

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE VÍTIMA DE QUEIMADURAS**

### **NURSING CARE FOR THE BURN VICTIM PATIENT**

**RODRIGUES**, Aline Cristina Magalhães Rodrigues<sup>1</sup>

**PEREIRA**, Marla Cristina Lopes<sup>1</sup>

**TAVARES**, Priscila Gonçalves Tavares<sup>1</sup>

**CARVALHO**, Fabiana Aparecida dos Santos<sup>2</sup>

1. Pós-graduandas em Urgência e Emergência, do Instituto Health.

2. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela PUC Goiás. Coordenadora Geral do Instituto Health.

#### **RESUMO:**

Este estudo objetivou identificar quais são os cuidados que a equipe de enfermagem deve ter com o paciente vítima de queimadura. Realizou-se uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e exploratório com artigos publicados nos últimos 10 anos entre o período de janeiro de 2006 a Dezembro de 2015. O estudo mostrou que a assistência ao paciente queimado configura uma situação de grande importância, as consequências de uma queimadura podem desencadear sentimentos diversos, entre eles a angústia, depressão e isolamento social em especial nos casos em que há mudanças na fisionomia do paciente. Foi possível concluir neste estudo que o aprofundamento e dedicação aos estudos nesta área se impõem como condição básica para compreender melhor os mecanismos de recuperação que podem ser influenciados por este tipo de percepção individual, utilizando-os, no futuro, a favor do paciente. Nesse contexto, a atuação do enfermeiro é de grande importância na orientação da equipe de enfermagem para uma assistência integral, efetiva e segura que objetive proporcionar conforto e minimizar o sofrimento do paciente.

**Palavras-chave:** queimaduras; cuidados de enfermagem.

#### **ABSTRACT:**

This study aimed to identify what care the nursing team should take with the burn victim patient. A descriptive and exploratory bibliographic review was carried out. The study showed that assistance to the burned patient constitutes a situation of great importance, the consequences of a burn can trigger different feelings, among them anxiety, depression and social isolation especially in cases where there are changes in the patient's physiognomy. It was possible to conclude in this study that the deepening and dedication to the studies in this area impose as basic condition to better understand the mechanisms of recovery that can be influenced by this type of individual perception, using them in the future, in favor of the patient. In this context, the nurses' performance is of great importance in the orientation of the nursing team for an integral, effective and safe care that aims to provide comfort and minimize the suffering of the patient.

**Keywords:** burns; nursing care.

## INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, o manto de revestimento do organismo, garantindo proteção contra agentes externos, como infecções, doenças e agressões do ambiente. Ela é composta por três camadas principais: Epiderme, derme e a hipoderme. Tem uma espessura que varia de 0,5 a 4 mm, a maior espessura é encontrada na palma das mãos e planta dos pés. A pele do adulto é mais espessa que a da criança enquanto na pessoa idosa, a pele é atrófica, mais fina, desidratada e pouco vascularizada e sujeita a lesões mais profundas e de cicatrização mais lenta, podem apresentar maior risco de infecção, constitui-se num desafio para o enfermeiro traçar planos de cuidados que atendam às inúmeras ameaças físicas que podem sobrevir, além dos aspectos sociais e psicológicos<sup>1,2</sup>.

A pele pode sofrer diversos traumas, entre eles tem-se a queimadura sendo uma das mais dolorosas, os avanços no atendimento as vítimas, aumentaram a expectativa de vida destes pacientes, mas, ainda não é possível evitar as experiências traumáticas e dolorosas que essas lesões causam. As queimaduras são classificadas de acordo com a sua profundidade, em queimaduras de 1º, 2º e 3º grau<sup>3</sup>.

