

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURA

CLINICAL FEATURES AND NURSING DIAGNOSES IN BURNED CHILDREN

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS VÍCTIMAS DE QUEMADURAS

Larissa Thaisa de Oliveira Batista¹, Francieleide de Araújo Rodrigues², Josilene de Melo Buriti Vasconcelos³

A queimadura é uma lesão causada por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos e constitui um dos principais tipos de acidentes infantis. Os objetivos deste estudo foram investigar as características clínicas e identificar os principais diagnósticos de Enfermagem em crianças vítimas de queimadura. Trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva, cujos dados foram obtidos de prontuários arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, João Pessoa (PB), no período de janeiro a julho de 2008. Os resultados encontrados corroboram com outras pesquisas nesta mesma linha, ou seja, 63% das crianças vítimas de queimadura eram do sexo masculino, 39% na faixa etária de um ano e 41% dos acidentes foram causadas por líquidos superaquecidos. Foram identificados doze diagnósticos de Enfermagem, porém as informações incompletas nos registros dificultaram uma avaliação mais fidedigna do quadro clínico do grupo infantil.

Descritores: Queimaduras; Criança; Diagnóstico de Enfermagem.

Burn is an injury caused by thermal, chemical, electrical or radioactive agents and is one of the most common types of accidents with children. The objectives of this study were: first, to investigate the clinical features and to identify the main nursing diagnoses in pediatric burn victims. This is a retrospective study with data obtained from records filed at the Department of Medical and Statistical Service (DMSS) of the Senador Humberto Lucena Trauma and Emergency Hospital in Joao Pessoa (PB), from January to July 2008. The findings corroborate other studies along with this study line, *i.e.*, 63% of the burned children were male, 39% were about one year of age and 41% of the accidents were caused by overheated liquid. Twelve nursing diagnoses were identified, but the incomplete records did not allow a more reliable evaluation of the clinical group of children.

Descriptors: Burns; Child; Nursing Diagnosis.

La quemadura es una lesión causada por agentes térmicos, químicos, eléctricos o radiactivos y es uno de los principales tipos de accidentes infantiles. El estudio tiene como objetivo investigar las características clínicas e identificar los principales diagnósticos de Enfermería entre niños víctimas de quemaduras. Se trata de una investigación documental, de naturaleza retrospectiva, cuyos datos se obtuvieron de los historiales archivados en el Departamento de Archivo y Estadística Médica (DAEM) del Hospital de Trauma y Emergencia Senador Humberto Lucena, Joao Pessoa (PB), de enero a julio de 2008. Los resultados encontrados corroboran con otras investigaciones en esta misma línea, es decir, el 63% de los niños víctimas de quemaduras eran varones, el 39% durante el primer año de edad y el 41% de los accidentes fueron causados por líquidos extremadamente calientes. Doce (12) diagnósticos de Enfermería fueron identificados, pero las informaciones incompletas en los historiales dificultaron una evaluación más fidedigna del cuadro clínico del grupo infantil.

Descriptores: Quemaduras; Niños; Diagnóstico de Enfermería.

¹ Bacharel em Enfermagem pela UFPB. Enfermeira da pediatria do Hospital Santa Paula — João Pessoa (PB). Brasil.

E-mail: larissa_thaisa@hotmail.com

² Mestra em Enfermagem de Saúde Pública pela UFPB. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica — CCS/ UFPB. Brasil.

E-mail: franceand@gmail.com/secdemca@ccs.ufpb.br

³ Mestra em Enfermagem de Saúde Pública pela UFPB. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica — CCS/ UFPB. Brasil.

E-mail: josilenedemelo@gmail.com/secdemca@ccs.ufpb.br

Autor correspondente: Larissa Thaisa de Oliveira Batista

Rua Manuel Belarmino de Macedo, s/n, Ed. Camburiu I, Ap. 301 Bairro: Jardim Cidade Universitária, CEP: 58.052-290. Brasil.

