

A identificação de diagnósticos de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para implementação das ações de enfermagem

The identification of nursing diagnoses in client considered severely burn: a facilitator for the implementation of nursing actions

Regina Maria Araújo da Silva¹, Ana Paula Lourenço Castilhos²

RESUMO

Objetivo: Identificar os diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), em paciente considerado grande queimado, e estabelecer um planejamento de ações de enfermagem. **Método:** A metodologia utilizada foi uma revisão de bibliografia do tipo descritiva. **Resultados:** Verificou-se escassez de artigos referente ao tema, mas foi possível constatar a identificação de dezesseis diagnósticos de enfermagem, dos quais os que mais se destacaram foram os diagnósticos que apontavam gravidade nos segmentos: sistemas respiratório e cardiovascular, dor, desconhecimento do tratamento, autoimagem, e lesões tissulares foram verificadas intervenções de enfermagem de quorum cotidiano na rotina do enfermeiro e outras mais específicas. **Conclusão:** O enfermeiro tem um papel complexo no atendimento a esse paciente, mas que atualmente consiste apenas na aplicação da técnica, deixando de lado a detecção de seus problemas e necessidades, impossibilitando a implementação de cuidados específicos. Por meio da identificação dos diagnósticos de enfermagem que se constata as necessidades do paciente, facilitando, assim, a elaboração das ações, com posterior avaliação dos resultados alcançados. Portanto, é importante que o enfermeiro seja capaz de identificar os diagnósticos de enfermagem, de planejar suas ações, resultando em uma assistência de qualidade.

DESCRITORES: Queimaduras. Cuidados de enfermagem/métodos. Diagnóstico de enfermagem. Avaliação em enfermagem.

ABSTRACT

Aim: The aim of the study is to identify the nursing diagnoses according to Taxonomy II of the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) in client considered severely burned, and establish an action planning in nursing. **Methods:** The methodology used was a literature review with a descriptive. **Results:** As a result there was a shortage of articles on the topic, but it was possible to confirm the identification of sixteen nursing diagnoses, of which the most outstanding were the diagnoses that indicated the severity segments of respiratory and cardiovascular, pain, lack of treatment, self image, and lesions verified tissulares, were nursing interventions quorum daily routine of nurses and other more specific. **Conclusion:** It is concluded that the nurse has a complex role in serving this client, but currently, only requires the application of the technique, leaving aside the detection of problems and needs, preventing the implementation of specific care. It is through identification of nursing diagnoses that have been observed customer needs, thereby facilitating the development of actions to further evaluation of results. It is therefore important that the nurse is able to identify the nursing diagnoses, to plan their actions, thus resulting in quality care.

KEY WORDS: Burns. Nursing care/methods. Nursing diagnosis. Nursing assessment.

1. Bacharel em Enfermagem Generalista/ Universidade Estácio de Sá (UNESA).
2. Professora da UNESA.

Correspondência: Regina Maria Araújo da Silva
UNESA/Campus Rebouças Curso de Enfermagem/ Disciplina Cuidados de Enfermagem à Paciente de Alta Complexidade
Rua do Bispo, 83 – Rio Comprido – Rio de Janeiro, RJ – CEP: 20261-063
Recebido em: 19/1/2010 • Aceito em: 2/6/2010

O atendimento ao paciente queimado exige o trabalho de uma equipe multidisciplinar, com a atuação de, dentre outros profissionais, médicos, psicólogos, nutricionistas e, principalmente, enfermeiros. A Medicina e as técnicas para o tratamento das lesões causadas por queimaduras vêm evoluindo muito, objetivando a redução das lesões e sequelas físicas, orgânicas e psicológicas, resultando em diminuição de hospitalização e da taxa de mortalidade e a ressocialização desses pacientes. Entretanto, ainda é grande o índice de mortalidade, principalmente por causa da infecção.

