

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KARLA SUZANY BELAI SILVA

**TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL REALIZADO EM CRIANÇA VÍTIMA DE
QUEIMADURA EM REGIÃO PLANTAR: RELATO DE CASO**

UBERLÂNDIA MG

2019

KARLA SUZANY BELAI SILVA

**TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL REALIZADO EM CRIANÇA VÍTIMA DE
QUEIMADURA EM REGIÃO PLANTAR: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia como requisito para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Dra. Andréa Mara Bernardes Silva

UBERLÂNDIA MG

2019

KARLA SUZANY BELAI SILVA

**TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL REALIZADO EM CRIANÇA VÍTIMA DE
QUEIMADURA EM REGIÃO PLANTAR: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Uberlândia como
requisito para a obtenção do título de
Enfermeiro.

Uberlândia, 11 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Andréa Mara Bernardes Silva – UFU

Examinador 2

Examinador 3

RESUMO

INTRODUÇÃO: Atualmente, destaca-se o crescente índice de queimaduras entre as crianças com idade inferior a 5 anos, especialmente naquelas entre 1 e 3 anos, provavelmente associado ao desenvolvimento neuropsicomotor, pois é uma fase caracterizada pela independência da criança em relação aos pais ou responsáveis. As estatísticas epidemiológicas ainda mostram que os danos causados por queimaduras é a 2ª consequência de morte em crianças menores de seis anos, estando abaixo apenas do trauma por acidentes automobilísticos. Uma estimativa global contabilizou em 2004, aproximadamente 96.000 mortes entre crianças e adolescentes vítimas de queimaduras. **OBJETIVO:** Relatar o caso de uma paciente pediátrica vítima de queimadura em extremidades na região plantar atendida na Unidade de Queimados e Cirurgia Plástica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo observacional de caráter descritivo, tipo relato de caso. **RESULTADOS:** Paciente, 1 ano e 4 meses, natural de Araguari, no dia 12 de outubro de 2017 teve contato por tempo prolongado com tampa metálica aquecida pelo sol. Foi atendida inicialmente no hospital local para os primeiros socorros e posteriormente na Unidade de Atendimento Integrado de Uberlândia, após cinco dias de evolução, observou-se sinais de aprofundamento da lesão e a paciente foi encaminhada para o Pronto Socorro do HC-UFU. Foi internada no setor de queimados e cirurgia plástica do HC-UFU, onde foi assistida por uma equipe multiprofissional, que propôs cuidados específicos com as lesões. Durante onze dias a cobertura das lesões foi feita com Sulfadiazina de prata 1% e por três dias a equipe optou por colagenase, em razão do debridamento químico. As lesões evoluíram de forma significativa, porém observava-se uma lentificação no processo cicatricial, por tal motivo, em comum acordo, os membros da equipe optaram pelo uso da placa de Mepilex Ag®, que possibilitou a alta hospitalar da paciente e acompanhamento ambulatorial a cada sete dias. Após vinte dias, as lesões cicatrizaram e a paciente recebeu alta ambulatorial. **CONCLUSÃO:** O cuidado realizado pela equipe foi sistemático, contínuo e eficaz, principalmente pelo critério de escolha das coberturas utilizadas desde o início do tratamento proposto. Há de se considerar, que a utilização da placa de Mepilex Ag® otimizou o tempo de internação e a intervenção proposta, tanto com a redução dos custos relacionados a internação, evitando prolongamento e aumento dos riscos de infecção relacionada à assistência em saúde; quanto com a reinserção da criança a sua rotina e convívio social.

Palavras-chave: Queimaduras. Criança. Equipe multiprofissional.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Currently, there is a growing rate of burns among children under 5 years old, especially in those between 1 and 3 years old, probably associated with neuropsychomotor development, as it is a phase characterized by the independence of the child from parents or guardians. Epidemiological statistics also show that the damage caused by burns is the 2nd consequence of death in children under six years old, being only below the trauma caused by car accidents. An overall estimate in 2004 was approximately 96,000 deaths among burned children and adolescents. **OBJECTIVE:** Report the case of a pediatric patient who was burned in the extremities in the plantar region treated at the Burns and Plastic Surgery Unit of the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlândia. **METHODOLOGY:** This is a descriptive observational study, case report type. **RESULTS:** Patient, 1 year and 4 months, born in Araguari, on October 12, 2017 had prolonged contact with sun-warmed metal lid. She was initially treated at the local hospital for first aid and later at the Integrated Care Unit of Uberlândia, after five days of evolution, signs of deepening of the lesion were observed and the patient was referred to the HC-UFU Emergency Room. She was admitted to the HC-UFU burn and plastic surgery sector, where she was assisted by a multiprofessional team, which proposed specific care with the lesions. For eleven days the lesions were covered with 1% silver sulfadiazine and for three days the team opted for collagenase due to chemical debridement. The lesions evolved significantly, but the healing process was slowed, so, by mutual agreement, the team members chose to use the Mepilex Ag® plaque, which allowed the patient to be discharged and outpatient follow-up every seven days. Twenty days later, the lesions healed and the patient was discharged from the outpatient clinic. **CONCLUSION:** The care provided by the team was systematic, continuous and effective, especially by the criterion of choosing the covers used since the beginning of the proposed treatment. It should be considered that the use of the Mepilex Ag® plaque optimized the length of stay and the proposed intervention, both with the reduction of costs related to hospitalization, avoiding prolongation and increased risks of healthcare-related infection; as with the reintegration of children their routine and social life.

Keywords: Burns. Child. Patient Care Team

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
1.1	Pele.....	7
1.2	Queimaduras.....	7
1.2.1	Etiologia e extensão da lesão.....	8
1.2.2	A extensão do problema: a incidência das queimaduras.....	9
1.2.3	As queimaduras de crianças e a atenção hospitalar.....	10
1.2.4	O impacto da queimadura e a experiência do familiar frente aos processos de hospitalização.....	10
1.2.5	Cuidados de enfermagem ao paciente pediátrico vítima de queimadura.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	12
3	OBJETIVOS.....	13
3.1	Objetivos geral.....	13
3.2	Objetivos específicos.....	13
4	METODOLOGIA.....	14
4.1	Tipo de pesquisa.....	14
4.2	Participantes da pesquisa.....	14
4.3	Local do estudo.....	14
4.4	Coleta de dados.....	14
4.5	Procedimento de análise de dados.....	14
4.6	Procedimentos éticos.....	15
5	RESULTADOS.....	16
5.1	Equipe multiprofissional.....	23
5.1.1	Atendimento médico durante a internação.....	23
5.1.2	Atendimento de enfermagem durante a internação.....	23
5.1.3	Atendimento de nutrição durante a internação.....	23
5.1.4	Atendimento de psicologia durante e a internação.....	24
5.1.5	Atendimento de fisioterapia durante a internação.....	24
6	DISCUSSÃO.....	25
7	CONCLUSÃO.....	29
	REFERÊNCIAS.....	31

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE	
ESCLARECIDO.....	34
ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEP.....	36

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os acidentes na infância, principalmente traumas, afogamento, queimaduras e intoxicações, são a principal causa de morte de crianças entre um a 14 anos (TAVAREZ et al., 2013). Ao longo de um período de oito anos (2002 - 2009), este tipo de acidente foi responsável por 755.826 internações e 22.373 óbitos (COSTA et al., 2015). A maioria deles é diagnosticada e recebe tratamento em serviços ambulatoriais e em prontos socorros, tendência que se enquadra no modelo *iceberg*, em que, para cada morte observada, existem aproximadamente 45 lesões que exigem tratamento ambulatorial (TAVAREZ et al., 2013).

