

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**ASSISTÊNCIA DE PRIMEIROS SOCORROS À VITIMAS DE
QUEIMADURAS NA VIA PÚBLICA: ESTUDO DE CASO NO
HOSPITAL GERAL DA BARRA DO DANDE NO II SEMESTRE 2023.**

Autora: Marta António Caxala

Orientadora: Prof^a. Yamilé Hernández, Lic.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**ASSISTÊNCIA DE PRIMEIROS SOCORROS À VITIMAS DE
QUEIMADURAS NA VIA PÚBLICA: ESTUDO DE CASO NO
HOSPITAL GERAL DA BARRA DO DANDE NO II SEMESTRE 2023.**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA), como requisito para abtenção do título de Licenciatura em Enfermagem, sob orientação da Prof^a. Yamilé Hernández, Lic.

Autora: Marta António Caxala

Orientadora: Prof^a. Yamilé Hernández, Lic.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

ASSISTÊNCIA DE PRIMEIROS SOCORROS À VITIMAS DE QUEIMADURAS NA VIA PÚBLICA: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL GERAL DA BARRA DO DANDE NO II SEMESTRE 2023.

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

Classificação: _____

Data ____/____/____

DEDICATÓRIA

Ao meus amados pais, por todo amor e apoio incondicional depositado, e por sempre acreditar nas minhas capacidades intelectuais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força para chegar até aqui, me ajudando a superar cada obstáculo que surgia com muita sabedoria e por nunca permitir passar pela minha cabeça a vontade de desistir.

A minha família, especialmente a, aos meus pais, aos meus irmãos, e ao meus tios, por todo esforço que fizeram para que eu concluísse meus estudos da melhor maneira possível e por sempre estarem presente me apoiando e me incentivando em tudo. Sem dúvidas tudo que conquistei até hoje devo a eles.

A minha orientadora, Prof^a. Yamilé Hernández, Lic., pela orientação e apoio no preparo deste trabalho e pelos seus estímulos e conselhos profissionais, que me auxiliaram a enfrentar os desafios e acreditar na conclusão do mesmo.

A Instituição (ISA) por esses 4 anos

Aos meus colegas e amigos , e em especial aqueles que sempre estiveram presentes em todos os momentos ao decorrer desta pesquisa.

EPÍGRAFE

“A compaixão tem poder. E o maior poder que ela tem é o de salvar vidas”

Bottoni (2014)

RESUMO

O presente trabalho tem como tema: “Protocolo de Assistência de Primeiros Socorros a Vitimas de Queimaduras na Via Pública, Segundo Trimestre 2023”. As queimaduras são lesões desencadeadas por agentes físicos, químicos, elétricos, térmicos ou por fricção que resultam em níveis variados de perda tecidual causando danos físicos e psicológicos ao paciente. O modelo de abordagem usada é quati-quantitativa. O tipo de pesquisa utilizada é a descritiva, observacional, prospectivo de tipo transversal, elaboramos como pergunta de partida: Qual é o protocolo de assistência de primeiros socorros a vitimas de queimaduras na via pública, segundo trimestre 2023? Com este propósito traçou-se as seguintes hipóteses: Extinguir as chamas a vitima contribui o protocolo de assistência de primeiros socorros a vitimas de queimadura, remover a vítima do ambiente hostil e remover as roupaas aderidas a seu corpo influência nos protocolos de assistência de primeiros socorros a vitimas de queimaduras, colocar a parte queimada por de baixo da água fria pode contribuir nos protocolo de primeiros socorros a vitima de queimaduras. Com objectivo geral: Analisar o protocolo de assistência de primeiros socorros a vitimas de queimaduras na via pública, segundo trimestre 2023. Objectivos específicos: Caracterizar sóciodemográficas segundo as variáveis: faixa etária, nível acadêmico, tempo de serviço e género, descrever o grau de conhecimento sobre o protocolo de assistência de primeiros socorros a vitimas de queimaduras na via pública, segundo trimestre 2023. Na nossa população extraímos uma amostra de trinta (30) indivíduos. Conclusões: Podemos dizer que a instituição em destaque possui uma boa camada de profissionais.

Palavras chaves: Protocolo de assistência, Primeiros socorros, Vitima, Queimadura

ABSTRACT

The theme of this work is. "First Aid Assistance Protocol for Burn Victims on Public Roads, Second Quarter 2023". Burns are injuries triggered by physical, chemical, electrical, thermal or friction agents that result in varying levels of tissue loss, causing physical and psychological damage to the patient. The approach model used is quantitative. The type of research used is descriptive, observational, prospective, cross-sectional, we elaborated as a starting question: What is the protocol for first aid assistance to victims of burns on public roads, second quarter 2023? For this purpose, the following hypotheses were outlined: Extinguishing the flames, the victim contributes to the first aid assistance protocol for burn victims, removing the victim from the hostile environment and removing the adhered clothing. Your body influence on first aid protocols for burn victims, placing the burned part under cold water can contribute to first aid protocols for burn victims. With general objective: Analyze the first aid assistance protocol for burn victims on public roads, second quarter 2023. Specific objectives: Characterize sociodemographic characteristics according to the variables: age group, academic level, length of service and gender, describe the level of knowledge about the protocol first aid assistance to victims of burns on public roads, second quarter 2023, and propose suggestions that aim to improve the climate of first aid assistance to victims of burns on public roads. In our population, we extracted a sample of thirty (30) individuals. Conclusions: We can say that the highlighted institution has a good layer of professionals.

Key Words: Assistance protocol, First aid, Victim, Burn

LISTA DE SIGLAS

cmH₂O: Centímetro de água.

PaO₂: pressão parcial de oxigênio.

FiO₂: fração inspirada de oxigênio.

< 6 mm: 6 milímetros.

ml/kg: Mil Kilograma.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1- Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	40
Tabela nº 2- Distribuição da amostra quanto ao Nível acadêmico.....	41
Tabela nº3- Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço.....	42
Tabela nº 4- Distribuição da Amostra quanto ao gênero.....	43
Tabela nº 5- Distribuição da amostra quanto o grau de conhecimento.....	44

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico nº 1 - Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	40
Gráfico nº 2 - Distribuição da amostra quanto ao Nível acadêmico.....	41
Gráfico nº 3 - Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço.....	42
Gráfico nº 3 - Distribuição da Amostra quanto ao gênero.....	43
Gráfico nº4 - Distribuição da amostra quanto o grau de conhecimento.....	44

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
1.1. Definições de termos e conceitos.....	17
1.2. Retrospectiva histórica sobre queimaduras.....	18
1.3. Fisiopatologia das queimaduras	20
1.4. Etiologia e incidência.....	21
1.5. Principais consequências sistêmicas das queimaduras	27
1.6. Períodos clínicos pós queimadura e sua duração.....	28
1.1.1. Desidratação	28
1.1.2. Conduta terapêutica	31
1.1.3. Terapia tópica.....	33
1.2.1. Prevenção de complicações.....	34
1.2.2. Prevenção de infecções	35
1.2.3. Prevenção de infecções no paciente queimado: pneumonia	36
1.2.4. Prevenção de infecções do paciente queimado: trato urinário	37
1.2.5. Prevenção de infecções do paciente queimado: ferida	38
1.3.4. A pele	43
1.3.6. Complicações sistêmicas no sistema respiratório	44
CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE PESQUISA	46
2.1. Tipos de Pesquisa.....	46
2.2. Modelo de Abordagem	46
2.3. Nível de estruturação de métodos.....	47
2. 4.Técnicas de recolha de dados.....	49
2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados.....	50
2.6. População e Amostra	51
2.7. Dificuldades encontradas	52

CAPÍTULO III- RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados	53
3.2 Discussão dos resultados.....	58
CONCLUSÃO	59
SUGESTÕES	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICE	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema: “Assistência de Primeiros Socorros a Vítimas de Queimaduras na Via Pública: Estudo de caso no Hospital Geral da Barra do Dande, no I Semestre 2023”. As queimaduras são lesões desencadeadas por agentes físicos, químicos, elétricos, térmicos ou por fricção que resultam em níveis variados de perda tecidual causando danos físicos e psicológicos ao paciente.

As lesões das queimaduras danificam a pele, dependendo de muitas variáveis, incluindo a duração e intensidade de contato com o agente agressor, a espessura da pele da região anatômica acometida, tamanho da área exposta, vascularização local e idade. Existe vários factores prognósticos considerados, destaca-se ainda a avaliação da etiologia da lesão.

Actualmente, diversos autores afirmam que o grau com que uma queimadura causa dano à pele depende da causa, determinante direto da duração e da intensidade do calor, afetando de maneiras diferentes a pele segundo sua espessura, área exposta, vascularização e idade do paciente.

O paciente queimado, pois trata-se de um indivíduo que tem seus medos, desejos, cultura, religião e opiniões próprias, merecendo assim uma assistência que seja individualizada e atenda suas necessidades.

Nos dias actuais na via pública tem-se verificado um número elevado de pacientes com casos de quemaduras. Isso tem preocupado o governo Angolano, cada vés mais o índice de casos de queimaduras na via pública estão a aumentar. é necessário que haja os processos de enfermagem e técnicos de enfermagem para promoção de assistência de pacientes com queimadura, sabendo que actuação do enfermeiro tem importância direta na assistência às vítimas, com situações que têm exigido atenção individualizada e ações de cuidados sistematizadas, com medidas e controle que atendam efetivamente as necessidades das crianças queimadas.

Tendo em conta o problema constatado, formulamos a seguinte pergunta de partida:

Qual é a Assistência de Primeiros Socorros a Vítimas de Queimaduras na Via Pública: Estudo de caso no Hospital Geral da Barra do Dande, no I Semestre 2023?

•Hipóteses

Segundo Francisco (2017, p. 39), a hipótese é uma explicação, uma condição ou princípio que procura relacionar entre si as variáveis que dizem respeito a um determinado fenómeno ou problema que se queira resolver é o mesmo que dizer: uma hipótese é uma solução provisória.

Com este propósito formulamos as seguintes hipóteses:

H1- Extinguir as chamas a vitima contribui na assistência de primeiros socorros a vitimas de queimaduras.

H2- Remover a vítima do ambiente hostil e remover as roupaas aderidas a seu corpo influência na assistência de primeiros socorros a vitimas de queimaduras.

H3- Colocar a parte queimada por de baixo da água fria pode contribuir nos assistência de primeiros socorros a vitima de queimaduras.

•Objectivos

Marconi e Lakatos (2010, p.27), dizem que “toda pesquisa deve ter um objectivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar”.

•Objectivo Geral:

- Analisar Assistência de Primeiros Socorros a Vitimas de Queimaduras na Via Pública: Estudo de caso no Hospital Geral da Barra do Dande, no I Semestre 2023.

•Objectivos Específicos:

- Caracterizar sóciodemográficas segundo as variáveis: faixa etária, nível académico, tempo de serviço e género;

- Descrever o grau de conhecimento sobre assistência de primeiros socorros a Vitimas de Queimaduras na Via Pública: Estudo de caso no Hospital Geral da Barra do Dande, no I Semestre 2023;

- Propor sugestões que visão melhorar o clima de assistência de primeiros socorros a vitima de queimaduras na via pública.

• **Delimitação e Limitação do estudo**

a) Delimitação:

O presente tema foi delimitado Assistência de Primeiros Socorros a Vítimas de Queimaduras na Via Pública: Estudo de caso no Hospital Geral da Barra do Dande, no I Semestre 2023.

b) Limitação:

a nossa pesquisa foi limitado aos seguintes intervenientes: dois (02) médicos, dez (10) enfermeiros e dezoito (18) pacientes, perfazendo trinta (30) indivíduos

• **Justificativa**

Uma vez que somos estudante o tema em cima referido vai nos ajudar no que diz respeito o estudo Assistência de Primeiros Socorros a Vítimas de Queimaduras na Via Pública: Estudo de caso no Hospital Geral da Barra do Dande, no I Semestre 2023. Através deste tema vamos ajudar outros estudantes que não tinham conhecimento sobre o assunto em causa.

Por isso. Escolhemos este tema no sentido de dar uma visão mais clara e aprofundar assistência a vítima de primeiros socorros com queimaduras na via pública IIº semestre. É de extrema importância analisar essa problemática por ser um problema preocupante na sociedade.

Motivação pessoal pela escolha do tema, é por ter me deparado com uma taxa elevada de pacientes com problemas de queimadura. Nesse contexto pretendemos analisar e aprofundar o que está na base os pacientes não terem uma boa assistência.

• **Estrutura do trabalho**

O presente trabalho está dividido da seguinte forma:

A parte introdutória que esclarece os objetivos da pesquisa e apresenta três capítulos:

- No primeiro capítulo abordamos a fundamentação teórica.
- No segundo capítulo Falamos da metodologia de pesquisa.
- No terceiro capítulo tratamos dos resultados e discussão.

CAPÍTULO I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definições de termos e conceitos

• Assistência

Segundo (Pires, 2019, p. 42), “assistência são cuidados ou acompanhamentos médicos que se dá a um paciente”.

Para Teixeira (2010, p. 28), “assistência é o controlo do paciente onde o enfermeiro aplica os conhecimentos técnico-científicos”.

Na perspectiva de (Silva & Junior, 2017, p. 33), “assistência contribui efectivamente para que o exercício profissional do enfermeiro seja visto pela sociedade como arte de cuidar”.

No nosso entender assistência trata-se de acções de ajudar e de dar auxílio.