A equipe de enfermagem, que é extremamente importante para o bom andamento dessa terapia e o alcance das metas traçadas, está sendo totalmente tecnicista, e a preocupação para identificar os problemas desse paciente e solucioná-los não vem sendo aplicada como deveria, ou seja, o enfermeiro está deixando de aplicar o processo de enfermagem, utilizado para organizar de forma sistemática sua atuação e tornar a assistência para esse paciente mais humanizada. Para Brunner & Suddarth, "esse processo de enfermagem é uma abordagem de resolução de problemas deliberada para atender às necessidades de cuidado de saúde e de enfermagem de uma pessoa".

Esse processo é dividido em histórico, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação das ações do enfermeiro.

Esse estudo tem como tema a identificação dos diagnósticos de enfermagem em pacientes considerados grande queimado: um facilitador para implementação das ações de enfermagem.

Após o levantamento bibliográfico, o que nos chamou a atenção é a questão da implementação do processo de enfermagem, principalmente os diagnósticos de enfermagem, em que se identificam as necessidades básicas do paciente. Este processo seria importante para planejar um conjunto de ações visando à resolução dos problemas identificados.

O processo de enfermagem leva à qualificação, integralidade, continuidade e individualidade, possibilitando entender que sua aplicação favorece a reabilitação do paciente mais rapidamente e também a humanização da assistência.

Após a coleta de dados, são detectadas as necessidades dos pacientes por meio desses diagnósticos de enfermagem, que contribuem para elaboração das prescrições de enfermagem, já que esses diagnósticos constituem uma análise da clínica do paciente e seus familiares, em resposta a sua situação de doença atual.

O que justifica nosso estudo é o fato de que o enfermeiro constitui o profissional que mais está em contato com o paciente e sua família, seja assistindo-os ou dando-lhes apoio psicológico, o que torna o cuidar individualizado e

humanizado, efetivando a excelência da atuação desse profissional. Outro fator é a falta de atualização do enfermeiro, o que dificulta a aplicação dos diagnósticos, já que só por meio do embasamento científico se consegue reconhecer as necessidades básicas, resultando em um atendimento desumano não só pelo enfermeiro, mas também por toda a equipe multidisciplinar. Sua relevância é demonstrada pelo fato de contribuir na melhoria dos nossos conhecimentos acerca do tema e servir de instrumento de consulta para acadêmicos de enfermagem e enfermeiros no aprofundamento para vivência em Unidades de Tratamentos de Queimados.

O objetivo desse estudo é identificar alguns diagnósticos de enfermagem, conforme taxonomia II, em pacientes considerados grandes queimados, e apontar algumas intervenções de enfermagem.

MÉTODO

A pesquisa a ser apresentada, do tipo descritiva, busca avaliar a importância da identificação dos diagnósticos de enfermagem em paciente considerado grande queimado, como um facilitador para implementação dos cuidados de enfermagem. Quanto aos procedimentos, a pesquisa também é do tipo pesquisa bibliográfica, pois objetiva possibilitar consulta e análise histórico-evolutiva da aplicação do processo de enfermagem na assistência ao paciente grande queimado.

As fontes de pesquisas utilizadas foram livros, artigos científicos e material disponível na Internet. A coleta de dados ocorreu ao longo do segundo trimestre de 2009, considerando o período de publicação de 2000 a 2009, na base de dados da BIREME. Finalmente, foram delimitados e interpretados os textos que abordassem os descritores: diagnósticos de enfermagem para queimados, processo de enfermagem/queimados, intervenções de enfermagem/queimados, queimados/enfermagem, queimaduras/enfermagem. Para aprofundar e analisar o tema proposto, foram apreciadas 10 publicações diversas, dentre elas, 5 foram consideradas relevantes parcialmente para o estudo proposto.

REVISÃO DE LITERATURA

Queimaduras

Para se falar em queimaduras, primeiro é bom lembrar quais são as funções da pele. A pele é o órgão mais extenso do corpo, que se divide em epiderme - camada mais externa e que serve como proteção ao meio ambiente e é avascularizada; e a derme - camada mais interna onde se encontram vasos sanguíneos, glândulas sebáceas e nervos. Localiza-se, também, o tecido subcutâneo, formado por tecidos fibrosos, elásticos e gordurosos.