E-mail: larissa_thaisa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Queimadura é uma lesão causada por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. Esses agentes agem no tecido de revestimento, causando destruição parcial ou total da pele e seus anexos, podendo atingir camadas profundas como tecido subcutâneo, músculos, tendões e ossos⁽¹⁾.

As lesões causadas pelas queimaduras recebem classificação de acordo com a profundidade (espessura) da destruição tecidual: lesões de primeiro grau confinadas a epiderme; lesões de segundo grau comprometendo a derme e dividindo-se em superficial e profunda; e de terceiro grau que atinge órgãos profundos. A lesão da queimadura ainda pode distinguir-se em zona de coagulação “área necrótica”, zona de estase e zona de hiperemia⁽²⁾.

Dados da Sociedade Brasileira de Queimaduras mostram que acontece no Brasil, a cada ano, um milhão de casos de queimaduras; destes, 200 mil são atendidos em serviços de emergência, enquanto 40 mil demandam hospitalização. As queimaduras estão entre as principais causas externas de morte registradas no Brasil, perdendo apenas para outras causas violentas, que incluem acidentes de transporte e homicídios⁽³⁾.

Com relação às crianças, as queimaduras consistem em um dos tipos de trauma mais graves e são uma das principais causas de morte não-intencionais. O impacto deste tipo de acidente é consequência da lesão física e suas complicações. Além disso, o tratamento do paciente queimado é altamente especializado, prolongado e de alto custo, estando também associado a grandes perdas sociais, estéticas e econômicas.

Mediante a gravidade do problema e considerando a especificidade do tratamento no grupo infantil, a maioria dos casos de queimaduras demanda hospitalização, o que para a criança constitui uma experiência nova que, na maioria dos casos, exige adaptação a situações como: horários pré-estabelecidos, exames dolorosos, afastamento do ambiente familiar, distanciamento das atividades escolares, diminuição de estímulos de socialização, entre outros⁽⁴⁾.

Neste contexto a relevância desta pesquisa advém da importância do cuidado diferenciado prestado pela enfermagem observando as respostas fisiopatológicas características dessa fase do desenvolvimento humano, e a relevância do julgamento clínico por parte do enfer-

meiro identificando as reais necessidades da criança, apoiando-se no processo de enfermagem para desenvolver ações individualizadas e de qualidade garantindo a integralidade e continuidade da assistência.

Logo, os objetivos foram: investigar as características clínicas apresentadas por crianças vítimas de queimaduras em um Hospital de referência na Cidade de João Pessoa — PB; e identificar os principais Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pediátricos, vítimas de queimadura.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir de prontuários de crianças vítimas de queimaduras da Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HETSHL), em João Pessoa-PB.

A amostra estudada constou de 54 prontuários de crianças, na faixa etária de zero a treze anos, com diagnóstico de queimadura. Para seleção dos prontuários foram adotados como critérios: pertencerem a crianças hospitalizadas no período de Janeiro a Julho de 2008, estarem disponíveis no Setor de Arquivo Médico e Estatística (SAME), no período da pesquisa; e possuírem o relatório de Enfermagem que consta de um *checklist*, próprio da UTQ pediátrica do referido hospital, preenchido diário e exclusivamente pelos enfermeiros, desde a admissão até a alta.

Para realização da coleta de dados, foi utilizado um formulário, previamente elaborado, dividido em duas partes. Na primeira etapa, as questões objetivas proporcionaram a caracterização das crianças vítimas de queimaduras e, na segunda, realizou-se uma análise do quadro clínico deste mesmo grupo infantil a partir dos registros contidos nos relatórios de Enfermagem arquivados no prontuário, pertinentes a todo o período de internação da criança.