• Primeiros socorros

Segundo (Ximenes, 2013, p. 55), “primeiros socorros são procedimentos de assistência médica urgente que devem ser prestados a qualquer pessoa”.

Para Ferreira (2010, p. 28), “primeiro socorro auxílio ou assistência a alguém que se encontra em perigo, prestar socorro”.

De acordo (Câmara, 2018 p. 35), Primeiro socorro são cuidados iniciais que devem ser prestados rapidamente a uma pessoa.

Na nossa óptica primeiro socorro é a assistência que se oferece a alguém em caso de um problema, dificuldade ou doença.

• Vítima

Segundo (Jorge, 2015, p. 36), vítima é a pessoa que sofreu danos e foi sacrificado em interesses.

De acordo (Câmara, 2018 p. 88), vítima trata-se de um indivíduo que sofre uma lesão decorrente da acção delituosa de outro agente.

Na visão de (Serrano, 2011, p. 12), “vítima a pessoa que colectivamente sofreu danos, inclusive lesões físicas ou mentais”.

Na nossa perspectiva vítima é qualquer pessoa natural que tenha sofrido danos físicos, emocionais em sua própria pessoa ou seus bens.

• Queimadura

Para (Ana & Paulo, 2017, p. 60), queimadura é toda lesão provocada pelo contacto directo com alguma fonte de calor ou frio, produtos químicos, corrente eléctrica.

De acordo (Angop, 2016), queimadura é uma lesão na pele ou noutros tecidos causada por calor, electricidade, substâncias químicas.

Para (Carreiro, 2018, p. 7), “queimadura é uma lesão traumática que acontece na pele e é ocasionada por algum agente externo sobre o revestimento do corpo”.

Na nossa visão queimadura são lesões que resultam do contato com o calor ou frio extremo.

1.2. Retrospectiva histórica sobre queimaduras

Segundo (Mélega, 2012, p. 76), relata que a historia das queimaduras acompanha o homem desde os tempos mais remotos. Com o controle e uso disseminado do fogo em todas as culturas, mesmo as mais primitivas, os acidentes em decorrência de seu uso passaram a ser cada vez mais numerosos.

O mesmo autor realça que a incidência de queimaduras aumentou à medida que as civilizações evoluíram e queimaduras produzidas por calor e frio somaram-se às químicas e, mais recentemente, às causadas por radiações ionizantes.

Existem relatos datados de 1500 a.C., de vários pensadores, dentre eles Celsus, Galeno, Aristóteles e Fere, sobre as técnicas de tratamento das queimaduras. Também, por volta do século XVIII, H. (Benaim & Artigas, 2019).

Earle preconizava o uso de água gelada para minimizar a dor e edema. Na mesma época, Marjolin, descreve a transformação maligna em úlceras crônicas de sequela de queimaduras, e hoje, as mesmas são conhecidas como úlceras de (Marjolin & Evans, 2015, p. 21).

Na segunda metade do século XIX, a medicina se ateve para as áreas não queimadas, reconhecendo o carácter abrangente da queimadura e sua repercussão nos outros órgãos (Gardner & O’rahilly, 2014).

Assim, Baraduc reportou hemoconcentração nos queimados e, na virada desse século, os autores italianos Tomasoli e Bacelli já começavam a usar soluções salinas sobre as lesões (Gray, 2018).

O autor realça que apesar das queimaduras serem abordadas há séculos, apenas na segunda década do século XX se iniciou a busca pela compreensão da sua fisiopatologia, com Frank Underhill, em estudo envolvendo a bioquímica das lesões e sua evolução (Wiechman et al, 2010).

A história moderna das queimaduras começa em 1942, com Cope e Moore, em um trabalho onde demonstram a perda de fluidos externa e internamente (Gomes & Pellon, 2017).

De acordo o Evans (2015, p. 46), a primeira formula reacional de reposição de fluidos, atualmente conhecida por fórmula de Brook-Evans, pois mais tarde foi modificada no Brook Army Hospital.

Algumas décadas depois, Mayere, Shires e Baxter, do Parkland Hospital, passaram a utilizar reposição contendo cristalóides na solução de Ringe. Nascia a formula de Parkland, ate hoje utilizada (Tricklebank, 2010).

Actualmente, dá-se preferência ao tratamento fechado e os antimicrobianos utilizados desde os anos 40. Esta prática, porém, só começou a ter sucesso na década de 60 com a descoberta do acetato de mafenide e o uso de nitrato de prata (Trupkovic & Giessler, 2018).

Neste período houve a possibilidade de êxito no controle das infecções locais secundárias. Posteriormente, foi constatado que estes medicamentos tinham muitos efeitos colaterais e em vista disto, Charles Fox combinou sulfa e prata originando o sulfadiazinato de prata, ate hoje o antimicrobiano mais usado mundialmente (Frieze, 2016).

Os enxertos foram utilizados há mais de um século e com o aparecimento dos expansores de pele por Tanner Vandedut, deu novo alento para cobertura de áreas cruentas, quando havia escassez de áreas doadoras (Mélega, 2012).

Segundo (Janzekovic, 2011), a abordagem com incisão precoce e enxertia de queimadura de segundo grau profundo, revolucionando o tratamento local das queimaduras.

A partir desta década até os tempos atuais, as medidas abordadas no tratamento do paciente queimado passaram a envolver o tratamento cirúrgico aliado a novos conhecimentos sobre a fisiopatologia e imunologia, abrindo novos horizontes para o controle da escara proveniente da queimadura (Carreiro, 2018).

Pesquisadores descreveram a presença de um componente lipídico-protéico presente na escara que pode ser inibido pelo nitrato de sódio, fornecendo nova esperança, cada dia mais efetiva, para os pacientes acometidos pelas queimaduras (Mélega, 2012).

1.3. Fisiopatologia das queimaduras

Segundo (Moulin, 2018, p. 25), as queimaduras comprometem a integridade funcional da pele, quebrando a homeostase hidroeletrolítica e alterando o controle da temperatura interna, flexibilidade e lubrificação da superfície corporal. O comprometimento da pele ocorre em virtude da extensão e profundidade das lesões.

Na visão de (Mélega, 2012), a participação de dois eventos fisiopatológicos nas queimaduras: o aumento da permeabilidade e, conseqüentemente, o edema. O trauma térmico, há exposição do colágeno e conseqüente ativação e liberação de histamina pelos mastócitos.

A histamina leva ao aumento da permeabilidade capilar que, por sua vez, permite a passagem do infiltrado plasmático para o interstício dos tecidos afetados, provocando edema tecidual e hipovolemia (Mendes & Galvão, 2011).

A ativação do sistema calicreína produz cininas que colaboram, ainda mais, para o aumento da permeabilidade capilar, agravando o edema e a hipovolemia (Pinho, 2016).

As cininas e a exposição do colágeno ativam o sistema fosfolipase ácido araquidônico, originando prostaglandinas, mais especificamente a prostaglandina E2, potencializando a vasodilatação e causando dor (Varela, 2017).

Outra via ativada é a via tromboxane, que junto com a plasmina e trombina circulantes, provoca tampão nas paredes capilares, ocasionando um aumento na pressão hidrostática de até 250%, contribuindo para o edema tecidual (Mélega, 2012).

Segundo (Duarte, 2018), comenta que nas queimaduras superiores a 40% da superfície corporal, consideradas extensas, ocorre, além dos sinais cardeais inflamatórios locais, uma resposta sistêmica com presença de febre, circulação sanguínea hiperdinâmica e ritmo metabólico acelerado.

Além de aumento do catabolismo muscular, decorrente da alteração hipotalâmica (aumento da secreção de glucagon, cortisol e catecolamineas), da deficiência da barreira gastrointestinal com passagem de bactérias e toxinas bacterianas para a corrente sanguínea (Evans, 2015).

Ainda, a perda de calor e de fluidos por evaporação através da ferida são eventos que levam à hipotermia e desequilíbrio hidroeletrólítico (Araújo et al, 2017).

1.4. Etiologia e incidência

Segundo (Lima & Brito, 2016, p. 45), as queimaduras podem ocorrer por diversos estímulos térmicos, químicos ou elétricos, sendo as lesões térmicas, decorrentes do fogo, as mais frequentes, os agentes causadores de queimaduras simples ou térmicas são líquidos ou vapores, líquidos densos e sólidos aquecidos, substâncias inflamáveis, contato direto com chama, radiações não ionizantes, frio.

Já os agentes causadores de queimaduras complexas são fricção mecânica, eletricidade, radiações ionizantes como raios X, alfa, beta, gama, produtos químicos (Bardin, 2012).

As queimaduras são acidentes frequentes em nosso meio, sendo predominantes no sexo masculino, podendo ocorrer em qualquer faixa etária, ocupação e situação econômica do paciente (Marques et al, 2019).

Crianças de até seis anos são vítimas frequentes de escaldamentos, constituindo 60% dos casos de acidentes ocorridos na cozinha (Schiozer, 2011).

Segundo (Silva & Santos, 2020), os escaldamentos constituem principal fonte de queimaduras domésticas não fatais. Os acidentes no banho ocasionados por imersão em água superaquecida também são considerados escaldamentos.

Este tipo de acidente é comum em pacientes idosos. As queimaduras elétricas constituem um dos tipos mais agressivos de lesões térmicas, embora sua incidência seja pequena (5 a 10% dos pacientes hospitalizados) (Pereira & Lonien, 2013).

A faixa etária mais atingida está entre 20 e 30 anos geralmente vítimas de acidentes de trabalho. As queimaduras originam lesões fundamentais com destruição da superfície cutânea a partir de um agente agressivo externo, variando de pequena vesícula, bolha ou erosão a perdas mais profundas ou largas capazes de desencadear uma grande diversidade de respostas sistêmicas (Mélega, 2012).

Mais especificamente, as lesões causadas pelas queimaduras podem ser classificadas segundo a extensão de área acometida, profundidade da perda tecidual, etiologia e, ainda, de acordo com a evolução e com a capacidade de reparo local (Guyton & Hall, 2017).

Os autores (Guirro & Augusto (2012), divide as queimaduras de acordo com quatro fases de preocupações evolutivas: a primeira de prevenção; a segunda de agressão, sendo inicial ou aguda; a terceira de reparação, sendo tardia ou crônica - esta se subdivide em subfase de eliminação, subfase do tecido de granulação, subfase de cicatrização ou enxertia, subfase de cronicidade; a quarta é a fase de sequelas.

Segundo (Mélega, 2012), as queimaduras são classificadas de acordo com a profundidade de acometimento tecidual, sendo este um dos critérios mais utilizados clinicamente. As lesões são categorizadas em queimaduras de primeiro, segundo ou terceiro grau.

Na visão de (Pinho, 2016), primeiro grau: atinge camada mais externa da pele, a epiderme. Este tipo de queimadura não provoca alterações hemodinâmicas ou clínicas significativas, visto a ausência de vascularização epitelial.

- É bem caracterizada clinicamente pela dor e pelo eritema local – reações da derme subjacente. Todas as estruturas responsáveis pela reepitelização – queratinócitos e demais células da epiderme, bem como terminações nervosas livres, são preservadas, havendo reepitelização total, sem cicatriz, em três a seis dias (Athayde, 2018).

- Segundo grau: atinge tanto a epiderme quanto a derme, atingindo parte dos anexos cutâneos. Clinicamente, somam-se aos sinais e sintomas anteriores, a presença de vesículas ou bolhas, superficiais ou profundas (Civile & Finotti, 2012).

Na mesma sequência de ideias, os autores enfatizam que, a profunda é clinicamente esbranquiçada, menos dolorosa do que a superficial, demorando de 25 a 35 dias para reepitelizar com escassez ou ausência dos anexos epidérmicos preexistentes. Permanece cicatriz com resultado estético não satisfatório.

- Terceiro Grau: são profundas atingindo todas as camadas da pele. Fibras musculares e tecidos ósseos subjacentes podem ser acometidos. Não apresentam sintomatologia dolorosa e não reepitelizam, havendo perda dos anexos epidérmicos e das terminações nervosas epidérmicas e dérmicas (Varela, 2017).

O autor realça que, clinicamente, o aspecto da lesão é céreo, com superfície endurecida, podendo apresentar por transparência vasos sanguíneos esclerosados. O prognóstico varia de reservado a ruim devido à perda funcional e estética local.

De acordo com (Vale, 2015, p. 45), as lesões não devem ser classificadas apenas quanto à profundidade, mas também avaliadas quanto à extensão, localização, idade do paciente, doenças pré-existentes e possível inalação de fumaça.

Segundo (Moulin, 2018), as lesões de superficiais, profundas e mistas segundo a evolução do processo de reparo, sendo, respectivamente: cura por reepitelização espontânea, cura por cicatrização espontânea e associação das duas anteriores.

Os autores (Benaïm & Artigas, 2019), sugerem que tal observação determina os riscos gerais dos queimados nas primeiras horas, sendo maiores as repercussões sistêmicas quanto maior for a área lesionada, devido à perda funcional da pele.

Torna-se, desta forma, importante o conhecimento da proporção da área corporal sadia e queimada (Vale, 2015).

O cálculo da superfície corporal queimada é um método prático e calculado para áreas menores, que toma como referência a palma da mão da vítima, considerando que a palma da mão do paciente incluindo os dedos unidos e estendidos, correspondendo a 1% de superfície corporal queimada (Bardin, 2012).

