



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE

A percepção do paciente queimado a respeito das suas redes de apoio social e do momento da preparação para a alta hospitalar no contexto nacional: uma revisão de literatura

Discente: Kely de Oliveira Martins

Orientadora: Profa. Caroline de Oliveira Alves

Brasília
2015

Kely de Oliveira Martins

TÍTULO: A percepção do paciente queimado a respeito das suas redes de apoio social e do momento da preparação para a alta hospitalar no contexto nacional: uma revisão de literatura

Trabalho entregue a coordenação como requisito para obtenção de nota parcial na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília – Campus Ceilândia.

Área de Concentração: Queimaduras

Brasília
2015

RESUMO

Introdução: As queimaduras constituem um importante problema de saúde pública, representando a segunda causa de morte na infância no Brasil. Estima-se que, no Brasil, ocorram em torno de 1.000.000 de acidentes com queimaduras por ano. Um indivíduo que sofre queimaduras graves tem todos os aspectos de sua vida altamente afetados. **Objetivos:** Identificar através da literatura a percepção do paciente queimado sobre sua rede de apoio social e da preparação para a alta hospitalar. **Metodologia:** Para a construção do trabalho foi realizada uma Revisão Integrativa, por meio de uma busca na literatura, utilizando os descritores: queimaduras, alta hospitalar e redes de apoio social da Biblioteca Virtual em Saúde. **Resultados:** a busca foi realizada com cada descritor individualmente, sendo selecionados 14 artigos com a palavra queimados, 2 artigos com a palavra rede social e 2 artigos com a palavra alta-hospitalar, totalizando 18 artigos selecionados para a revisão. **Discussão:** Os artigos mostraram que as redes de apoio social possuem um caráter muito importante para a motivação do paciente em continuar o tratamento, dando força e fazendo um elo de ligação com o mundo externo do hospital. Em relação a alta hospitalar, não foi um tema bastante trabalhado entre os artigos, os familiares dos pacientes se sentem inseguros quanto a recebê-los de volta em casa por não terem sido preparados para isso. **Conclusão:** As redes de apoio são importantes para o processo de recuperação. Sugere-se que sejam feitos estudos, que se trabalhe de forma aprofundada a questão da preparação da alta hospitalar.

Palavras-chave: Queimaduras, Alta hospitalar e Redes de apoio social

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. METODOLOGIA	6
3. RESULTADOS	7
4. DISCUSSÃO	12
5. CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

As queimaduras constituem um importante problema de saúde pública, representando a segunda causa de mortes na infância no Brasil (CRUZ et al, 2012). Os acidentes geram enormes gastos financeiros e são responsáveis por sequelas físicas, psicológicas e sociais ao acidentado, bem como à sua família. A maioria deles ocorre em casa e são atribuídos a lapsos na atenção aos perigos domésticos (CRUZ et al, 2012).

Estima-se que, no Brasil, ocorram em torno de 1.000.000 de acidentes com queimaduras por ano. Destes, 100.000 pacientes procurarão atendimento hospitalar e cerca de 2.500 irão falecer direta ou indiretamente de suas lesões (CRUZ et al, 2012). Entretanto, e em algumas situações, há comprometimento de uma grande extensão da superfície corpórea. Esses pacientes, os grandes queimados, constituem um dos maiores desafios para os profissionais de saúde. A eficácia da medicina no salvamento de indivíduos queimados que sofrem grandes queimaduras tem evoluído anualmente, gerando maior sobrevida e requerendo, portanto, cada vez mais abordagem de uma equipe multidisciplinar para o tratamento das graves sequelas físicas e emocionais (BUSNARDO; SCARAVELLI, 2004).

Um indivíduo que sofre queimaduras graves tem todos os aspectos de sua vida altamente afetados: biopsicossocial, espiritual e financeiro. (ANTONELI, 2003). As queimaduras não devem ser vistas como acidentais ou fortuitas. Muitas vezes possuem um significado relevante e podem ocultar múltiplas causas, como os casos de violência familiar ou ainda a tentativa de suicídio (FERREIRA, 2002).

Neste trabalho propomos a abordagem do tema pacientes queimados e preparo para a alta hospitalar, focando nas redes de apoio social, considerando a literatura nacional.