Ressalta-se a ausência da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na UTQ pediátrica, restringindo-se os registros realizados pelo enfermeiro ao preenchimento do *checklist* já mencionado, cujas informações subsidiaram o julgamento clínico da pesquisadora para identificação dos Diagnósticos de Enfermagem

mencionados nos resultados deste estudo. Contudo, os dados contidos nos registros de Enfermagem mostraram-se insuficientes, dificultando uma avaliação mais fidedigna do quadro clínico do grupo infantil e, conseqüentemente, a identificação das características definidoras e fatores relacionados dos diagnósticos.

A análise dos dados ocorreu em observância à pesquisa documental, desenvolvendo-se em três fases: a primeira foi a pré-análise, em que se procedeu a escolha dos documentos e a preparação do material para análise; na segunda, fez-se a exploração do material e, por fim, a terceira etapa foi constituída pela interpretação dos dados⁽⁵⁾.

Os dados quantitativos da primeira etapa (caracterização da amostra) foram interpretados por meio da utilização do programa Microsoft Excel, analisando a freqüência simples e percentual, com representação por meio de gráficos e tabelas. Na segunda etapa, as informações coletadas (quadro clínico) foram analisadas pela pesquisadora utilizando-se da Taxonomia II de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) para denominação dos diagnósticos de Enfermagem⁽⁶⁾.

Após a formulação dos diagnósticos estes foram submetidos a avaliação de três enfermeiras docentes para verificação da concordância em relação a coerência do diagnóstico com o quadro clínico e fatores relacionados ou de risco pertinentes a cada caso. A apresentação dos diagnósticos deu-se por meio de quadros.

Para realização da pesquisa, a mesma obedeceu às determinações éticas e administrativas do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, localizado em João Pessoa — PB, e do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. A pesquisa foi aprovada de acordo com o protocolo de número 0404 emitido em 25 de março de 2009.

Tal pesquisa não exige o termo de consentimento livre e esclarecido por ser um estudo que se desenvolveu a partir da análise de prontuários, sem relações diretas com as crianças internadas vítimas de queimadura, acompanhantes ou enfermeiros. Contudo, foi garantido o anonimato dos participantes da pesquisa.

Para análise das informações encontradas, fez-se uma articulação entre os dados empíricos da pesquisa e a literatura pertinente.

RESULTADOS

A amostra da pesquisa foi composta por 54 prontuários de crianças na faixa etária entre zero e treze anos de idade. Do total analisado, houve uma predominância de crianças do sexo masculino, constituindo 63% (34), enquanto o universo feminino responde por 37% (20) das crianças vítimas de queimadura (Tabela 1).

Tabela 1 — Distribuição das crianças internadas na UTQ pediátrica do HETSHL de acordo com o sexo, a faixa etária e o agente agressor. João Pessoa, PB, Brasil, 2008

Variáveis	Nº	%
Distribuição/Sexo		
Menino	34	63
Menina	20	37
Total	54	100
Idade		
< 1	4	7
1	21	39
2 a 4	17	32
5 a 7	6	11
8 a 10	4	7
11 a 13	2	4
Total	54	100
Agente agressor		
Líquido quente	41	76
Abrassão	5	9
Fogo	2	4
Plástico Quente	2	4
Choque Elétrico	1	2
Não foi informado	3	5
Total	54	100

Com relação à faixa etária mais atingida, podemos observar que o grupo infantil com um ano de idade (39%) incluiu o maior índice de vítimas, seguido do das crianças que estão entre dois e quatro anos (32%). Das 10 vítimas pediátricas entre cinco e dez anos, 6 (11%) estão entre as idades cinco e sete e 4 (7%) entre oito e dez anos. O menor número de casos (apenas 4%) aponta para crianças de onze a treze anos de idade.

No que diz respeito ao agente agressor, identifica-se, como principal causador de queimadura em criança, o líquido quente ou fervente (76%); nele incluem-se café,

água, mingau, sopa, óleo e doce (explosão de lata de leite condensado). O contato com metais sólidos aquecidos (abrasão), como ferro de passar, panelas aquecidas, escapamento de motocicleta, ocorreu em 9% dos episódios. O choque elétrico foi responsável por 2% das lesões. E em 5% não foi informada a causa.