Excluindo-se os dedos, representa 0,5% da superfície corporal queimada, independente da idade. Este é um método grosseiro, porém útil e rápido no atendimento emergencial imediata (Mélega, 2012).

Outro método citado por autor acima citado é o da regra dos nove ou de Wallace onde o corpo é dividido em segmentos valendo 9% de sua superfície ou múltiplos deste (Tricklebank, 2010).

Este método foi proposto para adultos, no qual o esquema propõe o valor de 9% para a cabeça e 9% para cada membro superior; 18% para o tronco posterior, 18% para o tronco anterior e 18% para cada membro inferior; 1% para o pescoço (Mélega, 2012).

Para um cálculo mais preciso, deve-se usar a tabela de Lund e Browder, que também leva em consideração as diferenças de áreas de acordo com as faixas etárias. Dentre tantos fatores prognósticos considerados, destaca-se ainda a avaliação da etiologia da lesão (Silva & Torquato, 2010).

Recentemente, diversos autores consideram que o grau com que uma queimadura causa dano à pele depende da causa, determinante direto da duração e da intensidade do calor, afetando de maneiras diferentes a pele segundo sua espessura, área exposta, vascularização e idade do paciente (Evans, 2015).

Segundo a etiologia, as lesões podem ser classificadas em queimadura superficial, superficial de espessura parcial, profunda de espessura parcial, de espessura completa, subdermal e elétrica (Mendes & Galvão, 2011).

Queimadura Superficial: causa dano celular somente a epiderme. É a clássica queimadura de sol. Clinicamente, a pele se mostra vermelha e eritematosa (Pinho, 2016).

A superfície de uma queimadura superficial é seca. Pode ser aparente um leve edema. A cicatrização é espontânea, ou seja, a pele se recupera sozinha e não deixa cicatriz (Araújo et al, 2017).

Queimadura Superficial de Espessura Parcial: ocorre dano através da epiderme e dentro da camada papilar da pele, a camada da epiderme é destruída completamente, porém a camada da derme sofre apenas dano leve e moderado (Schiozer, 2011).

O sinal mais comum dessas queimaduras é a presença de bolhas intactas sobre a área que foi lesada. Embora o ambiente interno de uma bolha seja tido como estéril, tem sido mostrado que o líquido da bolha contém substâncias que aumentam a resposta inflamatória e retardam o processo de cicatrização e recomenda-se que as bolhas sejam evacuadas (Bardin, 2012).

A cicatrização ocorrerá mais rapidamente se a pele for removida e aplicado um curativo apropriado na ferida. Esse tipo de queimadura é extremamente doloroso em decorrência da utilização das terminações nervosas contidas na derme (Lima & Brito, 2016).

Além da dor, pode haver febre se as áreas se tornarem infectadas. Cicatrizam sem intervenção cirúrgica por meio de produção e migração de células epiteliais da periferia da ferida e anexos de pele sobreviventes. Deve ocorrer em 7 a 10 dias, a formação de cicatrizes é mínima (Mendes & Galvão, 2011).

Queimadura Profunda de Espessura Parcial: envolve a destruição da epiderme lesando a derme que está abaixo na camada reticular (Bardin, 2012).

A maioria das terminações nervosas, folículos pilosos e glândulas sudoríparas serão lesadas porque a maior parte da derme é destruída. Aparecem como uma cor mista de vermelho ou branca, quanto mais profunda a lesão, mais branca aparecerá (Schiozer, 2011).

A superfície geralmente é úmida (devido às bolhas rompidas e a alteração da rede vascular da derme, que deixa vazar líquido do plasma). Edema acentuado (Athayde, 2018).

Apresenta sensibilidade diminuída ao toque leve e estímulo pontiagudo leve, a derme é destruída apenas parcialmente, portanto permanecem algumas células epidérmicas mais viáveis e servem como fonte para novo crescimento da pele (Araújo et al, 2017).

Esses tipos de queimaduras que são deixadas para cicatrizar espontaneamente terão um epitélio fino e poderão não ter o número usual de glândulas sebáceas para manter a pele lubrificada, O novo tecido aparece seco e escamoso, a sensibilidade e o número de glândulas sudoríparas ativas serão diminuídos (Duarte, 2018).

Cicatrização: 3 a 5 semanas, caso não se torne infectada. O desenvolvimento de cicatrizes hipertróficas é uma consequência frequente (Duarte, 2018).

Queimaduras de Espessura Completa: todas as camadas da epiderme e derme são destruídas completamente, a camada adiposa subcutânea pode ser lesada em alguma extensão (Wiechman et al, 2010).

É caracterizada por uma escara dura, com aspecto de pergaminho, cobrindo a área. A escara parece seca e rígida, como se fosse couro, a cor pode variar de negro e vermelho vivo a branco, essa última indica isquemia total da área (Pereira, & Lonien, 2013).

Frequentemente é aparente a trombose dos vasos sanguíneos superficiais, e não se observa branqueamento do tecido à pressão. A cor vermelho vivo do tecido é devida a fixação de hemoglobina liberada nas hemácias destruídas (Guyton & Hall, 2017).

Todas as terminações nervosas no tecido da derme são destruídas e a ferida insensível; contudo, um paciente pode experimentar uma quantidade significativa de dor proveniente das áreas adjacentes que sofreram queimaduras de espessura parcial completa (Tricklebank, 2010).

Outro problema que se origina das queimaduras profundas é a lesão do sistema vascular periférico. Como a escara não tem a qualidade elástica da pele normal, o edema que se forma na área de uma queimadura circunferencial pode causar compressão dos vasos subadjacentes (Schiozer, 2011).

Se essa compressão não é aliviada, pode levar a eventual oclusão com possível necrose dos tecidos para manter o fluxo vascular, pode ser necessária uma escarotomia (Moulin, 2018).

Em uma queimadura de espessura completa, não há sítios disponíveis para reepitelização da ferida. Todas as células epiteliais foram destruídas e será necessário um enxerto de pele sobre a ferida (Friese, 2016).

Queimadura Subdermal: Envolve destruição completa de todo o tecido desde a epiderme até o tecido subcutâneo. O músculo e o osso podem ser lesados (Mendes & Galvão, 2011).

Queimadura elétrica: varia de acordo com o tipo de corrente, intensidade da corrente e área do corpo por onde a corrente elétrica passa. A corrente elétrica segue o curso da menor resistência oferecida pelos vários tecidos (nervos) (Lima & Brito, 2016).

O osso oferece a maior resistência. Em geral, há uma ferida de entrada e uma de saída, a ferida de entrada é retorcida e deprimida e, muitas vezes, é menor do que a ferida de saída. A pele se mostra amarela e isquêmica (Santos, 2017).

Uma ferida de saída tipicamente parece como se o tecido tivesse explodido no local. Tem aparência seca. As artérias podem sofrer espasmo e haver necrose da parede vascular (Secundo & Feliszyn, 2019).

O músculo lesado aparecerá mole. Os efeitos cardíacos associados são arritmias, fibrilação ventricular ou parada respiratória (Bardin, 2012).

Segundo Benaim & Artigas (2019), as possíveis consequências renais são insuficiência renal, como resultado de quebra excessiva de proteína e do choque dos rins que acompanham um trauma de grande porte.

Os autores afirmam que no sistema nervoso central pode haver lesão aguda da medula espinal ou fratura vertebral, que se reflete clinicamente em paresia espástica, com ou sem alteração sensorial nas áreas de espasticidade concomitantes.

1.5. Principais consequências sistêmicas das queimaduras

As alterações fisiopatológicas que se produzem no organismo como consequência de queimaduras são intensas, variadas e clinicamente importantes sendo fundamental ordená-las e relacioná-las com a evolução do doente, sendo, porém, difícil a determinação isolada do início e do fim dos vários fenômenos fisiopatológicos (Cartotto, 2011).

Os autores (Benaim & Artigas, 2012), tentaram delimitar os eventos em quatro períodos que, apesar de separados em semanas por finalidade didática, se interpõem temporalmente durante o acompanhamento dos pacientes.

1.6. Períodos clínicos pós queimadura e sua duração.

- Relação imediata → Horas;
- Alterações texturais e humorais → 1 semana;
- Intermediário → 2 a 8 semanas;
- De recuperação → Após a 8ª. semana.

Diante das várias consequências sistêmicas das queimaduras destacamos que a avaliação clínica diária do paciente é imprescindível, pois pode revelar alterações precoces que controladas favorecem o prognóstico (Smolle et al, 2017).

1.1.1. Desidratação

De acordo (Brasil, 2017), a queimadura constitui uma das maiores agressões que o organismo pode suportar. O desequilíbrio hidroelétrico decorrente do trauma térmico é tão intenso que culmina no estabelecimento de um quadro agudo de choque hipovolêmico.

Na mesma sequência de ideias, o choque é agravado, nos dias subseqüentes, pela perda contínua de água através da superfície queimada. Esta perda pode atingir um volume de até 120ml/m²/h e permanece enquanto não se completa a cicatrização.

A intensidade da perda hídrica relaciona-se diretamente com a profundidade da lesão e com a temperatura ambiente (ou seja, quanto maior a profundidade e a temperatura ambiente, maior a perda); e inversamente proporcional ao tempo decorrido e a umidade do ar, maior a perda (Varela, 2017).

É importante ressaltar que o balanço hídrico, muito utilizado em terapia intensiva, não tem valor em queimaduras. As perdas insensíveis são de difícil quantificação. Desta forma, exaltamos a importância da monitorização do volume urinário de 24h, fundamental na programação da hidratação diária (Cunha & Pereira, 2021).

- **Anemia**

É muito comum encontrarmos pacientes queimados extremamente hipocorados, apresentando hematórcitos muito baixos (Bardin, 2012).

Após o estabelecimento do equilíbrio hemodinâmico, observa-se uma redução importante do hematórcito que, somado a outros fatores, contribui para as múltiplas transfusões sanguíneas as quais o paciente é submetido (Schiozer, 2011).

Um desses fatores é a redução da vida média normal das hemácias de 120 dias para aproximadamente 40 dias. Outro fator atribuído como causa de anemia é o desvio do metabolismo protéico, favorecendo a construção de uma nova pele, em detrimento da formação das novas hemácias (Mélega, 2012).

Um dos fatores que mais contribui para a constante e importante queda do hematórcito é a perda sanguínea, seja decorrente da lesão em si ou dos desbridamentos diários (Guyton & Hall, 2017).

O autor afirma que o aparecimento de pequenos focos hemorrágicos é constante, sendo alguns tão intensos que necessitam de intervenção cirúrgica para a hemostasia.

Segundo (Guyton & Hall, 2017), a anemia do queimado não decorre de apenas um fator, mas do somatório de vários fatores, essa anemia pode ser tão severa a ponto de necessitar de um número grande de transfusões sanguínea. Tipos de alteração:

- **Alterações cardiovasculares**

A ausculta cardíaca diária deve ser realizada; a maioria das alterações encontradas são “sopros” pan-cardíacos, bem como arritmias sugestivas de endocardite (American Burn Association, 2019).

- **Alterações cardiovasculares**

A ausculta cardíaca diária deve ser realizada; a maioria das alterações encontradas são “sopros” pan-cardíacos, bem como arritmias sugestivas de endocardite (American Burn Association, 2019).

• Alterações pulmonares

Na avaliação pulmonar diária devemos estar atentos ao aparecimento de estertores em bases e, caso se confirme sua presença, deve imediatamente realizar uma radiografia e pensar na possibilidade de pneumonia bacteriana (Brito, 2010).

Em queimados 75% dos óbitos ocorrem por sepse e, destes, 90% iniciam com uma pneumonia na base, daí a importância desse exame diário (Evans, 2015).

É claro que numerosas outras patologias pulmonares podem se fazer presentes, como importantes atelectasias ou mesmo embolias pulmonares maciças, mas a fisioterapia diária costuma ser eficiente em preveni-las (Civile & Finotti, 2012).

• Alterações abdominais

Em muitos casos, não é possível a realização da palpação abdominal profunda em decorrência das lesões extensas, porém dois pontos são de extrema importância no exame abdominal diário, principalmente nos pacientes queimados que estão utilizando suporte nutricional enteral (Cartotto, 2011).

Um dos pontos a ser observado é a presença ou não de distensão abdominal, e o outro ponto é a presença ou não de ruídos hidroaéreos abdominais, indicativos de peristalse (Al et al, 2013).

O autor afirma que qualquer sinal de mau funcionamento do trânsito intestinal, devemos suspender ou mesmo alterar o tipo de suporte nutricional empregado.

• Cicatriz da queimadura

Quando um paciente tem uma queimadura importante que demora mais de três semanas para cicatrizar, a chance de deixar cicatriz é grande (Marques et al, 2019).

Os autores afirmam que queimaduras podem deixar cicatrizes conforme sua gravidade. Para queimaduras importantes, a cicatriz pode ser proeminente e elevada.

É importante que a família, amigos e a comunidade ajudem o paciente a se ajustar ao fato de se sentir diferente do ponto de vista físico e psicológico após uma queimadura séria (Araújo et al, 2017).

O paciente pode parecer quieto e distante, especialmente se a cicatriz for visível ou se a queimadura causou algum nível de limitação física (Bardin, 2012).

Uma atitude acolhedora e positiva por parte da família e amigos pode fazer uma grande diferença no sentido de ajudar o paciente a passar pela angústia psicológica que uma queimadura pode causar (Brasil, 2017).