A estratégia metodológica escolhida para a construção desse trabalho foi Revisão Integrativa, que de acordo com MENDES (2008) permite levantar e identificar informações relevantes e sintetizar o conhecimento sobre o assunto pesquisado. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. De acordo com MENDES (2008) para a elaboração da revisão integrativa, o revisor precisa planejar cada momento do trabalho, primeiro ele vai determinar o objetivo específico, em seguida vai formular os questionamentos a serem respondidos ou hipóteses a serem testadas, depois vai efetuar a busca para identificar e coletar o máximo de artigos que irão compô-lo de acordo com os critérios de inclusão e exclusão delimitados no começo do trabalho.

A questão norteadora do trabalho foi: como se dá a preparação do paciente queimado para a alta hospitalar?

Para a realização da revisão os trabalhos foram consultados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A pesquisa foi realizada utilizando os descritores da BVS: queimaduras, redes de apoio social e alta hospitalar. O período de restrição foi entre os anos de 2010-2015, foram utilizados como limite: Humanos, País Brasil, Idioma português e espanhol.

A pesquisa foi realizada entre os meses de agosto e outubro de 2015. Cada descritor foi pesquisado individualmente. Após a busca, os títulos e resumos foram lidos para identificar aqueles que atenderiam aos critérios de seleção. Em seguida, os artigos inclusos foram lidos na íntegra e aplicados os critérios de exclusão.

Os critérios de inclusão foram artigos que discutissem as percepções de pacientes sobre suas redes de apoio social durante o processo da alta hospitalar decorrente da internação por queimaduras. Os critérios de exclusão foram artigos de revisão e inadequação ao objeto de estudo.

A análise dos artigos foi realizada de forma descritiva, reunindo o conhecimento levantado sobre o tema investigado no trabalho proposto. Apresentados de forma clara para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados.

3.RESULTADOS

7

Os artigos selecionados para esta revisão foram relatos de experiências de estudos do contexto nacional sobre queimaduras.

Quando pesquisada a palavra Queimaduras utilizando as estratégias descritas na metodologia, foram levantados 27 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, 14 artigos atenderam os critérios de inclusão. Em seguida foram lidos na íntegra e nenhum foi excluído.

Quando pesquisada a palavra Alta hospitalar foram levantados 140 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, 2 artigos atenderam os critérios de inclusão. Em seguida foram lidos na íntegra, e nenhum foi excluído.

Quando pesquisada a palavra Redes de apoio Social foram levantados 83 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, 2 artigos atenderam os critérios de inclusão. Em seguida foram lidos na íntegra, e nenhum foi excluído. Ao todo compuseram 18 artigos conforme a tabela 1.

Ano	Autor	Título
2011	DUTRA et al.	Caracterização de mulheres hospitalizadas por queimadura.
2011	REIS et al.	Estudo epidemiológico de pacientes internados na unidade de tratamento de queimados do hospital de urgência de Sergipe.
2011	LIMA et al.	Perfil epidemiológico e antropométrico de pacientes internados em uma unidade de tratamento de queimados em Brasília, Distrito Federal.
2011	TAVARES e HORA	Caracterização das vítimas de queimaduras em seguimento ambulatorial.
2011	ARRUNÁTEG UI	Queimaduras com álcool em crianças: realidade brasileira e vulnerabilidades
2011	DUTRA, AS.	Queimadura auto-infligida em mulheres: a violência de gênero inscrita no corpo
2011	GOMES et al.	O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança.
2011	SILVA e RAMOS	O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica.
2011	AGNOLO e PROENÇA	Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes.
2012	GAWRYSZEWSKI et al.	Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009.
2013	QUEIROZ et al.	Prevalência e fatores associados a queimaduras de terceiro grau no

		município de Natal, RN – Brasil.
2013	ANDRETTA et al.	Perfil epidemiológico das crianças internadas por queimaduras em hospital do sul do Brasil, de 1998 a 2008.
2013	GUIMARÃES et al.	Qualidade de vida de pacientes com queimaduras internados em um hospital de referência no nordeste brasileiro.
2013	SOARES et al.	Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio.
2014	ARRUDA et al.	“Carne crua e torrada”: a experiência do sofrimento de ser queimada em mulheres nordestinas, Brasil.
2014	ALVES E SILVA et al.	Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no Pronto-Socorro de Queimaduras de Goiânia em agosto de 2013
2014	JÚNIOR et al.	Avaliação do conhecimento e promoção da conscientização acerca da prevenção de queimaduras na população de Fortaleza – CE.
2014	DA SILVA et al.	Fatores de atraso na alta hospitalar em hospitais de ensino.

