadamente 9% do total. Então, cada segmento corresponde a um percentual, ou seja, o corpo é dividido em múltiplos de nove (SMELTZER; BARE, 2002).



Fonte: (NITSCHKE, 2007)

Figura 1 - Ilustração da regra do nove, a qual divide a superfície corporal em segmentos que equivalem a aproximadamente 9% do total do corpo.

Queimaduras variam de gravidade de acordo com a localização. Certas áreas, como as mãos, a face, os pés e as genitais, são consideradas áreas críticas (Quadro 3). As queimaduras que envolvem as vias aéreas são também bastante graves (CARVALHO, 2007).

Quanto maior a extensão e a profundidade, mais graves serão as consequências em decorrência da agressão do tecido. Desta forma, será possível estabelecer as medidas de

tratamento e a reposição volêmica, visando compensar as perdas e prevenir o choque hipovolêmico (ATLS, 2008).

Fique atento em providenciar ou orientar a profilaxia antitetânica com a vacina dupla adulto ou imunoglobulina.

Quadro 3 - Classificação quanto à Gravidade.

Queimaduras Críticas	Queimaduras Moderadas	Queimaduras Leves
<ul style="list-style-type: none"> - Segundo grau, maiores de 25% da superfície do corporal. - Terceiro grau, maiores de 10% da superfície corporal. - Terceiro Grau, envolvendo face, mãos, pés ou genital a outras lesões de partes de partes moles. - Queimaduras das vias aéreas ou lesão respiratória por inalação. - Queimaduras elétricas. -Vítimas idosas ou com doenças graves preexistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Segundo grau, de 15% a 25% da superfície corporal. - Terceiro grau, de 2% a 10% da superfície corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Segundo grau, menores de 15% da superfície corporal.

O atendimento inicial da vítima de queimaduras segue praticamente a mesma sequência do atendimento de uma vítima com outras formas de trauma. Deve-se considerar o grande queimado como um politraumatizado, inclusive porque frequentemente há lesões associadas. Existe particularidade no atendimento que serão abordadas a seguir.

Após se interromper o processo de queimadura, procede-se ao atendimento primário (tabela 4) segundo o A, B, C, D e E, e à avaliação secundária, como em outro tipo de trauma.

Segue a sequência tradicional do exame da cabeça aos pés. A profundidade e a extensão das queimaduras devem ser melhores avaliadas nesse momento. É importante que a equipe

multiprofissional de saúde conheça como ocorreu e a causa da queimadura. A vítima pode sofrer lesões associadas ao momento da fuga ou explosões, levando ao trauma de órgãos internos.

Quadro 4 - Avaliação Primária.

<p style="text-align: center;">Via Aérea (A)</p>	<p>Alguns sinais devem servir como marcador de possível lesão de via aérea. O mais óbvio é a dificuldade respiratória ou a respiração ruidosa, porém, esses podem não estar presentes e outros indicadores devem ser pesquisados, tais como: 1. Queimadura na face; 2. Chamuscamento de cílios e das vibrissas nasais; 3. Depósitos de carbono e inflamação aguda na orofaringe 4. Escarro com restos carbonados; 5. História de queimadura em local confinado; 6. Queimadura por explosão; 7. Intoxicação por carboxihemoglobina.</p>
<p style="text-align: center;">Respiração e ventilação (B)</p>	<p>A avaliação da mecânica ventilatória e das condições de trocas gasosas devem se realizadas de forma rápida e objetiva. Traumas diretos sobre a parede torácica podem estar associados a queimaduras, em especial quando há explosão associada. É fundamental identificar se tipo de lesões, pois são indicadoras de gravidade importantes.</p>
<p style="text-align: center;">Circulação com controle da hemorragia (C)</p>	<p>Qualquer queimado com comprometimento de mais de 20% de sua superfície corpórea necessita de reposição volêmica. Utilize cateteres de grosso calibre e curtos, uma vez que os volumes requeridos para o tratamento podem ser muito elevados. Dê preferência pela inserção do cateter em uma área de pele</p>

	integra. Só coloque o cateter em área queimada se a extensão da queimadura não permitir.
Incapacidades, estado neurológico (D)	No exame primário a avaliação das pupilas e do Escore de coma de Glasgow é suficiente. Vale lembrar que tanto os traumas associados quanto a hipóxia podem produzir alterações no estado neurológico do queimado.
Exposição /controle do ambiente (E)	Este passo do atendimento inicial tem especial importância no queimado. A remoção das vestes queimadas, principalmente as de tecidos sintéticos, interrompe o processo de queimadura. Além disto, elas podem conter líquidos inflamáveis e produtos químicos, e devem ser manipuladas com cuidado. Em seguida, toda a superfície corpórea do paciente deve ser lavada com grande quantidade de água morna. Lembre-se que o queimado tem uma predisposição à hipotermia, daí a recomendação de evitar o uso de água fria ou gelada.