As cicatrizes coçam um pouco, mas se começarem a coçar muito e aumentar progressivamente procure orientação médica. Evite tomar sol nas queimaduras por no mínimo 6 a 8 meses sem protetor solar (Guyton & Hall, 2017).

Evite alimentos que aumentam coceira como leite e derivados em excesso, chocolates, castanhas, frutos do mar e produtos industrializados (Guyton & Hall, 2017).

Cicatrizes mal cuidadas podem ficar altas (queloide) e se malignizarem (câncer). Diante de dúvidas sobre evolução procure assistência médica especializada (Varela, 2017).

- **Edema em área não-queimada**

Devemos estar atentos aos sinais de edema em área não-queimada, podem indicar a presença de hipoalbuminemia importante (Schiozer, 2011).

O autor enfatiza que, não será valorizado o edema próximo à área queimada, pois este reflete o comprometimento da drenagem linfática e não necessariamente hipoalbuminemia.

1.1.2. Conduta terapêutica

Dentre as condutas preconizadas pelo Brasil (2017) estão: avaliação de vias aéreas e da respiração; avaliação da presença de queimaduras circulares no tórax; exposição da área queimada; punção de acesso venoso preferencialmente periférico; realização de analgesia; conferência da imunização antitetânica; encaminhando para vacina, se necessário; avaliação das características da lesão e realização de cuidados locais.

Segundo (Cantarelli-kantorski, 2014), destaca a importância do primeiro atendimento e a comunicação entre os serviços de pronto atendimento com centros especializados, que deve estar voltada para a escolha conjunta do tratamento, incluindo cobertura/curativo adequado para a recuperação das lesões.

De acordo (Lima & Brito, 2016), explicam que inclui as condutas iniciais do atendimento ao paciente vítima de queimaduras, a sua classificação, intubação, queimadura circular de tórax, hidratação endovenosa, limpeza, cuidados com as lesões, tipos de coberturas, analgesia, antibioticoterapia, especificidades acerca de queimaduras (elétricas e químicas).

Segundo (Pinho, 2016), concorda com os aspectos preconizados quando apontam que na fase imediata do atendimento ao queimado deve-se retirar as roupas e acessórios: anéis, brincos, pulseiras, colares e iniciar a limpeza de áreas lesadas, com retirada dos tecidos desvitalizados e restos de produtos carbonizados sobre as lesões, como plásticos, tecidos, náilon e outros.

Na óptica de (Cantarelli-kantorski, 2014), evidenciam que nas condutas no atendimento de indivíduos queimados, 49,3% corresponderam à realização de curativos e administração de medicamentos, como analgésicos e vacina antitetânica.

A administração toxóide tetânico para profilaxia/reforço antitetano. Em relação aos medicamentos, (Brasil, 2017), preconiza a administração de bloqueador receptor de H2, para profilaxia da úlcera por estresse e Heparina subcutânea, para profilaxia de tromboembolismo.

Quanto à administração de analgésicos (Pinho, 2016), ressalta a preferência pela via oral em paciente pequeno e médio queimado, seguida da via intravenosa. E, no paciente grande queimado, preferir a via intravenosa.

A preconização do uso de Dipirona ou Morfina nesses casos. No que diz respeito hidratação, enfatiza que esta deve ser feita nas 24 horas iniciais após o acidente, com uso preferencialmente de cristalóides, deve ser realizada com base no cálculo da fórmula de Parkland, e ser feito a infusão de 50% do volume calculado nas primeiras 8 horas e 50% nas 16 horas seguintes (Tricklebank, 2010).

Para Schiozer (2011, p. 56), indica aplicar compressas em temperatura ambiente ou mergulhar a área em água corrente clorada no paciente pequeno queimado, para alívio da dor inicial, reduzindo a formação do edema.

Em paciente médio e grande queimado, aplicar as compressas nas áreas lesionadas. Quanto à higiene corporal, este deve ser feito com banho de aspersão ou banho no leito, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada (Guyton & Hall, 2017).

De acordo (Cartotto, 2011, p. 22), indica limpar as feridas com água e clorexidina degermante a 2%, e, na falta desta, usar água e sabão neutro.

Verifica-se que a tomada de decisão em relação ao tratamento para o paciente vítima de queimadura não deve ser feita de forma individualizada, mas sim em equipe, pois devido à falta de conduta específica a avaliação da lesão por diversas perspectivas pode contribuir para a identificação de agravos e prevenir complicações (Evans, 2015).

1.1.3. Terapia tópica

Para (Pinho, 2016, p. 76), quando o paciente necessitar de remoção imediata para uma unidade mais próxima recomenda-se não fazer o curativo tópico no local de atendimento, deixando este procedimento para a unidade final, onde as flictenas serão rompidas em um ambiente mais adequado.

Entretanto (American Burn Association, 2019), destaca que a transferência do paciente à Unidade de Tratamento de Queimado só deve ser realizada após a estabilização hemodinâmica e as medidas iniciais.

De acordo (Cantarelli-kantorski, 2014, p. 23), afirma que a utilização da Sulfadiazina de Prata a 1% como terapia tópica no tratamento queimadura é indicada devido às propriedades bacteriostáticas.

Segundo (Guyton & Hall, 2017), destaca que actualmente, estão disponíveis coberturas modernas, efetivas e menos traumáticas no momento da troca, porém, apresentam altos custos financeiros e são pouco conhecidas pelos profissionais de saúde.

Quanto à realização de curativos, a pesquisa de (Cantarelli-Kantorski, 2014) aponta que a cobertura com Sulfadiazina de prata a 1% e o acetato de retinol foram os mais utilizados.

Segundo (Pinho, 2016), estabelece o curativo realizado com compressa cirúrgica e atadura de crepom, utilizando como terapia tópica de primeira escolha a pomada à base de sulfadiazina de prata a 1% ou sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2%, com exceção da região da face, onde se deve utilizar ácido graxo essencial para queimadura de 1º grau e colagenase creme para queimadura de 2º ou 3º.

Para (Brasil, 2017) orienta que o curativo deve ser feito de forma oclusiva e em quatro camadas: atadura de morim ou de tecido sintético (rayon) contendo o princípio ativo (sulfadiazina de prata a 1%), gaze absorvente/gaze queimado, algodão hidrófilo e atadura de crepom.

Conforme supracitado percebe-se que o tratamento com sulfadiazina de prata é o mais difundido e utilizado segundo os autores, provavelmente pelo sua ampla utilização, preço e acessibilidade (Schiozer, 2011).

Entretanto, com o desenvolvimento de novas pesquisas e novas tecnologias bem como exposto também por (Cantarelli-kantorski, 2014), recursos mais modernos poderiam ser utilizados, mas, muitas vezes, pela falta de conhecimento sobre esses tratamentos deixam de serem usados nos tratamentos e trazerem mais benefícios para o paciente.

1.2.1. Prevenção de complicações

De acordo com (Cartotto, 2011), as queimaduras profundas e extensas merecem mais cuidado pelo risco aumentado de infecção e sepse, devido ao acúmulo de tecidos necróticos que favorece a proliferação de agentes patogênicos.

Do mesmo modo, a contratura dos tecidos atingidos, que ocorre durante a evolução das lesões e que pode levar a incapacidades físicas com limitação funcional, merece cuidados especializados (Cartotto, 2011).

Para (American Burn Association, 2019), elenca critérios de transferência de pacientes para unidades de tratamento de queimaduras, que devem contar com o cálculo de superfície corporal queimada e grau da queimadura; lesões em áreas específicas; queimadura elétrica e química; lesão inalatória ou lesão circunferencial de tórax ou de membros, entre outras condições.

Dessa forma, observa-se que é crucial a qualidade e a agilidade no primeiro atendimento às vítimas de queimaduras, pois utilizando técnicas corretas e seguras diminuirão as chances de complicações nesses pacientes, além do mais, uma assistência especializada em queimaduras, como a prestada em centros de queimados (Pereira & Lonien, 2013).

Por exemplo, é mais adequada para o cuidado do paciente queimado, uma vez que, por serem serviços de referência, dispõe de recursos apropriados para o tratamento, com mais segurança ao paciente e maior resolutividade (Pereira & Lonien, 2013).

1.2.2. Prevenção de infecções

Pacientes com queimaduras são mais suscetíveis a adquirir infecções; portanto, esforços sustentados para manter o controle da infecção e atenção à prevenção da transmissão de micro-organismos patogênicos podem diminuir os riscos a esses pacientes (Santos, 2017).

Ambiente hospitalar limpo e altos padrões de limpeza ajudam a prevenir a disseminação de patógenos associados aos cuidados de saúde. As infecções hospitalares propagam-se por três vias ambientais principais: contato superficial, ar e água (Schiozer, 2011).

Nessa temática, as infecções relacionadas à assistência em saúde são eventos adversos, e a enfermagem tem papel fundamental na prevenção e no reconhecimento precoce, visto que são os profissionais que têm o contato maior e mais frequente com os pacientes e o ambiente (Bardin, 2012).

As rotinas de limpeza concorrente e terminal devem ser implementadas e vigiadas para garantia de um ambiente limpo e seguro. Realizar higiene das mãos frequente, com água e sabonete ou álcool em gel, nos momentos preconizados pela OMS: antes e depois do contato com o paciente, antes de procedimentos assépticos, após contato com fluidos e secreções e após contato com o ambiente do paciente (Al et al, 2013).

Supervisionar a limpeza regular do ambiente próximo do paciente (box), bem como dos equipamentos. Solicitar limpeza e desinfecção de área de banho compartilhada após uso de cada paciente (Cartotto, 2011).

Realizar desinfecção de equipamentos compartilhados após uso de cada paciente. Manter, sempre que possível, quartos isolados ao paciente para pacientes queimados (Civile & Finotti, 2012).

Implementar, monitorar e ensinar as diretrizes de higiene das mãos. Implementar, monitorar e ensinar medidas de precaução padrão, orientar pacientes, familiares e visitantes quanto a iniciativas para melhorar a higiene das mãos. Utilizar adequadamente os equipamentos de proteção individual, que incluem luvas, aventais plásticos, aventais, gorros descartáveis, máscaras e óculos (Friese, 2016).

1.2.3. Prevenção de infecções no paciente queimado: pneumonia

Pneumonia e infecção relacionada às complicações associadas à ventilação foram associadas a internação e dias de ventilação mais longos em hospitais e unidades de terapia intensiva (Araújo et al, 2017).

Infecção relacionada às complicações associadas à ventilação é definida como aumento sustentado (2 ou mais dias) na necessidade de oxigênio de $> 20\%$ acima da linha de base e aumento na pressão expiratória final positiva > 3 cm de água com uma temperatura associada $> 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$ ou contagem de leucócitos > 12.000 ou < 4.000 e administração associada de antimicrobiano por > 4 dias (Marques et al, 2019).

Pacientes que necessitem de ventilação mecânica invasiva devem ser mantidos com estratégia protetora, devido ao risco de desenvolvimento de síndrome do desconforto respiratório agudo (Cunha & Pereira, 2021).

A estratégia inclui: (15,16) Utilização de baixos volumes correntes (6 ml/kg de peso ideal); Limitação da pressão de platô abaixo de 30 cmH₂O; Fração Inspirada de oxigênio suficiente para manter uma PaO₂ entre 70-90 mmHg; Pressão de distensão < 15 cmH₂O (Centímetro de água (**cmH₂O**)) (Guyton & Hall, 2017).

Para pacientes com relação PaO₂/FiO₂ (PaO₂: pressão parcial de oxigênio; FiO₂: fração inspirada de oxigênio), menor que 150 e FiO₂ acima de 60%, a posição prona é recomendada em unidades que tenham equipe treinada na técnica (Brasil, 2017).

Pacientes queimados em risco de pneumonia incluem aqueles com lesão por inalação, com lesão de grau 3 ou 4 na broncoscopia, queimaduras maiores (> 20% TBSA), PaO₂/FiO₂ inicial < 300 mmHg, carboxihemoglobina > 10% na admissão e história de tabagismo (Smolle et al, 2017).

Nessa temática, os cuidados de enfermagem são: Monitorar secreções do paciente; Elevar a cabeceira da cama de 30° a 45°; Realizar higiene oral diária com clorexidina 0,12%; Verificar e manter a pressão do Cuff entre 25 e 30 cmH₂O (Smolle et al, 2017).

Acrescentar a utilização de filtro bacteriológico e viral e, sempre que possível, de sistema de aspiração fechado, manter a posição do filtro bacteriológico e viral ao nível da cabeceira, para evitar que fluidos do condensado entrem na via aérea inferior (Mélega, 2012).

Realizar mudança do circuito do ventilador apenas se visivelmente sujo ou com mau funcionamento, considerar minimização da sedação, se possível e com segurança. Implementar protocolos de mobilização precoce (Mélega, 2012).

1.2.4. Prevenção de infecções do paciente queimado: trato urinário

A infecção do trato urinário é a infecção mais comum adquirida em hospital, e a elevada porcentagem de A infecção do trato urinário está relacionada a sonda vesical de demora (Evans, 2015).

O uso de sonda vesical de demora também foi associado a resultados negativos além da infecção, incluindo inflamação uretral não bacteriana, estenoses e trauma mecânico (Santos, 2017).