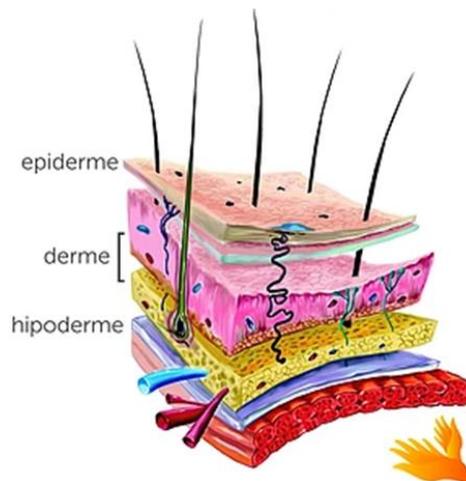
Há que se considerar, neste contexto, as lesões decorrentes dos acidentes, como os traumatismos cranioencefálicos, os traumas abdominais, as fraturas, as lesões medulares, entre outras, que podem levar a sequelas, algumas vezes irreversíveis, comprometendo a possibilidade de uma vida saudável e autônoma (MARTINS et al., 2015). Além destes aspectos, buscando o atendimento da atenção integral, deve-se também considerar a realidade de vida e das possibilidades de mudança para a diminuição das vulnerabilidades e, como tal, devem ser apreendidos os fatores que integram as condições de vida, de trabalho, de organização familiar e grupal em que está envolvida a criança (VIEIRA; WHITAKER, 2016). Isto porque o sofrimento pelo trauma ocorrido pode repercutir em seus sentimentos e emoções, cotidiano de vivências, relações com o meio social e familiar e em seu processo de desenvolvimento (BIASUZ; BÖECKEL, 2012).

Desta maneira, faz-se necessário investimentos na prevenção de acidentes, modificando a definição de que ele é uma injúria não intencional e dissociá-lo da imprevisibilidade e da casualidade. A principal forma de atuação para a conscientização ocorre por meio de ações educativas em saúde, que envolvem cuidados físicos, materiais e emocionais, e alterações físicas do espaço domiciliar (COSTA et al., 2015).

1.1 Pele

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano, representa cerca de 16% do peso corporal total. É formada por duas camadas, a epiderme, mais externa, sem vascularização, responsável pela proteção, e a derme, intermediária na qual se localizam os vasos, nervos e anexos cutâneos. Mais adiante, a hipoderme ou subcutâneo, tem função principal de depósito nutritivo e serve de junção aos órgãos adjacentes. A pele estabelece uma barreira física entre o corpo e o meio externo. Várias alterações afetam a integridade desta estrutura, resultando em feridas. Fatores como: pressão, traumas mecânico, químico, térmico, físico e isquêmico e a intencionalidade no caso de cirurgias, podem resultar em lesões (MITTAG et al.; 2017).

Figura 1 – Camadas da pele



Fonte: Sociedade Brasileira de Dermatologia ([2019]).

1.2 Queimaduras

As queimaduras são danos causados por agentes térmicos, químicos ou elétricos, com capacidade de produzir calor em excesso, causando prejuízo aos tecidos corporais, mais comumente a pele e resultando em morte das células. (SOUZA et al., 2019). Quanto mais graves, maiores são as taxas de morbimortalidade, trazendo consequências funcionais, estéticas e psicológicas (OLIVEIRA, et al., 2015).

1.2.1 Etiologia e extensão da lesão

Para determinar a gravidade das queimaduras, consideram-se a extensão, profundidade e, fatores agravantes, quais sejam, lesão inalatória, politraumatismos e doenças crônicas. Nessas situações, podem ocorrer choque hipovolêmico, distúrbios hidroeletrólíticos, insuficiências renal e respiratória e até alterações psicológicas. Sequelas físicas e/ou funcionais poderão afetar a qualidade de vida do paciente, temporária ou definitivamente. O diagnóstico e o tratamento eficaz aumentam as chances de melhor sobrevida (BRASIL, 2012).

As lesões por queimaduras podem ser classificadas quanto à profundidade sendo: primeiro grau, quando lesa a camada epidérmica; segundo grau, quando há comprometimento da epiderme e camadas dérmicas superficial ou profunda; na de terceiro grau ocorre lesão de tecidos, tais como o celular subcutâneo, músculos, tendões e ossos (DA COSTA; DA SILVA; DOS SANTOS, 2015).

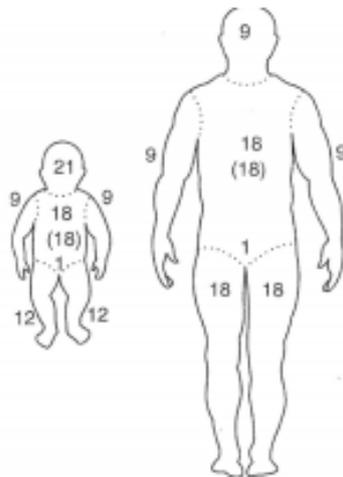
É importante descrever o cálculo de porcentagem de superfície corporal total queimada (%SCTQ). O cálculo da extensão apresenta diferenças entre crianças abaixo de 10 anos e adultos. A regra de cálculo em questão ou Regra dos Nove criada por Pulaski e Tennison em 1947, emprega nove ou múltiplos deste, para avaliar essa %SCTQ. Nas lesões menores, utiliza-se para o cálculo o tamanho da palma da mão (incluindo-se os dedos), isto equivale a 1% SCTQ (MOLA et al., 2018).

Tabela 1 - Porcentagem de superfície corporal total queimada em adultos e crianças

Área corporal	%SCTQ	%SCTQ
	Criança	Adulto
Cabeça	21%	9%
Tórax anterior	18%	18%
Tórax posterior	18%	18%
Genitália	1%	1%
Membro superior direito	9%	9%
Membro superior esquerdo	9%	9%
Membro inferior direito	12%	18%
Membro inferior esquerdo	12%	18%

Fonte: A autora.

Figura 2 - Regra dos Nove em criança e adulto



Fonte: Brasil (2012).

1.2.2 A extensão do problema: a incidência das queimaduras

No Brasil, dados referentes a queimaduras são limitados. Mas, estima-se que ocorram em torno de 1.000.000 de acidentes ao ano. Destes, 100.000 pacientes procuram por atendimento hospitalar, enquanto cerca de 2.500 vão a óbito em decorrência de suas lesões. É um grave problema de saúde pública, situam-se em quarto lugar no tipo de trauma mais comum do mundo, ficando atrás dos acidentes de trânsito, quedas e violência. As queimaduras são mais prevalentes no sexo masculino, acometendo qualquer faixa etária, profissão e condição econômica. O público infantil é vítima frequente de escaldamento e queimaduras por combustão, totalizando 60% dos casos de acidentes domésticos (SOUZA et al., 2019).

As estatísticas epidemiológicas ainda mostram que os danos causados por queimaduras é a 2ª consequência de morte em crianças menores de seis anos, estando abaixo apenas do trauma por acidentes automobilísticos. Em 2004, uma estimativa global contabilizou aproximadamente 96.000 mortes entre crianças e adolescentes vítimas de queimaduras (SIQUEIRA et al., 2017).