Perfil dos trabalhos

De acordo com JUNIOR et al., (2014) existem profissões consideradas como de maior risco para o acidente com queimaduras. São elas as seguintes profissões: eletricitas, mecânicos, operadores de máquinas, cozinheiros, soldadores, operadores de forno e bombeiros. No estudo realizado por JUNIOR et al., com uma pequena amostra da população do estado do Ceará foi constatado que 70% dos entrevistados não atuam em nenhuma profissão considerada de risco.

SALVINI et al. relata que 63,6% dos acometidos pela queimadura foram homens, um valor bem próximo quando comparado com os achados trazidos por QUEIROZ et al., com 63,4% e o resultado mais alto apresentado por GUIMARÃES et al., com 70% dos casos. ANDRETTA et al., justifica essa vulnerabilidade por estarem os homens mais expostos a riscos, por causa da maior liberdade que estes possuem quando comparado com o sexo feminino. Contrastando com todos os dados trazidos JUNIOR et al., trás o público feminino como o mais afetado com 60% dos casos. Essa variação pode estar relacionada à metodologia de estudo e ao hospital pesquisa.

Em relação a faixa etária, SALVINI et al., trazem a média de 22 a 55 anos. TAVARES e HORA trazem a faixa etária média de 15 – 20 anos de idade. REIS et al., mostram que a faixa etária mais acometida foi de 0-6 anos, com 45,30% dos casos. GUIMARÃES et al., mostra que a faixa etária mais acometida foi de 21-40 anos de idade. SILVA et al., trazem a média de idade dos pacientes atendidos que foi de 30 anos de idade. GAWRYSZEWSKI et al., trazem em seu estudo a faixa etária mais acometida foi a de 20-29 anos (23,1%), seguida pela faixa de 0-9 anos(22%). No estudo realizado por JUNIOR et al., a idade média entre os pacientes entrevistados foi de 38,4 anos de idade. E para DUTRA et al., a média de idade dos pacientes queimados foi de 32 anos de idade. Em pesquisa realizada no município de Natal/RN por QUEIROZ et al., os adolescentes foram os mais afetados.

As causas das queimaduras podem ser contato direto com o fogo, materiais químicos, superfície superaquecida, líquido superaquecido, queimaduras elétricas e radioativas. Sobre o agente etiológico SALVINE et al., trazem dados dos principais agentes etiológicos que foram chama direta e líquidos inflamáveis, correspondendo a 18,2% dos casos. O estudo de TAVARES e HORA mostra que a principal causa de queimaduras foi líquido superaquecido com 59% dos casos, seguido por chama direta com 12%, líquido superaquecido com 10% e choque elétrico com 5%, seguidos por 14% dos casos restantes. REIS et al., trazem como os principais agentes etiológicos as escaldaduras com 53,3%, seguidos de fogo com 18,6% e substância inflamável com 16,3%. No estudo de LIMA et al., o principal agente etiológico foi fogo com 45% dos casos, seguido por líquido quente (24%), chama direta (20%) e choque elétrico(18%). Para QUEIROZ et al., em relação ao agente etiológico o líquido aquecido se sobressaiu com 53,7% dos casos, seguido por chama direta (15,2%), álcool (6,1%) e choque elétrico (5,5%). Para GUIMARÃES et al., o principal agente etiológico foi o álcool, responsável por 30% dos casos, seguido por líquidos quentes (25%), energia elétrica e fogo, ambos com 20% e gasolina com 5%. Para SILVA et al., em relação ao agente etiológico a queimadura por atritos ficou em primeiro lugar com 36% dos casos, seguido por líquidos inflamáveis (19%) e líquidos quentes (13%). No estudo de JUNIOR et al., o agente etiológico mais notado foi o térmico (80,7%), seguido do químico (10,5%) e do elétrico (7%). Para GAWRYSZEWSKI et al., o agente etiológico mais relatado foi substância quente com 61%

dos casos, seguido por fogo/chamas (31,1%). E para DUTRA et al., o principal agente etiológico foi o álcool (43,9%), seguido por líquido superaquecido (19,7%), chama direta (11,4%) e folha de figo (10,6%).

Em relação a sazonalidade REIS et al., trazem dados de que maioria dos casos identificados ocorreram nos meses de maio (11,7%) e junho (11,4%). Em estudo realizado por QUEIROZ et al., houve maior registro de casos nos meses de junho e julho. Nos demais estudos não houveram relação com sazonalidade.