Segundo Schiozer (2011), Pacientes com sonda vesical de demora devem ser avaliados diariamente quanto à necessidade de uso contínuo da mesma, os principais cuidados de enfermagem são:

- Inserir sonda vesical de demora apenas para as indicações adequadas, deixando-a apenas pelo tempo necessário (indicações nas considerações importantes).
- Manter sistema de drenagem fechado e, caso ocorra quebra na técnica asséptica, desconexão ou vazamento, substituir a sonda e o sistema coletor utilizando técnica asséptica e equipamento estéril.

- Manter o fluxo de urina desobstruído e o tubo de conexão sempre abaixo do nível da bexiga.

- Realizar higiene diária da pele com água e sabão na rotina em pacientes com sonda vesical de demora.

- Proteger e manter adequadamente a sonda vesical de demora após a inserção, evitando o movimento e minimizando a tração uretral.

- Evitar a troca de sonda ou bolsas de drenagem em intervalos fixos de rotina; em vez disso, fazer essas alterações com base nas indicações clínicas, como infecção ou obstrução, ou quando o sistema fechado está comprometido.

- Evitar instilações na bexiga ou lavagem do sistema. Se obstruírem, devem ser substituídas.

- Remover a sonda vesical de demora imediatamente quando não for mais necessária. Considerar, quando apropriado, o uso de alternativas ao cateterismo uretral permanente, como cateteres externos ou métodos semelhantes a fraldas (Schiozer, 2011).

1.2.5. Prevenção de infecções do paciente queimado: ferida

Imediatamente após um trauma de queimadura, as feridas de queimadura são geralmente estéreis. Após as primeiras 48 horas, as feridas começam a colonizar com bactérias Gram-positivas da flora cutânea normal (*S. aureus*, *Estafilococos coagulase negativo*) (Pereira & Lonien, 2013).

No curso seguinte (> 5 dias), começa a colonização de feridas com bactérias Gram-negativas, por um lado, pela transmissão endógena do intestino e dos pulmões (*E. coli*, *Klebsiella pneumonia*), por outro lado, por transmissão exógena (*Pseudomonas aeruginosa*) (Schiozer, 2011).

Segundo (Santos, 2017), essa colonização típica de feridas não pode ser evitada pela profilaxia sistêmica de antibióticos, as Infecções de feridas por queimadura são inicialmente tratadas com agentes antimicrobianos tópicos e sistêmicos.

De acordo (Lucena, 2016), quando as evidências clínicas e/ou laboratoriais indicam infecções invasivas da ferida por queimadura, é necessário excisão/desbridamento cirúrgico urgente, pois pode levar a sepse, aumento da morbidade, mortalidade e piores resultados. Dessa forma, os cuidados de enfermagem no controle da infecção da ferida são:

- Utilizar técnica asséptica no tratamento das feridas.
- Aplicar agentes antimicrobianos tópicos em feridas por queimadura infectadas, considerando uso de coberturas do tipo espuma com prata ou prata nanocristalina, e administrar antimicrobianos sistêmicos por via oral ou parenteral quando prescritos pelo médico.
- Atentar quanto à umidade excessiva da cobertura, pelo risco de infecção fúngica. Observar regularmente a ferida, comunicando equipe médica se tiver sinais de infecção local.
- Atentar ao controle rígido das normas de controle de infecção durante práticas/cuidados de enfermagem.
- Monitorar rotineiramente perfil microbiano de colonização de feridas de queimaduras, perfis de susceptibilidade antimicrobiana de microrganismos implicados em infecções de feridas de queimaduras e tendências na disseminação nosocomial desses patógenos.

1.2.6. Preparação do paciente e ambiente

Segundo (Marques et al, 2019), preparar o ambiente, os equipamentos e os curativos antes de iniciar o tratamento de feridas.

- Explicar ao paciente sobre o procedimento;
- Administrar sedo-analgesia antes do início do curativo, a fim de reduzir dor e estresse do paciente;
- Avaliar profundidade da ferida através das características do leito desta e do enchimento capilar.

1.3.1. Limpeza da ferida

- Realizar limpeza da ferida por meio de irrigação com água corrente morna ou soro fisiológico.

Obs: no atendimento inicial, a ferida deve ser resfriada por 15-20 min.

- Manter a temperatura do leito da ferida tanto quanto possível durante as trocas de curativos, a fim de maximizar a cura (acima de 33° C).
- Limpar a ferida com agente de limpeza apropriado (gluconato de clorexidina, solução de polihexamina).
- Remover sujidade, cremes antigos e detritos da área da ferida, se presentes.
- Evitar utilizar gluconato de clorexidina nas proximidades dos olhos.
- Proporcionar limpeza com compressa macia ou esponja suave em feridas

limpas e/ou queimaduras de 2º grau, para evitar lesões na derme, que é responsável pela regeneração e cicatrização.

- Proporcionar limpeza mais agressiva e completa em feridas altamente contaminadas ou infectadas, o mais frequente possível para eliminar o biofilme.
- Usar panos limpos para higiene de áreas não queimadas do corpo.
- Secar bem o paciente, pois a umidade deixada para trás pode macerar a queimadura e proporcionar um ambiente ideal para contaminação bacteriana.
- Realizar a tricotomia de cabelos e/ou pelos em regiões excessivamente pilosas caso tenham queimaduras. Recomenda-se de 2 a 5 cm além das bordas, para permitir avaliação inicial e gestão contínua da ferida, bem como para prevenir a foliculite.
- Discutir a necessidade desse procedimento com o paciente, pois às vezes as crenças religiosas impedem o corte do cabelo em circunstâncias normais.

1.3.2. Flictenas

Flictenas ocorrem como resposta a uma lesão por queimadura em que o aumento da permeabilidade capilar resulte na formação de edema que separa a epiderme da derme subjacente. Ocorrem principalmente em queimaduras superficiais de espessura parcial, mas também podem sobrepor-se a queimaduras mais profundas (Santos, 2017).

Segundo o autor acima citado, as principais recomendações são:

- Manter intactas pequenas flictenas (< 6 mm) 6 milímetros. sem tensão.
- Desbridar flictenas de parede espessa na ponta dos dedos, nas palmas das mãos e nas plantas dos pés.
- Desbridar gentilmente as bolhas maiores (> 6 mm) usando gaze esterilizada ou tesoura; posteriormente, aplicar um antimicrobiano tópico.
- Desbridar flictenas rompidas e soltas.

1.3.3. Coberturas

- Aplicar cremes hidratantes em queimaduras de 1º grau, sem necessidade de cobertura ou agentes microbianos.
- Avaliar aplicação de agentes tópicos para desbridamento enzimático em queimaduras de 2º grau profundo e casos justificados em queimaduras de 3º grau.
- Avaliar necessidade de curativo primário e secundário se forem aplicados antimicrobianos tópicos.
- Avaliar utilização de terapia por pressão negativa em queimaduras que foram desbridadas e sem condições de enxertia.
- Aplicar todas as coberturas secundárias frouxamente com gaze enrolada ou cirúrgica de tamanho apropriado; usar rede, se disponível. Não fixar os pensos de uma forma constritiva que possa interferir com a perfusão.
- Priorizar aplicação de curativo oclusivo por longos períodos (pelo menos uma semana) em queimaduras superficiais de espessura parcial e áreas doadoras de enxertos de pele de espessura parcial. Curativos úmidos e com preservação de calor são preferíveis.
- Optar sempre por técnica fechada em áreas cruentas (com perda de toda a espessura da epiderme e derme), avaliando o uso de curativos biológicos ou não biológicos.
- Considerar uso de curativo convencional em casos de feridas muito. Exsudativas e/ou infectadas, pois podem ser usados sem interface para facilitar o desbridamento mecânico e a remoção do biofilme.

Também podem ser usados com diferentes agentes (antibióticos, antimicrobianos ou enzimáticos) e com diferentes quantidades de curativo absorvente macio de acordo com a quantidade de exsudato (Mélega, 2012).

Considerar curativo com técnica aberta (somente agente tópico) ou semiaberta (agente tópico mais uma compressa) em queimaduras de face, períneo ou pacientes paliativos (Mélega, 2012).

- Utilizar técnica aberta ou semiaberta em queimaduras de face, com gaze à Base de vaselina, antimicrobianos e cremes hidratantes à base de heparina.

- Atentar quanto às áreas de ferida aberta, que não devem entrar em contato umas com as outras, pois elas cicatrizam, principalmente dedos dos pés e das mãos.

- Aplicar agente antimicrobiano tópico nas lesões.

- Observar limite de tratamento conservador com agentes antimicrobianos em queimaduras de 2º grau por até 3 semanas e comunicar equipe médica para possível necessidade de enxertia.

- Proporcionar umidade adequada no leito da ferida, a fim de acelerar a decomposição da fibrina e do tecido morto, além de reduzir a dor e o risco de infecção.

- Hidratar áreas curadas da pele. Uma pequena quantidade de hidratante pode ser esfregada até ser absorvida.

- Atentar quanto às coberturas secundárias, que não devem entrar em contato com as feridas, pois elas podem aderir e causar traumas ao serem removidos.

- Avaliar e monitorar para possível hipersensibilidade ou resposta alérgica A os produtos.

- Atentar para necessidade de analgesia após procedimento, mesmo que já tenha sido realizada previamente.

- Elevar braços e pernas queimados, especialmente na fase aguda, para reduzir edema, enfaixando as pernas retas, e talas podem ser necessárias e manter o ambiente aquecido.

- Agilizar o procedimento, para que o paciente com uma queimadura aguda não fique exposto por mais de 30 minutos, se possível. Sessões mais longas podem causar perda de calor, dor, estresse e perda de sódio (a água é hipotônica).

1.3.4. A pele

Entre os órgãos atingidos pelas queimaduras, a pele é a mais frequentemente afetada. Considerada o maior órgão do corpo humano, a pele é a parte do organismo que recobre e resguarda a superfície corporal, tendo algumas funções, tais como controlar a perda de água e proteger o corpo contra atritos (Schiozer, 2011).

Segundo (Santos, 2017), a pele desempenha também um papel importante na manutenção da temperatura geral do corpo, devido à ação das glândulas sudoríparas e dos capilares sanguíneos nela encontrados.

Na visão de (Mélega, 2012), pele forma uma barreira protetora contra a atuação de agentes físicos, químicos ou bacterianos sobre os tecidos mais profundos do organismo. Além disso, a pele é composta por camadas que detectam as diferentes sensações corporais, como o sentido do tacto, a temperatura e a dor.

As camadas que compõem a pele são a epiderme e a derme. De igual forma, existem ainda na pele vários anexos, como as glândulas sebáceas e os folículos pilosos, na fase aguda do tratamento da queimadura, vários órgãos são afetados em intensidade variável, dependendo do caso (Mélega, 2012).

1.3.5. Complicações sistêmicas das queimaduras

A queimadura é um trauma de origem térmica capaz de ocasionar variadas lesões tais como, hiperemia restrita à área queimada, alterações celulares e imunológicas decorrentes do insulto, envolvimento das vias respiratórias e ocorrência de traumatismos associados (Varela, 2017).

Segundo (Al et al, 2013), a Queimadura é considerada um trauma, portanto, existem protocolos para priorização de procedimentos no primeiro atendimento do paciente queimado, visando prevenir complicações. Nesse sentido, deve-se realizar o ABCDE do Trauma:

a): Visualizar via aérea, se houver indícios de inalação ou de queimadura de via aérea deve-se intubar, mesmo que o paciente esteja ventilando bem.

b): Observar padrão respiratório e sempre que alterado proceder a intubação.

c): Qualquer vítima com mais de 20% de superfície corporal queimada necessita de reposição volêmica.

Como todo trauma deve-se estabelecer 2 acessos calibrosos e infundir Ringer lactato usando a fórmula de Parkland de 2-4 ml/kg /% (Mi kilograma) superfície corporal queimada desse total metade deve ser infundido nas primeiras 8 horas da queimadura e o restante nas outras 16 horas (Gomes & Pellon, 2017).

Lembrar que deve-se monitorar diurese para que permaneça entre 0,5-1 ml/kg/h. Se o paciente tem várias áreas queimadas, variando em profundidade, as de primeiro grau não entram na contagem para reposição (Tricklebank, 2010).

Além disso, o (Frieze, 2016), em pacientes com queimadura elétrica sempre monitorizar atividade cardíaca.

d): estado neurológico. Avaliar pela escala de Glasgow.

e): exposição de toda superfície corporal. Este passo é muito importante, uma vez que permite identificar o tipo de queimadura e a profundidade da lesão (Athayde, 2018).

1.3.6. Complicações sistêmicas no sistema respiratório

Primeiramente, nos cursos de atendimento inicial ao trauma é ensinado o "ABC" das prioridades, que correspondem, a via aérea, boa respiração e circulação, respectivamente (Duarte, 2018).

O autor enfatiza que, o paciente com queimaduras não é diferente, o "A" é a primeira prioridade, porque sem o "A", não adianta se preocupar com o "B" e o "C". Assim, ao atender vítimas de queimaduras deve-se ter um cuidado especial ao avaliar a via aérea e verificar a necessidade de intubação (Mélega, 2012).

Nos casos em que há inalação de fumaça, gases tóxicos ou mesmo ar aquecido, a indicação é quase absoluta. Ademais, é importante lembrar que, se o paciente apresenta edema "externo", ele deve apresentar também edema "interno", que compromete as vias aéreas (Lima & Brito, 2015).

Nesse sentido, o ponto central na terapêutica dos pacientes vítimas de grandes queimaduras é a compreensão da grande resposta inflamatória existente, com suas repercussões pulmonares e sistêmicas como um fenômeno global e não como complicações isoladas (Tricklebank, 2010).