Considerando a incidência e gravidade, são consequentemente responsáveis por ocasionar altos custos com internações hospitalares. Informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostram que só no ano de 2015 o valor médio de internação em hospitais da rede privada e conveniada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento de queimaduras foi de R\$ 3.286,66, nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste, os custos foram mais elevados e houve registro de 398 óbitos em todas as regiões (SIQUEIRA et al., 2017).

Neste contexto, conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes queimados no Brasil, é fundamental pois, trata-se de um trauma grave, que pode ser prevenido através de medidas simples. A partir de dados epidemiológicos, os centros de referência em queimaduras podem desenvolver ações educativas em parceria com o Ministério da Saúde direcionadas a população onde o trauma por queimadura é mais frequente, reforçando os programas de prevenção de queimaduras e fiscalizando o controle da comercialização dos principais agentes que causam as mesmas (SOUZA, 2016).

1.2.3 As queimaduras de crianças e a atenção hospitalar

Pacientes pediátricos vítimas de queimaduras estão expostos a várias complicações, que se dão através das feridas e alterações sistêmicas. Fatores como local da ferida, idade, estado geral do paciente, agente causador e o comprometimento respiratório são imprescindíveis para a classificação da gravidade da lesão. Esses pacientes apresentam a pele mais sensível e por esta razão, as queimaduras superficiais tendem a aprofundar-se. Fato que está intimamente relacionado ao tempo de exposição e a temperatura que foi submetido (BARBIERI et al., 2016).

Quando se indica a internação desses pacientes, percebe-se prejuízo no crescimento e desenvolvimento infantil, em decorrência do afastamento do convívio social. Estas alterações emocionais e psíquicas intensas ocorrem com muita frequência. Se sentem fragilizados por dois motivos, tais como: os procedimentos terapêuticos e isolamento de rotina externa ao ambiente hospitalar. A internação é uma experiência que pode ser desagradável, determinando mudanças não só na vida do paciente pediátrico, mas também na de seus pais e de toda a família, o que exige adequações na rotina diária de todos (OLIVEIRA et al., 2015).

1.2.4 O impacto da queimadura e a experiência do familiar frente aos processos de hospitalização

Atualmente, destaca-se o crescente índice de queimaduras entre as crianças com idade inferior a 5 anos, especialmente naquelas entre 1 e 3 anos, provavelmente associado ao desenvolvimento neuropsicomotor, pois é uma fase caracterizada pela independência da criança em relação aos pais ou responsáveis. Nesse sentido, é necessária uma maior supervisão dos pais sobre os filhos, especialmente nos casos em que os mesmos permanecem em locais que oferecem perigo, uma vez que acidentes domésticos como os escaldamentos por água e óleo acontecem com mais frequência (MESCHIAL; SALES; OLIVEIRA, 2016).

Ao longo do período de hospitalização do paciente queimado, a complexidade diante dos curativos específicos para a recomposição da área lesada e os efeitos colaterais dos anestésicos tornam o processo mais doloroso. A dor caracteriza um fenômeno sofrido pelos mesmos, dessa maneira, o acompanhamento psicológico além de ser fundamental para a criança e sua família reduz o nível de estresse e permite contribuir com manejo das sensações dolorosas (AZEVEDO, 2013).

Por tais motivos, os pais e responsáveis veem a queimadura do filho como algo imprevisível e aterrorizante, experiência marcada por sentimentos intensos de conflitos. Durante o processo de recuperação da criança, eles se tornam peças importantes. Sendo assim, cabe ao profissional de enfermagem também, apoiar, respeitar e conhecer as peculiaridades presentes em cada família, para intensificar o cuidado ao paciente queimado, garantindo assim, uma melhora progressiva (BARBIERI et al., 2016).

1.2.5 Cuidados de enfermagem ao paciente pediátrico vítima de queimadura

Mesmo diante dos grandes avanços conquistados no que diz respeito ao tratamento das queimaduras, percebe-se que os procedimentos curativos ainda são dolorosos, executados, na maioria das vezes, pela equipe de enfermagem, que passa a grande parte do tempo ao lado dos pacientes e acompanhantes. Neste sentido, destaca-se a importância da ludicidade, voltada ao público infantil, pois representa o brincar em diferentes modalidades e quando empregada durante o tratamento destes, é a uma estratégia de humanização que preza as potencialidades do paciente pediátrico, que são expostos a um ambiente desconhecido e a um tratamento dolente. Isso serve de apoio emocional e auxilia no processo de reabilitação, fazendo com que se sinta mais estimulado e seguro (AZEVEDO, 2013; MARQUES et al., 2019).

Além dessas intervenções, o profissional de enfermagem atua na elaboração do plano de cuidados, e através da sistematização da assistência, apresenta diagnósticos específicos para o paciente queimado, minimizando os riscos de infecção inerentes ao mesmo, que ocorre não só da pela destruição da pele, mas também da assistência da equipe multiprofissional. Para que haja bons resultados, o enfermeiro deve ser o transformador da realidade a qual está inserido, por meio da criação de núcleos educacionais de esfera multidisciplinar, criação de protocolos operacionais e funcionais de técnicas, reuniões clínicas enfatizando principalmente a segurança do paciente, e também verificando monitoramento de sinais vitais, que são um dos indicadores relacionado às alterações no comportamento fisiológico (SILVA et al.; 2017).

2 JUSTIFICATIVA

Se considerarmos as sérias e incapacitantes complicações decorrentes de lesões relacionadas à queimadura, estamos diante de um sério problema de saúde pública. De acordo com a Sociedade Brasileira de Queimaduras, ocorrem cerca de 300 mil casos de queimaduras em crianças por ano no Brasil. Os danos causados às crianças intensificam-se, principalmente, por ser um organismo em crescimento e desenvolvimento. Estima-se que um indivíduo internado em uma unidade de tratamento de queimados gera um gasto de aproximadamente US\$ 1.000 por dia, custo elevado considerando que os maiores índices de acidentes estão relacionados a países em desenvolvimento ou menos favorecidos economicamente.

Em pediatria, queimaduras na região plantar apresentam características significativas e especiais devido ao alto grau de especialização da pele nesse segmento. Qualquer anormalidade na anatomia levará à alteração na marcha e deficiências funcionais. As crianças experimentam dor e desconforto não conseguem entender as solicitações, sequer colocar os pés no chão, o que retarda bastante os processos de reabilitação (BARRET; HERNDON, 2004).

Nesse sentido, reconhecer os agravos traumáticos no atendimento à vítima com queimadura, na linha de cuidados de enfermagem, a partir do estudo de caso proposto, têm por finalidade diminuir os riscos de complicações e sequelas, ajudando na melhora do paciente, na identificação e análise da assistência de enfermagem no paciente queimado. Além disso, compreender a necessidade de assistência adequada e contínua pode contribuir efetivamente no processo de cura e reabilitação do paciente, considerando a importância de oferecer apoio psicológico ao paciente e seus familiares, ajudando-os a compreender sua situação atual, e aceitar algumas alterações que poderá vivenciar devido ao trauma que sofreu e sequelas acometidas pelo acidente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Relatar o caso de uma paciente pediátrica vítima de queimadura bilateral na região plantar atendida na Unidade de Queimados e cirurgia plástica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU).