Em se tratando do local onde ocorreu o acidente, SALVINI et al., trazem que 50% dos pacientes sofreram acidentes de trabalho. Para TAVARES e HORA o domicílio é o principal ambiente com 64% dos casos, seguido por vias públicas com 25% dos casos. SILVA et al., também trazem a residência em primeiro lugar, com 45% dos casos seguido por acidentes de trânsito com 39% e acidente de trabalho com 10% dos casos. Para QUEIROZ et al. o espaço domiciliar superou os outros com 80,5% dos casos. Para GAWRYSZEWSKI et al., em relação ao local do acidente 62,1% dos casos aconteceram na residência, seguido por local de trabalho com 19,1% dos atendimentos. Para DUTRA et al., o ambiente doméstico aparece com 68,9%, seguido por ambiente de trabalho (7,6%) e via pública (6,8%).

Sobre o tempo de internação, no estudo realizado por SALVINI et al., o período de internação variou de 5-35 dias. Para REIS et al., o tempo de permanência 80,5% dos pacientes ficaram na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) por menos de 15 dias. Para LIMA et al., o período de internação teve a duração de 1 a 176 dias, com uma média de 27 dias. Para GUIMARÃES et al., o tempo de permanência no hospital até o dia da entrevista foi de uma semana em 40% dos casos. Para ANDRETTA et al., o tempo médio de internação foi de 8 dias.

ARRUDA et al. trazem a questão do baixo ou médio nível de escolaridade como um dos principais fatores para as queimaduras. SALVINI et al., identificaram que 63% tinha 1º grau incompleto. QUEIROZ et al. identificaram que maioria possuíam nível fundamental incompleto, concordando com GUIMARÃES et al., quando apresenta um resultado de 90%. No estudo de SILVA et al., 39% desses possuíam nível fundamental incompleto. No estudo de

JUNIOR et al., 31,3% dos pacientes possuíam ensino médio completo, seguidos por 18,8% do ensino fundamental entre 6º e 9º ano e 13,8 % para ensino fundamental entre 1º e 5º ano e ensino médio incompleto. Para GAWRYSZEWSKI et al., o nível de escolaridade dos pacientes internados foi de 27,1% para aqueles que estudaram de 9-11 anos, seguido de 25,2% para os que estudaram de 0-4 anos. Pode haver uma confusão de dados, já que alguns estudos pesquisaram a população infantil, não havendo escolaridade suficiente para ser comparada.

Sobre o grau de queimaduras REIS et al., identificaram que as queimaduras de 2º grau foram o maior com 83,86%, seguido de 3º grau com 15,25% e 1º grau com 0,9% dos casos. QUEIROZ et al., e ANDRETTA et al., apresentam as queimaduras mais prevalentes como sendo as de 1º e 2º grau. Para QUEIROZ et al., o número das queimaduras de 3º grau foi considerado alto com 23,8% dos casos. No estudo de SILVA et al., o tipo de lesão mais acometido foi o de 3º grau responsável por 61% dos casos, seguido por lesões de segundo grau(13%) e de primeiro grau(7%).

Em relação à extensão das queimaduras, os achados trazidos por SALVINI et al., 63,7% dos pacientes foram considerados como grande queimados. No estudo de GUIMARÃES et al., 45% dos pacientes tiveram 20-30% do corpo queimado. No estudo de LIMA et al. (2010), em relação à porcentagem corporal acometida pela injúria, os adultos foram os mais acometidos, seguidos pelas crianças.

Sobre o tipo de acidente, o estudo realizado por TAVARES e HORA no estado de Sergipe, verificou-se que 94% dos casos foi de origem acidental contra 6% intencional. Os dados trazidos por DUTRA et al., mostram que o acidente doméstico foi responsável por 56,1% dos casos, seguido por tentativa de suicídio (20,8%), agressão (8,3%) e acidente de trabalho (6,8%).

No estudo de SILVA et al. (2014), realizado em um Pronto-Socorro de Queimaduras em Goiânia as lesões em membros inferiores foram responsáveis por 16% dos casos, 75% em membros superiores e 74% em mais de uma região.

4. DISCUSSÃO

A análise dos artigos foi realizada de forma descritiva, reunindo o conhecimento levantado sobre o tema investigado no trabalho proposto.