Os resultados referentes aos diagnósticos de Enfermagem são apresentados nos quadros 1 e 2 e mostram oito diagnósticos reais e quatro de risco, conforme a Taxonomia II da NANDA. Entre os diagnósticos reais (quadro 1) foram encontrados com maior frequência Integridade tissular prejudica (100%), Hipertermia (20%), Ansiedade (20%) e Dor aguda (11%).

Quadro 1 — Diagnósticos de Enfermagem da NANDA identificados nos registros de Enfermagem dos prontuários de crianças internadas na UTQ pediátrica do HETSHL. João Pessoa, PB, Brasil, 2008

Diagnósticos de Enfermagem (Reais)	Nº	%
Integridade tissular prejudicada relacionada a fatores térmicos e elétricos, evidenciada por tecido lesado.	54	100
Hipertermia relacionada ao trauma, aumento da taxa metabólica evidenciado por aumento da temperatura.	11	20
Ansiedade relacionada à crise situacional, evidenciada por agitação, choro e taquipnéia.	11	20
Dor aguda relacionada a agente lesivo físico, evidenciada por relato verbal, evidência observada e rejeição das refeições.	6	11
Náusea relacionada a irritantes gástricos, evidenciada por vômitos.	4	7
Hipotermia relacionada ao trauma, evidenciada por cianose dos leitos ungueais.	1	2
Mobilidade física prejudicada relacionada à dor e edema, evidenciada por amplitude limitada dos movimentos.	1	2
Perfusão tissular prejudicada relacionada à hipovolemia, evidenciada por palidez de pele e mucosas.	1	2

Com relação aos diagnósticos de risco (quadro 2) foram mais frequentes Risco de disfunção neurovascular periférica (100%), Risco para infecção (92%) e Risco de desequilíbrio na temperatura corporal (77%). O diagnóstico Risco para o volume de líquidos deficiente apresentou-se em 11 (20%) pacientes.

Quadro 2 — Diagnósticos de Enfermagem da NANDA identificados nos registros de Enfermagem dos prontuários de crianças internadas na UTQ pediátrica do HETSHL. João Pessoa, PB, Brasil, 2008

Diagnósticos de Enfermagem (Risco)	Nº	%
Risco de disfunção neurovascular periférica relacionado a queimaduras.	54	100
Risco de infecção relacionado ao trauma, procedimentos invasivos e destruição de tecidos.	50	92
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal relacionado à taxa metabólica alterada e trauma.	42	77
Risco de volume de líquidos deficiente relacionado à perda de líquido por vias anormais (edema intersticial, hematêmese, vômito, melena).	11	20

DISCUSSÃO

A predisposição da criança para acidentes não-intencionais está relacionada com a idade, o sexo, a urbanização, e o nível sócio-econômico e cultural; as menores estão em maior risco de quedas, queimaduras, afogamentos e intoxicações⁽⁷⁻⁸⁾. Estas assertivas corroboram com os achados deste estudo que registra maior incidência de queimadura em crianças com um ano de vida (39%), seguida das faixas etárias entre dois e quatro anos (32%) e de cinco a sete anos (11%).

Neste sentido afirma-se que a criança no seu desenvolvimento psicomotor adquire habilidades que irão auxiliar em seu crescimento, destacando que na faixa etária de 0 a 6 anos, elas buscam explorar a si mesmas e o mundo ao seu redor, tornando-se mais susceptíveis às lesões térmicas. Estima-se que 50% de todas as vítimas de queimaduras são crianças, estando a maioria entre 1 a 6 anos de idade⁽⁹⁾.

Com relação ao sexo, percebe-se a predominância do sexo masculino (63%), entretanto, relacionando-se este achado às faixas etárias mais frequentes, cuja concentração de crianças se dá nos grupos entre menores de um ano e quatro anos 42 (78%), onde as diferenças de atividades e cuidados não sofrem grandes modificações, esse achado não apresenta maiores repercussões no grupo estudado.