Queimaduras são lesões na pele causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, provocando a destruição da pele. Elas podem ser superficiais ou profundas podendo atingir mucosas, músculos, vasos sanguíneos, nervos e até ossos<sup>2</sup>. Elas podem ser de 1º, 2º e 3º grau sendo que a queimadura de 1º grau atinge a camada superficial da pele, ou seja, a epiderme, apresentando vermelhidão, inchaço e dor local, sem a formação de bolhas. Visto uma melhora do quadro dentro de uma semana<sup>3</sup>. Enquanto na queimadura de 2º grau atinge tanto a epiderme, como parte da derme, apresentando bolhas, vermelhidão, dor, inchaço, desprendimento da camada da pele. Visto uma melhora do quadro dentro de duas a três semanas, podendo ser necessário uma correção cirúrgica<sup>3</sup>. A queimadura com pior prognóstico, é a queimadura de 3º grau ela atinge todas as camadas da pele, podendo atingir outros tecidos como músculos, nervos e tecido ósseo. Caracterizado por um aspecto esbranquiçado ou aparência carbonizada, na maioria dos casos não se queixa dor, porque as terminações nervosas responsáveis pela sensibilidade aos estímulos dolorosos foram destruídas. É a mais complexa de todas, provoca lesões irreversíveis<sup>4</sup>.

Não há dados estatísticos no Brasil que comprovem o número de acidentes ou

eventos por queimaduras, no entanto a dados que estimam em média por ano 1.000.000 de acidentes sendo que aproximadamente 100.000 procuram atendimento médico e cerca de 2.500 pessoas morrem devido à queimadura diretamente ou indiretamente<sup>5</sup>.

Este estudo se torna relevante, pois o enfermeiro é o responsável por proporcionar o primeiro atendimento a este paciente juntamente com os demais membros da equipe<sup>6</sup>.

Na queimadura como em qualquer lesão tecidual o organismo responde com uma série de eventos fisiológicos na tentativa de restabelecer a continuidade epitelial. Porém há necessidade de intervenções para o processo de reparação tecidual seguir sem complicações e manter a perfusão e integridade da pele queimada. As queimaduras são consideradas contaminadas considerando a sujidade do local da ocorrência que leva a uma imediata colonização por microrganismos e rápida proliferação de tecido desvitalizado. Daí a necessidade de limpeza das feridas e debridamento de tecidos não viáveis para que propiciem um ambiente ideal para a reparação tecidual<sup>4</sup>.

O aumento da dor do paciente pode estar relacionado ao tratamento tais como: limpeza da lesão, banho, debridamento, troca de curativos e fisioterapia<sup>4</sup>.

A queimadura pode provocar alterações da imagem corporal e dependendo da profundidade e extensão pode provocar mudanças irreparáveis na identidade do eu<sup>7</sup>. Estudos apontam que o paciente com queimadura é retraído e depressivo quando se refere a sua autoimagem e por isso necessita do apoio dos familiares e amigos.

Quanto maior o apoio familiar e social, maior será o bem estar deste paciente e a recuperação será mais rápida<sup>3</sup>.

Todos os pacientes afetados por queimaduras devem ser tratados de forma humanizada, tendo como objetivo, principalmente diminuir os fatores que causem a sepse, comumente conhecida como infecção generalizada, e também evitar os procedimentos invasivos, pois o paciente com queimaduras tem além da dor física, o aspecto emocional, que deve ser cuidado e trabalhado pelo enfermeiro e também pela equipe interdisciplinar, tanto com o paciente como também com seus familiares. Além dos problemas físicos, que podem levar o paciente à morte, a queimadura pode acarretar também outros problemas de ordem psicológica e social<sup>8</sup>.

O objetivo deste artigo é identificar quais são os cuidados que a equipe de

enfermagem deve ter com um paciente vítima de queimaduras, e pontuar possíveis e sequelas que a queimadura pode desencadear na vida de um paciente queimado.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de caráter descritivo e exploratório. Após a definição do tema realizou-se uma busca em bases de dados virtuais em saúde, especificamente na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), utilizando os descritores, queimaduras e cuidados de enfermagem, foram selecionados 20 artigos publicados nos últimos 10 anos, entre o período de janeiro de 2006 a dezembro de 2015, destes, foram utilizados 13 artigos publicados em português e que retratam a temática abordada.