Para Santos¹, a pele tem como funções: revestimento de toda superfície corporal, proteção contra diversos tipos de agentes, regulação da temperatura corporal e sensibilidade.

Definem-se por queimadura, ferimentos produzidos nos tecidos (pele) pela ação de agentes físicos, químicos ou biológicos. "Queimadura é uma lesão resultante da transferência de energia de uma fonte de calor para o corpo"².

Foram encontradas na literatura até cinco classificações, mas a maioria cita a seguinte divisão: etiologia, profundidade, extensão e gravidade, conceitos que estudaremos neste estudo. Já Brunner & Suddarth afirmam que "as lesões por queimaduras são descritas de acordo com a profundidade da lesão e extensão da área de superfície corporal lesada".

De acordo com o agente etiológico, as queimaduras por agente físico podem ser: térmicas, provenientes de temperatura elevada (mais frequentes); elétricas, por corrente elétrica e raio; por radiação, por meio da exposição excessiva ao sol; radioativa, provocada por cobalto. Morton² considera apenas três classificações, as queimaduras térmicas, as queimaduras elétricas e as queimaduras químicas provenientes de ácido ou fenol, entre outras substâncias. Segundo o site da Secretaria do Estado de Sergipe³, os agentes biológicos que causam queimaduras são água-viva e caravelas.

A classificação quanto à profundidade varia de acordo com o tempo de exposição e a temperatura do agente causador da lesão.

Lesão de primeiro grau é a queimadura mais superficial, atingindo a epiderme, que deixa a pele avermelhada (hiperemiada), inchada (edemaciada) e extremamente dolorida.

Nas lesões de segundo grau, ocorrem bolhas (flictenas) e estas são muito dolorosas, porque há a exposição das raízes nervosas que foram atingidas. Para o Ministério da Saúde⁴, ocorre também "pele avermelhada, manchada ou com coloração variável, dor, inchaço, desprendimento de camadas da pele e possível estado de choque".

Já as lesões de terceiro grau são mais graves, atingindo todos os tecidos (derme, epiderme, subcutâneo e músculos, podendo chegar aos ossos), têm coloração esbranquiçada, avermelhada, negra ou carbonizada. A cicatrização se limita às proximidades da ferida; em decorrência da necrose que acontece, os cabelos não crescem mais, a perda de líquido e de elasticidade tecidual resulta em escaras e vesículas e são indolores devido ao comprometimento das terminações nervosas⁵.

A classificação conforme a extensão significa a "porcentagem da área da superfície corporal queimada (SCQ)", de acordo com Santos¹.

Regra dos nove, segundo Brunner & Suddarth, é "uma maneira rápida para calcular a extensão das queimaduras. O sistema designa percentuais em múltiplos de nove para as principais superfícies corporais".

Santos¹ expõe a regra dos nove da seguinte forma: cabeça e pescoço - 9%, tronco anterior - 18%, tronco posterior - 18%, braço direito - 9%, braço esquerdo - 9%, perna direita - 9%, perna esquerda - 9% e região do períneo - 1%, totalizando 100%. E, com relação as crianças, fica da seguinte maneira: cabeça - 18%, cada membro inferior - 13,5% e demais partes do corpo idem ao adulto.

Amadio⁵ classifica que as queimaduras menores são as lesões de segundo grau que atingem uma área menor que 15% da superfície corpórea (SC) de um adulto ou menos de 10% da SC de uma criança ou as lesões de terceiro grau que atingem uma extensão de 2% da SC de um adulto, excluindo olhos, orelhas, mãos, pés, face ou períneo. As queimaduras moderadas afetam uma área maior entre 15% e 25% da SC de um adulto ou 10% a 20% da SC de uma criança; uma área atingida de 2% a 10% da SC sem acometer olhos, orelhas, mãos, pés, face ou períneo; ou também qualquer queimadura de terceiro grau que atinja uma criança. Já as queimaduras maiores, como define ainda o autor, são aquelas de segundo grau que atingem mais de 25% da SC de um adulto e mais de 20% da SC de uma criança; queimaduras que atinjam olhos, orelhas, mãos, pés, face ou períneo, lesões por inalação, por eletricidade, em paciente de alto risco, ou ainda aquelas derivadas de complicações por fraturas ou traumatismo.

