

CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES E DO PROCESSO DOLOROSO EM VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: ESTUDO COM PACIENTES DE UM HOSPITAL DE URGÊNCIA, NATAL/RN.

GLAUCEA MACIEL DE FARIAS
MIRNA CRISTINA DA SILVA FREITAS
WERUSKA ALCOFORADO COSTA
DANIELE VIEIRA DANTAS

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, Brasil
E-mail: glauceamaciel@gmail.com

INTRODUÇÃO

As queimaduras estão relacionadas entre os piores traumas que podem atingir o homem, e podem ser conceituadas como produto da ação direta ou indireta do calor sobre o organismo, podendo ser oriundas de acidentes de trabalho doméstico, agressão e tentativa de suicídio. Os principais agentes causadores são de origem química, térmica e elétrica e os mais comuns são a chama de fogo, contato com água fervente ou outros líquidos quentes e objetos aquecidos, sendo menos frequentes as queimaduras provocadas por corrente elétrica (VALE, 2005).

Dados da literatura enfocam que, nos Estados Unidos da América (EUA), acontecem aproximadamente 1,4 milhão de queimaduras/ano, com 54 mil internações/ano. Desse grupo, 8 mil pessoas morrem em decorrência das lesões na pele, e as decorrentes da inalação no momento do evento, constituindo-se, assim, a quarta causa de morte naquele país (FERREIRA, 2006). Ainda sobre o tema, estatísticas no Reino Unido apontam que, todos os anos, 250 mil pessoas sofrem queimaduras e 175 mil são atendidas em urgência, 13 mil são hospitalizadas, mil necessitam de medidas de ressuscitação hidroeletrólítica e 300 evoluem para a morte (VALE, 2005).

No Brasil, dados da Sociedade Brasileira de Queimaduras retratam que ocorrem 1 milhão de casos deste evento por ano, sendo que 200 mil são atendidos em serviços de urgência e 40 mil necessitam de hospitalização. Essas lesões são uma das principais causas externas de morte registradas, perdendo apenas para os acidentes de transporte e homicídio. Além disso, a queimadura é apontada entre as causas acidentais mais frequentes entre crianças e adolescentes, uma vez que, no ano de 2006, foram internadas 16.573 crianças e adolescentes menores de 15 anos por queimadura, no Brasil, representando 14,0% de todas as internações por causas externas neste grupo (VALE, 2005; MARTINS et al., 2006).

Além disso, é de extrema relevância o conhecimento da epidemiologia das queimaduras, para averiguar a extensão do problema, a população mais atingida e as circunstâncias em que ocorrem, buscando subsidiar e aperfeiçoar os programas de prevenção tanto do evento em si como das suas consequências. (FERREIRA, 2006).

Nesse sentido, é importante destacar que a gravidade desse tipo de lesão pode variar, de modo que se faz necessário classificá-la em três graus, a saber: 1.º grau: a lesão atinge apenas a epiderme, tendo como características, eritema e ardor na pele, sem formação de flictenas; 2.º grau: atinge a epiderme e parte da derme, caracterizada por ardor, eritema e presença de vesículas; 3.º grau: atinge a epiderme, derme e, às vezes, também o tecido subcutâneo, tendo como características pele com aspecto esbranquiçado ou marmóreo, com redução da elasticidade tecidual, tornando-se rígida (FREITAS, et al., 2006).

No que diz respeito à extensão da área queimada, a determinação geralmente é feita através da avaliação da porcentagem de superfície corporal que sofreu o trauma. Um método simples e rápido que possibilita estimar a extensão é a Regra dos Nove. No adulto, a cabeça representa 9%, o tórax na região anterior e posterior vale 18% cada, um membro superior equivale a 9% e o inferior 18%, a região genital corresponde a 1% (BRUNNER; SUDDARTH, 2002; VASCO, 2005; VALE, 2005).

Pelos motivos já expostos, observa-se que a vítima de queimadura está exposta a uma série de problemas, das quais é importante ressaltarmos a dor uma das situações mais desgastantes vivenciadas por eles. A dor constitui-se um fenômeno individual e, para caracterizá-la, devem ser realizadas avaliações sistemáticas. O registro dessas informações permite que os dados sejam compartilhados entre os diversos plantões e a equipe multiprofissional, proporcionando melhor assistência (RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

Nesse aspecto, e de acordo com a Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP), podemos conceituar esse fenômeno como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões. Cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências prévias traumáticas (RIGOTTI; FERREIRA, 2005, PEDROSO; CELICH, 2006).