## **RESULTADO E DISCUSSÃO**

Para a escolha do tipo de procedimento para limpeza das lesões devem ser considerado: A idade dos pacientes, gravidade, porcentagem de superfície queimada, tolerância à atividade, presença de infecção. O profissional deve fornecer explicações ao paciente sobre o procedimento realizado, providenciar o alívio da dor (administrar analgesia prescrita de 20 a 30 minutos antes). O principal passo para um plano de cuidados no tratamento de feridas é a padronização dos procedimentos, que devem incluir desde a avaliação inicial da lesão até os cuidados após a alta hospitalar.

Para a limpeza do local, deve-se utilizar água corrente ou solução fisiológica aquecidas, com temperatura entre 36° a 39° para evitar hipotermia. Devem ser utilizados materiais macios como esponja e gazes para remover sujidades e tecidos desvitalizados<sup>4</sup>.

O debridamento é um passo essencial no tratamento, pois reduz à quantidade de tecido necrótico e conseqüentemente a contaminação da ferida, favorecendo o crescimento do tecido de granulação. O debridamento pode ser classificado em: autolíticos, cirúrgicos, enzimáticos, mecânicos e biológicos. Debridamento autolítico enzimas digestivas entram em contato com a ferida durante a fase inflamatória produtos como hidrogéis ou hidrocolóides promovem esse processo. O debridamento cirúrgico pode ser classificado em facial, tangencial ou profundo, dependendo da

extensão da necrose e do tipo de remoção que é necessária. Requer o uso de anestesia e ambiente cirúrgico. O debridamento enzimático é realizado a partir da utilização de enzimas exógenas que são seletivas. O debridamento mecânico é realizado por meio de fricção (gazes, compressas ou esponjas), por irrigação utilizando jato de água pressurizado ou por hidroterapia<sup>4</sup>.

Os critérios de seleção do curativo são: profundidade da queimadura, quantidade de exsudado, localização, extensão a o que causou a queimadura, impacto funcional na mobilidade, custo, conforto e dor do paciente<sup>4</sup>.

Os curativos para o tratamento podem ser oclusivos ou abertos. Abertos quando coloca uma cobertura primária ou apenas pela aplicação do agente tópico. Oclusivos se caracterizam pela aplicação de uma cobertura primária seguida por outra secundária, esse tipo de curativo tem por vantagem permitir a mobilização do paciente. O curativo oclusivo tem como vantagem diminuir a perda de calor e fluidos por evaporação pela superfície da ferida, além de auxiliar no debridamento e absorção do exsudado presente, sobretudo na fase inflamatória da cicatrização. Entretanto, pode proporcionar redução da mobilidade de articulações e limitar o acesso à ferida somente durante o período de troca de curativos<sup>4</sup>.

O tratamento mais utilizado é com a Sulfadiazina de prata 1% que é recomendada em queimaduras de espessura parcial ou total com a finalidade de debridar tecidos necrosados e combater infecção local. O curativo deve ser trocado a cada 24 horas ou mais frequentemente se a ferida estiver exsudativa<sup>4</sup>.

A inflamação tem início minutos após a lesão e libera inúmeros irritantes químicos que sensibilizam e estimulam os nociceptores no local por vários dias. Permanecendo assim o local sensível e doloroso a estímulos térmicos e mecânicos, com hiperalgesia primária. Podemos observar a alteração na sensibilidade a estímulos mecânicos em tecidos adjacentes à lesão que passa a ser denominada hiperalgesia secundária. À medida que a resposta inflamatória termina, a intensidade da dor sofre alterações. A dor varia sua intensidade, porém, é tipicamente máxima em locais de perda cutânea, assim como em áreas que foram doadas tecido. Em queimaduras profundas onde houve destruição inicial de terminações nervosas há uma insensibilidade local. Nestas áreas pode haver uma desordenada regeneração de tecido nervoso, o que poderá predispor o aparecimento de dor neuropática<sup>9</sup>.