No que diz respeito ao agente agressor, apesar de o local de ocorrência dos acidentes não ser registrado nos prontuários, as causas permitem relacionar com o

que preconiza as literaturas pediátricas pesquisadas, que apontam a cozinha como principal lugar.

No Quadro 1, observa-se que 100% (54) das crianças apresentaram o diagnóstico de Integridade tissular prejudicada, relacionada às lesões causadas por agentes térmicos quentes e elétricos. Este diagnóstico é definido pela NANDA^(6:335) como “dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos”.

Considerando que as queimaduras agem no tecido de revestimento do corpo humano, podendo destruir parcial ou totalmente a pele e seus anexos e, em casos mais graves, atingem as camadas mais profundas como tecidos subcutâneos, músculos, tendões e ossos⁽¹⁰⁾, justifica-se a presença deste diagnóstico no grupo estudado, cujas lesões ficaram evidentes.

A lesão por queimadura nem sempre ocorre de forma uniforme e pode ser modificada rapidamente; portanto a caracterização de seu aspecto, além da classificação do grau da lesão é muito importante para que se possa acompanhar a sua evolução⁽¹¹⁾.

A elevação da temperatura ocorreu em 20% dos casos e somente uma criança com um ano de idade e queimadura de 2º grau na mão apresentou diminuição de temperatura. Porém, assim como a hipertermia, o valor desta alteração não foi especificado, sendo referido como diminuição da temperatura corporal evidenciada por cianose de lábios e extremidades.

Em razão da perda da integridade tissular em grande extensão e ainda das alterações metabólicas decorrentes dessa situação, o paciente, vítima de queimaduras, apresenta um risco para alteração da temperatura corporal. Dessa forma, poderá apresentar hipertermia ou hipotermia e tanto uma situação como a outra pode ser indicativa de infecção⁽¹¹⁾.

O diagnóstico de ansiedade foi um dos mais frequentes, sendo verificado em 20% das anotações e estando relacionado com a situação, além de ser fator diretamente ligado à dor. Para a criança hospitalizada, a internação também está relacionada à separação dos pais (ao menos parcial), coleta de exames, presença de pessoas e aparelhos estranhos, ambiente diferente ao qual estava acostumada e interrupção de suas atividades habituais, acarretando ansiedade e maior suscetibilidade à dor⁽¹²⁾.

Embora a queixa de presença de dor tenha sido registrada em 6 (11%) prontuários, confirmando a presença do diagnóstico dor aguda, sabe-se que este sintoma é

inerente ao paciente queimado e possivelmente presente em todas as crianças internadas na UTQ, porém não houve especificação sobre localização ou intensidade deste sintoma nos registros consultados. Há de se ressaltar o teor subjetivo da interpretação da dor e a necessidade de utilização de um instrumento de mensuração da dor, principalmente em crianças.

A dor da queimadura está geralmente relacionada com atividades específicas, tais como limpeza da ferida, desbridamento, mudança de curativos e fisioterapia. Por isso poderá manifestar-se com maior vigor, principalmente na primeira e na segunda fases da queimadura, momentos em que esses procedimentos são realizados com maior intensidade⁽¹³⁾.

Em 7% (4) dos prontuários analisados, havia o registro de episódios de vômitos, os quais estavam ligados ao efeito colateral da anestesia realizada para possibilitar o desbridamento da ferida. Os registros de Enfermagem informavam que a criança apresentou episódio de vômito após retorno do curativo sob anestesia. Esse achado revelou a presença do diagnóstico náuseas, definido pela NANDA^(6:377) como “uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar”.