Carrero (2008), em seu estudo, faz alusão à presença de dor em paciente vítima de queimaduras, de modo que a expressão desse estímulo álgico reflete o desconforto do paciente e acarreta em estresse para a equipe de saúde, impedindo, às vezes, a boa execução de uma técnica.

Diante dessa problemática, questionamos: Quem são os pacientes queimados que buscam assistência no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho? Qual a gravidade das lesões e o nível álgico que estas repercutem nesses pacientes? Há diferença significativa entre a dor relatada pelo paciente na primeira e segunda semana após a queimadura? Baseados nessas questões, elaboramos os seguintes objetivos: identificar os pacientes queimados que buscam assistência no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho; identificar a gravidade das lesões e o nível álgico que estas repercutem nesses pacientes; identificar se há diferença significativa entre a dor relatada pelo paciente na primeira e segunda semana após a queimadura.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo exploratório descritivo, quantitativo e dados prospectivos, realizado no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG), em Natal/RN. Tem ênfase nos atendimentos de urgência do SUS sendo o hospital da rede pública do Rio Grande do Norte que conta com serviço de atendimento a queimados e ortopedia 24 horas. A população alvo foi composta por 30 pacientes vítimas de queimadura, que se encontravam internados no HMWG para tratamento durante a coleta de dados desta pesquisa.

O instrumento de coleta de dados constou de um formulário, elaborado a partir dos objetivos da pesquisa, constando de perguntas fechadas distribuídas em quatro partes: identificação pessoal, informações sobre o acidente, dados sobre a queimadura; e informações sobre o fenômeno álgico. Ressaltamos que cumprimos todos os procedimentos legais necessários para a realização de uma pesquisa em seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000), que inclui também a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), cujo parecer é nº 171/2005.

Em seguida, iniciamos a coleta de dados, durante os meses de junho e julho de 2007, na seguinte sequência: ao identificarmos os pacientes que se adequavam aos critérios de inclusão, nos apresentávamos, falávamos dos objetivos da pesquisa e pedíamos a sua participação.

Quando a resposta era positiva, apresentávamos o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), informando que a sua participação era voluntária e que poderia sair do estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo, além de assegurar-lhe o sigilo da sua identidade sobre as informações. Após a assinatura, procedíamos à entrevista de forma individual. Caso o paciente estivesse por qualquer razão impossibilitado de responder à entrevista e estivesse com um acompanhante legalmente autorizado, os dados eram fornecidos por ele, assim como a assinatura do TCLE.

Em seguida, fazíamos a avaliação através de instrumento e da Escala Visual Analógica (EVA). Essa escala é constituída por uma linha, frequentemente de 10 cm de comprimento e

extremidades com categorias verbais identificando um mínimo e um máximo. Em seu estudo, Bacci (2004) chama a atenção para o fato de que esta escala pode ser utilizada de forma confiável para comparar a intensidade da dor.

No que diz respeito à extensão da área queimada e para uma avaliação mais precisa acerca desta característica da queimadura, empregamos a regra dos nove em todos os pacientes participantes do estudo. Após a coleta, os dados foram categorizados e processados eletronicamente através dos Softwares Excel 2007 e Statistica 6.0., analisados pela estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização

Quanto às variáveis de caracterização da população, a distribuição foi homogênea no que se refere ao sexo, de modo que 15 (50%) eram do sexo masculino e 15 (50%) feminino, 16 pessoas (53,3%) estavam na faixa etária compreendida entre 20 e 30 anos e 11 (36,7%) entre 31 a 40 anos, sendo que 23 (76,7%) procediam de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte.

Discordando dos nossos achados, uma pesquisa realizada na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP) com 30 pacientes que sofreram queimaduras, evidenciou que 63,3% dos entrevistados eram do sexo masculino (CARLUCE et al., 2007).

Em pesquisa realizada na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP) com 30 pacientes que sofreram queimaduras, evidenciou-se que 63,3% dos entrevistados eram do sexo masculino (CARLUCCI et al., 2007).