Para que se considere um paciente como grande queimado deve-se observar os seguintes indicadores: os adultos devem ter mais de 55 anos e 10% da SCQ, conforme a regra dos nove; as crianças devem ter menos de 10 anos e a mesma percentagem de acordo com a mesma regra; as pessoas de idade entre 10 e 55 anos precisam apresentar 20% ou mais de SC lesionada¹.

Para Cintra et al.⁶, grande queimado é toda vítima que apresente acima de 45% de lesão da derme em adultos. Os autores defendem, ainda, que se deve considerar: o local de relevância (como face, períneo, mãos, pés, etc); o agente etiológico; a faixa etária; as doenças agudas associadas ou crônicas; os queimados que podem surgir com complicações futuras devido as lesões; ou até portadores de queimaduras de menor gravidade, mas que possuam quaisquer desses fatores.

FISIOPATOLOGIA

Para Brunner & Suddarth, a destruição tecidual resulta da coagulação, desnaturação da proteína ou ionização do conteúdo celular. A pele e mucosa das vias aéreas superiores constituem os sítios da destruição tecidual. A ruptura da pele pode levar a complicações como perda aumentada

de líquidos, infecção, hipotermia, cicatrização, imunidade comprometida e alterações na função, aparência e imagem corpórea, edema, hipovolemia, problemas respiratórios e dor, entre outras complicações.

Brunner & Suddarth e Morton² concordam entre si que o tratamento dos queimados é dividido em três fases, denominadas de reanimação, reparação ou aguda e reabilitação.

Na primeira fase, são verificadas as vias aéreas e coluna vertebral, respiração e ventilação, circulação com controle de hemorragia, exame neurológico e, por fim, deve-se despir totalmente o paciente, mantendo-se a temperatura. Num segundo momento é coletada a história e realizado exame físico do paciente, bem como detalhamento do acidente. Esses dados coletados são analisados para se identificar os diagnósticos de enfermagem, que são de suma importância para a suficiência do tratamento. É feita uma avaliação de acordo com os critérios já citados para encaminhamento ao centro de referência para queimados.

O tratamento da reposição volêmica, para Brunner & Suddarth, deve ser realizado ainda nesta fase para que se previna a instalação do choque, repondo os líquidos e eletrólitos perdidos. A terapia varia de acordo com o paciente, pois a posição hídrica é determinada pelo total de débito urinário e o índice de perfusão renal.

Uma das fórmulas usadas para a reposição hídrica é a de Parkland/Baxter, que consiste numa solução de 4 ml de lactato de ringer por quilograma de peso corporal X a porcentagem da área de superfície corporal queimada. É administrada nas primeiras 24 horas, sendo a metade nas primeiras 8 horas e a outra metade durante as 16 horas seguintes. Nas 24 horas seguintes, varia e tem a adição de glicose e líquido com potássio e colóide.

Na fase de reparação ou aguda, que começa das 48 às 72 horas após a lesão, a assistência é ministrada para a avaliação da continuidade e da manutenção do sistemas respiratório e circulatório, equilíbrio hidroeletrólítico, funções gastrintestinais, além da prevenção de infecção, cuidado com a ferida (curativos, debridamento e possíveis enxertos), controle da dor e suporte nutricional. Caso necessário, pode-se realizar a escarotomia, que segundo Morton² "é feita uma incisão da pele em toda a sua espessura, atingindo-se o subcutâneo, permitindo a separação das bordas e sua descompressão".