3.2 Objetivos Específicos

- a) descrever a evolução clínica e tratamento de uma criança vítima de queimadura em extremidades na região plantar;
- b) descrever os tipos de cobertura utilizada e as ações da equipe multiprofissional na recuperação e melhora da lesão visando a segurança do paciente pediátrico;
- c) relatar o planejamento de alta segura realizado com o intuito de dar continuidade ao cuidado recebido e orientar os pais sobre os riscos e consequências desse agravo.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional de caráter descritivo, tipo relato de caso.

4.2 Participantes da pesquisa

Paciente pediátrico vítima de queimadura bilateral em região plantar por contato com superfície superaquecida pelo sol, internada na Unidade de Queimados do HC-UFU. Em razão da menor idade da paciente, a autorização da participação no estudo se deu através da assinatura da mãe do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.3 Local do estudo

Unidade de Queimados e Cirurgia Plástica e Ambulatório de Plástica do HC-UFU.

4.4 Coleta de dados

Realizada no ano de 2017, avaliação contínua dos aspectos clínicos, psicológicos e nutricionais da criança, com registro fotográfico diário das lesões nas regiões plantares de ambos os pés para acompanhar a evolução durante o período da internação e no controle ambulatorial, após a alta.

4.5 Procedimento de análise de dados

Por meio de registros fotográficos e acompanhamento diário na troca de curativo, ficou perceptível a lentificação do processo cicatricial, o que causava sofrimento e atraso no desenvolvimento da paciente, pois a mesma não conseguia deambular em razão da dor intensa. Sendo assim, na reunião com a equipe multiprofissional, foi discutida a possibilidade de uma nova alternativa de curativo e alta, visando a segurança da paciente.

4.6 Procedimentos éticos

A pesquisa obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia com o Parecer Consubstanciado nº 2631312 Ressalta-se que foram seguidos os cuidados éticos que preceituam a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

Paciente, 1 ano e 4 meses, natural de Araguari, Minas Gerais, residente em Catalão, Goiás com os pais e um irmão mais velho. No dia 12 de outubro de 2017 teve contato por tempo prolongado com tampa metálica aquecida pelo sol (Figura 3).

Figura 3 – Tampa metálica em que ocorreu o acidente com a criança.



Fonte: A autora.

Foi atendida inicialmente no hospital local para os primeiros socorros e posteriormente na Unidade de Atendimento Integrado de Uberlândia, onde foi realizado limpeza com soro fisiológico 0,9% e curativo oclusivo com Sulfadiazina de Prata 1%. Após cinco dias de evolução, observou-se sinais de aprofundamento da lesão (Figura 4) e a criança foi encaminhada para o Pronto Socorro do HC-UFU.

Figura 4 – Lesão no pé esquerdo com sinais de aprofundamento.



Fonte: A autora.

Chegou ao Pronto Socorro do HC-UFU acompanhada dos pais, chorosa e inquieta, sinais vitais estáveis, temperatura de 36,8° C, com saturação de oxigênio de 98% e batimentos cardíacos 90 bpm. Foi avaliada pela equipe de cirurgia plástica, e admitida na Unidade de Queimados do HC-UFU no dia 17 de outubro de 2017, por volta das 23h com 3% de superfície corporal queimada de acordo com a classificação de Lund e Browder. No dia seguinte, pela manhã a equipe de enfermagem a encaminhou para banho de imersão em banheira e posteriormente avaliou as lesões em toda região plantar bilateral e verificou a presença de tecido desvitalizado parcialmente solto no pé esquerdo e camada de derme necrótica aderida no pé direito, como se observa na figura 5.

Figura 5 – Lesões no pé esquerdo com epiderme solta e apresentando camada de derme necrótica.



Fonte: A autora.

Sob analgesia de dipirona conforme prescrição médica procedeu-se a limpeza das lesões com clorexidina degermante e soro fisiológico 0,9% aquecido e com o auxílio de uma gaze estéril foram retiradas gradativamente a epiderme desvitalizada e derme necrótica não aderida, respeitando os limites de dor da paciente.

Em relação à infraestrutura do setor de queimados e cirurgia plástica, conta com uma sala própria para a preparação dos curativos e um técnico de enfermagem responsável pelo preparo e entrega em cada leito. Comumente, no setor, a oclusão das lesões térmicas é realizada com gaze em rolo ou também chamada de tipo queijo, que é cortada e embalada por outro profissional responsável e encaminhada a Central de Material e Esterilização (CME) do HC-UFU para ser esterilizada. A Sulfadiazina de Prata 1%, por prevenir e controlar o crescimento microbiano é um tipo de cobertura muito utilizada, é aplicada na gaze em rolo já cortada e esterilizada e colocada diretamente nas lesões.

Após a limpeza das lesões de ambos os pés, a cobertura foi feita com a gaze em rolo e Sulfadiazina de Prata 1%, na parte externa colocada uma compressa estéril e ataduras para garantir a oclusão do curativo.

Do dia 18/10/2017 ao dia 24/10/2017 procedeu-se com limpeza e curativo das lesões, utilizando a mesma técnica supracitada. Entretanto, a equipe médica e de enfermagem observaram e discutiram a necessidade de usar outros métodos para que o debridamento fosse

mais eficaz em determinadas áreas que apresentavam grande quantidade de derme necrótica aderida o que dificultava o processo cicatricial (Figura 6).

Figura 6 - Áreas com camada de derme necrótica aderida, em ambos os pés.



Fonte: A autora.

No dia 25/10/2017, a limpeza das lesões foi realizada com clorexidina degermante e soro fisiológico 0,9% aquecido e após avaliação da equipe médica e de enfermagem, descartou-se a hipótese de debridamento cirúrgico, visando o estresse emocional causado na paciente ao ser levada ao centro cirúrgico e ser submetida à anestesia e um procedimento invasivo. Optou-se então, pela cobertura com colagenase que promove o debridamento químico em áreas de derme necrótica e manutenção da Sulfadiazina de prata 1% nas demais que já estavam com tecido de granulação. A colagenase foi aplicada junto à gaze em rolo apenas nas áreas com derme necrótica e a Sulfadiazina de prata 1% em áreas de tecido de granulação fazendo uma barreira com gaze estéril para que a colagenase não tivesse ação no tecido de granulação, em ambos os pés. Na parte externa, a fixação foi feita com compressa estéril e ataduras. Procedeu-se dessa maneira até dia 28/10/2010, onde ficou perceptível uma boa evolução no aspecto das lesões, pois não havia mais tecidos desvitalizados (Figura 7).

Figura 7 – Lesões sem tecidos desvitalizados após 10 dias de curativo com Sulfadiazina de prata 1% e 3 dias de curativo com collagenase



Fonte: A autora.

Por se tratar de uma lesão ainda aberta e os dias de hospitalização se estendendo, visando a segurança da paciente, redução das chances de infecção, qualidade de vida e desenvolvimento da mesma, a equipe multiprofissional (médicos, enfermeira, fisioterapeuta e psicóloga) discutiu a possibilidade de utilizar a placa de Mepilex Ag®, um tipo de curativo específico que contém sulfato de prata, libera íons de prata e cria uma barreira eficaz contra bactérias e inativa uma grande variedade de agentes patogênicos. É colocada diretamente nas lesões após a limpeza, de forma totalmente estéril ocluída com compressa estéril e ataduras, trocada a cada 7 dias. Com isso, possibilitaria a alta da paciente, e a mesma faria apenas o acompanhamento ambulatorial a cada 7 dias para a troca da placa.