A lesão inalatória é o resultado do processo inflamatório das vias aéreas após a inalação de produtos incompletos da combustão. Assim, a lesão por inalação interrompe o suprimento de oxigênio ao corpo por um grande inchaço do trato respiratório superior, irritação química do trato respiratório inferior e lesões resultantes de gases nocivos, como monóxido de carbono e cianeto (Silva & Torquato, 2010).

Nessa sequência de ideias, várias consequências clínicas comuns em pacientes com lesão por inalação de fumaça incluem obstrução aguda das vias aéreas superiores broncoespasmo, oclusão das pequenas vias aéreas, infecção pulmonar e insuficiência respiratória.

Segundo (Moulin, 2018), a lesão térmica e a aderência de irritantes ao trato respiratório superior resultam na liberação de mediadores inflamatórios, aumento da permeabilidade vascular e formação de edema.

O edema no trato respiratório superior pode progredir para obstrução das vias aéreas e broncoespasmo que atinge o pico em 24 horas (Pereira & Lonien, 2013).

Hemorragia, congestão da mucosa, ulceração e laringoespasmo também podem ocorrer nas primeiras 24 horas. As células da mucosa danificadas produzem exsudatos em excesso, ricos em proteínas, células inflamatórias e resíduos necróticos, esses mediadores inflamatórios são quimiotáticos para os neutrófilos (Araújo et al, 2017).

Os neutrófilos migram através do epitélio glandular e para o lúmen das vias aéreas. Desse modo, o dano resultante ao epitélio colunar inibe o aparelho mucociliar da traqueia, permitindo a migração distal de material das vias aéreas superiores e bactérias, levando à obstrução distal e potencial infecção (Marques et al, 2019).

A conduta tomada de forma precoce e o manejo correto do tratamento da lesão, tanto na repercussão respiratória quanto sistêmica, é de grande importância no que diz respeito ao tratamento e à sobrevivência do paciente. Este tipo de lesão apresenta alto índice de mortalidade e complexidade de seu tratamento. Ademais, a ênfase no tratamento precoce mesmo em pacientes sem quadro clínico de insuficiência respiratória teve impacto na evolução do paciente com lesão inalatória (Bardin, 2012).

CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1. Tipos de Pesquisa

A pesquisa foi descritiva, observacional, prospectivo de tipo transversal. A escolha do tipo de pesquisa descritiva, prospectiva e transversal, permitirá fazer a colheita de dados bem como detalhar todas as informações coletadas que possibilitará assim a compressão dos diversos factores que estarão implícitos no fenómeno em estudo.

Segundo (Ramos & Naranjo, 2014, p. 54), os estudos descritivos prospectiva e transversal, procuram especificar as propriedades importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise.

De acordo (Zassala, 2017, p. 42), a pesquisa descritiva é a pesquisa que procura determinar a natureza e grau de condições existentes.

Segundo (Silva, 2014, p. 18), estudo observacional é todo estudo que tem por base uma mera observação do fenómeno biomédico ou social, não existindo por conseguinte qualquer intervenção experimental sobre o homem sã ou doente.

De acordo (Silva, 2014, p. 32), “o estudo descritivo transversal é aquele que descreve um fenómeno que decorre na população, comunidade ou instituição no determinado momento”.

A escolha do tipo de pesquisa descritiva prospectiva e transversal nos permitirá na colecta de dados bem como a descrição das condições existentes, possibilitando assim a compreensão dos diversos factores e elementos que estão implícitos no fenómeno em estudo.

2.2. Modelo de Abordagem

O presente trabalho está centrado tecnicamente na abordagem mista (qualitativa e quantitativa).

A abordagem qualitativa é uma abordagem que não emprega dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema (Oliveira, 2012).

Segundo (Oliveira, 2012, p. 115), é utilizada no desenvolvimento das pesquisas descritiva na qual se preocupa descobrir e classificar a relação entre variáveis assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenómenos.

A abordagem quantitativa indica, significa quantificar dados, opiniões nas formas de colecta de informações, enquanto que a abordagem qualitativa possibilita a recolha de informação mais profunda, rica e precisa e, faz descrição dos fenómenos que ocorrem durante o processo docente educativo (Oliveira, 2012).

Optamos pela abordagem mista (qualitativa-quantitativa), pois a abordagem qualitativa nos permitirá na recolha das informações proveniente dos nossos interlocutores, enquanto que a abordagem quantitativa nos permitirá na interpretação das informações dos intervenientes na investigação em dados numéricos.

2.3. Nível de estruturação de métodos

a) Nível teórico

• Análise/Síntese

Na visão de (Ramos & Naranjo, 2014, p. 103), a análise é um procedimento teórico mediante o qual um todo complexo se decompõe nas suas diversas partes e qualidades. Permite a divisão mental de todo nas suas múltiplas relações e componentes e a síntese estabelece mentalmente a união entre as parte previamente analisadas e possibilita a descoberta das relações essenciais e as características gerais entre elas.

Este método nos auxiliou na orientação do diagnóstico e estudo sobre assistência a vítima de primeiros socorros com queimaduras na via pública, bem como na simplificação de um todo para estudá-lo detalhadamente, descobrindo os constrangimentos deste fenómeno que afecta a sociedade e elaborar propostas para aperfeiçoar este projecto.

• Histórico/Lógico

Para resolver a essência de um objecto é preciso produzir o processo histórico real do seu desenvolvimento mais isso só é possível se conhecermos a essência do objecto estudado.

Segundo (Marconi & Lakatos, 2010, p. 91), o método histórico consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar sua influência na sociedade de hoje.

Por sua vez (Ramos & Naranjo, 2014, p. 109), afirmam que o método histórico esta ligado ao conhecimento das diferentes fases dos objectos na sua sucessão cronológica, para conhecer a evolução e desenvolvimento do objecto ou fenómeno de investigação torna-se necessário revelar a sua histórica as fases principais dos seus desenvolvimentos e as ligações históricas fundamentais.

Já o método lógico investiga as leis gerais e essenciais do funcionamento e desenvolvimento dos fenómenos factos e processos. O lógico reproduz no plano teórico o mais importante do fenómeno, facto ou processo do histórico e o que constitui a sua essência afirma (Ramos e Naranjo, 2014).

Este método nos auxiliou na caracterização da evolução do processo sobre assistência a vítima de primeiros socorros com queimaduras na via pública.

• **Hipotético/Dedutivo**

Segundo (Marconi & Lakatos, 2010, p. 91), o método hipotético/dedutivo inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos acerca da qual formula hipótese e pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenómeno abrangido pela hipótese.

Para (Ramos & Naranjo, 2014, p. 115), reafirmam que consiste num sistema de procedimentos metodológicos que consiste em fazer algumas afirmações na qualidade de hipótese verificadas mediante a dedução a partir delas das conclusões e da confrontação destas últimas acções.

Com este método tivemos a possibilidade de aumentar o conhecimento da realidade da assistência a vítima de primeiros socorros com queimaduras na via pública e a necessidade de propor soluções para colmatar o problema em causa.

b) Nível empírico/experimental

Os métodos de nível empírico/experimental para a pesquisa foi, o inquérito por questionário aplicadas aos funcionários.

Este método nos permitiu no alcance dos objectivos propostos na nossa pesquisa através da utilização das diferentes técnicas, assim como na confirmação das hipóteses levantadas.

c) Nível estatístico/matemático

Os métodos estatísticos para (Ramos & Naranjo, 2014, p. 100), revelam as tendências e relações dos fenómenos. E podem ser descritivos e inferenciais.

Este método nos permitiu a clarificar a investigação ao quantificar os dados coletados na investigação de campo.

2. 4.Técnicas de recolha de dados

Para a recolha de dados foi utilizado as seguintes técnicas:

- Observação
- Inquérito
- Pesquisa bibliográfica.

Na visão de (Silva, 2014, p. 38), é necessário observar basicamente por meio dos sentidos (a visão, audição, tacto, olfacto, paladar), para tirar um conhecimento claro e preciso de um objecto de pesquisa. Tal objecto pode ser um ambiente onde pessoas se relacionam.

Para (Diogo, 2012, p. 121), a observação permite que o estudo do fenómeno por investigar sirva como objectivo formulado, planeado, registado e relacionado a partir do simples para o geral, ao invés de ser visto o fenómeno como um facto curioso.

O tipo de observação foi participante ou directa não estruturada segundo (Mesquita & Duarte (2017, p. 32), o observador embora presente assuma o papel de espectador anónimo; para além de estar visivelmente presente participa activamente na situação que pretende observar.

Optamos por essa técnica porque nos permitiu na recolha das informação, por intermedio da observação estruturado e não estruturado.

Segundo (Alves, 2012, p. 50), inquérito é uma técnica usada para recolha de dados que o investigador pode optar através da realização de entrevistas ou da aplicação de questionário.

Na visão de (Ramos & Naranjo, 2014, p. 144), é uma técnica de aquisição de informação de interesse sociológico, mediante um questionário previamente elaborado através da qual se pode conhecer a opinião ou a avaliação do sujeito selecionado numa amostra sob um assunto dado.

O uso desta técnica nos permitiu na aplicação dos questionários aos nossos interlocutores.

Segundo (Marconi & Lakatos, 2010, p. 66), a pesquisa bibliográfica trata-se do levantamento, seleção e documentação de toda bibliografia já publicada sobre o assunto que está sendo pesquisados, em livros, revistas, jornais, boletins, monografias, teses, dissertações, materiais cartográficas, com objectivo de colocar o pesquisador em contacto directo com todo material já escrito sobre o mesmo.

Para (Oliveira, 2012, p. 119), pesquisa bibliográfica tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica. Normalmente faz-se levantamento bibliográfico realizado em bibliotecas, faculdades, universidades e especialmente naqueles acervos que fazem parte do catalogo colectivo e das bibliotecas virtuais.

A pesquisa bibliográfica nos permitirá no contacto com as informações já existente acerca da assistência a vítima de primeiros socorros com queimaduras na via pública, bem como as suas causas.

2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

Grelha de observação que pretendemos aplicar aos nossos intervenientes para adquirirmos informações sobre o tema em estudo.

Para o inquérito por questionário usamos o guião de questionário para adquirirmos informações sobre atendimento diferenciado em pacientes. Depois de ter a permissão dos nossos intervenientes, acertaremos uma data e hora para a distribuição dos guiões e a sua recolha.

Usaremos pesquisa bibliográfica e documental como instrumento de recolha de dados para nos facilitar a consultar, materias e documentos que falam do atendimento diferenciado em pacientes.

Para o inquérito por questionário usaremos o guião de questionário para adquirirmos informações sobre assistência a vítima de primeiros socorros com queimaduras na via pública.

2.6. População e Amostra

• População

Para (Silva & Menezes, 2014, p. 43), considera que população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características defendidas para um determinado estudo.

A população da nossa investigação foi constituída por cem (100) indivíduos, os quais: três (3) Médicos, quarenta (40) Enfermeiros e cinquenta e sete (57) Pacientes.

• Amostra

Na visão de (Marconi & Lakatos, 2010, p. 55), amostra é a parte da população ou do universo, seleccionada de acordo com uma regra.

Na nossa população extraímos uma amostra de trinta (30) indivíduos na qual temos: Dois (2) Médicos, dez (10) Enfermeiros e dezoito (18) Pacientes, usado durante a nossa pesquisa de campo.

Quadro da População e Amostra

Inquerito	População/Alvo	Amostra	Percentagem
Médicos	03	2	7%
Enfermeiros	40	10	33%
Pacientes	57	18	60%
Total	100	30	100%

Fonte: Elaboração Própria

A população da nossa investigação foi constituída por cento e vinte (120) indivíduos onde extraímos uma amostra de de trinta (30) indivíduos na qual temos: Dois (2) Médicos, dez (10) Enfermeiros e dezoito (18) Pacientes.

2.7. Dificuldades encontradas

No percurso da nossa investigação nos deparamos com algumas situações que dificultaram a nossa pesquisa sendo as principais as seguintes:

- ❖ Dificuldades financeiras;
- ❖ Escassez de tempo dado para a realização do trabalho;
- ❖ Dificuldade de compreensão de uso das normas e técnicas;
- ❖ Dificuldades em termos de recolha e selecção do material para elaborar a fundamentação teórica;
- ❖ Dificuldades quanto a recolha de dados no campo de estudo.

CAPÍTULO III- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, queremos apresentar todos os dados recolhidos, representados em gráficos e tabelas acitadas abaixo, obedecendo as regras metológicas que a nossa instituição recomenda.