Vale ressaltar que os episódios de vômitos na queimadura devem ser bem avaliados devido à possibilidade de desenvolvimento de íleo paralítico, que é uma das complicações gastrointestinais nos grandes queimados cujos sinais e sintomas são: peristalse e sons intestinais diminuídos, distensão gástrica e náuseas que podem levar ao vômito⁽¹⁴⁾.

Com relação aos diagnósticos perfusão tissular e mobilidade física prejudicada, foram identificados apenas uma vez nos registros de Enfermagem, correspondendo a 2% do total, em cada caso. A perfusão tissular prejudicada é evidenciada por pele e mucosas hipocoradas, possivelmente este diagnóstico está relacionado a um ou a ambos os fatores de hipovolemia e edema.

No que se refere à mobilidade física, este diagnóstico está relacionado com edema e dor, comprometendo a amplitude dos movimentos, principalmente quando as lesões atingem as articulações. No caso do prontuário em que foi encontrado o diagnóstico, a queimadura atingiu ombro, mão e membros. Para as queimaduras localizadas em membros, foi indicada pelos médicos, como parte do tratamento, a realização de fisioterapia motora.

Neste caso específico, a fisioterapia é realizada com o objetivo de evitar as contraturas (retração do tamanho da ferida), que são comumente observadas após queimaduras graves. Pode-se perder a amplitude dos movimentos, muito rapidamente, devido à tendência do colágeno de contrair-se e reter seu menor comprimento possível. Em consequência, facilmente ocorrem contraturas, podendo resultar não só em limitações na amplitude dos movimentos existentes, mas na degeneração desta camada de tecido e na interrupção do processo de cicatrização⁽¹⁵⁾.

No que diz respeito aos Diagnósticos de Risco, destacamos que o Risco de disfunção neurovascular periférica foi identificado em 100% dos pacientes, o qual é definido pela NANDA^(6:341) como “risco de distúrbio na circulação, na sensibilidade ou no movimento de uma extremidade”. Considerando-se o critério de gravidade da queimadura, através do qual as crianças foram classificadas como médio e grande queimados, a profundidade das lesões (2º e 3º graus), e a extensão considerável, afetando membros e tórax ou áreas sensíveis do corpo como face, mão, períneo, entre outras apontadas, compreende-se a presença deste diagnóstico.

Lesões desta categoria interferem na sensibilidade por afetarem os receptores sensitivos. Na circulação, ocorre o comprometimento dos vasos devido à lesão direta destes e na amplitude dos movimentos, quando a queimadura atinge as articulações.

Devido à perda da barreira natural de proteção do organismo, procedimentos invasivos, comprometimento do sistema imunológico e ao estresse fisiológico provocado pela queimadura, todas as vítimas correm risco de desenvolvimento de infecção, seja ela sistêmica ou localizada no ferimento. Na pesquisa, 50 (92%) casos tiveram o diagnóstico de risco para infecção por não ter sido encontrado nos registros de Enfermagem informações que indicassem o desenvolvimento desta complicação.

Apenas em quatro prontuários foi encontrado o registro de ferimento infectado. As lesões localizavam-se na mão, hemiface e ombro, pescoço e pé direito. Tais pacientes foram excluídos da categoria diagnóstica Risco para infecção, uma vez que já havia evidências de processo infeccioso local.

Pacientes queimados têm alto risco para contrair diversas complicações infecciosas, inclusive a infecção bacteriana da queimadura, pneumonia e infecções fúngicas e virais. Essa suscetibilidade se baseia na função celular reduzida em todas as porções do sistema imune,

inclusive a ativação e atividade dos neutrófilos, macrófagos, linfócitos T e B. A partir de 20% de superfície corporal queimada (SCQ), a debilidade do sistema imune é proporcional ao tamanho da queimadura⁽¹⁶⁾.

Para o diagnóstico Risco de desequilíbrio na temperatura corporal, foi registrada uma frequência de 42 (77%) casos (quadro 1). As vítimas de queimaduras são suscetíveis a alterações de temperatura devido à perda tissular e aumento da taxa metabólica como ficou evidente nos fatores de risco identificados para tal diagnóstico. Exclui-se desse diagnóstico as crianças que já evidenciavam alterações de temperatura relatadas nos registros em seus prontuários.