Do dia 29/10/2017 ao dia 31/10/2017 a cobertura das lesões foi realizada apenas com Sulfadiazina de prata 1%, entretanto, as lesões permaneciam abertas e sem sinais de cicatrização. Já no dia 01/11/2017 pela manhã, após limpeza com clorexidina degermante e soro fisiológico 0,9% aquecido, a equipe multiprofissional avaliou e optou pela colocação da placa de Mepilex Ag® em ambos os pés, respeitando a técnica estéril de colocação, como é exigida pelo fabricante.

Após a colocação da placa, a equipe multiprofissional acompanhou a adaptação da paciente com o novo curativo, e era nítido que já estava sendo eficaz, pois com o auxílio da fisioterapeuta, a paciente conseguiu dar alguns passos com os pés no chão e ficar em pé sozinha, em razão da segurança e superfície macia que a placa oferece.

Sendo assim, apesar de não haver um planejamento, todos os membros da equipe concordaram com a alta hospitalar da paciente, orientando aos pais a fazerem o acompanhamento e troca das placas a cada 7 dias no ambulatório de cirurgia plástica do HC-UFU.

Acresce-se que além das orientações acerca do cuidado com o curativo, limpeza, analgesia e esclarecimento de dúvidas serem feitas verbalmente e por escrito à mãe da criança, a mesma também se comprometeu a comparecer aos retornos do ambulatório, já que residem em outra cidade.

Dia 06/11/2017 foi o primeiro retorno da paciente ao ambulatório, o curativo estava limpo e intacto. Ao retirar a placa observou-se que a região plantar apresentava melhoras significativas, as lesões em ambos os pés estavam limpas, secas com bom sinal de evolução e fechamento característico de ferida (da borda para o centro) (Figura 8).

Figura 8 - Sinais de fechamento e melhora do aspecto das lesões



Fonte: A autora.

Após limpeza das lesões com clorexidina degermante e soro fisiológico 0,9% aquecido, foram colocados de forma estéril, novas placas em ambos os pés e ocluídos com compressas estéreis e ataduras.

No segundo retorno, dia 13/11/2017, as lesões nos pés apresentaram melhoras significativas, haviam crostas em ambos os pés, porém, em menor quantidade no esquerdo (Figura 9).

Figura 9 – Presença de crostas no centro de ambos os pés.



Fonte: A autora.

Procedeu-se com a limpeza e a placa foi colocada apenas no pé direito.

Dia 21/11/2017, terceiro retorno, o pé direito também já estava epitelizado, não havia necessidade de nenhum tipo de curativo ou cobertura (Figura 10).

Figura 10 – Melhora significativa do aspecto das lesões e presença de pequena quantidade de crostas apenas no pé direito.



Fonte: A autora.

A mãe foi orientada verbalmente acerca dos cuidados com a criança, pois apesar das lesões estarem com tecido epitelizado, os pés da paciente estavam vulneráveis e sensíveis,

qualquer trauma poderia causar ferimentos. Em seguida, mãe e criança recebem alta ambulatorial.

5.1 Equipe multiprofissional

5.1.1 Atendimento médico durante a internação

A equipe de cirurgia plástica da unidade de queimados do HCU-UFU avaliou a paciente primeiramente no Pronto Socorro do HC-UFU e providenciou a internação da mesma na unidade de Queimados e Cirurgia Plástica. Posteriormente, as avaliações eram feitas diariamente no período da manhã e sempre que necessário. Toda equipe incluindo médicos e residentes faziam parte da reunião multiprofissional juntamente com os outros profissionais para tomar as melhores decisões com relação ao caso da paciente.

5.1.2 Atendimento de enfermagem durante a internação

A equipe de enfermagem da Unidade de Queimados e Cirurgia Plástica esteve presente durante todo o tempo de internação da paciente, além dos cuidados, teve papel fundamental na recuperação da mesma, através dos diagnósticos de enfermagem, elaborados para atender uma linguagem comum aos profissionais envolvidos, atuando com muito preparo nas técnicas de limpeza e escolha das coberturas resultando em inúmeros benefícios e otimizando o tempo do processo cicatricial das lesões.

Em razão do contato direto com a paciente, a equipe de enfermagem oferece segurança e está intimamente ligada aos procedimentos de recuperação como um todo. Sobretudo, essa interação se estende aos familiares e acompanhantes que também estão inseridos na internação, viabilizando com eficácia o tratamento e cuidado.

5.1.3 Atendimento de nutrição durante a internação

A equipe de nutrição do HC-UFU faz o acompanhamento diário dos pacientes internados na unidade de cirurgia plástica e queimados e compõem a equipe multiprofissional do setor. A paciente recebeu suporte nutricional via oral com dieta hiperproteica, baseada em altos níveis de proteínas e gorduras com o consumo padrão de carboidratos e hipercalórica, com grande nível calórico, indicada para pacientes queimados ou que tiveram perdas significativas

de nutrientes. Ambas apropriadas para a idade da paciente em questão. A mãe teve autorização para levar alimentos que a filha tinha mais aceitação e o hospital não fornecia. Também foi orientada a estimular a ingestão hídrica, uma vez que não foi feita terapia venosa de hidratação durante a hospitalização. Vale ressaltar que a nutrição adequada aos pacientes queimados traz benefícios e auxilia no prognóstico e consequente recuperação.

5.1.4 Atendimento de psicologia durante a internação

A mãe acompanhou a paciente a maior parte da internação. Ao chegar à unidade, foi atendida pela psicóloga do HC-UFU, pois estava emocionalmente abalada com o estado da filha e se sentindo culpada pelo acidente. A criança estava chorosa, agitada e passava grande parte do tempo no leito. No dia 24/10/2017 mãe e filha foram atendidas na brinquedoteca da unidade, ambiente lúdico, o qual os pacientes têm livre acesso a qualquer hora do dia e tem a sua à disposição vários brinquedos. Ambas já estavam mais tranquilas com a situação, e habituadas à rotina da hospitalização. Já no dia 27/10/2017, a mãe estava ansiosa pela alta da filha, pois tem outro filho que estava em casa precisando dela também, não havia quem pudesse acompanhar a paciente, pois residem em outro município. A paciente já não ficava tanto no leito, passava grande parte do dia na brinquedoteca ou nos outros ambientes do hospital, na companhia da mãe. Os episódios de choro e inquietação eram apenas no momento das trocas dos curativos.

O suporte psicológico é imprescindível nesses casos, pois é um agravo que abala a família e pode trazer prejuízos irreparáveis.

5.1.5 Atendimento de fisioterapia durante a internação

A unidade de cirurgia plástica e queimados do HC-UFU, conta com uma profissional de fisioterapia no período da manhã e estagiários do curso de fisioterapia da UFU 3 vezes na semana no período da tarde. A paciente em questão ficou sem atendimento apenas nos fins de semana. Do dia 18/10/2017 ao dia 27/10/2017 realizou exercícios de dessensibilização nas regiões plantares com bexigas e superfícies macias, geralmente no leito ou em cima de travesseiros, em razão da dor intensa não conseguia firmar os pés no chão e caminhar. A mãe foi orientada a estimular a deambulação em cima do leito, a colocá-la de pé no chão e a utilizar brinquedos disponíveis na unidade para incentivar a filha. No dia 30/10/2017 a paciente em questão voltou a deambular com apoio e conseguia permanecer em pé por mais tempo. Em

seguida, com a colocação da placa de Mepilex Ag®, a paciente conseguiu deambular com mais facilidade, pois se sentia mais segura ao firmar os pés no chão. Após a alta hospitalar, a paciente não mais necessitou de atendimento de fisioterapia.