Observamos que o cozinheiro (13,3%) e a dona de casa (13,3%) foram os que mais se queimaram, totalizando 08 vítimas (16,6%). Em seguida, pessoas sem ocupação (10,0%), correspondendo a 03 vítimas de queimaduras. Quanto ao dia da semana que ocorreu o evento, o sábado com 8 ocorrências (26,7%) e as terças-feiras com 07 (23,3%) foram os dias com maior representatividade.

Dados sobre a queimadura

Em relação às características da queimadura, destacamos itens como: causa, agente, tipo, extensão, profundidade e método de avaliação, conforme tabela 01 a seguir.

TABELA 01 – Caracterização segundo a causa e agente da queimadura dos pacientes pesquisados. Natal/RN.

DADOS SOBRE A QUEIMADURA	N	%
Causas		
Acidente Doméstico	12	40,0
Acidente de Trabalho	11	36,7
Lesões Auto-infligíveis	03	10,0
Outra	04	13,3
TOTAL	30	100,0
Agente		
Líquidos Superaquecidos	15	50,0
Chama Direta	10	33,3
Substância Química	03	10,1
Choque Elétrico	01	3,3
Outros	01	3,3
TOTAL	30	100,0

Fonte: Natal/RN, 2007.

De acordo com a Tabela 01, percebemos que os casos de queimadura por acidente doméstico aproximam-se numericamente dos casos por acidente de trabalho mostrando, respectivamente, 12 (40,0%) e 11 (36,7%), sendo as lesões auto-infligíveis responsáveis por apenas 03 casos (10,0%). Os líquidos superaquecidos respondem por metade, 15 vítimas (50,0%), seguido de chama direta 10 (33,3%).

Em pesquisa realizada por Pereira Junior et al. (2007), em pacientes internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição, Tubarão (SC), dos agentes envolvidos nas queimaduras, 21 casos (33,3%) ocorreram por líquidos aquecidos, 33,3% por inflamáveis, 23,8% por fogo e superfícies aquecidas e 9,5% por eletricidade.

Quanto à extensão e a profundidade da queimadura das vítimas pesquisadas, observamos que houve prevalência de queimaduras de média extensão (80%) e de 2º grau de profundidade (83,3%). Sobre este assunto, achados de Pereira Junior et al. (2007) mostram que a proporção de superfície corporal queimada encontrada nos 21 casos do seu estudo teve sua distribuição em, 9,5% como pequeno queimado, 66,7% como médio queimado e 23,8% como grande queimado. O mesmo autor também mostra que, com relação ao grau da queimadura a ocorrência foi 57,1% de segundo grau superficial, 42,9% de terceiro grau, não sendo verificado nenhum caso de internação por queimadura de primeiro grau.

No que concerne à localização da queimadura, a região mais afetada foram os membros superiores, totalizando 70,0% dos casos, da mesma forma, a respeito da localização da dor, observamos que esta se relaciona diretamente com a localização da queimadura. Assim, predominaram aqueles que sentem dor nos MMSS (66,7%). Dados semelhantes foram encontrados por Macedo; Rosa (2000), ao encontrarem que na maioria das vítimas de queimaduras, em seu estudo, o tronco (70,1%) e os membros superiores (64,8%) eram as áreas mais atingidas.

Em relação à nota atribuída à queixa algica, ficou evidente a regressão da dor durante o percurso da primeira para a segunda semana. Enquanto na primeira semana 50,0% atribuíram nota 10 à dor o que corresponde a pior dor, na segunda semana, apenas 13,3% atribuíram nota máxima. Vale destacar, ainda, que na segunda semana uma pequena parcela (10,0%) atribuiu nota zero à dor, ou seja, ausência de estímulo algico.

Sobre esse assunto, Guanilo (2005) mostra, em seu estudo, realizado em pacientes da Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que os resultados da intensidade da dor obtidos pela EVA tiveram grande variabilidade, porém observou-se que os escores mais altos se apresentavam preponderantemente na primeira semana depois da ocorrência da queimadura, mais especificamente após o banho e troca de curativos. Além disso, o autor chama a atenção para o fato de que as pontuações baixas podem estar relacionadas ao uso de medicações analgésicas, ou, ainda, ao período de descanso do paciente.