Segundo Pazos (2011), o tratamento indicado nesta fase (1ª fase aguda “agressão” até 48 horas após o acidente), deve estar focado principalmente nos problemas que expõem o cliente a instabilidade de sinais vitais e risco de morte (Quadro 5). Dentre os problemas que devem ser tratados estão: dor intensa, edema, choque hipovolêmico, choque neurogênico, problemas respiratórios, destruição dos tecidos, íleo paralítico ou adinâmico.

E na fase tardia (ou recuperação – após 48 ou 72 horas), as metas do tratamento são contingentes com o prognóstico e potencial do cliente. Observações importantes nessa fase: dor, problemas respiratórios, infecção (sepsis), insuficiência renal, anemias, úlceras de estresse (Curling), úlceras de Marjolin, desnutrição e sequelas.

Pessoas acometidas por queimaduras extensas sofrem danos corporais e emocionais importantes. O medo da morte, o sofrimento advindo da dor, a separação de familiares, as alterações do corpo provocam estranhamento ao paciente e às pessoas ao seu redor, favorecendo o isolamento social, dificultando na retomada de seu cotidiano anterior ao trauma térmico, papéis sociais e desempenho ocupacional (ASSIS, 2009).

Quadro 5 - Fase Aguda – Agressão – até 48 horas após o acidente.

Dor intensa	Estímulo calórico e exposição dos filetes nervosos aos estímulos do meio ambiente. Classicamente, a dor pode ser definida como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada à lesão real ou potencial dos tecidos” (Iasp).
Edema	Com o líquido, perde-se proteína plasmática, provocando edema. Isso promove uma hemoconcentração, com aumento da viscosidade do sangue, o que resulta em diminuição da volemia e aumento do hematócrito. O pico de edema ocorre entre 3 e 24 horas após o trauma.
Choque Hipovolêmico	Com o aumento da viscosidade e diminuição da volemia, a pressão arterial diminui. Nesta fase, se não houver reposição volêmica adequada, o quadro clínico evoluirá para diminuição do Débito cardíaco e choque.
Choque Neurogênico	Desencadeado por dores intensas, principalmente as que atingem parcialmente as camadas da pele.
Problemas Respiratórios	Lesão por gases superaquecidos, geralmente limitada às vias aéreas superiores, edema e obstrução parcial ou total. Insuficiência respiratória pós trauma (pulmão de choque); diminuição do surfactante.
Destrução de tecidos	A profundidade das lesões é diretamente proporcional à quantidade de tecido perdido.
Íleo paralítico ou adinâmico	Interrupção geral ou regional do peristaltismo, pelo comprometimento da atividade muscular intestinal. Tende voltar ao normal entre o 3º e o 5º dia pós trauma.

Fonte: (PAZOS, 2011)

3 MÉTODO

O plano de ação é a: Opção 1 - O produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido – TECNOLOGIA DE CONCEPÇÃO.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e descritiva, de abordagem exploratória, constituída de artigos científicos e livros acerca da temática, que segundo Gil (2008), o estudo exploratório proporciona maior familiaridade com o problema.

A coleta de dados seguiu de leitura exploratória de todo o material selecionado (leitura objetiva, verificar se a obra consultada é de interesse para o estudo); leitura seletiva (uma leitura mais aprofundada das partes que realmente interessam); e os registros das informações extraídas das fontes em instrumento específico (autores, ano, método, resultado e conclusões).

Para levantamento do material foram realizadas buscas no portal BIREME, bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library On Line (SCIELO). O período de busca que foi incluído nesta pesquisa foi de 2004 a 2014. Os resultados foram caracterizados a partir do referencial teórico relativo à temática do estudo.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Após o atendimento de emergência, onde parâmetros essenciais à vida, como nível de consciência, padrão respiratório e padrão cardiovascular são controlados, iniciam-se a manutenção e estabilidade dessas condições. Nesse momento, a equipe de enfermagem deve estar atenta para priorizar e sistematizar a sua assistência na continuidade do controle destes parâmetros: Nível de consciência, sistema respiratório, sistema cardiovascular, sistema renal, nutrição, integridade da pele, controle da dor, higiene corporal, uso de hemocomponentes e hemoderivados, administração de imunização antitetânica, controle da temperatura e profilaxia das deformidades.