A fase de reabilitação começa ainda na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Corresponde à reabilitação física, como a dieta hiperproteica para melhorar a cicatrização e o posicionamento dos membros inferiores estendidos, evitando-se cicatrizes hipertróficas e contraturas articulares.

Outra questão é o suporte emocional, já que a queimadura gera alterações na auto-imagem, além de sentimentos como ansiedade, depressão e estresse pós-traumático.

Todas essas fases requerem uma assistência multidisciplinar, em especial do enfermeiro que acompanha o paciente desde a sua chegada ao hospital até a sua alta ou dando continuidade do atendimento em domicílio. O mesmo deve atentar para uma assistência de qualidade, para tanto, seguir as etapas do processo de enfermagem é de fundamental importância.

Para Atkinson & Murray⁷, a prática da enfermagem profissional requer a habilidade de observação, comunicação, reflexão, aplicação do conhecimento das ciências físicas e do comportamento, além de fazer apreciações e tomar decisões. "[...] quando aplica o método científico ou o método de resolução de problemas para planejar a assistência de enfermagem, isso se chama processo de enfermagem".

A equipe de enfermagem, principalmente o enfermeiro, deve possuir um pensamento crítico que promova a decisão clínica e ajude a identificar as necessidades do paciente e quais as melhores medidas a serem tomadas para atendê-las. Aplica, assim, uma das etapas do processo de enfermagem, que se divide em, conforme Brunner & Suddarth, "histórico, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e evolução". Ainda, segundo os autores, histórico é a coleta de dados que serve para definir o estado de saúde do paciente e identificar problemas de saúde reais ou potenciais, e são obtidos por meio da história de saúde e do exame físico.

Em relação ao paciente considerado grande queimado, coletam-se dados sobre sua história, faz-se o exame físico e ainda recolhe-se informações sobre como ocorreu a queimadura, depois os dados são analisados.

A segunda etapa do processo é o diagnóstico de enfermagem que será detalhado mais a frente.

Na sequência, é realizado o planejamento em que "os objetivos da assistência são determinados, prioridades são estabelecidas, resultados da assistência são projetados e um plano de assistência é escrito". Verificam-se quais os procedimentos que melhor se adequem ao estado do paciente queimado.

A implementação tem como objetivo a execução do plano de cuidados por meio das intervenções de enfermagem, que devem ser contínuas e interagir com outros componentes.

A etapa final corresponde à evolução, que, segundo Brunner & Suddarth, é a "determinação das respostas do paciente às prescrições de enfermagem e a extensão em que os resultados foram alcançados." O paciente está respondendo positivamente a assistência prestada?

Para que todo esse processo tenha uma sequência do início ao fim, com probabilidade de eficiência elevada, identificar os diagnósticos de enfermagem é importante, pois possibilita mais facilmente planejar e implementar as intervenções de enfermagem.

Para Potter, os diagnósticos de enfermagem têm como propósito, "interpretar os dados de avaliação e então identificar os problemas de saúde que envolvam o paciente, a família e outros indivíduos de relevância".

Brunner & Suddarth informam que os diagnósticos de enfermagem mais comuns estão compilados e categorizados pela *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, que é atualizada bianualmente. Esses diagnósticos de enfermagem não são diagnósticos ou tratamentos médicos, ou ainda exames de diagnósticos, não compõem a terapia médica.

Após a análise e interpretação dos dados, foram identificados alguns diagnósticos de enfermagem, segundo a NANDA:

- Troca gasosa prejudicada;
- Padrão respiratório ineficaz;
- Perfusão tecidual periférica prejudicada;
- Volume de líquidos deficiente;
- Risco de infecção;
- Integridade cutânea prejudicada;
- Hipotermia;
- Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais;
- Eliminação urinária prejudicada;
- Mobilidade física prejudicada;
- Dor;
- Enfrentamento individual ineficaz;
- Ansiedade;
- Intolerância à atividade;
- Distúrbio da imagem corporal;
- Déficit de conhecimento sobre o cuidado domiciliar e necessidades de acompanhamento pós-alta.