CONCLUSÕES

Ao fim desse trabalho, buscamos responder nossos objetivos de acordo com os dados coletados e as análises feitas ao longo da pesquisa.

Quanto à identificação dos pacientes queimados que buscam assistência no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho: houve equivalência entre os sexos masculino e feminino, predominaram os pacientes entre 20 e 30 anos (53,3%) e que moram em Natal/RN.

No tocante às lesões e sua gravidade, têm-se que os casos de queimadura por acidente doméstico (40,0%) aproximam-se numericamente dos casos por acidente de trabalho (36,7%). A maioria das lesões foi de média extensão (80,0%), de 2º grau (83,3%), sendo provocada principalmente por chama direta (23,3%) e líquidos superaquecidos (40,0%). Quanto a localização da queimadura, as regiões mais afetada foram os MMSS (70,0%) e esta encontra-se relacionada com a localização da dor.

Em relação a queixa algica, 80% da população afirmavam um caráter intermitente da dor, enquanto 20% afirmavam que esta era contínua. Além disso, 50% atribuíram nota 10 à dor na primeira semana e apenas 13,3% na segunda, de modo que se observou a regressão da queixa algica na semana seguinte da ocorrência da queimadura.

A queimadura e suas complicações, além de serem as principais causas de morte no mundo, provocam sensações dolorosas bastante intensas, porém mesmo que conheçamos a

importância e a gravidade da dor, ela é ainda pouco valorizada no processo terapêutico, o que leva a prejuízos diretos e indiretos para a assistência prestada, e para a recuperação do paciente.

PALAVRAS CHAVE: Queimaduras, Medição da dor, Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- BACCI, Adriana do Vale Ferreira. Comparação da Escala CR10 de Borg com a Escala Analógica Visual (VAS) na avaliação da dor em pacientes com disfunções temporomandibulares. **Dissertação (mestrado)**. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução Nº 196**, de 1996 e outras Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. 2000.
- CARLUCCI, V. D. S. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. **Rev Esc Enferm USP**. v. 41, n. 1, p. 21-8, 2007.
- GUANILO, M. E. E. "Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS": adaptação transcultural e validação preliminar. **Dissertação (mestrado)**. 185 p. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2005.
- FERREIRA, L.A. Ser-mãe-no-mundo com filho que sofreu queimadura: um estudo compreensivo. Ribeirão Preto, 2006. 121 p. **Tese (Doutorado)**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- FREITAS, Maria Célia de; MENDES, Maria Manuela Rino. Idoso vítima de queimaduras: identificação do diagnóstico e proposta de intervenção de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, 2006 maio-jun; v. 59, n. 3, p. 362-6.
- MACEDO, J. L. S.; ROSA, S. C. Estudo epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Queimados: Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, 1992-1997. **Rev. Brasília Médica**, v. 37, n. 3/4, p. 87 – 92, 2000.
- MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; ANDRADE, Selma Maffei de. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. **Acta Paul. Enferm.** v. 20, n. 4, p. 464-9, 2007.
- PEDROSO, Rene Antonio; CELICH, Kátia Lilian Sedrez. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Revista Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, abr-jun. v. 15, n. 2, p. 270-6, 2006.
- PEREIRA JÚNIOR, S.. Estudo de pacientes vítimas de queimaduras internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Tubarão – SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 36, n. 2, 2007
- RIGOTTI, Marcelo A; FERREIRA, Adriano M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq Ciênc Saúde**, São Paulo, n. 1, p. 50-54, jan.-mar. 2005.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. v 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- VALE, Everton Carlos Siviero do. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. **An. Bras. Dermatol**. Minas Gerais, n. 1, p. 9-19, jan. 2005.
- VASCO, Jannaina Ferreira de Melo. Avaliação microbiológica entre cultura semiquantitativa de biópsia e cultura de swab e sua correlação com aspectos histopatológicos nas queimaduras. **Dissertação (mestrado)**. 130 p. Setores de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2005.

Autor principal: GLAUCEA MACIEL DE FARIAS, Rua Jerônimo de Albuquerque, 3621, Candelária, CEP: 59064-650, Natal/RN – Brasil. Telefone: (84) 3215-3840 / 9983-6159. E-mail: glauceamaciel@gmail.com