6 DISCUSSÃO

De acordo com Santos e Sá (2015), quando ocorre o processo de desenvolvimento neuropsicomotor infantil, além da maturidade biológica, é indispensável que aconteça a interação dessa criança com o meio a qual está inserida, pois propicia o aprendizado motor através de novas experiências, o que as deixam mais vulneráveis a acidentes como quedas, intoxicação, afogamentos, envenenamento e queimaduras, sendo esta última um dos traumas mais graves, deixando sequelas físicas que irão marcar o paciente por toda vida.

As queimaduras em áreas específicas, como no caso relatado, são extremamente importantes, pois apresentam alto risco e necessitam de uma abordagem característica. São áreas especiais como: face; mãos; pés; região glútea, genitália, região cervical, axilar, cotovelo e poplíteia são consideradas assim em razão do alto risco de contaminação, maior complexidade anátomo funcional e comum ocorrência de complicações, como retrações cicatriciais severas e incapacidade funcional (DORNELAS; FERREIRA; CAZARIM, 2009).

Os mesmos autores referem ainda que as queimaduras, de um modo geral, estão ligadas a alterações anatômicas, fisiológicas, endócrinas e imunológicas, e necessitam ser identificadas e tratadas de maneira eficaz, a fim de prevenir ou minimizar a extensão dos danos. Os cuidados com queimadura não se diferem quando uma área especial é atingida.

A classificação de grande, médio ou pequeno queimado, se altera quando relacionada a faixa etária, região acometida, extensão e profundidade da lesão. De acordo com a Associação Americana de Queimaduras, as lesões térmicas nos pés são consideradas grandes, pois são estruturas altamente funcionais que, lesadas, impactam diretamente na qualidade de vida do indivíduo, classificando-o como grande queimado (SOUZA, 2019; SINHA et al., 2006).

Independentemente do grau e extensão, as lesões por queimaduras caracterizam a perda de pele, que é a primeira barreira frente ao ataque de microrganismos externos e pela presença de necrose, que favorece um meio adequado para o desenvolvimento microbiano. Fatores como disfunção do sistema imune, possibilidade de translocação gastrointestinal, tempo de hospitalização, métodos diagnósticos e tratamento invasivo, também contribuem com infecção nesses pacientes e favorecem o aumento do número de óbitos decorrente de queimaduras (LIMA; ISER, 2019).

Por essas razões, o cuidado no tratamento das vítimas de queimaduras necessita ser integral, uma vez que, a equipe multiprofissional deve assistir esses pacientes para garantir uma assistência qualificada e eficiente. O atendimento de fisioterapia é especializado, lida com a estabilidade respiratória e musculoesquelética, estimulam a cicatrização, devido ao aporte

sanguíneo, aumento da oferta de oxigênio e o acompanha até quando for necessário (SANTOS; SÁ, 2015).

Tais cuidados nos remetem às severas complicações supracitadas, cujo objetivo primordial é limitar a progressão da repercussão sistêmica das queimaduras graves, prevenindo o desenvolvimento de falência orgânica, sobretudo respiratória, cardíaca, renal e cerebral. Portanto, o atendimento proposto para o caso relatado cumpriu com a recomendação da literatura, uma vez que os cuidados na unidade de queimados foram eficazes no tratamento da paciente sem que houvesse perdas ou danos significativos.

A abordagem do caso a médio/ longo prazo, com encaminhamentos para psicólogos, fisioterapeutas e cirurgia plástica, também são condutas sugeridas na literatura, visto que houve uma melhora nos índices de sobrevivência dos grandes queimados, e crescentes progressos vêm sendo alcançados no campo da reconstrução das áreas destruídas, da reabilitação funcional e psicológica, e da reintegração social das vítimas de queimaduras.

As alterações psicológicas, por exemplo, são comuns na criança e em seus familiares, quando sofrem com os danos causados por queimaduras, em alguns casos, atribuídas ao sentimento de culpa presente naqueles que são responsáveis pela criança no momento do acidente. Esse tipo de agravo pode ser prevenido com medidas simples, como educação em saúde voltada para cada faixa etária (SANTOS; SÁ, 2015).

Ao cuidar da criança e/ou adolescente hospitalizado, os profissionais de saúde deparam-se com um ser humano e sua família em situação de vulnerabilidade emocional, física e social, o que exige, principalmente do profissional de enfermagem uma compreensão não somente da doença, mas também sensibilidade para reconhecer suas peculiaridades.

Ao considerar os índices de hospitalização infantil e o impacto causado por uma internação, tanto na vida da família como na da criança, evidencia-se a necessidade do acompanhamento da saúde infantil na Atenção Básica, após a alta hospitalar, para a minimização de internações recorrentes por recidiva dos agravos e para a prevenção ou identificação precoce das doenças.

Nesse processo, deve-se considerar a importância de uma atuação profissional eficaz, para que haja a continuidade da assistência em outro nível de atenção do sistema e seja mantida a integralidade, princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um sistema complexo, que deve articular e coordenar ações e serviços de promoção, cura e reabilitação da saúde (VIEIRA; WHITAKER, 2016).

A alta hospitalar pode ser definida como a condição que permite a saída do paciente do hospital, sendo um procedimento que engloba todas as maneiras pelas quais o paciente pode

deixar o hospital: decorrente da liberação médica, da vontade do próprio paciente (nesse caso dos pais e responsáveis) ou resultante de óbitos (MARRA et al., 1989).

Segundo a Portaria Ministério da Saúde nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013, a alta responsável consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde (hospitalar ou ambulatorial) para outra(s), de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio de: I) orientação de usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; II) articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, em particular a Atenção Básica; e III) implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

Assim, a garantia de continuidade dos cuidados iniciados no âmbito hospitalar dependerá das orientações no período de hospitalização até o momento da alta hospitalar, uma vez que estas medidas contribuem significativamente para a recuperação do paciente, minimiza a insegurança e proporciona melhor qualidade de vida familiar e social, além de prevenir complicações e/ou morbidades e reinternações (CESAR; SANTOS, 2005).

Entretanto, de acordo com Pompeo et al., (2007) na maioria das vezes a orientação da alta é dada no momento de saída do hospital, não sendo desenvolvida durante o período de internação, o que dificulta o processo de educação para saúde destes jovens e da família, de maneira geral. Estes autores acrescentam ainda que na ocasião da alta, muitas orientações ocorrem ao mesmo tempo, com o agravante de não serem realizadas por escrito, dificultando a compreensão dos pacientes e familiares e propiciando a ocorrência de erros.

Neste sentido, o planejamento da alta propõe a responsabilização e compartilhamento entre os diversos serviços e, diferentes níveis de atenção a fim de promover a existência de um programa integrador entre a instituição hospitalar e os demais níveis de atenção à saúde, tais como: Programa Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, Unidade Básica de Saúde da Família e unidades hospitalares menos complexas. Deste modo, a alta hospitalar responsável baseia-se na transferência do cuidado e é realizada por meio de orientação a criança e adolescente e seu familiar/cuidador quanto à continuidade do tratamento em todos os níveis de atenção, por meio da referência e contra referência (BRASIL, 2013).