Sentimentos do paciente durante a internação

Durante o período de internação é grande o conflito do paciente. Pois este sente-se completamente arrancado de sua realidade e passa a viver em um ambiente totalmente desconhecido proporcionando a ele diversos sentimentos, tais como o medo de morrer, medo do tratamento por não saber o que esperar além da dor, a insegurança sobre como o corpo vai ficar depois do tratamento, auto-estima, aparência física, relações conjugais, vergonha, tristeza, dependência física, ansiedade, ausência de sono, dificuldade para dormir por causa das luzes acesas, falta de privacidade, rompimento com seu cotidiano, desorientação espaço-temporal, incerteza sobre o futuro, vergonha de ser visto pelas pessoas, isolamento social (SILVA e RAMOS, 2011; PROENÇA E AGNOLO, 2011).

São muitos os aspectos afetados na vida do paciente queimado que precisa de internação: o social, espiritual, mental, emocional, a renda financeira fica comprometida principalmente se o paciente queimado for o provedor do lar (SALVINI et al., 2007; SILVA e RAMOS, 2011). Esses pacientes sentem falta do companheiro, família e amigos, e principalmente de sua independência funcional (PROENÇA E AGNOLO, 2011). Tudo isso contribui para deixar o paciente tenso e traumatizado. O desenvolvimento de vínculo e relação de confiança apontados por PROENÇA et al, e as visitas recebidas apontados por GOMES et al., podem favorecer a diminuição do estresse e o medo que o paciente sente em relação ao tratamento e o período de internação. Esse é o momento que paciente e familiar têm para desabafar, falar sobre seus medos e inseguranças e sentir-se apoiado por suas redes de apoio.

A fé pode ser mais um meio de ajuda para os que estão internados, pois acreditar no sobrenatural pode dar mais força e coragem para enfrentar o tratamento, mantém a esperança viva mesmo diante de notícias inesperadas. A fé e a esperança trazem efeitos benéficos e conforto durante o tratamento (GOMES et al., 2011).

Redes de Apoio Social

De acordo com VALLA (1999), o apoio social vem a ser todo tipo de informação falada, apoio emocional e material vindo de uma pessoa ou grupos com os quais se tem contato, e que o sentimento seja recíproco. Diante de uma situação como essa – queimaduras - é notado a formação de redes de apoio, que é formada por parentes, amigos, colegas de trabalho, vizinhos, pessoal da igreja e outros (GAWRYSZEWSKI et al., 2012).

A companhia de algum familiar ou amigo faz com que a internação seja menos dolorida, favorecendo a adaptação do paciente ao ambiente e a rotina hospitalar. O familiar cuidador também precisa de um apoio durante esse momento difícil, pois ele sofre junto com o paciente. Nesse momento faz necessário o acompanhamento da equipe de saúde, dando orientações e informações sobre o quadro clínico do paciente, encaminhando para grupos de familiares que estão na mesma situação de medo e insegurança (GOMES et al. 2011). As redes de apoio social se desenvolvem também dentro do hospital por familiares de outros pacientes que se encontram internados a mais tempo. Esse apoio gera mais tranquilidade e confiança para os que estão vivendo essa internação, seja o paciente ou o familiar, pois fornece um aconchego, diminuindo a sensação de solidão (GOMES et al., 2011).

LIMA et al (2011) dizem que é importante a sensibilidade dos profissionais para com o paciente, para que seja entendido o contexto de onde ele veio e a real causa da injúria.

O momento das visitas é muito importante, pois o paciente se esquece do seu problema por alguns instantes. É a oportunidade de trocar informações com o visitante sobre o que está vivenciando durante a internação e também de receber informações do cotidiano fora do hospital, nesse momento o paciente se sente importante ao ser lembrado pelos visitantes (GOMES et al., 2011).

Durante o período de internação a família passa a se organizar de maneira a cuidar de todas as obrigações do lar como lavar, passar, cozinhar e outros. Os familiares se organizam para as visitas hospitalares sempre providenciando para que a pessoa hospitalizada nunca fique sem visitas. Essa preocupação dos familiares e amigos potencializa o tratamento, fazendo com que o paciente crie forças para seguir tentando melhorar (GOMES et al., 2011).

Faz-se necessário o acompanhamento psicológico para os familiares e/ou acompanhantes, para que estes consigam enfrentar juntos com o paciente, ajudando no processo de recuperação (ARRUNÁTEGUI, 2011).