A dor após a queimadura gera a estimulação na lesão de nociceptores que se

encontram presentes na epiderme e derme, levando à transmissão de impulsos nervosos pelas fibras C e A delta até o corno dorsal da medula espinhal. É de grande importância que o paciente queimado seja avaliado frequentemente a respeito de sua dor, a fim de melhor diagnosticar a conduta analgésica que será feita e sua resposta mediante o medicamento. Características como: locais de dor, a melhora ou piora no quadro clínico, fatores como tipo e intensidade que são essenciais ao manejo<sup>9</sup>.

Para uma melhor avaliação na intensidade da dor, a escala mais utilizada nesse grupo de pacientes que é a numérica de (0-10). No entanto, descritiva verbal, visual analógica, de faces e de cores também são bastante usadas. Utilizamos também as escalas comportamentais observacionais validadas para pacientes que não são capazes de se expressar de forma confiável. A escala de Abbey para idosos e pacientes com distúrbios cognitivos<sup>4</sup>.

Existem alterações na farmacocinética dos medicamentos onde podemos observar em pacientes queimados. Durante a fase de início, onde se desenvolve a resposta inflamatória sistêmica, há diminuição do fluxo sanguíneo para os órgãos, com consequência na diminuição da depuração dos fármacos. Após essa fase podemos observar o aumento geral do metabolismo, com aumento subsequente da depuração. Em queimaduras com área maior do que 20% da superfície corporal há extravasamento capilar generalizado, onde há perda de proteínas para o interstício. Tendo como consequência, o efeito farmacológico com alta ligação protéica tornando-se o difícil controle, deve-se ter cautela ao aumentar a água corporal total comumente durante o tratamento<sup>9</sup>.

Dentre os fármacos mais usados, os opióides têm o principal papel na terapia da dor em pacientes queimados. Existem várias opções disponíveis no mercado que permitem bons resultados quanto à potência, administração e duração eficiente a cada paciente. Seus efeitos adversos são bem conhecidos e os que mais se destacam são o prurido, a depressão respiratória e a náusea. Devido ao risco de hiperalgesia ou intolerância causada pelos opióides, o uso deve ser sempre unido a um tratamento multimodal<sup>10</sup>.

A dor existente em pacientes queimados durante o período de repouso é de baixa intensidade e é tratada de forma mais adequada com fármacos de ação moderada e cuja concentração mantenha-se constante ao longo do dia<sup>9</sup>.

As terapias não farmacológicas são uma medida de grande importância e

complementação ao tratamento medicamentoso no controle da dor e da ansiedade nos pacientes queimados. O começo deve ser o mais rápido possível, visando à prevenção o desenvolvimento de ansiedade e a perpetuação do ciclo ansiedade dor.

O trabalho deve ser multidisciplinar, havendo participação de psicólogos, psicoterapeutas, fisioterapeutas e especialistas em dor. Técnicas de psicologia como relaxamento, distração e terapia cognitivo-comportamental, devem ser usadas, pois o resultado é de grande benefício no alívio da ansiedade e da dor durante a fase de reabilitação<sup>9</sup>.

A mudança da fisionomia do paciente queimado pode provocar sentimento depressivo e de angústia, quando ameaçados á perda dos vínculos anteriores, a perda de aspectos próprios do self, ou seja, a perda de amor por si próprio gera a não aceitação do luto da "imagem do corpo imaculado" o que possivelmente poderá levar a uma situação depressiva<sup>1</sup>.

Durante os anos de recuperação das lesões de queimaduras, as cicatrizes evoluem e vivência com o desconfiguramento da imagem tem que ser incorporado na vida do doente, e essa situação muitas vezes pode se decorrer escondida no próprio silêncio, e no isolamento, constituindo no limite como uma área de segredo familiar<sup>11</sup>.