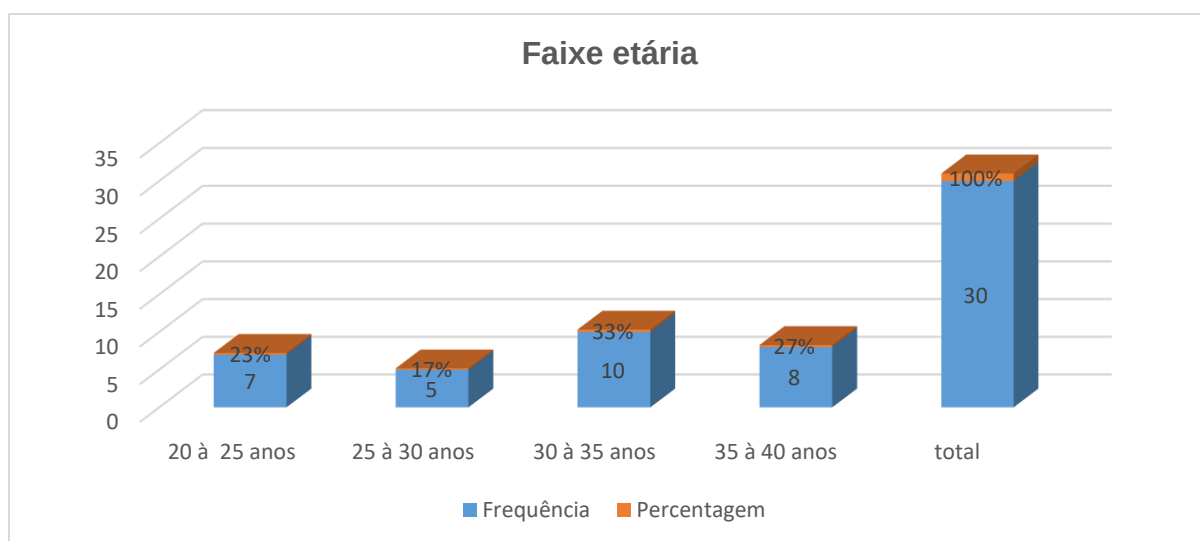
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados

3.1.1 Tabela e grafico nº 2. Distribuição da amostra segundo a faixa etária.

Faixa etária	Frequência	Percentagem
20 à 25 anos	07	23%
25 à 30 anos	05	17%
30 à 35 anos	10	33%
35 à 40 anos	08	27%
total	30	100%

Fonte: Ficha de Inquerito.

Gráfico nº 1



Fonte: Elaboração da tabela nº 1.

De acordo com a tabela e o gráfico 01, a faixa etária com maior número é a de 30 à 35 anos que corresponde a 33%, seguida pela faixa de 35 à 40 anos perfazendo a 27%.

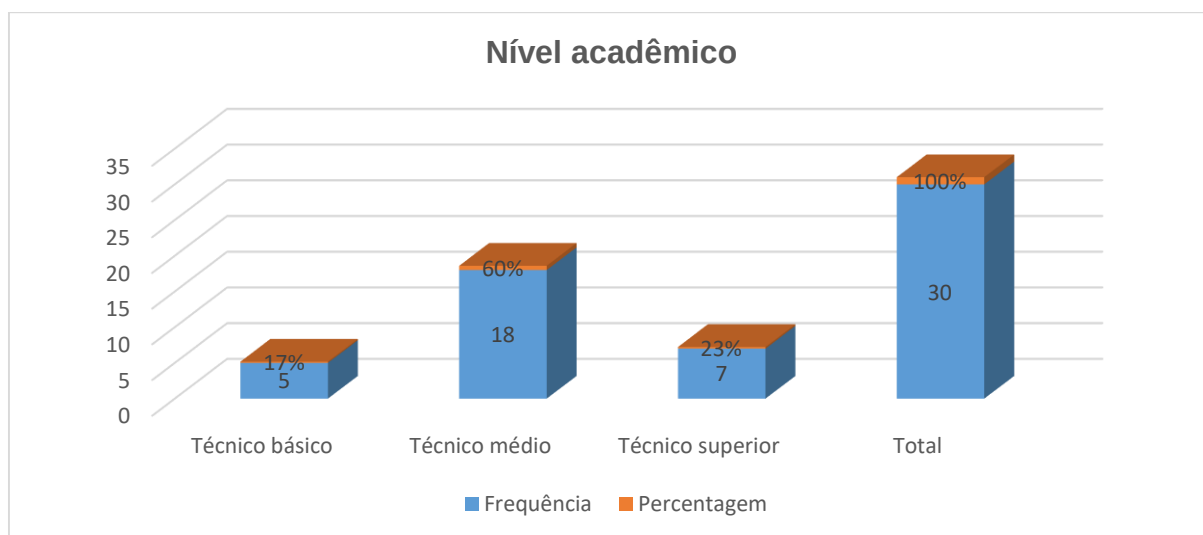
Comparando os dados da nossa pesquisa com do autor Janzekovic (2011) existe uma semelhança com da nossa pesquisa de campo isso nos levou a concluir que , a maior parte dos nossos intervenientes tem idade dos 30 à 35 anos.

Tabela e gráfico nº 2 Distribuição da amostra quanto ao Nível acadêmico

Nível acadêmico	Frequência	Percentagem
Técnico básico	05	17%
Técnico médio	18	60%
Técnico superior	07	23%
Total	30	100%

Fonte: Ficha de Inquerito.

Gráfico nº 2



Fonte: Elaboração da tabela nº 2

Segundo a tabela e o gráfico 02, o nível predominante é dos técnicos médio, isto é, dezoito (18) perfazendo 60%, técnicos superiores sete (07), perfazendo 23% e cinco (05) técnicos básicos perfazendo 17%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

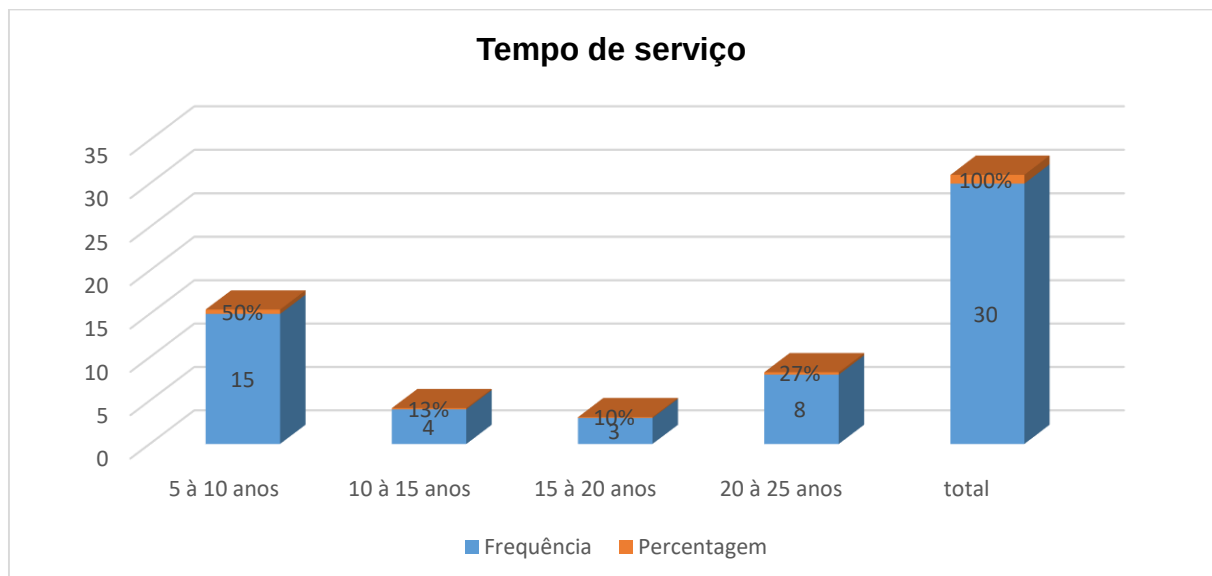
Encontra partida comparando os dados obtido na pesquisa do autor Cartotto (2011), podemos concluirmos que, a maior parte dos nossos intervenientes são técnicos médio.

Tabela e grafico nº 3 Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço

Tempo de serviço	Frequência	Percentagem
5 à 10 anos	15	50%
10 à 15 anos	04	13%
15 à 20 anos	03	10%
20 à 25 anos	8	27%
total	30	100%

Fonte: Ficha de Inquerito.

Gráfico nº 3



Fonte: Elaboração da tabela nº 3.

Segundo a tabela e o gráfico 03, os profissionais com mais anos de serviço são os de 5 à 10 anos, perfazendo 50%, seguido por os de 20 à 25 anos, perfazendo 27% a seguir por os de 10 à 15 anos perfazendo 15%, e por fim de correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

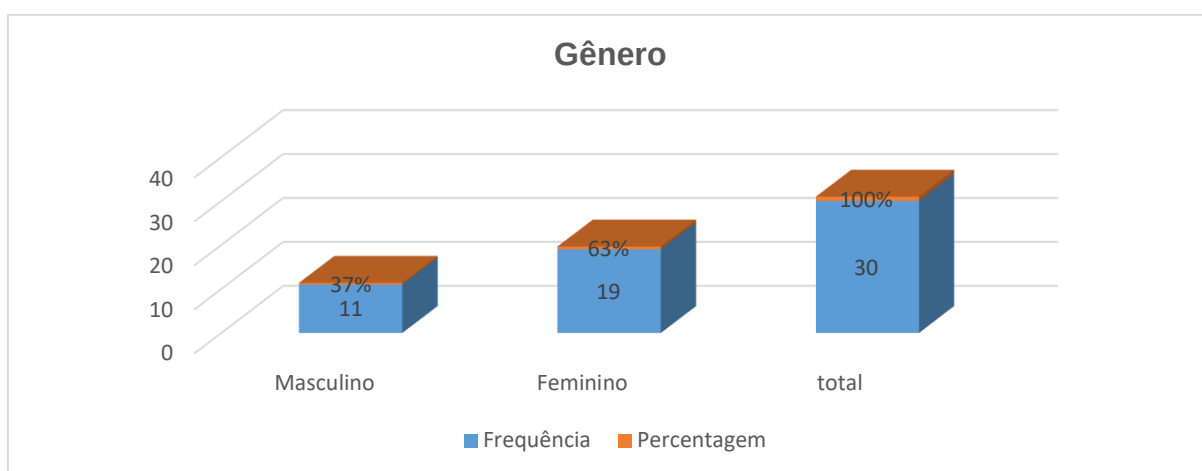
De acordo com os dados obtido pesquisa realizado nos autores Silva & Torquato (2010), os dados concidem com da nossa pesquisa de campo isso nos afirma que, a maior parte do Hospital em estudo tem o tempo de serviço de 5 à 25 anos.

Tabela e gráfico nº4: Distribuição da Amostra quanto ao gênero

Gênero	Frequência	Percentagem
Masculino	11	37%
Feminino	19	63%
total	30	100%

Fonte: Ficha de Inquerito.

Gráfico nº 4



Fonte: Elaboração da tabela nº 4.

De acordo o gráfico e a tabela 04, o gênero feminino predomina com dezanove (19) profissionais perfazendo 63% e gênero masculino com onze (11) profissionais perfazendo 36,66%, correspondendo à 100% da nossa pesquisa.

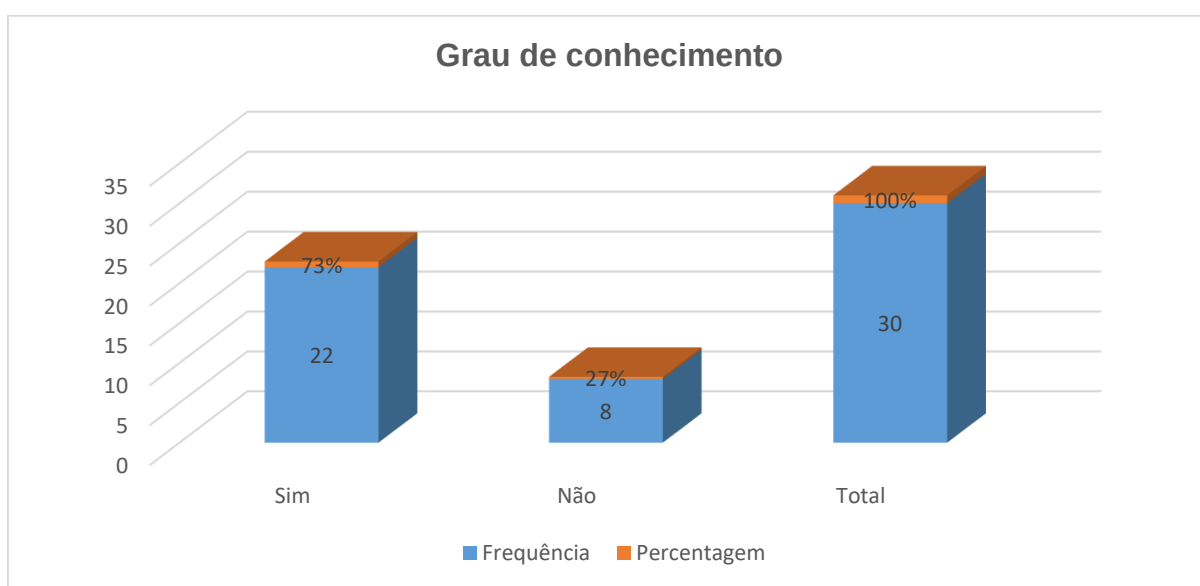
Encontra partida comparando os dados obtidos na nossa pesquisa de campo com dos autores Guirro & Augusto (2012), a semelham isso nos levou a concluir que, os nossos intervenientes entrevistado na maior parte são do sexo feminino.

Tabela e grafico nº 5 Distribuição da amostra quanto o grau de conhecimento

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	22	73%
Não	08	27%
Total	30	100%

Fonte: Ficha de Inquerito.

Gráfico nº 5



Fonte: Elaboração da tabela nº 5.

De acordo a tabela e o gráfico 05, vinte e dois (22) profissionais responderam sim perfazendo 73% e oito (08) responderam não perfazendo 27%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

Segundo os dados recadado na nossa pesquisa de campo comparando com dos autores Pereira e Lonien (2013), por isso concluímos que a maioria dos nossos intervenientes já viram pessoas com queimaduras na via pública.