Em seu trabalho sobre redes de apoio social GOMES (2011) deixa claro com o uso das falas de alguns familiares o quão importante é o trabalho em equipe. Em busca da otimização do tratamento, toda a equipe trabalha respeitando o trabalho do outro procurando oferecer o melhor, mais eficiente e mais rápido tratamento. Buscando orientar o paciente e familiar sobre todos os passos e procedimentos realizados. Respeitando o indivíduo em suas questões biopsicossocial, cultural e espiritual, o que ajuda na adaptação do paciente a sua rotina durante o período de tratamento (ARRUNÁTEGUI, 2011; DUTRA, 2011; PROENÇA e AGNOLO, 2011).

GOMES et al (2011), destacam a importância da humanização da equipe, pois favorece a adaptação de paciente e familiares ao tratamento por oferecerem o apoio e a experiência diante do tratamento dado a esses. A equipe pode funcionar como intermediária no relacionamento do paciente queimado com sua família, oferecendo apoio emocional enquanto este permanece isolado na UTI, a paciência e o respeito pelo paciente favorece a adaptação e aceitação deste ao tratamento (PROENÇA e AGNOLO, 2011).

O atendimento humanizado pode ajudar ainda mais na adaptação do paciente ao tratamento, já que é um tratamento longo. Oferecendo momentos de relaxamento e aconchego através do uso de músicas, fotos de familiares no ambiente de internação contribui para a diminuição da sensação de isolamento, informações sobre o tratamento e controle da dor (PROENÇA e AGNOLO, 2011). PROENÇA et al, sugerem que a equipe deve se atentar e discutir sobre os agentes que causam estresse aos pacientes e buscar minimizá-los visando o bem estar e adaptação do paciente ao ambiente de internação. Segundo SALVINI et al (2007), a escuta qualificada, o atendimento grupal e individual são importantes no tratamento do paciente queimado, visando a reintegração social.

Programas de conscientização

No estudo realizado por JUNIOR et al. (2014) no estado do Ceará foi constatado que 57,7% da amostra entrevistada já sofreu algum tipo de queimaduras. Boa parte dos entrevistados ainda trata as queimaduras com receitas caseiras, como a aplicação de creme dental sobre o local acometido. Veem o procedimento correto que é lavar a área afetada com água corrente até a chegada do socorro como um certo desleixo. Daí vem a necessidade de programas de conscientização apontada pelos seguintes autores (ALVES e SILVA et al., 2013; TAVARES e HORA, 2011; ARRUNÁTEGUI, 2011), pois as pessoas precisam sempre estar atentas as possibilidades de acidentes para que assim possam se prevenir. Costuma-se associar queimaduras apenas com o fogo, mas muitas podem ser a causa de queimaduras. A mídia possui um papel importante na formação de opiniões, muitas vezes usada de forma a estigmatizar negativamente certas coisas, principalmente os serviços de saúde público (PROENÇA e AGNOLO, 2011). GAWRYSZEWSKI et al., ressaltam a importância que a mídia possui juntamente com o setor legislativo e outros para que sejam implementados programas de prevenção desses acidentes. Existe também a necessidade de implementação de políticas para se reduzir o número de casos de queimaduras no país, através de ações de prevenção e promoção da saúde, e diretamente provocando a redução dos custos com o tratamento de pacientes queimados (TAVARES e HORA, 2011).

Necessidade da padronização de um instrumento em rede nacional

Existem alguns instrumentos que são utilizados para a avaliação do paciente queimado. O SF-36 que avalia a qualidade de vida (QV) do paciente queimado de uma maneira mais subjetiva, é realizado uma espécie de entrevista semi-estruturada (CABRAL, 2011). Existe também a regra dos 9 que funciona com uma lógica diferente para adultos e crianças (SIRVENT, 2008). Esse teste calcula a porcentagem de superfície corporal queimada. O artigo (ANDRETTA et al, 2013) sugere a padronização da regra dos 9 em todos os hospitais para facilitar a troca de informações entre os profissionais de saúde pois este atende bem tanto crianças como adultos no momento da avaliação. Trás também a importância de se preencher todas as perguntas existentes na ficha do paciente, no formulário de atendimento nos hospitais, para que quando o prontuário for consultado, consiga alcançar respostas para todas

as perguntas que surgirem em relação a cada paciente (ANDRETTA et al., 2013). O preenchimento completo de todos os dados pode facilitar as pesquisas e levantamentos feitos através de prontuários sobre o local do acidente, superfície corporal queimada, entre outros (ANDRETTA et al., 2013).

Alta Hospitalar

De acordo com as normas do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), a alta deve ocorrer com um consenso entre toda a equipe que está responsável por este paciente. A cartilha sobre alta sugere a maneira como cada profissional da equipe deve agir em relação à preparação para a alta hospitalar. A alta deve ser pensada desde o momento da internação.