O processo de reestruturação da imagem corporal seja ela, como um corpo queimado com perda ou não de um membro ou função, faz com que provoque muitas vezes um sentimento de rejeição familiar ou conjugal implícito em um processo de exclusão social. Toda a equipe de saúde especializada deverá de alguma forma colaborar no sentido de traçar uma estratégia individual, humanizada e assertiva para o paciente e sua família, tornando-se fácil a adesão e o envolvimento da pessoa em sua própria recuperação e bem-estar. Uma vez que a sobrevivência do paciente queimado é assegurada, a função física funcionais, estética e emocional faz com que se convertam subsequente para uma melhor qualidade de vida<sup>12</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Quando em atendimento de pacientes vítimas de queimaduras seja no pré ou intra-hospitalar, o enfermeiro tem um papel de grande relevância na avaliação inicial para um atendimento imediato e de qualidade, devendo estar sempre estar atento ao tipo de queimadura que o paciente sofreu, para então conseguir realizar um bom

prognóstico e cuidados adequados como também saber orientar o paciente e sua família sobre o alívio da dor e seus aspectos psicossociais<sup>13</sup>.

O aprofundamento e dedicação aos estudos nesta área se impõem como condição básica para compreender melhor os mecanismos de recuperação que podem ser influenciados por este tipo de percepção individual, utilizando-os, no futuro, a favor do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Pinto E, Della-Flóra AM, Silva LD, Rorato TJ, Requia J, Martins ESR, *et al.* O sentimento e a assistência de enfermagem perante um grande queimado. Rev Bras Queimaduras. 2014;13(3):127-29.
2. De Freitas MC, Mendes MMR. Idoso vítima de queimaduras: identificação do diagnóstico e proposta de intervenção de enfermagem. Rev. Bras. de Enferm. 2006;59(3):362-6.
3. Gonçalves AD, Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Rossi LA, Junior JAF. Caracterização de pacientes atendidos em um serviço de queimados e atitudes no momento do acidente. Rev. Eletrônica de Enf. 2012;14(4): 866-72.
4. Rossi LA, Menezes MAJ, Gonçalves N, Ciofi-Silva CL, Farina-Junior JÁ, Stuchi RAG, Cuidados locais com feridas das queimaduras. Rev. Bras. Queimaduras. 2010;9(2):54-9.
5. De Oliveira MLF, Trassi G, Características das vítimas de queimaduras atendidas em unidade de emergência de um hospital escola do noroeste do Paraná. Cienc Cuid Saúde. 2009;8(2):169-75.
6. Gathas, AZ, Noviello DS, Thomaz MCA, Arçari DP, Atendimento do enfermeiro ao paciente queimado. Rev. Saúde em Foco. 2011;5(8):1-20.
7. Lima OBA, Arruda AJCG, Carvalho GDA, Melo VC, Silva AF. A enfermagem e o cuidado a vítimas de queimadura: revisão Integrativa. Rev. Enferm. UFPE on line. 2013;7: 4944-50.
8. Coutinho, Vieira JGV, Anami AV, Rossatto TO, Martins PA, J Silva JI; Sanches LN, Gri, *et al.* Estudo de incidência de sepse e fatores prognósticos em pacientes queimados. Revista Brasileira de Queimaduras. 2015;14(3):193-7.
9. Castro AJA, Leal PC, Sakata RK, Tratamento de queimaduras. Rev. Bras. Anestesiologia. 2013;63(1):149-58.
10. Silva BZ, Ribeiro FA, Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado. Rev. Dor. 2011;12(4):342-8.
11. Pinto JM, Montinho LMS, Gonçalves PRC. O indivíduo e a Queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura. Revista de Enfermagem Referência. 2010;1:81-92.
12. Guimarães MA, Silva FB, Arrais A. A atuação do psicólogo junto às pacientes na Unidade de Tratamento de Queimados. Rev. Bras. Queimaduras. 2012;11(3):128-34.
13. Brabosa HM, Silva Junior FJG, Lima LAA. Assistência de enfermagem prestada a pacientes queimados: revisão integrativa. Revista Ciência & Saberes. 2015;1(1):65-9.