3.2 Discussão dos resultados

Em função dos dados representados através de tabelas e gráficos, queremos fazer a discussão dos mesmos no sentido de estabelecermos as comparações e presumindo factos que possam influenciar no fenómeno em estudo.

De acordo com a tabela e o gráfico 01, a faixa etária com maior número é a de 30 à 35 anos que corresponde a 33%, seguida pela faixa de 35 à 40 anos perfazendo a 27%, posteriormente de 20 à 25 anos perfazendo 23% e finalmente 25 à 30 anos perfazendo 17% que aos 100% da nossa pesquisa.

De acordo a tabela e o gráfico 02, o nível predominante é dos técnicos médio, isto é, dezoito (18) perfazendo 60%, técnicos superiores sete (07), perfazendo 23% e cinco (05) técnicos básicos perfazendo 17%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

De acordo a tabela e o gráfico 03, os profissionais com mais anos de serviço são os de 20 à 25 e 5 à 10 anos, perfazendo 33%, seguido por os de 15 à 20 anos, perfazendo 23% e finalmente por os de 10 à 15 anos perfazendo 10%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

De acordo o gráfico e a tabela 04, o género feminino predomina com dezanove (19) profissionais perfazendo 63% e género masculino com onze (11) profissionais perfazendo 36,66%, correspondendo à 100% da nossa pesquisa.

De acordo a tabela e o gráfico 05, vinte e dois (22) profissionais responderam sim perfazendo 73% e oito (08) responderam não perfazendo 27%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

CONCLUSÕES

Depois de pesquisas feitas com toda atenção e cuidado, queremos concluir as ideias quantificadas no capítulo anterior, primando pela norma que demonstra o plantel da nossa instituição do ensino superior, partindo dos objectivos preconizados assim como as nossas hipóteses. Assim sendo, chegou-se as seguintes conclusões:

Quanto a faixa etária, entendemos que a faixa etária com maior número é a de 30 à 35 anos que corresponde a 33% em relação a de 25 à 30 anos perfazendo 17%. Com isso podemos dizer que a instituição em destaque possui uma boa camada de profissionais, pois estes já possuem a maturidade suficiente para lidar com os problemas que possam surgir.

No que diz respeito ao nível académico, acreditamos que o hospital possui muitos problemas inerentes aos serviços especializados, pois carece de técnicos superiores, isto é, 07 que corresponde a 23% em relação ao dos técnicos médio, isto é, 18 correspondendo a 60%. Com isso dizemos que o hospital precisa admitir técnicos superiores para proporcionar os serviços especializado no respectivo hospital.

Quanto aos anos de serviço, os de 20 à 25 e 5 à 10 anos corresponde a 33% em relação aos de 10 à 15 anos que corresponde a 10%. Podemos dizer que o hospital está num bom rumo.

Atendendo o género, o hospital está de parabéns, pois as mulheres por natureza são seres cuidadoras, sendo assim cremos que o atendimento tem sido humanizado, pois os dados dos profissionais feminino predomina, isto é, 19 profissionais que corresponde a 63% em relação ao género masculino com 11 profissionais que corresponde a 37%.

Atendendo a questão de como tem sido o protocolo de assistência de primeiros socorros a vítimas de queimaduras na via pública, notamos que tivemos 22 profissionais que responderam sim perfazendo 73% e 08 responderam não perfazendo 27%. Com isso podemos dizer que a maior parte dos nossos inqueridos possuem conhecimentos acerca do assunto em abordado.

SUGESTÕES

As direcções dos Hospitais Municipais

- Que criem mecanismos de primeiros socorros a vitimas de queimaduras
- Que dê mais formações de capacitação aos profissionais para lhes ajudar como devem socorrer a vitima de queimadura na via pública.

Aos profissionais da saúde:

- Criar um ambiente propício para as vitimas de queimaduras;
- Oferecer um atendimento humanizado as vitima de queimaduras;
- Ser paciente na acepção de aturar a conduta da vitima de queimaduras;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, F. K. (2012). *Metodologia científica*. 1ª Edição. Porto. Editora: Escolar editora.
- Ana e Paulo (2017). *Crianças são as principais vítimas de queimaduras*. Jornal de Angola.
- Angop. Angola (2016) *Crianças lideram lista de queimados no Hospital Neves Bendinha*.
- Athayde, B. S. V (2018). *Complicações respiratórias secundárias a lesões inalatórias em indivíduos queimados e atuação fisioterapêutica*. Uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Queimaduras.
- Araújo & Viana (2017). *Atuação do enfermeiro no atendimento de primeiros socorros a vítima de queimadura*. Rev. Interdisciplinar.
- American Burn Association. (2019). *Advanced Burn Life Support Course*. (Disponível em: <http://ameriburn.org/wp-content/uploads>).
- Al & Güloğlu, C. (2013). *Mortality factors in flame and scalds burns*. Istanbul. Ulusal travma ve Acil cerrahi derneği,.
- Benaim, F., Artigas, N.R. (2019). *Development in the treatment of burns in South America during the last decades*. 2º Ed. International society for Burn injuries: Guildford.
- Bardin, L. (2012). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benaim, F. & Artigas, N.R. (2012). *Development in the treatment of burns in South America during the last decades*. International society for Burn injuries: Brasil. (2017). *Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa.
- Brito, M. E. M (2010). *A cultura no cuidado familiar à criança vítima de queimaduras*. Rev. Eletr. Enf.
- Câmara, G. C. (2018). *Programa de política-orientado pela vítima*. Editora: São Paulo. Revista, coimbra.
- Civile, V.T. & Finotti, C.S. (2012). *Abordagem fisioterapêutica precoce em pacientes críticos queimados*. Rev Bras Queimaduras.
- Cartotto, R. (2011). *Fluid resuscitation of the thermally injured patient*. Clinics in plastic surgery. (Doi: 10.1016/j.cps.2009.05.002).

- Cantarelli-kantorski, K. J (2014). *Caracterização dos atendimentos por queimaduras em um serviço de pronto-socorro*. Rev. Bras. Queimaduras.
- Cunha, D., Ribeiro; & Pereira, F. (2021). *Instrumentos de avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: uma revisão sistemática*. Suplemento digital.
- Carreiro (2018), Considerações de enfermagem sobre a balneoterápica no cuidado ao queimado. Enfermería: Global.
- Diogo, P. (2012). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.
- Duarte, M. L. C. (2018). *Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados*. Porto Alegre. Rev. Gaúcha de Enfermagem. (Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n1/a11v33n1>).
- Evans, E. I. (2015). *Horizons in burn surgery: surgery, gynecology & obstetrics*. Chicago.
- Ferreira (2010), *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Friese, G. (2016). *Burn injury assessment: An interactive lesson plan for burn injury management and care*. Ems magazine: Fort Akinson.
- Francisco, C. & Pakisi, A. (2017). *Introdução a metodologia de investigação científica*. 1ª ed. Luanda: Bc Livtec.
- Gray, H. (2018). *Anatomia*. 29ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gardner, E., Gray; & O'rahilly, R. (2014). *Anatomia: estudo regional do corpo*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gomes, D. R.; Serra, M. C.; Pellon, M. A. (2017). *Tratamento de Queimaduras: um guia prático*. Rio de Janeiro. Revinter.
- Guirro, E. & Augusto, R. (2012). *Fisioterapia dermato-funcional*. São Paulo. 3ª. Ed. Manole.
- Guyton, A. & Hall, J. (2017). *Tratado de Fisiologia Médica*. 13ª Edição. Mississipi: Elsevier.
- Jorge, A. P. (2015). *Em busca da satisfação dos interesses da vítima*. Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora.
- Janzekovic, Z. (2011). *A new concept in the early excision and immediate grafting of burns*. The Journal of trauma: Baltimore.

- Lima, V.X. & Brito, M.E.M. (2016). *Percepções da equipe de enfermagem acerca da prática da educação em saúde em um centro de tratamento de queimados*. Rev. Brasileira de Queimaduras.
- Lucena & Campos. (2016). *Queimaduras: Feridas complexas e estomias, Aspectos preventivos e manejo clínico*. João Pessoa: Ideia.
- Lima, T. M. O (2015). *Fisioterapia em grande queimado*. Relato de caso em centro de tratamento de queimados na Amazônia brasileira. Revista Brasileira de Queimaduras.
- Marconi, M. e Lakatos, E. (2010). *Técnicas de pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.
- Mesquita e Duarte (2017) *Metodologia da pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P. & Galvão, C. M (2011). *Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Texto Contexto Enferm: Florianópolis.
- Moulin, L. L (2018). *Perfil sociodemográfico e clínico de vítimas de queimaduras atendidas em um hospital de referência*. Revista Nursing.
- Marques e Rodrigues (2019). *Assistência de enfermagem em relação ao paciente pediátrico em situação de queimadura*. Rev. Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa.
- Mélega, J.M. (2012). *cirurgia plástica: fundamentos e arte: princípios gerais*. Rio de Janeiro: Médisi.
- Oliveira, A. (2012). *Como elaborar projecto de pesquisa*. 4ª Edição São Paulo: editora Platão.
- Pires D. (2019). *A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho*. Rev Bras.
- Ramos, S. e Naranjo, E. (2014). *Metodologia de Investigação Científica*. 2ª Edição Lobito- Angola: Editora Escolar.
- Pinho, F.M. (2016). *Guideline das ações no cuidado de enfermagem ao paciente adulto queimado*. Rev. Bras Queimaduras.
- Pereira, E.M.C.; e Lonien, S.C.H. (2013). *O paciente queimado e a cicatrização: uma revisão literária*. Porto Alegre.

- Serrano, S. (2011). Abinagem. (Disponível em: <http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp>).
- Silva, A. V; & Santos, C. O (2020). *Terapias aplicadas no tratamento das lesões por queimaduras de terceiro grau e extensão variável: revisão integrativa*. Ribeirão Preto. (Disponível em: <https://doi>).
- Secundo & Feliszyn, R. S (2019). *Protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente queimado na emergência*. Revisão integrativa da literatura. Rev. bras. queimaduras.
- Schiozer, W. (2011). *Manejo inicial da via aérea*. Rev Bras Queimaduras.
- Smolle & Branski (2017). *Recent trends in burn epidemiology worldwide*. A systematic review. Burns.
- Santos, C. A (2017). *Assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar ao paciente queimado*. Uma revisão da literatura. Rev. bras. queimaduras.
- Silva & Torquato, J. A. (2010). *Prevalência de complicações respiratórias em pacientes com queimaduras internados num hospital público estadual de São Paulo*. Rev Bras Queimaduras. (Disponível em: <http://rbqueimaduras.com.br/details/48/pt>).
- Silva, A. G; Júnior, C. A. (2017). *Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas*. In: Morosini MVGC; Corbo ADA.
- Silva, M. M. (2014). *Metodologia e Técnicas de Pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Brasil-Curitiba.
- Teixeira, A. Magalhaes (2010). *Assistência a vítima de primeiros socorros com queimaduras: reflexão sobre o enfermeiro para o processo educativo na saúde pública*. Revista e-Scientia.
- Trupkovic, T. & Giessler, G. (2018). *Burn trauma: pathophysiology, preclinical care and emergency room management*. Berlin. Der Anaesthetist.
- Tricklebank, S. (2010). *Modern trends in fluid therapy for burns*. Journal of burn care & research. Amsterdam.
- Varela, M.C.G. (2017). *Processo de cuidar da criança queimada: vivência de familiares*. Brasília . Rev. Bras. Enferm. Vale, E.C.S. (2015). *Primeiro atendimento em*
- Wiechman e Faber (2010). *Pain management in patients with burn injuries*. international review of psychiatry. London.
- Ximenes, S. (2013). *Dicionário de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Zassala, C. (2017). *Iniciação a Pesquisa Científica*. 4ª Edição. Luanda-Angola.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO

Autora	Marta António Caxala
Orientadora	Profª. Yamilé Hernández, Lic
Título do TFC: Licenciatura em ciências da Enfermagem	Assistência de Primeiros Socorros A vitimas de Queimaduras na Via pública: Estudo de Caso no Hospital Geral da Barra do Dande no II Semestre 2023.

Marta António Caxala: Estudante finalista do Instituto Superior de Angola encontrando-me a elaborar meu Projeto Final do Curso para a obtenção do título como, Licenciatura em ciências da Enfermagem.

Venho por intermédio deste, respeitosamente a solicitar sua colaboração a fim de responder algumas questões exclusivamente em: **Assistência de Primeiros Socorros A vitimas de Queimaduras na Via pública: Estudo de Caso no Hospital Geral da Barra do Dande no II Semestre 2023.**

Grata pela sua colaboração.

Com respeito aos técnicos de enfermagem:

1- Qual é a sua faixa etária?

Assinala com um X no lado direito da tabela

20-25	
25-30	
30-35	
35-40	

2- Qual é o seu nível acadêmica como profissional de enfermagem?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Básico	
Médio	
Licenciado	

3- Qual é o seu tempo de serviço?

Assinala com um X no lado direito da tabela

5 a 10 anos	
10 a 15 anos	
15 a 20 anos	
20 a 25 anos	

4- Qual é o seu Genêro?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Masculino	
Feminino	

5- grau de conhecimento?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

MUITO OBRIGADA!

ANEXOS