Estudos têm mostrado que o ideal é que o planejamento da alta seja iniciado logo após a admissão do paciente com a identificação de suas necessidades reais ou potenciais (SANTOS et al., 2016; MERCK; McELFRESH, 2014; DELATORRE, 2013).

Esse processo envolve todos os membros da equipe multiprofissional hospitalar e há responsabilidade de cada um deles na promoção da saúde dessa criança, inclusive do enfermeiro

na Sistematização da Assistência de Enfermagem, a fim de favorecer a adaptação da criança e de sua família no hospital e auxiliar no diagnóstico e tratamento, cuidando de ambas através de intervenções terapêuticas.

Conforme Santos et al. (2016) todo paciente, ao receber a alta hospitalar, deverá receber uma orientação acerca dos cuidados, de forma individualizada e perfeitamente compreensível por ele e seus familiares, quanto mais precoce for à alta, mais bem elaborada deve ser essa orientação.

Assim, o plano de alta, como garantia da continuidade da assistência após a hospitalização deve considerar a importância do envolvimento da família em todas as etapas do plano (admissão, hospitalização, identificação do estado de saúde e necessidades do paciente, prioridades, comunicação, orientações de cuidado e autocuidado direcionado aos pacientes e familiares, entre outros). A orientação para alta voltada somente para os cuidados físicos, sem valorizar o ser que está doente e as implicações que esta doença pode ter na vida da pessoa e da família, pode influenciar diretamente no cuidado fora do hospital (POMPEO et al., 2007).

Um plano de alta bem direcionado traz para o paciente e familiar o benefício da continuidade dos cuidados no domicílio, minimiza insegurança dos pacientes e cuidadores, melhora a qualidade de vida social e familiar e previnem complicações advindas da internação tais como: medo, ansiedade, infecções hospitalares e/ou pós internação (VIEIRA; WHITAKER, 2016). Além disso, possibilita o cuidado humanizado que visa atitudes, habilidades e sensibilidade na comunicação verbal e não verbal, o saber ouvir, saber o que e quando falar, compartilhar ideias, decisões e significados (POMPEO et al., 2007).

Silva (2011) menciona que o papel do enfermeiro no planejamento da alta passa inevitavelmente pela habilitação dos pacientes/família para o autocuidado, tendo em vista a reinserção na comunidade o mais precocemente possível.

Destaca-se que um dos recursos utilizados pelo enfermeiro para capacitar cuidadores que possam desenvolver ações que atendam às necessidades do paciente que recebeu alta, é a educação para saúde, descrita como componente essencial do cuidado de enfermagem, direcionada para a promoção, manutenção e restauração da saúde; prevenção da doença, e assistência às pessoas para lidar com os efeitos residuais da doença. Desta forma, pode-se garantir a continuidade dos cuidados iniciados na hospitalização.

7 CONCLUSÃO

O bom resultado obtido com o tratamento deve-se a intervenção realizada, o trabalho em equipe multiprofissional e o comprometimento dos familiares da paciente com relação ao tratamento da mesma.

Os primeiros cuidados, após o atendimento de emergência, ocorreram no HC-UFU, que oferece os serviços de referências para queimados na cidade de Uberlândia, Minas Gerais. A qualidade da assistência é reflexo da funcionalidade da unidade de queimados, onde a equipe é qualificada para lidar com tal especificidade, o suprimento de materiais para curativos é altamente contemplado e, a estrutura hospitalar permite que haja acompanhamento e cuidado do paciente de forma integral.

Destaca-se que o cuidado realizado pela equipe multiprofissional foi sistemático, contínuo e eficaz, principalmente pelo critério de escolha das coberturas utilizadas desde o início do tratamento proposto. Há de se considerar, que a utilização da placa de Mepilex Ag® otimizou o tempo de internação e a intervenção proposta, tanto com a redução dos custos relacionados a internação, evitando prolongamento e aumento dos riscos de infecção relacionada à assistência em saúde, e em sua rotina e convívio social. Além disso, possibilitou a continuidade do seu desenvolvimento neuropsicomotor, uma vez que, a paciente em questão encontrava-se em uma fase de formação da identidade infantil.

Acresce-se que o sucesso do tratamento proposto se deu por todo o esforço da equipe multidisciplinar bem coordenada e especializada, com destaque a equipe de enfermagem, treinada e vigilante 24 horas por dia. A alta da paciente se deu no dia 01/11/2017, após 15 dias de internação. Ela deixou o hospital deambulando, sem queixas aparentes, sem dor, sinais vitais estáveis, sem perda de peso e com curativo oclusivo em ambos os pés. A mãe foi orientada acerca dos cuidados com o curativo, limpeza, analgesia e manter as atividades de incentivo a deambulação.

Entretanto, mesmo sabendo da importância do planejamento de alta hospitalar para a garantia contínua dos cuidados, observou-se neste caso, que não houve planejamento de alta. Tratou-se de uma decisão tomada entre todos os membros da equipe multiprofissional, os quais estavam cientes de todas as implicações pertinentes em relação ao tratamento proposto. A criança foi referenciada ao ambulatório de cirurgia plástica do HC-UFU, permitindo o acompanhamento contínuo a cada 7 dias, até receber alta ambulatorial.

Dessa forma, o desenvolvimento deste estudo “Relato de Caso” permite algumas reflexões acerca do processo de formação acadêmica dos futuros profissionais de saúde, em

destaque a enfermagem. Uma vez que, nos cursos de graduação há pouco espaço/contato com os serviços especializados voltados a vítimas de queimaduras. Acresce-se a importância de ampliar as discussões sobre o trabalho em equipe, com atendimento multiprofissional e ações integrais/humanizadas, atendendo às necessidades específicas deste público em questão.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, A. V. S. Equipe de saúde e o brincar da criança com queimaduras. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 57-65. 2013.
- BARBIERI, M. C. *et al.* Cotidiano de pais de crianças vítimas de queimadura após a alta hospitalar. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.16, n.1, p, 21-7. 2016.
- BARRET, J. P.; HERNDON, D.N. Burns in Children: Epidemiology and Sequelae. **Annals of Plastic Surgery**, Philadelphia, v. 53, n. 5, p. 462-4. 2004.
- BIASUZ, R. B. S.; BOECKEL, M. Trauma na infância e regulação emocional na adultez em amostra de adultos universitários. Taquara: Faculdades Integradas de Taquara, 2012. Disponível em: <https://docplayer.com.br/5129626-Trauma-na-infancia-e-regulacao-emocional-na-aduldez-em-uma-amostra-de-adultos-universitarios-1-rejane-beltrao-de-souza-biasuz-2-mariana-boeckel-3.html>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergências das queimaduras**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf. Acesso em: 17 nov. 2019.
- BRASIL. Portaria N° 3.390, de 30 de Dezembro de 2013. **Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/homepage/aceso-rapido/santas-casas-sustentaveis/indicador-a9-alta-responsavel>. Acesso em: 01 ago. 2017.
- CESAR, A. M.; SANTOS, B. R. L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 647-52. 2005.
- COSTA, *et al.* Prevenção de acidentes em crianças e adolescentes na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 668-673. 2015.
- DA COSTA, G. O. P.; DA SILVA, J. A.; DOS SANTOS, A. G. Perfil clínico e epidemiológico das queimaduras: evidências para o cuidado de enfermagem. **Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 146-55. 2015.
- DELATORRE, P. G. *et al.* Planejamento para alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UFPE online**. Recife, v. 7, spe, p.7151-9. 2013.
- DE OLIVEIRA, V. V., *et al.* Vivência dos pais no enfrentamento da situação de queimaduras em um filho. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 201-209. 2015.
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Dados de mortalidade**. Brasília, DF: DATASUS, 2013. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>. Acesso em: 28 out. 2019.