De acordo com SILVA et al (2014), ocorrem atrasos na alta hospitalar em quase todos os hospitais, o que gera maiores gastos para os hospitais e maiores riscos de saúde para o paciente, dentre eles estão perda de condicionamento físico e queda. Os motivos mais comuns para o atraso são a indicação de hidratação por soro, atrasos na realização de exames complementares e na liberação de laudos que ocorrem com grande frequência.

Este é um período em que o paciente ainda encontra-se fragilizado (SILVA e RAMOS). Após a alta hospitalar o paciente precisa ter um cuidado continuado, seja pela orientação dada pela equipe hospitalar aos seus familiares ou pela atenção básica que deveria continuar prestando essa assistência, mas muitas vezes não acontece por causa de uma carência na articulação dos serviços, precariedade nos sistemas de referência e contra-referência o que dificulta a articulação entre os níveis de assistência a saúde, o que pode resultar em uma nova reinternação (SILVA e RAMOS, 2011). De acordo com SILVA e RAMOS(2011) a alta hospitalar é o momento para serem reforçadas todas as orientações dadas durante a internação.

5. CONCLUSÃO

Foi possível notar poucos estudos relacionados às Redes de apoio social, que são muito importantes no tratamento do indivíduo queimado. As redes de apoio social mostrando uma enorme importância sobre os efeitos benéficos tanto para o paciente, como para seus familiares acompanhantes que também relataram a enorme importância da atuação da equipe

humanizada, que sem dúvida teve extrema importância para todos os pacientes e familiares, pois são eles que passam conforto e segurança durante todo o tratamento, pelo fato de já terem experiência com essa situação. Essa relação de troca entre profissionais e pacientes favorece um lugar mais acolhedor e de maior confiança entre todos.

Apesar da grande proximidade dos pacientes, familiares e equipe, adquirida durante todo o tratamento, existe ainda um receio quando a alta hospitalar acontece, pois os familiares não se sentem preparados para assumirem todo o cuidado com aquele paciente que ainda está em recuperação.

As redes de apoio social são importantes para o processo de recuperação. Sugere-se que sejam feitos estudos, que se trabalhe de forma aprofundada a questão da preparação da alta hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CRUZ, BF; CORDOVIL, PBL; BATISTA, KNM. Perfil epidemiológico de pacientes que **sofreram queimaduras no Brasil**: revisão de literatura. *Rev. bras. queimaduras*. 11(4):246-250; 2012.
2. BUSNARDO, APVS; SCARAVELLI, TMG. **Terapia Ocupacional com pacientes queimados**. In: DE CARLO, MMRP; LUZO, MCM. (orgs.) *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, cap. 8, p. 183-232; 2004.
3. ANTONELI, MRMC. **Queimados**. In: TEIXEIRA, E; SAURON, NF; SANTOS, MC. *Terapia ocupacional na reabilitação física*.(orgs.) São Paulo: Roca, cap. 27, p 235-250; 2003. AACD
4. FERREIRA, LA; LUIS, MAV. **A construção do processo que culminou num episódio de queimadura**: relato da história de vida de pacientes queimadas. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36:125-32.
5. DUTRA, AS; PENNA, LHG; VARGENS, OMC; SERRA, MCCF. **Caracterização de mulheres hospitalizadas por queimadura**. *Rev. enferm. UERJ*; 19(1): 34-39, jan. Mar. 2011.
6. MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM. **Revisão integrativa**: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis (SC)*; 17(4): 758-64; Out-Dez, 2008.
7. ARRUDA, CN; BRAIDE, ASG; NATIONS, M. **“Carne crua e torrada”**: a experiência do sofrimento de ser queimada em mulheres nordestinas, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 30(10):2057-2067, out, 2014.
8. GAWRYSZEWSKI, VP; BERNAL, RTI; SILVA, NN; NETO, OLM; SILVA, MMA; MASCARENHAS, MDM; SÁ, NNB; MONTEIRO, RA; MALTA, DC. **Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009**. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 28(4):629-640, abr, 2012.
9. JÚNIOR, EML, MELO, MCA;ALVES, CC; ALVES, EP; PARENTE, EA; FERREIRA, GE. **Avaliação do conhecimento e promoção da conscientização acerca da prevenção de queimaduras na população de Fortaleza – CE**. *Rev. bras. queimaduras*. 2014;13(3):161-7.
10. ALVES E SILVA, GM; FARIA, GL; MACIEL, MA. **Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no Pronto-Socorro de Queimaduras de Goiânia em agosto de 2013**; *Rev. bras. queimaduras*. 2014;13(3):173-6.
11. ANDRETTA, IB; CANCELIER, ACL; MENDES, C; BRANCO, AFC; TEZZA, MZ; CARMELLO, FA; LEA, BM; GUERRO, AC; DETTENBORN, SA. **Perfil epidemiológico das crianças internadas por queimaduras em hospital do sul do Brasil, de 1998 a 2008**. *Rev. bras. queimaduras*; 12(1): 22-29, jan.-mar. 2013.
12. GUIMARÃES, IBA; MARTINS, ABT; GUIMARÃES, SB. **Qualidade de vida de pacientes com queimaduras internados em um hospital de referência no nordeste brasileiro**. *Rev. bras. queimaduras*; 12(2): 103-107, abr.-jun. 2013.
13. QUEIROZ, PR; LIMA, KC; ALCÂNTARA, IC. **Prevalência e fatores associados a queimaduras de terceiro grau no município de Natal, RN – Brasil**. *Rev. bras. Queimaduras*; 12(3): 169-176, jul.-set. 2013. *ilus, tab*