De acordo com os diagnósticos de enfermagem citados, verificam-se algumas prescrições de enfermagem correlacionadas:

- Fornecer oxigênio umedecido, monitorar rigorosamente o paciente em ventilação mecânica;

- Observar queimaduras do tórax;
- Manter as extremidades aquecidas;
- Monitorar o débito urinário pelo menos a cada hora e pesar o paciente diariamente;
- Usar a assepsia em todos os aspectos do cuidado com o paciente, inspecionar a ferida para sinais de infecção, drenagem purulenta ou coloração, monitorar a contagem de leucócitos, resultado de cultura e sensibilidade;
- Limpar as feridas diariamente, realizar o curativo da ferida de acordo com a prescrição, evitar a pressão, infecção e mobilização dos enxertos de pele;
- Avaliar com frequência a temperatura corporal central, fornecer ambiente aquecido por meio de cobertores térmicos;
- Oferecer dieta hiperproteica, incluindo os alimentos de preferência do paciente, monitorar a contagem de calorias e o peso diário;
- Posicionar a sonda e a bolsa de drenagem de modo que propiciem um fluxo desimpedido de urina;
- Posicionar o paciente cuidadosamente, a fim de evitar posições flexionadas na áreas queimadas, implementar exercícios de amplitude de movimentos várias vezes ao dia;
- Oferecer analgésico aproximadamente 20 minutos antes do processo doloroso, fornecer tranquilidade e apoio emocional;
- Usar a abordagem multidisciplinar para promover a mobilidade e a independência;
- Explicar todos os procedimentos ao paciente e a sua família, em termos claros e simples, individualizar as respostas para o nível de enfrentamento do paciente e sua família;
- Incorporar os exercícios de fisioterapia ao cuidado do paciente, para impedir a atrofia muscular e manter a mobilidade necessária para as atividades diárias;
- Encaminhar o paciente para terapia de grupo;
- Avaliar a prontidão do paciente e da família em aprender.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de enfermagem ao paciente queimado é essencial para recuperação e reabilitação mais rápidas e com sequelas mínimas. O enfermeiro deve fornecer apoio no que diz respeito à questão física, psicológica e emocional do paciente. O profissional de saúde deve ter uma visão holística e humanizada acerca desse paciente. Neste estudo percebeu-se que a identificação dos problemas, por meio dos diagnósticos de enfermagem, visa tão somente beneficiar o paciente queimado, pois possibilita o pensamento crítico do enfermeiro, resultando em efetivas tomadas de decisões, além de ações simples e diárias, como troca de curativos, banho

e aplicação das prescrições médicas. Com a elaboração desse trabalho, o objetivo proposto foi atingido, sendo assim, convém dar ênfase a determinados pontos. Para melhor embasamento teórico e prático da assistência de enfermagem ao grande queimado, se fazem necessárias atualizações específicas de conteúdos como fisiologia e anatomia da pele, processo de cicatrização, queimaduras e, principalmente, o conhecimento do processo de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Santos NCM. Urgência e emergência para enfermagem: do atendimento pré-hospitalar APH à sala de emergência. 4ª ed. São Paulo:Érica;2007.
2. Morton PG. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. Tradução Cabral IE. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan;2007.
3. Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe. Queimaduras: o que fazer? Disponível em: <http://www.ses.se.gov.br/cidadao/index.php?act=leituraFixa&codigo=1264> Acesso em: 23 de maio de 2009.
4. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Dicas em saúde: queimaduras. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/html/pt/dicas/54queimaduras.html> Acesso em: 3 de junho de 2009.
5. Amadio Í. S.O.S. cuidados emergenciais. Tradução Barbieri RL. São Paulo:Rideel;2002.
6. Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª ed. São Paulo:Atheneu;2003.
7. Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan;2008.

Trabalho realizado na Universidade Estácio de Sá (UNESA)/Campus Rebouças Curso de Enfermagem/ Disciplina Cuidados de Enfermagem à Paciente de Alta Complexidade, Rio de Janeiro, RJ.