Em situações de queimaduras extensas deve-se estar atento à posição corporal como um todo, mantendo pescoço estendido com auxílio de coxins e almofadas, cotovelos semifletidos, punho ligeiramente estendidos e tornozelo em dorsiflexão.

Caso indicado, deve-se realizar exercícios de movimentação ativa e passiva nas articulações, 1 ou 2 vezes por dia, a fim de preservar suas funções.

As ações de prevenção ainda não são totalmente efetivas ao ponto de alterar substancialmente as estatísticas.

O primeiro atendimento é primordial e rege diretamente a recuperação e o prognóstico da vítima, desta forma, faz-se necessário que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, estejam aptos para prestar atendimento de emergência à vítima queimada e oferecer a ela o suporte necessário para seu completo restabelecimento com o mínimo de traumas mentais e sociais.

Oferecer ao cliente queimado um atendimento individualizado e de qualidade é o objetivo principal do cuidado ético e profissionais forem formados e capacitados em ambientes que visem o atendimento especializado.

Para que o enfermeiro preste o primeiro atendimento à vítima queimada, com competência, são necessários conhecimentos fundamentais como, anatomia e fisiologia da pele, as fisiopatologias das queimaduras, as técnicas básicas de atendimento de urgência e emergência e as técnicas específicas utilizadas para cada tipo de queimadura.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Demonstrar neste estudo a importância de reconhecer os agravos traumáticos no atendimento à vítima com queimaduras, onde, as queimaduras são lesões frequentes e a quarta causa de morte por trauma e mesmo quando não levam ao óbito, as queimaduras severas produzem grande sofrimento físico e requerem tratamento que duram de meses a anos, o atendimento imediato é primordial é o que rege diretamente o prognóstico da vítima, restabelecendo desta maneira o suporte necessário, principalmente no que diz respeito aos traumas sociais e mentais do queimado e sua família.

Este estudo procurou descrever a importância do papel do atendimento imediato, influenciando a redução de danos, sendo assim, é importante enfatizar que existem atendimentos especializados, que ajudam ao cliente queimado em um atendimento individualizado e de qualidade, por isso que um dos objetivos é da identificação dos diferentes graus, extensão e gravidade das queimaduras, para a excelência no atendimento.

Portanto, a relevância da avaliação da queimadura no atendimento ao queimado, é de grande importância, onde o tratamento é feito dependendo da severidade do quadro, existem inúmeras evidências e estudos em relação aos mecanismos que auxiliam na abordagem do cliente queimado, dando mais ênfase nas etapas do atendimento, a começar pela recepção do cliente no serviço de emergência, estruturando os recursos necessários para sua realização, tanto no ponto de vista técnico como do ponto de vista de recursos humanos e materiais, esforços voltados para esse fim podem facilitar a definição da etiologia e aumentar a eficácia do tratamento ao queimado.

É importante ressaltar que os principais problemas que expõem o cliente a instabilidade de sinais vitais e risco a morte, são classificados quanto ao período evolutivo que se é dado na primeira fase, a aguda, determina o período que decorre após o acidente até 48 horas, oferecer um atendimento de qualidade é o objetivo primordial do cuidado ético e profissional e somente é concretizado se os profissionais forem capacitados na visão deste atendimento especializado.

REFERÊNCIAS

ASSIS, J. T. S. J. A terapia ocupacional em contextos hospitalares: sua importância na assistência ao paciente que sofreu queimaduras. In: FIGUEIREDO-UCHÔA, L. R.; NEGRINI, S. F. B. M. (Orgs.). **Terapia ocupacional: diferentes práticas em hospital geral**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2009.p.189-199.

COLÉGIO AMERICANDO DE CIRURGIÕES. Comitê de Traumas. Avaliação e atendimento. In: _____. aTIS – Suporte avançado de vida no trauma para médicos: manual do curso de alunos. 8. ed. São Paulo: Elsevier, 2008. cap. 1, p. 1-18.

_____. Choque. In: _____. aTIS - Suporte avançado de vida no trauma para médicos: manual do curso de alunos. 8. ed. São Paulo. Elsevier, 2008, cap. 1, p. 55-71.

GUIMARÃES J.R L. M.. **Queimaduras: Tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro-RJ: Rubia, 2006.

PAZOS, A. L. **Feridas fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3ed. Revista e ampliada. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2011.

SERRA, M. C.; MACIEL, E. **Tratado de queimaduras: manual prático**. Rio de Janeiro-RJ: Atheneu, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 9ed. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan, 2002.