14. LIMA, LS; ARAÚJO, MAR; CAVENDISH, TA; ASSIS, EM; AGUIAR, G. **Perfil epidemiológico e antropométrico de pacientes internados em uma unidade de tratamento de queimados em Brasília, Distrito Federal.** *Comun. ciênc. saúde*; 21(4): 301-308, 20 jul. 2011.
15. REIS, IF; MOREIRA, CA; COSTA, ACMS. **Estudo epidemiológico de pacientes internados na unidade de tratamento de queimados do hospital de urgência de Sergipe.** *Rev. bras. queimaduras*; 10(4): 114-118, out-dez. 2011.
16. TAVARES, CS; HORA, EC. **Caracterização das vítimas de queimaduras em seguimento ambulatorial.** *Rev. bras. queimaduras*; 10(4): 119-123, out-dez. 2011.
17. ARRUNÁTEGUI, GCC. **Queimaduras com álcool em crianças: realidade brasileira e vulnerabilidades.** *São Paulo*; s.n; 2011. 145 p.
18. DUTRA, AS. **Queimadura auto infligida em mulheres: a violência de gênero inscrita no corpo.** *Rio de Janeiro*; s.n; 2011. 106 p.
19. SOARES, JS; LOPES, MJ; NJAINE, K. **Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio.** *Cad. Saúde Pública*; 29(6): 1121-30, 2013 Jun.
20. GOMES, GC; PINTANEL, AC; STRASBURG, AC; ERDMANN, AL. **O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança.** *Rev. enferm. UERJ*; 19(1): 64-69, jan.-mar. 2011.
21. SALVINI, FTS; JANZANTE, CF; GALVÃO, RGB; MOURA-FERREIRA, MC. **Dimensões biopsicossocial, cultural e espiritual do portador de queimaduras.** *CuidArte, Enferm*; 1(1): 65-72, jul.-dez. 2007.
22. DA SILVA, SA; VALÁCIO, RA; BOTELHO, FC; AMARA, CFS. **Fatores de atraso na alta hospitalar em hospitais de ensino.** *Rev. Saúde Pública*; 2014;48(2):314-321.
23. SILVA, RVGO; RAMOS, FRS. **O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica.** *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):309-15.
24. PROENÇA, MO; AGNOLO, CMD. **Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes.** *Rev. Gaucha Enferm*; 32(2): 279-286, jun. 2011.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUS. INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA. **Orientação para alta hospitalar.** Rio de Janeiro – RJ; Brasil.
26. VALLA, VV. **Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização.** *Cad Saude Publica* 1999; 15(Suppl.2):7-14.
27. CABRAL, DL. **Comparação dos instrumentos SF-36 e perfil de saúde no Nottingham para avaliação da qualidade de vida de indivíduos pós Acidente Vascular Encefálico.** – Recife - PE: O Autor, 2011.
28. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 20 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

29. SIRVENT, RLZ. **Atendimento pré-hospitalar do queimado** – manejo inicial, tratamento e traslado. In: JÚNIOR, EML; NOVAES, FN; PICOLLO, NS; SERRA, MCVF. Tratado de queimaduras no paciente agudo. 2 ed. São Paulo, Atheneu, 2008.