DORNELAS, M. T.; FERREIRA, A. P. R.; CAZARIM, D. B. Tratamento das queimaduras em áreas especiais. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 35, n. 2, p. 119-126. 2009.

FERNANDES, F. M. F. A. *et al.* Queimaduras em crianças e adolescentes: caracterização clínica e epidemiológica. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p.133-141. 2012.

LIMA, R. R.; ISER, B. P. M. Ocorrência de infecção em queimados atendidos em um hospital de ensino. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.63, n. 1, p. 22-26. 2019.

MARQUES, J. F., *et al.* Assistência de enfermagem em relação ao paciente pediátrico em situação de queimadura. **Revista Terra e Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, Londrina, v. 34, n. 67, p. 19-30. 2019.

MARRA, C. C.; CARMAGNANI, M. I. S.; AFONSO, C.; SALVADOR, M. E. Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 123-27. 1989.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 464-9. 2007.

MARTINS. *et al.* Atuação do enfermeiro no preparo para a alta hospitalar de pacientes cirúrgicos. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p.1756-1764. 2015.

MERCK, T.; MCELFRISH, P. Cuidados à criança Centrados na Família durante a doença e hospitalização. *In*: HOCKENBERRY M.; WILSON D. W. **Fundamentos da Enfermagem da Enfermagem Pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. p. 588-609.

MESCHIAL, W. C.; SALES, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L.F. Fatores de risco e medidas de prevenção das queimaduras infantis: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 267-73. 2016.

MITTAG, B. F., *et al.* Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. **Revista Brasileira de Terapia Enterostomal**, São Paulo, v.15 n.1, p. 19-25. 2017.

MOLA, R. *et al.* Características e complicações associadas às queimaduras de pacientes em unidade de queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 8-13. 2018.

POMPEO. *et al.* Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 345-50. 2007.

SANTOS, T. P.; SÁ, S. M. P. Ocorrência de queimaduras em crianças em um centro de referência. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 3, p. 524-538. 2015.

SILVA, R. A. R. *et al.* Proposta de plano de cuidados de enfermagem para paciente queimado: estudo de caso. **Revista Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 18, p. 72-75. 2017.

SILVA, R. V. G. O, RAMOS, F. R. S. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 309-15. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a14v32n2.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

SIQUEIRA, S. M. C. *et al.* Internações e óbitos de crianças e adolescentes brasileiros vítimas de queimaduras por fogos de artifício. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 68-75. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Conheça a pele. *In*: LYRIO, P. **Pauline Lyrio Dermatologista**. Vitória, [2019]. Disponível em: <https://www.paulinelyrio.com.br/post/2016/09/21/camadas-da-pele>. Acesso em: 22 nov. 2019.

SOUZA, C. O. **Caracterização do perfil epidemiológico dos queimados do Brasil**: revisão sistemática da literatura. 2015. Monografia (Especialização) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

SOUZA, G. L. *et al.* Estudo epidemiológico dos indivíduos vítimas de queimaduras no Brasil: revisão de literatura. **Anais da Mostra Acadêmica do Curso de Fisioterapia**, Anápolis, v. 7, n. 1, p. 153-169, 2019.

TAVAREZ, E. O.; BURIOLA, A. A.; SANTOS, J. A. T.; BALLANI T, S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Fatores associados à intoxicação infantil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 31-37. 2013.

VIEIRA, M. M.; WHITAKER M. C. O. O cuidado à criança após a alta hospitalar. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Cachoeira, v. 1, n. 3, p.1-11. 2016.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEL LEGAL POR MENOR DE 18 ANOS

Considerando a sua condição de responsável legal pelo(a) menor, apresentamos este convite e solicitamos o seu consentimento para que ele(a) participe da pesquisa intitulada **“Queimadura por Placa Aquecida na Região Plantar em Criança. Tratamento e prevenção: Relato de caso”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Ercy Xavier de Melo; Elizabeth de Fátima Daibert; Karla Suzany Belai Silva; Miriã Márcia Pazini; Frank Jose da Silveira Miranda; Guilherme Silva De Mendonça.

Nesta pesquisa nós estamos buscando tratar queimaduras nas extremidades em crianças causadas por superfícies aquecidas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Ercy Xavier de Melo, e será obtido durante o período de internação da criança na Unidade de Queimados do Hospital de Clínicas de Uberlândia. Deixamos claro que você tem um tempo para decidir se concorda com a participação conf. item IV da Resol. CNS 466/12 ou Cap. III da Resol. 510/2016 quando for pesquisa em Ciências Humanas e Sociais).

Na participação do(a) menor sob sua responsabilidade, ele(a) passará por avaliação contínua dos aspectos clínicos, psicológicos e nutricionais da criança, com registro fotográfico diário das lesões na região do pé direito e esquerdo para acompanhar a evolução durante o período da internação e no controle ambulatorial, após a alta.

Em nenhum momento, nem o(a) menor nem você serão identificados. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a identidade dele(a) e a sua serão preservadas.

Nem ele(a) nem você terão gastos nem ganhos financeiros por participar na pesquisa.

Os riscos consistem em possível identificação da criança, porém o paciente em nenhum momento será identificado; exposto a mínimo risco, durante o período de internação será acompanhado pela equipe de saúde que fará o registro fotográfico da evolução das lesões. Quaisquer procedimentos invasivos tais como punções e/ou introdução de cateteres serão inerentes ao tratamento de rotina, independentes do estudo. A equipe executora se compromete com sigilo absoluto sobre a identidade do sujeito da pesquisa. Os benefícios serão a contribuição para subsidiar informações e parâmetros para futuras campanhas de prevenção com foco exclusivo para educar pais e cuidadores chamando especial atenção para os riscos de queimaduras em superfícies aquecidas.

A qualquer momento, você poderá retirar o seu consentimento para que o(a) menor sob sua responsabilidade participe da pesquisa. Garantimos que não haverá coação para que o consentimento seja mantido nem que haverá prejuízo ao(a) menor sob sua responsabilidade. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos dados do(a) menor sob sua responsabilidade da pesquisa. O(A) menor sob sua responsabilidade pode se recusar a continuar participando da pesquisa, se manifestando verbalmente ou por meio de gestos, que indiquem esse desejo. Ele(a) não sofrerá qualquer prejuízo ou coação.

Até o momento da divulgação dos resultados, ele(a) também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida a respeito desta pesquisa, você poderá entrar em contato com: Ercy Xavier de Melo, Av. Pará, 1720 – Campus Umuarama – Telefone 3218-2159. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu, responsável legal pelo(a) menor (nome do(a) menor) _____
consinto na sua participação na pesquisa citada acima, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do responsável pelo(a) participante da pesquisa

ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Queimadura por placa aquecida na região plantar em criança. Tratamento e Prevenção: Relato de Caso

Pesquisador: Ercy Xavier de Melo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86312318.3.0000.5152

Instituição Proponente: HOSPITAL DE CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.631.312

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante e com aspectos educativos intervencionistas importantes;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados estão devidamente assinados e carimbados e seguem as normas exigidas.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética no relato de caso com ser humano, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 02 de Maio de 2018

Assinado por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)