O diagnóstico de risco para o volume de líquidos deficiente corresponde a 20% dos registros, estando relacionado ao edema intersticial, diarreia com presença de melena, vômito e hematêmese.

O edema é uma característica marcante das queimaduras. Com o trauma térmico, há exposição do colágeno no tecido afetado e liberação de fatores vasoativos (histamina), provocando o aumento da permeabilidade capilar que, por sua vez, permite a passagem de um filtrado plasmático para o interstício dos tecidos afetados, provocando, por um lado, importante edema tecidual e, por outro, significativa hipovolemia⁽¹⁷⁾.

A liberação de prostaglandinas, devido à ativação do sistema de fosfolipase pelas cininas, também contribui para o aumento da permeabilidade dos vasos; a via ativada de tromboxane provoca um depósito nas paredes dos capilares aumentando a pressão hidrostática, contribuindo para o edema tecidual⁽¹⁷⁾.

O edema apresentado pela vítima pode ser localizado na lesão ou sistêmico, quando se trata de um grande queimado. O balanço hídrico realizado a partir do controle do débito urinário nas 24 horas proporciona a monitorização da reposição de líquidos e eletrólitos. Nos prontuários pesquisados não havia folha de balanço e nem registro final do débito urinário; desta forma, não é possível afirmar a realização do controle volêmico.

Ainda com relação ao diagnóstico risco para volume deficiente de líquido a diarreia com presença de melena e hematêmese foram registradas no prontuário de uma criança com queimadura em hemitórax, membros superior e inferior esquerdos e região genital. Estes sinais são sugestivos de úlcera de Curling. No entanto, as informações escassas sobre a evolução do quadro não permitiram conclusões mais específicas.

As úlceras gástricas e duodenais encontradas no grande queimado acometem todas as faixas etárias e podem ocorrer tão precocemente quanto poucas horas após o trauma. Diversos mecanismos tentam explicar a frequente lesão da mucosa gastroduodenal. Entre eles incluem-se a redução na habilidade do estômago de se proteger, a capacidade reduzida de regeneração da mucosa, a isquemia da mucosa diminuindo a remoção do íon hidrogênio e a diminuição do tampão bicarbonato contra o íon hidrogênio⁽¹⁷⁾.

Sangramento gástrico secundário ao estresse fisiológico maciço pode ser sinalizado pelo sangue oculto nas fezes, regurgitação de material estomacal do tipo “borra de café” ou vômitos sanguinolentos sugerindo erosão gástrica ou duodenal (úlceras de Curling)⁽¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das principais causas de acidentes em crianças são as queimaduras. Em nosso estudo, ficou evidente que há uma predominância de vítimas do sexo masculino; a faixa etária mais atingida compreendeu a de um ano de idade e a maioria destas injúrias é causada por líquidos quentes, atingindo principalmente a região do tórax, dorso e membros superiores, exigindo tratamento em unidade especializada.

Nos registros dos prontuários analisados não havia especificação sobre o local onde ocorreram os acidentes. Contudo, o tipo de agente causal sugere que grande parte das queimaduras ocorreu no ambiente doméstico. Desta forma, os pais ou os adultos responsáveis devem ter uma supervisão adequada da criança e adoção de medidas preventivas básicas a fim de evitarem um transtorno maior, ou seja, as lesões por queimadura que acarretam sofrimento, tanto físico como psicológico para a criança.

Como muitas vezes as medidas de prevenção não são aplicadas por desconhecimento dos adultos, cabe ao enfermeiro o papel de orientador, sobretudo o profissional de Enfermagem inserido na atenção básica que deve promover a orientação da população por meio de cartazes, palestras, oficinas, entre outros. Além de ter a oportunidade de realizar uma educação individualizada a este respeito nas consultas de puericultura.

Para os Diagnósticos de Enfermagem, foi possível a identificação de doze destes, sendo oito reais e quatro de risco. Com relação aos diagnósticos reais, a integridade tissular é comum a todas as crianças queimadas, seguido

de hipertermia e ansiedade. O diagnóstico de risco para disfunção neurovascular periférica foi estabelecido para a totalidade das vítimas pediátricas queimadas, seguido do risco para infecção devido à gravidade das lesões.

Alguns dos diagnósticos identificados, comuns às vítimas de queimadura, independente da idade, como a dor, apareceram com frequência mínima, mas isso não significa que ele não tenha ocorrido nos outros casos, ou ainda, que as crianças internadas não tenham apresentado outras intercorrências que não foram registradas.

Assim sendo, é pertinente ressaltar que a fragilidade dos registros de Enfermagem e a ausência da implantação do plano de cuidados de Enfermagem na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, com suas etapas sequenciais (coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento da assistência, implementação e avaliação) evidencia lacunas no cuidado, uma vez que dificultam a continuidade da assistência e a comunicação efetiva da equipe de saúde.

Destacamos, portanto, que a prática deste processo de trabalho dos enfermeiros e sua equipe é de grande relevância para a Enfermagem por permitir a identificação das alterações fisiológicas e a escuta das principais queixas. E a partir disto, poder intervir de modo apropriado e direcionado para as necessidades das crianças.

Espera-se que este estudo possa servir de base para novas pesquisas e que desperte, nos enfermeiros, o compromisso da implementação do processo de enfermagem em todas as suas etapas, visando a uma melhor qualidade da assistência prestada e para dar maior visibilidade ao trabalho da enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Knobel E, Laselva CR, Moura Júnior, DF. Terapia intensiva: Enfermagem. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
2. Nasi LA. Rotinas em pronto-socorro. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
3. Vale ECS. Primeiro atendimento em queimaduras: abordagem do dermatologista. *An Bras Dermatol*. 2005; 80(1): 9-19.
4. Beserra EP, Lucio IML, Cardoso MVLML. Cuidado de enfermagem à criança hospitalizada: uma experiência na percepção discente-docente. *Rev Rene*. 2007; 8(2): 85-92.

5. Gil AC. Como elaborar um projeto de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
6. NANDA. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
7. Waksman RD. Redução de lesões por causas externas: o pediatra pode intervir? *J Pediatr*. 2004; 80(6): 1-3.
8. Martins CBG, Andrade SM. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4): 1-5.
9. Oliveira KC, Penha CM, Macedo JM. Perfil epidemiológico de crianças vítimas de queimadura. *Arq Med ABC*. 2007; 32(2): 55-8.
10. Menezes ELM, Silva MJ. A enfermagem no tratamento dos queimados. São Paulo: EPU; 1988.
11. Meneghetti RAS, Rossi LA, Barruffin RCP, Darli MCB, Ferreiras E. Planejamento da Assistência a pacientes vítimas de queimaduras: relação entre os problemas registrados e cuidados prescritos. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(3): 268-79.
12. Miyake RS, Reis AG, Gisi RS. Sedação e analgesia em crianças. *Rev Assoc Med Bras*. 1998; 44(1): 56-64.
13. Rossi LA, Camargo C, Santos CMNM, Barruffin RCP, Carvalho, EC. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Rev Latino-am Enferm* 2000; 8(3): 18-26.
14. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. v. 4.
15. Sullivan S B, Schmitz TJ. Fisioterapia: avaliação e tratamento. 2ª ed. São Paulo: Manole; 1993.
16. Townsend Jr. CM. Sabiston. Tratado de cirurgia: a base biológica da moderna prática cirúrgica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
17. Gomes DR, Serra MC, Pellon, MA. Queimaduras. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.

Recebido: 26/01/2010

Aceito: 17/02/2011